

# **SPIRITUALITÁS - VALLÁS - EGÉSZSÉG. FIATALOK MENTÁLIS EGÉSZSÉGE A SPIRITUÁLIS JÓLLÉT MUTATÓINAK TÜKRÉBEN**

**PIKÓ BETTINA<sup>1\*</sup> - KOVÁCS ESZTER<sup>1,2</sup> - KRISTON PÁLMA<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Szegedi Tudományegyetem, ÁOK Magatartástudományi Intézet, Szeged

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2011. február 9.; elfogadva: 2011. június 14.)

A pozitív pszichológiában az ún. humán erősségek és adaptációt szolgáló karakterjegyek között tartjuk számon a spiritualitást. A serdülőkori spiritualitásnak különösen nagy jelentősége van, hiszen hatékony védőfaktor és fejlődéstani erőforrás. Jelen tanulmányunkban ezért azt vizsgáltuk, hogy a spirituális jóllét miként függ össze a mentális egészség két mutatójával, a depressziós tünetegyüttesrel és az étellel való elégedettséggel. Kérdőíves adatfelvételünk során 656 szegedi középiskolást kérdeztünk meg (életkoruk 14–21 év, átlag = 16,5 év, szórás = 1,5 év, a minta 49,1%-a lány). A függő változóként szereplő depressziós tünetegyüttes és az étellel való elégedettség, valamint a független változóként alkalmazott spirituális jóllét mutatói (vallási és egzisztenciális jóllét) közötti összefüggések elemzéséhez többváltozós lineáris regresszioelemzést (stepwise módszert) alkalmaztunk, a modellbe olyan egyéb potenciális védőfaktorokat is bevonva, mint az optimizmus és a belső/külső kontroll. A kétoldalú kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatók megerősítik az optimizmus és a belső kontroll, valamint az egzisztenciális jóllét összefüggését az alacsonyabb depressziópontszámmal és az étellel való elégedettség nagyobb mértékével.

A többváltozós elemzés szerint a depresszió legerősebb prediktora az optimizmus, amit az egzisztenciális jóllét követ; az étellel való elégedettség esetében a sorrend fordított. Emellett a külső kontroll nemcsak depresszióra hajlamosít, hanem rontja az étellel való elégedettséget is. Eredményeink alapján arra következtethetünk, hogy azok a serdülők, akik optimisták, választ találnak az egzisztenciális kérdésekre, és nem a külső kontrollban bízva hozzák döntéseiket, kevésbé hajlamosak depresszióra és életükkel is elégedettebbek.

**Kulcsszavak:** spirituális jóllét, depresszió, étellel való elégedettség, serdülőkor, védőfaktorok

---

\* Levelező szerző: dr. Pikó Bettina, Szegedi Tudományegyetem, ÁOK Magatartástudományi Intézet, 6722 Szeged, Szentháromság u. 5. E-mail: pikobettina@yahoo.com

## 1. BEVEZETÉS

*„Az ember-lét azt is jelenti, hogy az ember túlnő önmagán. Az emberi egzisztencia lényege az öntranszcendencia. Az ember-léthez mindig hozzátartozik az is, hogy valaki vagy valami felé irányulunk, hogy valamire rendeltetve vagyunk, hogy egy műnek szenteljük magunkat, egy általunk szeretett embernek vagy Istennek, akit szolgálunk.”*

*(Frankl, 1997, 40. old.)*

A pozitív pszichológiában az ún. humán erősségek és adaptációt szolgáló karakterjegyek között tartjuk számon a spiritualitást (Pikó, 2005; Steen, Kachorek, & Peterson, 2003). Jelentőségét alátámasztja az is, hogy Piedmont (1999) a személyiség „Nagy Öt” (Big Five) modellje mellett hatodik faktorként a spirituális transzcendenciát említi. A transzcendenciához való viszony, az élet értelmébe vetett hit, annak elfogadása, hogy életünknek és az emberi életnek célja van, elősegíti a mentális egészség megőrzését, a testi és lelki egészség egységét, az életeseményekhez való alkalmazkodást, az életproblémák kezelését, a hétköznapi történéseihez, önmagunkhoz és másokhoz fűződő pozitív hozzáállást (Miller & Thoresen, 2003). A serdülőkori spiritualitásnak különösen nagy jelentősége van, hiszen hatékony védőfaktor és fejlődéstani erőforrás (Benson, Scales, Sesma, & Roehlkepartain, 2005), ami szorosan összefügg az identitásfejlődéssel; azzal, hogy kik vagyunk, miért vagyunk itt, és merre tartunk. A spiritualitás ugyanis az egyén választásait, terveit és céljait alapvetően meghatározza (Pecchenino, 2009).

A spiritualitást és a vallásosságot gyakran együtt vizsgálják a kutatások során, azonban ha vannak is átfedések, és kapcsolatban is áll egymással a két fogalom, a spiritualitást sokkal szélesebb körben értelmezzük. A vallásosságot empirikusan könnyebb megragadni, hiszen a spiritualitásnak a leginkább „kézzel fogható” szempontjait jelenti, aminek középpontjában leggyakrabban annak mérése áll, hogy valaki mennyire gyakorolja a vallását, azaz a vallással kapcsolatos vélekedéseket, értékeket, viselkedéses és közösségi aktivitást/részvételt (Kovács & Pikó, 2009; Pikó & Kovács, 2009). A vallás azonban egyre inkább individualizálódik a modern nyugati társadalomban, és ezért is került előtérbe a tágabb értelemben vett spiritualitás, amely empirikusan nehezebben megragadható, mert nem anyagi jelenség, azaz túlmutat a közvetlen szociális érzékelésen (Miller & Thoresen, 2003). A két fogalom meghatározásához fontos tudnunk, hogy az utóbbi évtizedekben jelentős vita alakult ki tudományos berkekben arról, hogyan lehet elkülöníteni őket. A következő két meghatározást azért célszerű empirikus kutatások során szem előtt tartani, mert gyakorlat-ori-

entáltak, és segítenek az operacionalizálás optimalizálásában. Peterman és munkatársai a következőképpen határozták meg a vallást: a vallás társadalmi alapú hitrendszerek és tevékenységek (rítusok) összessége, amelyek egy felsőbb hatalom létezéséhez kötődnek, és amelyeket leggyakrabban szervezett közösség keretein belül gyakorolnak (Peterman, Fitchett, Brady, Hernandez, & Cella, 2002). A spiritualitás ezzel szemben olyan érzésekre és tapasztalatokra utal, amelyek az élet értelmével és az élet céljaival, azaz egyfajta emberi útkereséssel állnak összefüggésben (Brinkerhoff & Jacob, 1987).

