

# A VALLÁSOS ATTITŰDÖK, A MEGKÜZDÉSI MÓDOK ÉS A LELKI EGÉSZSÉG ÖSSZEFÜGGÉSEI SERDÜLŐ- ÉS FIATAL FELNŐTTKORBAN

KÉZDY ANIKÓ<sup>1\*</sup> – MARTOS TAMÁS<sup>2</sup> – URBÁN SZABOLCS<sup>3</sup> – HORVÁTH-SZABÓ KATALIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola, Pszichológia Tanszék, Budapest

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

<sup>3</sup> Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Intézet, Piliscsaba

(Beérkezett: 2009. december 4.; elfogadva: 2010. január 6.)

Egyre több kutatás bizonyítja a vallás pozitív hatását a lelki egészségre nézve. A jelen vizsgálatban arra a kérdésre kerestük a választ, hogy serdülők és fiatal felnőttek esetében hogyan függ össze a vallásos attitűd a megküzdés adaptív és nem adaptív formáival, valamint hogy lehet-e közvetítő szerepe a megküzdésnek a vallásosság és lelki egészség közötti kapcsolatban. 190 budapesti középiskolás (átlagéletkoruk 16,9 év) és 213 egyetemista (átlagéletkoruk 21,4 év) töltötte ki anonim, önkitöltős kérdőívünket. Eredményeink szerint a transzcendens elfogadása mind a serdülő, mind a fiatal felnőtt mintán erős összefüggést mutat az érzelmi-adaptív megküzdés faktorával, melyben szerepel a társas támasz elfogadása/igénybevétele is. A regressziós elemzés eredményei arra utalnak, hogy az érzelmi-adaptív és a problémaközpontú megküzdés közvetítő tényezőként játszhat szerepet a vallásosság és a pozitív lelki egészség kapcsolatában. A vallásosság változása miatt azonban a vallásosság különböző aspektusai (középiskolásoknál a templomba járás gyakorisága és a transzcendens elfogadása, egyetemistáknál a vallásos kijelentések szimbolikus értelmezése) járulnak hozzá a megküzdési stratégiák választásán keresztül a jobb lelki egészséghez.

**Kulcsszavak:** serdülőkor, megküzdés, vallásosság, lelki egészség

---

\* Levelező szerző: Kézdy Anikó, Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola, Pszichológia Tanszék, 1052 Budapest, Piarista köz 1. E-mail: kezdy.aniko@sapientia.hu

## 1. BEVEZETÉS

Egyre több kutatási eredmény számol be arról, hogy a vallásosságnak jelentős szerepe lehet a lelki egészség megőrzésében (Dezutter és mtsai, 2006; Koenig és mtsai, 2001; Kopp és mtsai, 2004; Martos és Kézdy, 2007). Mivel a serdülő- és a fiatal felnőttkor az összetett fejlődési feladatokból (pl. identitás kialakítása, a felnőtt társadalmi szerepekbe való beilleszkedés) kifolyólag jelentős kihívásokat tartalmazó, ugyanakkor sérülékeny időszak, fontos annak a vizsgálata, hogy vajon a vallásosság protektív hatása ebben az életszakaszban is megfigyelhető-e. Korábbi eredmények arra utalnak, hogy vallásos serdülőknél jobb pszichológiai alkalmazkodóképesség mutatható ki (Good és Willoughby, 2006), valamint kevésbé veszélyeztetettek az öngyilkosság és túl korai szexuális kapcsolatok létesítésének tekintetében (Greening és Dollinger, 1993; Donahue és Benson, 1995). Alacsonyabb depresszióértéket találtak azoknál a serdülőknél, akik rendszeresen jártak templomba, és úgy érezték, a vallás értelmet ad az életüknek (Wright és mtsai, 1993). A vallásosság negatív összefüggést mutat a kockázatvállaló magatartással – így például a mértéktelen alkoholfogyasztással és a droghasználattal – mind a serdülők, mind a fiatal felnőttek esetében (Barry és Nelson, 2005; Good és Willoughby, 2006).

A vallás, illetve a vallási közösségek protektív hatását a serdülőkori problémás viselkedés tekintetében magyar mintán is kimutatták: a rendszeresen templomba járó középiskolások dohányzás, alkohol- és droghasználat tekintetében is alacsonyabb értékeket mutattak, mint nem vallásos társaik; és ez az összefüggés különösen a fiúk esetében volt erőteljes (Pikó és Fitzpatrick, 2001, 2004). A szerzők szerint ezen eredmények hátterében a vallás nyújtotta erkölcsi értékrend állhat, illetve a templomba járás gyakorisága összefüggésben lehet a nagyobb családi kohézióval, szülői monitorozással, valamint a társas támasszal, amelyek mind a szerhasználatról való tartózkodást segítik. Miller és Kelley (2005) szintén úgy véli, hogy a vallás azon jellemzői közül, amelyek protektív szerepet játszanak a serdülők lelki egészségére nézve, a személyes elköteleződés és a vallásos társas támasz, illetve közösséghez tartozás a leginkább számottevő. A társas támasz kiemelt erőforrás lehet a stresszel való megküzdésben (Stauder, 2008); és a vallás, illetve a vallási közösséghez tartozás feltehetően növelheti az elérhető támogató kapcsolatok számát, erősségét.