A spiritualitás jellemzésével kapcsolatban újabban egyre gyakrabban használt mutató az ún. spirituális jóllét, amely kifejezi a test, a lélek és a szellem közötti harmóniát; az egyénnek önmagával, másokkal, a természettel és a transzcendenciával (Istennel) való kapcsolatát (Gomez & Fisher, 2003). Az életminőség szociális aspektusát foglalja magába, hiszen túlmutat az egyénen (Tsuang, Simpson, Koenen, Kremen, & Lyons, 2007). Ahogy Gomez és Fisher (2003, 1976. old.) megfogalmazzák: „...olyan állapot, amely pozitív érzéseket, viselkedést és tudati elemeket tükröz vissza önmagunkkal, másokkal, a természettel és a transzcendenciával kapcsolatban, és az egyénnek az identitás, a teljesség, az elégedettség, az öröm, a szeretet, a tisztelet, a pozitív viszonyulás, a belső béke és harmónia, életcél és támogatottság érzését nyújtja.” A spirituális jóllétben belül különböző területek (domainek) különíthetők el, úgymint: *személyes* (amelynek eleme az élet értelméhez, az életcélokhoz és értékekhez való viszonyulás); *közösségi* (amely kifejezi az interperszonális kapcsolatok minőségét, mélységét, bizalmát); *környezeti* (aminek lényege a fizikai és biológiai világhoz való viszonyulás, a környezettel való egység érzékelése); valamint a *transzcendens* (azaz a kozmikus erők, a transzcendens valósághoz, Istenhez vagy valamilyen természetfeletti hatalomhoz való viszonyulás). A vallási jóllét egyértelműen az utóbbira koncentrál, kiegészülve egy másik szemponttal, az élethez fűződő viszonyunk, azaz az egzisztenciális (a lét értelméhez fűződő útkeresést jellemző) attitűdök jellemzőivel. A spirituális jóllét koncepciójának ennek megfelelően két empirikusan megragadható eleme van: a vallási jóllét és az egzisztenciális jóllét. A vallásnak, a spiritualitásnak, a spirituális jóllétnek (és ezen belül a kétféle jóllét-mutatóknak) az egészségre gyakorolt hatása és hatásmechanizmusa azonban eltérő lehet, bár természetesen e jelenségek között átfedések is lehetnek.

A vallásosságának, a vallásgyakorlásnak a mentális egészségre és pszichés jóllétre gyakorolt jótékony hatását több kutatás is igazolta már, amint azt egy áttekintő cikkben (Moreira-Almeida, Neto, & Koenig, 2006) olvashatjuk: az érintettek az élettel való nagyobb fokú elégedettségről, boldogságról, pozitívabb érzelmekről számoltak be, kevésbé voltak hajlamosak

depresszióra, öngyilkossági gondolatokra és káros szenvedélyekre. Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy a vizsgálatok zöme betegek vagy jelentős stresszhatás alatt állók körében történt. A spirituális jóllét vonatkozásában azonban az összefüggések kevésbé egyértelműek, ráadásul a két alskála szerepét külön-külön vizsgálva a vallási jólléttel gyakran csak kevésbé vagy egyáltalán nem mutat kapcsolatot a depresszió vagy a szorongás, míg az egzisztenciális (az élet értelmével összefüggő) jóllétet meghatározóbbnak találták például daganatos betegek (McCoubrie & Davies, 2006) vagy szívelégtelenségben szenvedők (Bekelman és mtsai, 2007) körében. Krónikus betegségek esetében a spiritualitás, az élet értelmébe vetett hit, illetve bizonyos életcélok megléte különösen fontos része a betegséggel való megküzdési, azaz coping folyamatnak, amint erre Viktor Frankl (1997) logoterápia elnevezése is utalt.

Az irodalmi adatok alapján arra következtethetünk, hogy a spiritualitás fontos része személyiségünknek; olyan megközelítési mód, amelyen keresztül formálódik identitásunk, hiszen hatást gyakorol életcéljainkra, terveinkre, ami serdülőkorban különösen meghatározó lehet (Benson, Roehlkertain, & Rude, 2003). A spirituális jóllétnek protektív szerepe van a mentális egészség fenntartásában, a depresszió megelőzésében vagy akár kezelésében. A vallásos attitűdök és a megküzdés összefüggését és kapcsolatát a lelki egészséggel hazai kutatási eredmények is leírták, többek között az érzelmi-adaptív, valamint a problémaközpontú stratégiák mobilizálása révén (Kézdý, Martos, Urbán, & Horváth-Szabó, 2010). A mentális egészségre gyakorolt hatás a megküzdési stratégiák mobilizálásán túl a személyiségfejlődésre kifejtett erőteljes hatással is magyarázható, például a nagyobb nyitottság vagy a lelkiismeretesség irányában (Henningsgaard & Arnau, 2008; Unterrainer, Ladenhauf, Moazed, Wallner-Liebmann, & Fink, 2010). Hazai kutatások is azt erősítik meg, hogy a vallásosság és az élet értelmébe vetett hit összefonódása a személyiség bizonyos jellemzőitől is függ, többek között a nyitottságtól (Martos, Konkoly Thege, & Steger, 2010). A serdülőkori problémaviselkedéssel, illetve mentális egészségindikátorokkal összefüggésben azonban még keveset tudunk a vallásosság, illetve a spirituális jóllét szerepéről. Jelen tanulmányunkban ezért azt vizsgáltuk, hogy a spirituális jóllét két alskálája miként függ össze a mentális egészség két mutatójával, a depressziós tünetegyüttesrel és az élettől való elégedettséggel.

A serdülőkori depresszió egyre nagyobb figyelmet kap a magatartás-epidemiológiai kutatásokban, hiszen kiemelt népegészségügyi problémaként hosszú távon befolyásolja az életminőséget (Friedman, 2006). A serdülőkori vallásosságnak a szerfogyasztás terén kifejtett protektív szerepe a coping folyamatokon keresztül fejt ki hatását, ami a lelki egészséggel is

szorosan összefonódik (Walker, Ainette, Willd, & Mendoza, 2007). Ugyanakkor a depresszióval való kapcsolata ennél komplexebb: a pozitív vallásos megküzdés egyértelműen alacsonyabb depressziós tüneteket eredményez, a negatív vallásos megküzdés (ha valakinek büntudata alakul ki, vagy pl. büntetéseként él meg egy negatív életeseményt vagy betegséget) viszont magasabb depressziós pontszámmal járhat (Mabe & Josephson, 2004). Hazai kutatási eredmények a vallással kapcsolatos kételyek negatív hatását emelik ki, amelyek főként bizonyos életesemények hatására keletkeznek elsősorban mélyen vallásos egyének körében, ami dühöt, büntudatot vagy akár depressziót is előidézhethet (Kézdy, Martos, Boland, & Horváth-Szabó, 2011). A depresszióval ellentétben az étellel való elégedettség pedig a szubjektív jóllét elemeként a pozitív mentális egészség indikátora, amelynek összefüggése a spiritualitással szintén számos esetben igazolást nyert már (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

A spirituális jóllét még a vallásossághoz képest is kevésbé vizsgált terület a serdülőkutatásokban. Újabbban azonban egyre inkább a kutatások fókuszába kerül. Egy fiatalok körében végzett vizsgálat szerint például a spirituális jóllét alacsonyabb szorongással és szociális diszfunkciókkal, valamint depressziós tünetekkel és összességében jobb mentális egészséggel jár együtt (Jafari és mtsai, 2010). Az egzisztenciális jóllét pedig ezek mellett kiemelt szerepet játszik a szomatikus tünetek megelőzésében (Jafari és mtsai, 2010). Egy serdülőkutatásban pedig a spirituális, főként az egzisztenciális jóllét alacsonyabb depressziópontszámmal való összefüggését igazolták (Cotton, Larkin, Hoopes, Cromer, & Rosenthal, 2005). Krónikus betegségekben (pl. gyulladáscélú bélbetegségben) szenvedő serdülőknél az emocionális és pszichoszociális megküzdésben is fontos szerepe van a spirituális jóllétnek; az elemzések szerint a két mutató közül az egzisztenciális jóllétnek van nagyobb jelentősége a mentális egészség fenntartásában, összehasonlítva a vallási jólléttel (Cotton és mtsai, 2009). Ez az összefüggés elsősorban kognitív; a személyes életcélok és az irántuk való elkötelezettség az egzisztenciális jóllétet alapozza meg (Brunstein, 1993).

Korábbi vizsgálatok alapján feltételezzük, hogy a spirituális jóllét kevesebb depressziós tünettől és az étellel való nagyobb elégedettséggel függ össze serdülőkorú mintán. A spirituális jóllét elemei közül az egzisztenciális jóllétnek tulajdonítanánk nagyobb szerepet, szemben a vallási jólléttel, annál is inkább, mert korábbi elemzésünk szerint a szegedi serdülők mintegy 20%-a tekinthető vallásosnak, és 13% jár rendszeresen vallási rendezvényekre (Pikó & Kovács, 2009). Ez ugyanakkor korántsem jelenti a spirituális beállítottság hiányát. Egyéb védőfaktorokat szintén bevontunk az elemzésbe, így a belső/külső kontrollt, valamint az optimizmust, amelyek szintén pozitív hatást gyakorolhatnak a mentális egészségre (Ayres, 2008;

Dag, 1999; Pikó, 2005). Mindkét esetben olyan változóról van szó, amelynek alakulására a személyiségfejlődés során a vallásosság hatást gyakorolhat, és ezért a spirituális fejlődéssel is szoros kapcsolatban állhat (Benson, Roehlkepartain, & Rude, 2003). A diszpozíciós optimizmus emellett közismerten a mentális egészség egyik jelentős védőfaktora, a depresszió prevenciójában és rehabilitációjában is jelentős szerepe van, többek között azáltal, hogy az optimista beállítottságúak elégedettebbek az életükkel is (Wong & Lim, 2009). A belső/külső kontroll (azaz, hogy az egyén az életeményeit saját cselekedeteitől vagy inkább külső erőktől függőnek észleli) – többek között az önbecsülésen és coping folyamatokon keresztül – függ össze a mentális egészség mutatóival (Giblin, Poland, & Ager, 1988).