A társas támasz egészségvédő szerepével a megküzdés szakirodalmában is találkozunk. Megküzdési stratégiának tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses megnyilvánulás, amely a stressz csökkentésére, a stressz-keltő eseményekkel való megbirkózásra irányul. Minél gazdagabb a megküzdési repertoár, vagyis minél többféle megküzdési módot képes az egyén

alkalmazni, annál inkább ki tudja választani az adott stresszhelyzetben leginkább hatékony stratégiát vagy stratégiákat. A megküzdési stratégiák két nagy típusát Lazarus és Folkman (1984) különítette el: a probléma-központú megküzdés során a személy a problémára vagy a helyzetre összpontosít, annak elkerülése vagy megváltoztatása szándékával, az érzelme-központú megküzdésnek ellenben a stresszhelyzet által kiváltott negatív érzések enyhítése a célja. Az érzelmi egyensúly helyreállítása sok esetben előfeltétele vagy kísérője a problémaközpontú stratégiák alkalmazásának. A megküzdési módokat hatékonyságuk alapján bonthatjuk két csoportra. Az adaptív, vagyis az alkalmazkodást, beilleszkedést, a helyzet pozitív megoldását segítő stratégiák közé tartoznak általában a problémaközpontú stratégiák, de a pozitív újraértelmezés vagy a társas környezet mozgósítása, a társas támasz igénybevétele is. Az adaptív stratégiákkal szemben elkülöníthető egy másik, alacsony hatékonyságú csoport is: ide tartozik a probléma tagadása vagy a menekülés, melynek gyakori példája az alkohol- és droghasználat a szorongás csökkentése érdekében. A megküzdési repertoár formálódásának fontos időszaka a serdülőkor; az ekkor kialakított nem adaptív stratégiák (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) pedig könnyen rögzülhetnek (Pikó, 2009).

A vallásosság szerepét a megküzdésben egyre nagyobb érdeklődés kíséri az utóbbi évtizedekben (Koenig és mtsai, 2001; Pargament, 1997). Az empirikus vizsgálatok során ugyanakkor fény derült arra is, hogy megbízható eredmények csak akkor születhetnek, ha a kutatások figyelembe veszik a vallásosság komplexitását, változását, egyéni jellegzetességeit is. A vallásosság és egészség kapcsolatát összefoglaló elméletek (Crawford és mtsai, 2006; Koenig és mtsai, 2001; Martos és Kézdy, 2007; Lukács és Kézdy, 2008) ugyanis hangsúlyozzák, hogy a vallásosság hatása a testi és lelki egészségre egyaránt lehet pozitív és negatív a vallásos tartalmak, előírások, a vallási közösség jellemzőitől függően, vagyis a vallásosság lehet protektív, de lehet megbetegítő tényező is. A vallásosság fejlődéslelektani elméletei arra is felhívják a figyelmet, hogy a vallásosság jelentős változáson megy át serdülő- és fiatal felnőttkorban. Míg a serdülőkor első felében a hit nagyon sok konvencionális, a közösségtől átvett elemet hordoz, addig a fiatal felnőttkor éveit alatti, egyfajta kritikai eltávolodással, személyes reflexiónak kell alávetni mindezeket a tartalmakat, hogy végül az egyén a személyesen belátott és elfogadott értékek mellett köteleződjék el (Benkő, 1998). Ezt a folyamatot írja le részletesen Fowler a hit fejlődéséről alkotott szakasz-elméletében (1980, 2001). Fowler szerint a hit fejlődésének harmadik fázisában, a szintetikus-konvencionális hit szakaszában a serdülő hitvilágát még nagyrészt a számára fontos személyektől, csoporttól átvett elemek alkotják. Ezzel szemben a következő szakasz, az individualista-ref-

lektív hit szakasza a korábbi, konvencionális hittartalmak megkérdőjelezéséről, átgondolásáról és az ezekkel kapcsolatos személyes döntések meghozataláról szól. A hit ebben az időszakban gyakran inkább ideológiai vagy világnézet jellegű. A szakasz egyik meghatározó fejlődéslélektani faktora a formális gondolkodás kiteljesedése. Ez az elméleti keret egy lehetséges magyarázatát nyújtja a vallásosság, különösen a formális vallásosság csökkenésének a serdülőkortól kezdve a fiatal felnőttkor évein át.

A vallásos attitűdök változásában is hasonló, eltávolodást és újraközelítést magában foglaló folyamat figyelhető meg. Wulff (1991) szerint a valláshoz való viszonyulás két alapvető dimenzió mentén írható le: az egyik dimenzió két végpontján a transzcendens valóság elfogadása, illetve elutasítása található, míg a másik dimenziót a vallásos kijelentések (pl. szent iratok) szó szerinti, illetve szimbolikus értelmezése alkotja. A vallásosság fejlődése során a vallásos attitűd a szó szerinti elfogadásból a kritikai lebontáson keresztül jut el a vallásos szimbólumok összetett értelmezéséig (Hutsebaut, 1996). E folyamat mögött a serdülő- és fiatal felnőttkor általános fejlődéslélektani jellegzetességei húzódnak meg, így például a gondolkodás komplexitásának változása (Desimpelaere és mtsai, 1999; Duriez és Soenens, 2006).