## 2. MÓDSZER

### 2.1. Minta és adatfelvétel

Kérdőíves adatfelvételünkre a 2010/2011-es tanév őszi félévében került sor Szegeden (Szegedi Ifjúságkutatás 2010), középiskolás diákok körében (N = 656). Az önkitöltéses kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés bizalmasságáról. A kérdőív kitöltése az előzetes tesztelésre alapozva kb. 30-40 percet vett igénybe, a kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt borítékba helyezték el. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 93,7%-os válaszadási arányt állapítottunk meg (700 kérdőívből). A mintába véletlenszerű mintavétellel négy középiskola diákjai kerültek be a következő iskolatípus szerinti megoszlással: 20,6% gimnázium, 63,4% szakközépiskola és 16,0% szakiskola. Életkor szerint 14 és 21 év közöttiek voltak a válaszadók, átlagéletkoruk 16,5 év (szórás = 1,5 év) volt.<sup>1</sup> A nemek megoszlása a következőképpen alakult: 49,2% lány, 50,8% fiú.

### 2.2. Méréseszközök

A depressziós tünetegyüttes mérésére a Child Depression Inventory (CDI) magyar nyelvre adaptált, rövidített változatát alkalmaztuk (Kovács, 1992; Rózsa és mtsai, 1999). Az egyes állítások közül valamennyi egy meghatározott tünetre kérdezett rá (pl. szomorúság). A válaszok kódjai a következők voltak: 0, 1, 2. A jelen mintával a skála megbízhatóságát jellemző Cron-

<sup>1</sup> Szerepeltek a mintában 5-6. évfolyamon tanuló diákok is.

bach-alfa értéke 0,75 lett. A rövidített skálapontokat összeadás után 3,375-tel szoroztuk meg összehasonlítás céljából (az eredeti 27 állítást tartalmazó CDI osztva a rövidített 8 állítást tartalmazó verzióval = 3,375). Jelen mintában az átlag és a szórás ennek megfelelően a következő értékeket kapta: átlag = 7,02; szórás = 7,72. A megoszlás felső 10%-át jelző határérték (cut-off) 17 lett, ami (hasonlóan az átlag- és szórásértékekhez) kevesebb a több évvel ezelőtti szegedi mintán végzett elemzésünkön találtakhoz képest (Pikó & Fitzpatrick, 2003).

A szubjektív pszichikai jóllét mérésére az étellel való elégedettséget mérő globális skálát (Satisfaction With Life Scale, SWLS) alkalmaztuk, amely 5 itemből áll (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985). A skála az étellel való általános elégedettséget méri, olyan állításokkal, mint például: „Elégedett vagyok az életemmel”. A válaszkategóriák 0-tól (egyáltalán nem értek egyet) 6-ig (teljesen egyetértek) terjedtek. A skála megbízhatóságát mérő Cronbach-alfa értéke a jelen mintában 0,83 volt. A kérdőív magyar változatát Martos, Szabó és Rózsa (2006), valamint Pauwlik és Margitics (2008) sikeresen alkalmazták kutatásaik során, a megbízhatósági index az előbbi esetben 0,89-nek bizonyult.

A spirituális jóllét mérésére a 10-tételes Rövidített Spirituális Jóllét Skálát (*Spiritual Well-Being*) alkalmaztuk, amelyet Buford, Paloutzian és Ellison (1991) adaptált az eredetileg 20-itemes eredeti skálából; ez utóbbit Paloutzian és Ellison (1982) fejlesztették ki (Boivin, Kirby, Underwood, & Sylva, 1999). A mérőeszköz két alskálát tartalmaz, amelyek közül az egyik a vallási (azaz a vallásosságból fakadó) jóllétet (*religious well-being*), a másik pedig az egzisztenciális (azaz a lét értelméhez fűződő útkeresést jellemző) jóllétet (*existential well-being*) méri. Az előbbi esetben elsősorban Istennel vagy egy Magasabb Hatalommal való kapcsolat áll a kérdések középpontjában (pl. „Hiszek abban, hogy Isten/Természetfeletti hatalom törődik a problémáimmal”), míg az utóbbi kérdések főként az élet értelmességére vonatkoztak (pl. „Hiszem, hogy van igazi célja az életemnek”). A válaszlehetőségek a következők voltak: egyáltalán nem értek egyet = 1; nem értek egyet = 2; is-is = 3; egyetértek = 4; teljesen egyetértek = 5. Az összeített skálapontok mindkét esetben 5–25 értéket kaphattak. Az alskálák megbízhatósági értékét jelző Cronbach-alfa-értékek a jelen mintában a következők lettek: 0,75 (vallási jóllét) és 0,64 (egzisztenciális jóllét). A skálát széles körben alkalmazzák a lelki egészség mérésével összefüggésben, többek között sikerrel vonták be serdülőkkel végzett kutatásokba is (Cotton és mtsai, 2009). A szerzők fordítással és visszafordítással adaptálták magyarrá a skálát.

A belső/külső kontroll méréséhez Rotter Kontroll Helye Skáláját alkalmaztuk (Rotter, 1966), annak is 13-itemes, rövidített változatát. A skála

páronkénti állításokat tartalmazott, az I (belső) és E (külső) kontrollnak megfelelően. A válaszadónak az állítaspárok közül a hozzá közelebb álló véleményt kellett jeleznie, például: „Az emberek életében sok rossz dolog részben a balszerencsének köszönhető” *versus* „Az emberek életében sok rossz dolog saját tévedésüknek köszönhető”. A belső (I) és külső (E) skála itemeit összeadva kaptuk meg a Belső és Külső Kontroll alskálapontokat (1–13 pont), amelyek megbízhatósági értéke (Cronbach-alfa) a jelen min-tában mindkét alskála esetében 0,70 lett. A belső/külső skála alkalmazásával hazánkban Oláh Attila végzett széles körű vizsgálatokat (Oláh, 1982).

Az optimizmus mérésére a Scheier és Carver (1985) által kidolgozott Life Orientation Test (LOT) nevű skála magyar verzióját alkalmaztuk. A diszpozíciós optimizmus mértékét tesztelő mérőeszköz nyolc állításból épül fel (például: „Bizonytalan időkben a legjobbat várom”), és ötpontos válaszadási skálán lehet megjelölni az egyetértés mértékét. A módszer megbízhatósági mutatója, a Cronbach-alfa értéke 0,70 lett. A skála hazai adaptálását és validálását Szondy Máté végezte el (Szondy, 2008).

### 2.3. Statisztikai eljárás

A statisztikai elemzést az SPSS for MS Windows 15,0 programcsomag segítségével végeztük, a maximum szignifikanciaszint 0,05 volt. A kétoldalú kapcsolatok értelmezéséhez korrelációanalízist alkalmaztunk, emellett a skálák leíró statisztikáját (átlag, szórás) is megadtuk. A központi statisztikai elemzést a többváltozós lineáris regresszióanalízis jelentette, amelynek segítségével értékeltük az egyes lelkiegészség-mutatók (depresszió, étellel való elégedettség), valamint az ezeket potenciálisan befolyásoló független változók (optimizmus, vallási jóllét és egzisztenciális jóllét, belső és külső kontroll) közötti összefüggések erősségét. A lineáris regresszió „stepwise” módszerét alkalmaztuk ehhez, azaz a bevitt változók sorrendje is meghatározó volt, szemben az „enter” módszerrel, ahol a változók egyidejű bevitelére jellemző.

## 3. EREDMÉNYEK

Az 1. táblázatban a változók leíró statisztikáját, valamint a közöttük lévő kapcsolatokat jellemző korrelációs együtthatók mátrixát láthatjuk. A depresszió és az étellel való elégedettség között közepesen erős, negatív kapcsolat mutatkozott ( $r = -0,451$ ;  $p < 0,001$ ), s ugyanezt láthatjuk az optimiz-



1. táblázat. Leíró statisztika és korrelációs mátrix a bevont változókra (N = 656)

	Átlag (szórás)	1	2	3	4	5	6
1. Depressziós tünetek	7,02 (7,72)	-	-	-	-	-	-
2. Élettel való elégedettség	21,99 (6,21)	-0,451***	-	-	-	-	-
3. Optimizmus	27,32 (5,00)	-0,415***	0,411***	-	-	-	-
4. Belső kontroll	6,88 (2,08)	-0,256***	0,254***	0,209***	-	-	-
5. Külső kontroll	6,12 (2,07)	0,251***	-0,256***	-0,211***	-0,993***	-	-
6. Vallási jóllét	12,59 (4,27)	-0,04	0,059	0,084*	0,088*	-0,089*	-
7. Egzisztenciális jóllét	19,18 (3,73)	-0,411***	0,450***	0,425***	0,269***	-0,274***	0,079*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

mussal való összefüggésben is ( $r = -0,415$ ;  $p < 0,001$ ). Míg a belső kontrollal szintén negatív az összefüggés ( $r = -0,256$ ;  $p < 0,001$ ), addig a külső kontroll nagyobb depressziópontszámmal jár együtt ( $r = 0,251$ ;  $p < 0,001$ ). A spirituális jóllét mutatói közül a vallási jólléttel nem, az egzisztenciális jólléttel viszont szignifikáns a kapcsolat ( $r = -0,411$ ;  $p < 0,001$ ). Az élettel való elégedettség szintén ugyanezekkel a mutatókkal függ össze, hasonló irányú kapcsolatokat jelezve. Az optimizmus az egzisztenciális jóllét ( $r = 0,425$ ;  $p < 0,001$ ) mellett a vallási jólléttel ( $r = 0,084$ ;  $p < 0,05$ ) is kapcsolatba hozható az adatok alapján. A belső kontroll pozitívan, a külső kontroll viszont negatívan függ össze a spirituális jóllét mutatóival.

A 2. táblázat a pszichikai egészséget befolyásoló változók többváltozós lineáris regresszióelemzését mutatja be, stepwise módszert alkalmazva.

2. táblázat. A pszichikai egészséget befolyásoló független változók stepwise módszerű regresszióelemzése

Függő változó:	Depressziós tünetek	Élettel való elégedettség
Független változók és a hozzájuk tartozó koefficiensek:	1. optimizmus: $\beta = -0,280^{***}$ 2. egzisztenciális jóllét: $\beta = -0,248^{***}$ 3. külső kontroll: $\beta = 0,141^{***}$	1. egzisztenciális jóllét: $\beta = 0,301^{***}$ 2. optimizmus: $\beta = 0,257^{***}$ 3. külső kontroll: $\beta = -0,109^*$
Modell jellemzői:	$R^2 = 0,26^{***}$	$R^2 = 0,27^{***}$
Kizárt változók:	vallási jóllét belső kontroll	vallási jóllét belső kontroll

\* $p < 0,05$ ; \*\*\* $p < 0,001$

A depresszió esetében elsőként az optimizmus ( $\beta = -0,280$ ;  $p < 0,001$ ) került be a szignifikáns változók közé, emellett az egzisztenciális jóllét bizonyult még jelentős tényezőnek ( $\beta = -0,248$ ;  $p < 0,001$ ). Továbbá a külső kontroll is emelkedett depressziópontszámra hajlamosít ( $\beta = 0,141$ ;  $p < 0,001$ ). A modell a variancia 26%-át magyarázta. Az étellel való elégedettséget befolyásoló változók közé első helyre az egzisztenciális jóllét került ( $\beta = 0,301$ ;  $p < 0,001$ ), ezt követte az optimizmus ( $\beta = 0,257$ ;  $p < 0,001$ ) és a külső kontroll ( $\beta = -0,109$ ;  $p < 0,05$ ). A bevitt változók a varianciának összesen 27%-át magyarázták.