### 1.1. A jelen kutatás célja

A korábbi kutatási eredmények arra utalnak, hogy serdülők esetében a vallás leginkább a személyes elköteleződésen, a vallási közösség nyújtotta társas támaszon (Miller és Kelley, 2005; Crawford és mtsai 2006), valamint az érzelmek kezelésén, a pozitív érzelmek elérhetőségén (Horváth-Szabó, 2003; Martos és Kézdy, 2007) keresztül fejtheti ki protektív hatását a lelki egészségre. Ez alapján tehát feltételezhető, hogy a vallásosság bizonyos jellemzői, így a vallásgyakorlás rendszeressége vagy a transzcendens elfogadásának mértéke kapcsolatban lehetnek a fenti erőforrásokat felhasználó adaptív megküzdési formákkal. A vallásosság ugyanakkor jelentős változásokon megy át a serdülőkor és a fiatal felnőttkor éve alatt, amely jellegzetesen az intézményes vallásosságtól való eltávolodással, vagy a transzcendens különböző mértékű elutasításával jár (pl. Fowler, 1980, 2001). Jelen kutatásunkban ezért az alábbi kérdésekre kerestük a választ:

Kimutatható-e összefüggés a vallásgyakorlás rendszeressége, a vallásos attitűdök és a megküzdés különböző formái között serdülő- és fiatal felnőttkorban?

Lehet-e közvetítő (mediátor) szerepe a megküzdésnek a vallásosság és a lelki egészség közötti összefüggésben?

Különböznek-e a fenti összefüggések a serdülők és a fiatal felnőttek esetében, vagyis tapasztalható-e változás az életkor előrehaladtával?

## 2. MÓDSZER

### 2.1. Minta

A kérdőíveket két budapesti egyházi középiskolában, valamint a Pázmány Péter Katolikus Egyetem piliscsabai campusán vettük fel. A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt; a kérdőívek kitöltése névtelenül történt. A minta kiválasztásánál szándékosan kerestünk olyan közeget, ahol az átlagosnál nagyobb arányban fordulnak elő vallásos fiatalok, hiszen a vallásos jelenségek tanulmányozását célszerűbb vallásos közegben végezni. A vizsgálatban összesen 396, 15 és 25 év közötti diák vett részt, 43,1% férfi és 56,9% nő. A középiskolások ( $N = 185$ ) átlagéletkora 16,9 év ( $SD = 1,36$ ), az egyetemistáké ( $N = 211$ ) 21,4 év ( $SD = 1,90$ ) volt. Felekezeti megoszlás tekintetében a minta 73,2%-a katolikusnak, 18,4% egyéb kereszténynek vallotta magát, 3,2% volt a maga módján vallásos, és 4,6% nem vallásosként jellemezte magát.

A nem, az életkor és a felekezeti hovatartozás mellett a kérdőívben szerepelt a templomba járás gyakoriságára vonatkozó kérdés is. Itt három lehetőség közül lehetett választani: hetente vagy gyakrabban, csupán különleges alkalmakkor, szinte soha vagy soha. Mivel a középiskolás mintában a templomba soha vagy szinte soha nem járók aránya nagyon alacsony volt (6 fő, 3,3%), annak érdekében, hogy megbízható statisztikai elemzéseket tudjunk végezni, ezt a csoportot összevontuk a templomba nem rendszeresen járók csoportjával (49 fő, 26,5%). Bár az egyetemistáknál a templomba szinte soha vagy soha nem járók aránya magasabb volt (39 fő, 16,5%), az egységes adatkezelés érdekében az ő esetükben is összevontuk a két csoportot. Így mindkét minta esetében egy templomba soha, illetve ritkán járó, valamint egy templomba rendszeresen járó csoporttal dolgoztunk.

### 2.2. Vizsgálati eszközök

A megküzdés módjainak feltérképezésére a Lazarus és Folkman (1980) által kifejlesztett Konfliktusmegoldó Kérdőív 22 tételes változatát alkalmaztuk (Kopp és Skrabski, 1995). Pikó (2001) e mérőeszköz elemzése során, középiskolás mintán négy faktort állapított meg: passzív, problémaelemző, kockázatos és támogatást kereső megküzdést. Ugyanakkor, mivel a Konf-

liktusmegoldó Kérdőívvel végzett vizsgálatokban a kapott faktorok a különböző mintákon nagy eltérést mutatnak, a nemzetközi ajánlások abba az irányba mutatnak, hogy érdemes minden kutatócsoportnak a saját kutatási mintáján kidolgozott és validált faktorokat alkalmaznia (Rózsa és mtsai, 2008).

A főkomponens-elemzés mintánkban a megküzdés három dimenzióját mutatta ki: az érzelmi-adaptív és problémaelemző, az érzelmi-inadaptív, valamint a problémaközpontú megküzdés dimenzióit. Az érzelmi-adaptív/problémaelemző megküzdést a társas támasz elfogadása, a probléma elemzése, valamint a kockázatvállaló magatartás kerülése jellemezte (pl. „Elfogadtam mások együttérzését és megértését”; „Átgondoltam, hogy mit fogok mondani vagy tenni az ügyben”). Az érzelmi-inadaptív stratégiák csoportjába az érzelmek szabadjára engedése, a kockázatvállaló magatartás, a probléma elkerülése tartozott (pl. „Azt kívántam, hogy bárcsak megváltozna a helyzet”; „Evéssel-ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbálkoztam”). A problémaközpontú megküzdés faktorát az aktív problémamegoldó stratégiák és a pozitív átkeretezés alkották (pl. „Tudtam, mit kell tennem, így megkétszereztem az erőfeszítemet a siker érdekében”; „Gondoltam, minden rosszban van valami jó, próbáltam derűsen felfogni a dolgot”). A teljes mintán kimutatott komponens-struktúrát a középiskolás és egyetemista almintákon kis eltérésekkel külön-külön is reprodukálni tudtuk, így az általunk talált struktúra az alminták között stabilnak tekinthető. A továbbiakban a komponensek regressziós módszerrel létrehozott és változóként elmentett értékeivel számoltunk (az SPSS programcsomag által így létrehozott mindhárom változó átlaga a teljes mintára értelmezve 0, szórása 1).

A vallásosság mérőeszközének a Kritika Utáni Vallásosság Skála magyar változatát alkalmaztuk (Post-Critical Belief Scale, PCBS; Horváth-Szabó, 2003; Martos és mtsai, 2009). A kérdőív a valláshoz való viszonyulás két alapvető dimenzióját méri. Az egyik dimenzió két végpontja a transzcendens kizárása/elutasítása és a transzcendens bevonása/elfogadása, másik dimenziójának két végpontja a vallásos kijelentések, iratok szó szerinti, illetve szimbolikus értelmezése. A kérdőív 33 tételből áll, a válaszadás 7-fokú Likert-skálán történik. A kiértékelést a Martos és munkatársai (2009) által részletesen leírt faktoranalitikus eljárás szerint végeztük (a két dimenzió átlaga a teljes mintára ebben az esetben is 0, szórása 1). A magasabb pontszámok a transzcendencia esetében a transzcendens erősebb elfogadását, a szimbolikusság esetében a magasabb fokú szimbolikus értelmezést jelentik. Mivel a kérdőív a transzcendens elutasításának mértékét is képes mérni, ezért nem vallásos környezetben is jól használható.

A lelki egészség mutatóinak a szorongást és a depresszivitást választot-

tuk, mivel a vallás és egészség összefüggéseinek kutatásában ezek a leggyakrabban vizsgált területek (Koenig és mtsai, 2001; Tix és Frazier, 2005). A depresszivitást a 9-tételes Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (BDI-S; Rózsa és mtsai, 2001) segítségével mértük, mintánkban a Cronbach-alfa értéke 0,849 volt. A szorongás mérésére a 20-tételes Spielberger-féle STAI-T szolgált (Sipos és mtsai, 1998), a Cronbach-alfa 0,870 volt. Mivel a BDI-S pontszámok eloszlása jelentős eltérést mutatott a normalitástól, az értékeket inverz transzformáció segítségével korrigáltuk, és a további statisztikai elemzések során a transzformált értékekkel dolgoztunk.

### 2.3. Statisztikai eljárások

A változók leíró statisztikai elemzésénél a két minta értékeit független mintás t-próbával hasonlítottuk össze és a különbség mértékének megállapítására Cohen-féle d-értéket is számoltunk. A folytonos változók összefüggéseinek feltárására Pearson-korrelációs együtthatókat számítottunk külön a két almintában. Az adatok komplex összefüggéseit lineáris regresszióelemzéssel vizsgáltuk: külön-külön a depressziós tünetek és a szorongás mértékét használva függő változóként. A független változók egyes típusait külön blokkban bocsátottuk az egyenletbe. Így megállapítható volt az egyes blokkok által magyarázott variancia mértéke, illetve a korábbi blokkokba bebocsátott változók együtthatóinak változásából következtetni lehetett az esetleges közvetítő (mediációs) összefüggésekre is. Az első lépésben ezért a háttérváltozókat (nem, életkor), a másodikban a vallásossággal kapcsolatos változókat, végül a megküzdési módok változatait bocsátottuk az egyenletbe.

## 3. EREDMÉNYEK

A középiskolások és egyetemisták csoportja a t-próba eredményei szerint az összes változó tekintetében szignifikánsan különbözött (1. táblázat). A templomba rendszeresen járók aránya szignifikánsan magasabb volt a középiskolásoknál (khi-négyzet próba,  $p < 0,001$ ). A transzcendens elfogadása, a szorongás és a depressziós tünetek mértéke szintén a középiskolások esetében volt magasabb ( $p < 0,01$ ; kivéve a szorongás esetében, ahol  $p < 0,05$ ). A szimbolikus értelmezés és a megküzdési stratégiák az egyetemisták csoportjában mutattak magasabb értéket ( $p < 0,01$ ; kivéve a problémaközpontú megküzdés esetében, ahol  $p < 0,05$ ). A Cohen-d értéke

1. táblázat. A változók leíró jellemzői

	Középiskolások		Egyetemisták		t	p	Cohen-d
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás			
Transzcendencia elfogadása	0,27	0,79	-0,23	1,10	5,15	<0,001	0,52
Szimbolikus értelmezés	-0,18	0,97	0,16	1,00	-3,42	0,001	-0,35
Érzelmi-adaptív megküzdés	-0,30	1,08	0,22	0,86	-5,31	<0,001	-0,53
Érzelmi-inadaptív megküzdés	-0,17	1,12	0,12	0,85	-2,99	0,003	-0,30
Problémaközpontú megküzdés	-0,12	0,94	0,04	1,06	-1,58	0,114	-0,16
Szorongás (STAI-T)	45,65	8,49	43,84	7,57	2,25	0,025	0,23
Depresszivitás (BDI-S)	15,99	5,22	12,91	4,32	6,43	<0,001	0,65
	N	%	N	%	Khi-négy-zet	p	
Templom: rendszeresen	130	70,30%	74	35,10%			
Templom: soha / ritkán	55	29,70%	137	64,90%	48,90	<0,001	

a transzcendens elfogadása, az érzelmi-adaptív megküzdés és a depressziós tünetek mértéke esetében közepes hatásméretet jelzett.