#### 4. MEGBESZÉLÉS

A pozitív pszichológiában a spiritualitás és a vallásosság karaktererősséget jelöl és védőfaktor szerepet tölt be (Pikó, 2005). A vallásosság serdülőkori protektív jellegét korábbi vizsgálatokban már sikerült igazolni (Benson és mtsai, 2005; Pikó & Kovács, 2009), azonban a spiritualitás bevonása a kutatásokba ma még jóval ritkábban történik meg. A spirituális jóllétnek pedig különösen nagy jelentősége lehet a serdülők mentális egészségének megőrzésében; hiszen összefüggésben áll azzal, ahogyan a fiatalok önmagukhoz, másokhoz és Istenhez (vagy valamilyen magasabb természetfeletti erőhöz), az élet értelméhez és az életeseményekhez, valamint az életcélokhoz viszonyulnak (Gomez & Fisher, 2003; Cotton és mtsai, 2009). A spiritualitás tehát fontos alkotóeleme a személyiségnek és kihat az identitás alakulására is (Piedmont, 1999; Pecchenino, 2009).

Jelen vizsgálatban a spirituális jóllét két dimenziója, azaz a vallási és az egzisztenciális jóllét, valamint a mentális egészség két indikátora, a depressziós tünetegyüttes és az étellel való elégedettség között kerestünk összefüggéseket; bevonva az elemzésbe további változókat is (az optimizmust és a belső/külső kontrollt), amelyek a mentális egészség szempontjából potenciális védőfaktorként funkcionálhatnak (vö. Ayres, 2008; Dag, 1999; Giblin, Poland, & Ager, 1988; Pikó, Kovács, & Kriston, 2011; Wong & Lim, 2009). Az eredmények megerősítik az optimizmus és a belső kontroll, valamint az egzisztenciális jóllét összefüggését az alacsonyabb depressziópontszámmal és az étellel való elégedettség nagyobb mértékével. A diszpozíciós optimizmus hosszú távú előrelélője a serdülőkori depresszióknak, ugyanakkor a pszichikai jóllét megőrzésében igen erőteljes védőfaktorként is jelen van (Ayres, 2008). A külső kontroll viszont – a belső kontrollal ellentétben – az étellel való elégedettség alacsonyabb szintjével jár együtt, ugyanakkor hajlamosít a depresszióra. Ezt az összefüggést korábbi vizsgálatok is megerősítik (Dag, 1999; Giblin, Poland, & Ager, 1988). A vallási jóllét nem mutatott összefüggést egyik mentálisegészség-indi-

kátorral sem, viszont pozitív kapcsolat igazolható az optimizmussal és a belső kontrollal és negatív összefüggés a külső kontrollal.

A többváltozós elemzés segítségével a leginkább meghatározó prediktorokat szűrtük ki, amelyek mindkét esetben ugyanazok voltak; eltérés csak a sorrendben mutatkozott. A depresszió elleni legerősebb védőfaktor az optimizmus, amit az egzisztenciális jóllét követ; az étellel való elégedettség esetében a sorrend fordított. Az étellel tehát azok elégedettebbek, akik értelmet találnak benne. Harmadikként a külső kontroll szerepelt a sorban, ami nemcsak depresszióra hajlamosít, hanem rontja az étellel való elégedettséget is. Más szakirodalmi adatok is megerősítik, hogy a diszpozíciós optimizmus a mentális egészség egyik jelentős védőfaktora, emellett pedig az optimizmus az étellel való nagyobb fokú elégedettséggel jár együtt (Wong & Lim, 2009). Az optimizmus és az egzisztenciális jóllét közötti erős korrelációs kapcsolat pedig rámutat arra is, hogy az optimizmus befolyásolhatja az élethez való viszonyulást, az életcélok alakítását, az élet értelmének meglátását; a szakirodalomban jelentős fejlődéstani hatást tulajdonítanak neki, ami természetesen nem független a személyiségfejlődés különböző (pl. morális, spirituális) folyamataitól sem (Extremera, Durán, & Rey, 2007). A külsőkontroll-hit mentális egészségre gyakorolt negatív hatása pedig annak tulajdonítható, hogy míg a belsőkontroll-hit arra bátorítja az egyént, hogy gondolkodjon el az adott problémán, azaz elősegíti a hatékony megküzdési folyamatokat, a külső kontroll azt az érzést közvetíti, hogy az egyén nem képes kézben tartani az eseményeket, azaz nem rendelkezik a kontrollhoz szükséges képességekkel vagy erőforrásokkal (Landau, 1995). Míg egy másik hazai tanulmányban (Pikó, Kovács, & Kriston, 2011) a belső kontroll alacsonyabb szerfogyasztással járt együtt, a mentális egészséggel összefüggésben, úgy tűnik, hogy a külső kontroll kockázati szerepe erőteljesebb.

Hasonlóan saját kutatási eredményeinkhez, korábbi vizsgálatok is az egzisztenciális jóllét nagyobb szerepét erősítették meg a fiatalok mentális egészségére gyakorolt hatások terén (Cotton és mtsai, 2009). Ez azt jelzi, hogy a spiritualitásnak kiemelten azok a területei a meghatározóak, amelyek az élet értelmére, az életcélokra, azaz egzisztenciális kérdésekre utalnak. Azok a serdülők, akik választ találnak ezekre a kérdésekre, sokkal kevésbé hajlamosak a depresszióra, és az életükkel is elégedettebbek, mint azok, akik nem látják perspektívában a saját életüket és az emberi életet. A vallási jóllét kisebb szerepe arra is visszavezethető, hogy a vallásosság egyre inkább individualizálódik és visszaszorul a modern társadalomban, ami a fiatalok életére is jellemző (Kovács & Pikó, 2009). Ugyanakkor láthatjuk, hogy a spirituális kérdések jelentősége napjaink társadalmában is kiemelten fontos és az életminőség, a jóllét meghatározó eleme, amely be-