A változók közötti korrelációs összefüggéseket a 2. táblázat mutatja be. A transzcendens elfogadása mind a középiskolás, mind az egyetemisták csoportjában szignifikáns kapcsolatban áll az érzelmi-adaptív és problémaelemző megküzdéssel. Az egyetemisták esetében a másik vallásosság-dimenzió, a szimbolikus értelmezés is együtt jár az érzelmi-adaptív és problémaelemző stratégiákkal. A szimbolikus értelmezés ezen kívül egyetemisták esetében a depresszivitással mutat negatív összefüggést. A transzcendens elfogadása a középiskolások esetében negatívan korrelál mindkét lelki egészség-mutatóval, ám ez a kapcsolat az egyetemisták csoportjában eltűnik. A megküzdési stratégiák és a lelki egészség mutatók között hasonló összefüggés mutatkozik a két életkori csoportban. Az érzelmi-inadaptív és az érzelmi-adaptív stratégiák közötti korreláció középiskolások esetében pozitív, egyetemisták esetében negatív.



2. táblázat. A változók közötti kapcsolatok korrelációs elemzése

		1	2	3	4	5	6	7
1	Transzcendencia elfogadása		0,124	0,305***	-0,05	0,037	-0,197**	-0,273***
2	Szimbolikus értelmezés	-0,002		0,001	0,106	-0,092	0,099	-0,015
3	Érzelmi-adaptív megküzdés	0,243***	0,219**		0,202**	-0,039	-0,138+	-0,55***
4	Érzelmi-inadaptív megküzdés	0,002	-0,022	-0,366***		-0,018	0,379***	-0,129
5	Probléma-központú megküzdés	-0,136	-0,012	-0,017	-0,081		-0,33***	-0,215**
6	Szorongás (STAI-T)	0,048	-0,078	-0,221**	0,384***	-0,185**		0,478***
7	Depresszióvitás (BDI-S)	0,037	-0,186**	-0,375***	0,217**	-0,115	0,46***	

Az átló alatt az egyetemistákra, az átló felett a középiskolásokra vonatkozó adatok láthatóak.

\*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ , +  $p = 0,057$

A megküzdési stratégiák feltételezett mediáló szerepének feltárása érdekében regresszióelemzést végeztünk a BDI-S és a STAI-T tekintetében, külön-külön a középiskolás és az egyetemista mintán. Első lépésben a kontroll-változókat (nem és életkor) bocsátottuk be az egyenletbe, második lépésben ez kiegészült a vallásosság mérőeszközeivel (templomba járás gyakorisága, transzcendencia elfogadása, szimbolikus értelmezés). Harmadik lépésben a megküzdési stratégiákat bocsátottuk be az elemzésbe (érzelmi-adaptív/problémaelemző, érzelmi-inadaptív, problémaközpontú megküzdés). Az eredményeket a 3. és 4. táblázat mutatja be.

A BDI-S esetében a végső modell a középiskolásoknál a teljes variancia 36,7%-át, míg az egyetemistáknál 18,1%-át magyarázta. A középiskolások esetében a második lépésben a depresszív tünetekre nézve szignifikáns előrejelző értéke volt a nemnek ( $\beta = 0,178$ ,  $p < 0,05$ ), a templomba járás gyakoriságának ( $\beta = -0,219$ ,  $p < 0,01$ ), valamint a transzcendens bevonásának ( $\beta = -0,198$ ,  $p < 0,05$ ). Eszerint a középiskolások között a lányok, a nem rendszeresen vagy templomba soha nem járók, valamint transzcen-

3. táblázat. A szorongás (STAI-T) előrejelzése hierarchikus lineáris regresszióelemzéssel

	Középiskolások				Egyetemisták				
	B	St. hiba	béta	p	B	St. hiba	béta	p	
1. lépés	Nem	3,503	1,226	0,209	0,005	2,619	1,085	0,168	0,017
	Kor	-0,752	0,448	-0,123	0,095	-0,313	0,277	-0,079	0,260
		$R^2_{\text{inflúziás}} = 0,056, F = 5,26, p = 0,006$							
2. lépés	Nem	4,120	1,209	0,246	0,001	2,879	1,132	0,185	0,012
	Kor	-1,077	0,449	-0,176	0,017	-0,261	0,286	-0,066	0,362
	Templom (0 = nem/ritkán, 1 = rendszeres)	-2,007	1,462	-0,110	0,171	-1,068	1,412	-0,068	0,450
	Transzcendencia elfogadása	-2,391	0,844	-0,221	0,005	0,551	0,606	0,080	0,365
	Szimbolikus értelmelés	0,775	0,634	0,089	0,223	-0,833	0,548	-0,111	0,130
		$R^2_{\text{inflúziás}} = 0,082, F = 5,50, p = 0,001$							
3. lépés	Nem	1,852	1,126	0,111	0,102	2,677	1,045	0,172	0,011
	Kor	-0,927	0,427	-0,152	0,031	-0,127	0,262	-0,032	0,629
	Templom (0 = nem/ritkán, 1 = rendszeres)	-1,191	1,37	-0,065	0,386	-0,954	1,299	-0,060	0,464
	Transzcendencia elfogadása	-1,229	0,785	-0,114	0,119	0,532	0,576	0,078	0,356
	Szimbolikus értelmelés	0,285	0,571	0,033	0,618	-0,630	0,508	-0,084	0,216
	Érzelmi-adaptív megküzdés	-1,725	0,584	-0,220	0,004	-1,028	0,648	-0,117	0,114
	Érzelmi-inadaptív megküzdés	2,400	0,522	0,319	0,000	2,757	0,62	0,310	0,000
	Problémaközpontú megküzdés	-2,854	0,582	-0,317	0,000	-1,118	0,456	-0,158	0,015
		$R^2_{\text{inflúziás}} = 0,192, F = 16,30, p < 0,001$							
	Teljes magyarázott variancia	0,331				0,221			

St. hiba: a B-együttható standard hibája.