folyásolja önmagunkhoz és másokhoz, az élet értelméhez és valamilyen transzcendens hatalomhoz való viszonyunkat (Gomez & Fisher, 2003; Tsuang és mtsai, 2007). Az élet értelmének keresése serdülőkorban különösen meghatározó, hiszen ebben a korban az identitásfejlődéssel összefüggésben a figyelem gyakran fókuszál olyan kérdésekre, mint az élet értelme vagy a személyes élet célja (Brassai, Pikó, & Steger, 2011). George és munkatársai felvetik, hogy az élet értelmébe vetet hitnek és az életcélok meglétének (azaz az egzisztenciális jóllétnek) serdülőkorban olyannyira kitüntetett szerepe van, hogy egyfajta mediátorként működhet a vallás/spiritualitás és az egészség kapcsolatában (George, Ellison, & Larson, 2002). A spiritualitásnak ez a vetülete tehát erőteljesebben jelenhet meg a lelki egészség és a pszichikai jóllét vonatkozásában, mint például egy felsőbb hatalommal való kapcsolat. Hazai vizsgálatok is azt erősítik meg, hogy a vallásosság és az élet értelmének összefüggése kiemelten fontos a fiatalok körében, ami a személyiségfejlődés egyéb szempontjaitól sem független (Martos és mtsai, 2010).

Összességében eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy serdülők körében végzett kutatásokban a spirituális jóllét megismerése közelebb vihet bennünket a mentális egészség megőrzésének lehetőségeihez, sajátos támpontokat nyújtva a mentálhigiénés gyakorlat tervezéséhez.

#### KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány az Egészségügyi Minisztérium ETT 012-08/2009 számú pályázati keretének támogatásával valósult meg. Az első szerző továbbá támogatást kapott a következő pályázatot keretén belül: TÁMOP 4.2.1.-B/09/0/KONV-2010-005.

### Irodalom

- Ayres, C.G. (2008). Mediators of the relationship between social support and positive health practices in middle adolescents. *Journal of Pediatric Health Care*, 22, 94–102.
- Bekelman, D.B., Dy, S.M., Becker, D.M., Wittstein, I.S., Hendricks, D.E., Yamashita, T.E., et al. (2007). Spiritual well-being and depression in patients with heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 470–477.
- Benson, P.L., Roehlkepartain, E.C., & Rude, S.P. (2003). Spiritual development in childhood and adolescence: Toward a field of inquiry. *Applied Developmental Science*, 7, 205–213.
- Benson, P.L., Scales, P.C., Sesma, A., & Roehlkepartain, E.C. (2005). Adolescent spirituality. *Adolescent & Family Health*, 4, 41–51.
- Boivin, M.J., Kirby, A.L., Underwood, L.K., & Sylva, H. (1999). Spiritual Well-Being Scale. In P. Hill, & R. Hood (Eds.), *Measures of religiosity* (382–385.). Birmingham, AL: Religious Education Press

- Brassai, L., Pikó, B.F., & Steger, M.F. (2011). Meaning in life: Is it a protective factor for adolescents' psychological health? *International Journal of Behavioral Medicine*, 18, 44–51.
- Brinkenhoff, M.B., & Jacob, J.C. (1987). Quasi-religious meaning systems, official religion, and quality of life in an alternative lifestyle: A survey from the back-to-the-land movement. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 26, 63–80.
- Brunstein, J.C. (1993). Personal goals and subjective well-being: A longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1061–1070.
- Buford, R., Paloutzian, R., & Ellison, C. (1991). Norms for the Spiritual Well-Being Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 19, 56–70.
- Cotton, S., Kudel, I., Humenay R.Y., Pallerla, H., Tsevat, J., Succop, P., et al. (2009). Spiritual well-being and mental health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease. *Journal of Adolescent Health*, 44, 485–492.
- Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A., Cromer, B.A., & Rosenthal, S.L. (2005). The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 36, 529.e7–529.e14.
- Dag, I. (1999). The relationship among paranormal beliefs, locus of control and psychopathology in a Turkish college sample. *Personality and Individual Differences*, 26, 723–737.
- Diener, E., Emmons, R.A., Larsen, R.J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276–302.
- Extremera, N., Durán, A., & Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: Analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality and Individual Differences*, 42, 1069–1079.
- Frankl, V.E. (1997). *Orvosi lélekgondozás*. Budapest: UR Könyvkiadó és Multimédia Stúdió Kft.
- Friedman, R.A. (2006). Uncovering an epidemic – screening for mental illness in teens. *The New England Journal of Medicine*, 355(26), 2717–2719.
- George, L.K., Ellison, C.G., & Larson, D.B. (2002). Explaining the relationships between religious involvement and health. *Psychological Inquiry*, 13, 190–200.
- Giblin, P.T., Poland, M.L., & Ager, J.W. (1988). Clinical applications of self-esteem and locus of control to adolescent health. *Journal of Adolescent Health Care*, 9, 1–14.
- Gomez, R., & Fisher, J.W. (2003). Domains of spiritual well-being and development and validation of the Spiritual Well-Being Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 35, 1975–1991.
- Henningsgaard, J.M., & Arnau, R.C. (2008). Relationships between religiosity, spirituality, and personality: A multivariate analysis. *Personality and Individual Differences*, 45, 703–708.
- Jafari, E., Deshri, G.R., Eskandari, J., Najafi, M., Heshmati, R., & Hoseinifar, J. (2010). Spiritual well-being and mental health in university students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 5, 1477–1481.
- Kézdy, A., Martos, T., Boland, V., & Horváth-Szabó, K. (2011). Religious doubts and mental health in adolescence and young adulthood: The associations with religious attitudes. *Journal of Adolescence*, 34, 39–47.
- Kézdy, A., Martos, T., Urbán, Sz., & Horváth-Szabó, K. (2010). A vallásos attitűdök, a megküzdési módok és a lelki egészség összefüggései serdülő- és fiatal felnőttkorban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11, 1–16.

- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. Toronto: Multi-Health Systems
- Kovács, E., & Pikó, B. (2009). Vallásosság a magyar középiskolások körében. *Társadalomkutatás*, 27(1), 27–48.
- Landau, R. (1995). Locus of control and socioeconomic status: Does internal locus of control reflect real resources and opportunities or personal coping abilities? *Social Science and Medicine*, 41, 1499–1505.
- Mabe, P.A., & Josephson, A.M. (2004). Child and adolescent psychopathology: Spiritual and religious perspectives. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13, 111–125.
- Martos, T., Konkoly Thege, B., & Steger, M.F. (2010). It's not only what you hold, it's how you hold it: Dimensions of religiosity and meaning of life. *Personality and Individual Differences*, 49, 863–868.
- Martos, T., Szabó, G., & Rózsa, S. (2006). Az Aspirációs Index rövidített változatának pszichometriai jellemzői hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 171–191.
- McCoubrie, R.C., & Davies, A.N. (2006). Is there a correlation between spirituality and anxiety and depression in patients with advanced cancer? *Supportive Care in Cancer*, 14, 379–385.
- Miller, W.R., & Thoresen, C.E. (2003). Spirituality, religion, and health. An emerging field. *American Psychologist*, 58, 24–35.
- Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(3), 242–250.
- Oláh, A. (1982). *Kérdőíves módszerek a külső-belső kontroll attitűd vizsgálatára. Módszertani Füzetek*, No. 19. Budapest: Országos Pályaválasztási Intézet
- Pauwlik, Zs., & Margitics, F. (2008). Személyes törekvések kapcsolata a szubjektív jólléttel főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 1–33.
- Paloutzian, R.F., & Ellison, C.W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and quality of life. In L.A. Peplau, & D. Perlmán (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy* (224–237). New York: Wiley Interscience
- Pecchenino, R.A. (2009). Becoming: Identity and spirituality. *The Journal of Socio-Economics*, 38, 31–36.
- Peterman, A.H., Fitchett, G., Brady, M.J., Hernandez, L., & Cella, D. (2002). Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Spiritual Well-Being Scale (FACIT – Sp). *Annals of Behavioral Medicine*, 24, 49–58.
- Piedmont, R.L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality*, 67, 985–1013.
- Pikó, B. (2005). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Pikó, B.F., & Fitzpatrick, K.M. (2003). Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 44–54.
- Pikó, B., & Kovács, E. (2009). Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 150(41), 1903–1908.
- Pikó, B., Kovács, E., & Kriston, P. (2011). A belső/külső kontroll és a serdülőkori szerfogyasztás összefüggésének jelentősége a magatartásorvoslásban. *Orvosi Hetilap*, 152(9), 331–337.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Letöltve: 2011. 01. 06-án: <http://www.psych.uncc.edu/pagoolka/LC.html>

- Rózsa, S., Vetró, Á., V. Komlósi, A., Gádos, J., Kó, N., & Csorba, J. (1999). Gyermekek és serdülőkorúak depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján. *Pszichológia, 19*, 459-482.
- Scheier, M.F., & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
- Steen, T.A., Kachorek, L.V., & Peterson, C. (2003). Character strengths among youth. *Journal of Youth and Adolescence, 32*, 5-16.
- Szondy, M. (2008). *Optimizmus, pesszimizmus, egészség és egészségmagatartás. Doktori értekezés.* Budapest: ELTE PPK
- Tsuang, M.T., Simpson, J.C., Koenen, K.C., Kremen, W.S., & Lyons, M.J. (2007). Spiritual well-being and health. *Journal of Nervous & Mental Disease, 195*, 673-680.
- Unterrainer, H.-F., Ladenhauf, K.H., Moazedi, M.L., Wallner-Liebmann, S.J., & Fink, A. (2010). Dimensions of religious/spiritual well-being and their relation to personality and psychological well-being. *Personality and Individual Differences, 49*, 192-197.
- Walker, C., Ainette, M.G., Wills, T.A., & Mendoza, D. (2007). Religiosity and substance use: Test of an indirect-effect model in early and middle adolescence. *Psychology of Addictive Behaviors, 21*, 84-96.
- Wong, S.S., & Lim, T. (2009). Hope versus optimism in Singaporean adolescents: Contributions to depression and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 46*, 648-652.

## **SPIRITUALITY - RELIGION - HEALTH. YOUTH'S MENTAL HEALTH IN LIGHT OF THE INDICATORS OF SPIRITUAL WELL-BEING**

PIKÓ, BETTINA - KOVÁCS, ESZTER - KRISTON, PÁLMA

In positive psychology, spirituality has been viewed as an element of human strengths and adaptation-prone characters. Adolescent spirituality has particularly a great significance since it may be an effective protective factor and developmental asset. In the present study, we investigated how spiritual well-being might be related to two indicators of mental health, namely, depressive symptomatology and satisfaction with life. The data collection of the questionnaire survey was going on among 656 high school students in Szeged, Hungary (age range between 14-21 years, mean = 16.5 years, SD = 1.5 years of age, 49.1% of the sample was female). Associations between depression and satisfaction with life (as dependent variables) and indicators of spiritual well-being (religious and existential well-being as independent variables) were assessed using multiple linear regression analysis (stepwise method) including other potential protective factors, such as optimism and internal/external locus of control. Correlational coefficients characterizing bidirectional connections reassured the relationship of optimism, internal locus of control, and existential well-being with lower level of depression scale points and greater amount of satisfaction with life. According to the multivariate analysis, optimism was the strongest predictor of depression that was followed by existential well-being; in terms of life satisfaction, the order was the

reverse. Besides, external locus of control prone to depression as well as it worsened the level of life satisfaction. Based on these findings, we may conclude that adolescents who are optimistic, find an answer for existential requests, and do not make their decisions based on external locus of control, are less likely to have depression and more likely to be satisfied with their lives.

**Keywords:** spiritual well-being, depression, satisfaction with life, adolescence, protective factors