4. táblázat. A depresszivitás (BDI-S) előrejelzése hierarchikus lineáris regresszióelemzéssel

	Középsikolások			Egyetemisták				
	B	St. hiba	béta	p	B	St. hiba	béta	p
1. lépés								
Nem	0,543	0,0034	0,118	0,113	0,088	0,0032	0,020	0,781
Kor	0,304	0,0013	0,180	0,016	-0,093	0,0008	-0,082	0,247
	$R^2_{\text{változás}} = 0,48, F = 4,42, p = 0,013$				$R^2_{\text{változás}} = 0,083, F = 0,768, p = 0,465$			
2. lépés								
Nem	0,820	0,0033	0,178	0,014	0,249	0,0033	0,056	0,445
Kor	0,198	0,0012	0,117	0,108	-0,080	0,0008	-0,070	0,333
Templom (0 = nem/ ritkán, 1 = rendszeres)	-1,098	0,0040	-0,219	0,006	0,208	0,0041	0,046	0,609
Transzcendencia elfogadása	-0,593	0,0023	-0,198	0,011	0,039	0,0017	0,020	0,825
Szimbolikus értelmezés	-0,128	0,0017	-0,054	0,458	-0,357	0,0016	-0,167	0,024
	$R^2_{\text{változás}} = 0,114, F = 7,79, p < 0,001$				$R^2_{\text{változás}} = 0,033, F = 2,26, p = 0,083$			
3. lépés								
Nem	0,644	0,0030	0,140	0,035	0,340	0,0031	0,076	0,268
Kor	-0,054	0,0012	-0,032	0,641	-0,045	0,0008	-0,039	0,560
Templom (0 = nem/ ritkán, 1 = rendszeres)	-0,252	0,0037	-0,050	0,494	0,069	0,0038	0,015	0,856
Transzcendencia elfogadása	-0,298	0,0021	-0,099	0,162	0,194	0,0017	0,099	0,251
Szimbolikus értelmezés	-0,081	0,0015	-0,034	0,597	-0,235	0,0015	-0,110	0,116
Érzelmi-adaptív megküzdés	-1,085	0,0016	-0,505	0,000	-0,867	0,0019	-0,345	0,000
Érzelmi-inadaptív megküzdés	-0,123	0,0014	-0,060	0,383	0,163	0,0018	0,064	0,370
Problémaközpontú megküzdés	-0,441	0,0016	-0,177	0,006	-0,209	0,0013	-0,103	0,119
	$R^2_{\text{változás}} = 0,204, F = 18,06, p < 0,001$				$R^2_{\text{változás}} = 0,141, F = 12,22, p < 0,001$			
Teljes magyarázott variancia	0,367			0,181				

St. hiba: a B-együttható standard hibája.

denciát kevésbé elfogadók esetében nagyobb a valószínűsége a magasabb depresszióértékeknek. Az egyetemista minta esetében a szimbolikus értelmezésnek volt csak előrejelző értéke ( $\beta = -0,167$ ,  $p < 0,05$ ), vagyis azoknál, akikre jellemzőbb a vallási tartalmak szimbolikus értelmezése, alacsonyabb BDI-S értékek várhatók. A harmadik lépésben ugyanakkor a középiskolásoknál a templomba járás gyakorisága és a transzcendencia elfogadása elvesztette szignifikanciáját, ezzel szemben szignifikáns előrejelző értéke lett az érzelmi-adaptív/problémaelemző ( $\beta = -0,505$ ,  $p < 0,001$ ) és a problémaközpontú stratégiának ( $\beta = -0,177$ ,  $p < 0,01$ ), vagyis ezen stratégiák meglétekor várhatóak alacsonyabb BDI-S értékek. Az egyetemistáknál a szimbolikus értelmezés vesztíti el szignifikáns előrejelző értékét, helyette az érzelmi-adaptív/problémaelemző megküzdés esetében várhatóak szignifikánsan alacsonyabb BDI-S értékek ( $\beta = -0,345$ ,  $p < 0,001$ ).

A STAI-T esetében a végső modellnél a teljes magyarázott variancia a középiskolásoknál 33,1%, az egyetemistáknál 22,1% volt. A középiskolások esetében a második lépésben a szorongásosságra nézve szignifikáns előrejelző értéke volt a nemnek ( $\beta = 0,246$ ,  $p < 0,001$ ), az életkornak ( $\beta = -0,176$ ,  $p < 0,05$ ), valamint a transzcendens bevonásának ( $\beta = -0,221$ ,  $p < 0,01$ ). Eszerint a középiskolások között a lányok, a fiatalabbak, valamint transzcendenciát kevésbé elfogadók esetében nagyobb a valószínűsége a magasabb szorongásértékeknek. Az egyetemista minta esetében a vallásosság mérőeszközeinek nem volt szignifikáns előrejelző értéke. A depressziós tünetekhez hasonlóan a harmadik lépésben a transzcendencia elfogadása elvesztíti szignifikanciáját a középiskolásoknál, ezzel szemben szignifikáns előrejelző értéke lesz mindhárom megküzdési stratégiának (érzelmi-adaptív/problémaelemző  $\beta = -0,220$ ,  $p < 0,01$ ; érzelmi-inadaptív  $\beta = 0,319$ ,  $p < 0,001$ ; problémaközpontú  $\beta = -0,317$ ,  $p < 0,001$ ), vagyis az érzelmi-inadaptív stratégia esetén magasabb, a másik két stratégia esetén alacsonyabb STAI-T értékek várhatóak.

#### 4. MEGBESZÉLÉS

A középiskolások és egyetemisták csoportja közötti különbségek megerősítik a szakirodalomban leírt fejlődési tendenciákat, változásokat. A vallásosság területén a transzcendensbe vetett hit és a templomba járás gyakoriságának csökkenése a Fowler-i individuális-reflektív szakasz megjelenését tükrözi (Fowler, 1980, 2001). A szimbolikus értelmezés növekedésének hátterében az állhat, hogy a fejlődéssel egyre differenciáltabban mérhető a személy vallásos attitűdje, illetve egyre differenciáltabb vallásos attitűdök válnak elérhetővé. A megküzdési stratégiák használatát az egye-

temista korosztályban jellemzőbbnek találtuk, ez alátámasztja azt a gondolatot, hogy a megbirkózás módjai, mind az adaptív, mind a kevésbé adaptív stratégiák, a serdülőkor folyamán alakulnak ki (Pikó, 2009). Ez az eredmény természetesen összefügghet az önismeret, illetve a stratégiák használatával kapcsolatos tudatosság növekedésével is.

A korrelációs összefüggések további fejlődési különbségekre mutatnak rá a két csoport között. A vallásosság átalakulását jelezheti a transzcendens elfogadása és a lelkiegészség-mutatók közötti pozitív összefüggés eltűnése az egyetemista mintában: az individuális-reflektív hit előtérbe kerülésével a templomba járás gyakorisága és a transzcendencia elfogadása helyett a szimbolikus értelmezésnek lesz meghatározóbb szerepe a lelki egészségre nézve. Az a tény, hogy a szimbolikus értelmezés a középiskolásoknál nem mutat összefüggést egyetlen más változóval sem, arra utalhat, hogy ez az értelmezési mód még kialakulatlan, differenciálódás alatt áll. Ugyanakkor egyetemistáknál már összefügg az érzelmi-adaptív/problémaelemző megküzdéssel, ennek háttérében feltételezhetően a faktorban található problémaelemzés lehet az egyik tényező. A megküzdési stratégiák fejlődését, differenciálódását jelezheti az, hogy az érzelmi-inadaptív stratégia a középiskolások esetében még pozitívan, az egyetemisták esetében pedig már negatívan korrelál az érzelmi-adaptív stratégiák faktorával.

A transzcendens elfogadása, azaz a vallásos hit erőssége ugyanakkor mindkét csoportban erős összefüggést mutatott az érzelmi-adaptív/problémaelemző megküzdéssel. Mivel a jelen mintán ebben a megküzdési faktorban szerepelt a társas támasz elfogadása/igénybevétele, ez az eredmény összhangban van azzal a feltételezéssel, hogy a vallás, a vallásos közeg gyakran jelenti az elérhető, igénybe vehető társas támaszt is (Miller és Kelley, 2005). A kockázatvállaló magatartás kerülését, az önkontroll gyakorlását – melyek ugyancsak ennek a faktornak a részét képezték – szintén szorgalmazzák a vallásos előírások (Koenig és mtsai, 2001).

A vallásosságnak és a megküzdési stratégiáknak a lelki egészségben betöltött együttes szerepéről adhat árnyaltabb képet a regresszióanalízis eredménye is. Láthattuk, hogy abban a lépésben, amikor a megküzdési dimenziókat bevontuk a regressziós elemzésbe, a vallási változók elveszítették prediktivitásuk szignifikanciáját a lelki egészség változóira nézve. Ez az eredmény arra utal, hogy az érzelmi-adaptív és a problémaközpontú megküzdés alkalmazása, illetve az érzelmi-inadaptív megküzdési formák kerülése mediátor, azaz közvetítő tényezőként játszhat szerepet a vallásosság és a pozitív lelki egészség kapcsolatában. Ez azt jelentené, hogy nem önmagában véve a vallásosság jár együtt jobb lelki egészséggel, hanem azok a megküzdési módok, amelyeket a vallásos közeg, a vallásos tanítások hangsúlyozottan segítenek elérhetővé, elsajátíthatóvá tenni az

egyén számára (pl. segítségnyújtás, érzelmek adaptív kifejezése, értelmezési keret, pozitív gondolkodás).

Az eredmények értelmezésekor azonban figyelembe kell vennünk, hogy adataink keresztmetszeti kutatásból származnak; egy longitudinális vizsgálatból a fejlődési aspektusok tekintetében biztosabb következtetéseket lehetne levonni. Az eredmények általánosíthatóságát korlátozza ezen kívül a minta nem reprezentatív volta is.

Eredményeink megerősítik a vallásosság protektív szerepéről alkotott elképzeléseket, amelyek szerint a vallásosság gyakran az adaptív megküzdési módok megválasztásán keresztül fejti ki lelkiegészség-védő hatását (pl. a társas támasz elérhetősége, a kockázatvállaló magatartás kerülése, az önkontroll gyakorlása; Koenig és mtsai 2001; Pikó és Fitzpatrick 2001, 2004). Ki kell emelni, hogy ez az eredmény mindkét életkori csoportban jellemző volt, ugyanakkor – feltételezhetően a vallásosság változása miatt – a vallásosság eltérő aspektusai járulnak hozzá a megküzdési módok választásán keresztül a jobb lelki egészséghez: míg középiskolásoknál a templomba járás gyakorisága és a transzcendens bevonása, addig az egyetemistáknál a szimbolikus értelmezés járult hozzá az előnyösebb mentális állapothoz. Mindez az általunk vizsgált lelkiegészség-mutatók közül a depressziós tünetek esetében szignifikánsan, a szorongás esetében csak részben, illetve tendenciaszerűen jelent meg.

## IRODALOM

- Barry, M. C., Nelson, L. J. (2005): The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 34: 245–255.
- Benkó A. (1998): A személyiség erkölcsi és vallási fejlődése. In: Horváth-Szabó K. (szerk.). *Lélekvilág*. PPKE BTK, Piliscsaba, 11–74.
- Crawford, E., Wright, O'Dougherty M., Masten, A. S. (2006): Resilience and spirituality in youth. In: Roehlkepartain, E. C., Ebstynne King, P., Wagener, L., Benson, P. L. (Eds). *The handbook of spiritual development in childhood and adolescence*. Sage Publications, 355–370.
- Desimpelaere, P., Sulas, F., Duriez, B., Hutsebaut, D. (1999): Psycho-epistemological styles and religious beliefs. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9: 125–137.
- Dezutter, J., Soenens, B., Hutsebaut, D. (2006): Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors vs. religious attitudes. *Personality and Individual Differences*, 40: 807–818.
- Donahue, M. J., Benson, P. L. (1995): Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51: 145–160.
- Duriez, B., Soenens, B. (2006): Personality, identity styles and religiosity: An integrative study among late and middle adolescents. *Journal of Adolescence*, 29: 119–135.
- Folkman, S., Lazarus, R. (1980): An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21: 219–239.

- Fowler, J. (1980): Moral stages and the development of faith. In: Munsey, B. (Ed.). *Moral development, moral education, and Kohlberg. Basic issues in philosophy, psychology, religion and education*. Religious Education Press, Birmingham, AL, 130–160.
- Fowler, J. W. (2001): Faith development theory and the postmodern challenges. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 11: 159–172.
- Good, M., Willoughby, T. (2006): The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *Journal of Youth and Adolescence*, 35: 41–55.
- Greening, L., Dollinger, S. J. (1993): Rural adolescents' perceived personal risks for suicide. *Journal of Youth and Adolescence*, 22: 211–217.
- Horváth-Szabó K. (2003): Hazai vizsgálatok a Kritika Utáni Vallásosság skálával. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 58: 127–152.
- Hutsebaut, D. (1996): Post-critical belief. A new approach to the religious attitude problem. *Journal of Empirical Theology*, 9: 48–66.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., Larson, D.B. (2001): *Handbook of Religion and Health*. Oxford University Press
- Kopp, M., Skrabski, Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Kiadó
- Kopp M., Székely A., Skrabski Á. (2004): Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5: 103–125.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York
- Lukács L., Kézdy A. (2008): Vallás és evészavarok: a biopszichoszociális-spirituális modell jelentősége. In: Túry F. és Pászthy B. (szerk.). *Evészavarok és testképavarok*. Pro Die, Budapest, 329–340.
- Martos T., Kézdy A. (2007): Vallásosság, lelki egészség, boldogság. In: Horváth-Szabó K. (szerk.) *Vallásosság és személyiség*. PPKE BTK, Piliscsaba, 51–83.
- Martos T., Kézdy A., Robu M., Urbán Sz., Horváth-Szabó K. (2009): Újabb adatok a Kritika Utáni Vallásosság Skála alkalmazásához – elmélet és módszertan. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64: 643–669.
- Miller, L., Kelley, B. S. (2005): Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In: Paloutzian, R. F., Park, C. L. (Eds.). *Handbook of the Psychology of Religion and Spirituality*. Guilford, New York, 460–478.
- Pargament, K. I. (1997): *The Psychology of Religion and Coping. Theory, research and practice*. Guilford Press, New York
- Pikó, B. (2001): Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *Psychological Record* 51 (2): 223–235.
- Pikó B. (2009): A serdülőkor orvosi pszichológiai problémái. In: Kopp M., Berghammer R. (szerk.). *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest, 207–213.
- Pikó B., Fitzpatrick, K. (2001): A rizikó és protektív elmélet alkalmazása a serdülőkori depressziós tünetegyüttes magatartás-epidemiológiai vizsgálatában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 12: 41–47.
- Pikó B., Fitzpatrick, K. (2004): Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29: 1095–1107.
- Rózsa S., Szádóczky E., Füredi J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 16: 384–402.
- Rózsa S., Purebl Gy., Susánszky É., Kó N., Szádóczky E., Réthelyi J., Danis I., Skrabski Á., Kopp M. (2008): A megküzdés dimenziói: A Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9: 217–241.
- Sipos K., Sipos M., Spielberger, C. D. (1998): A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In: *Pszichodiagnosztikai Vademecum I/2*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 123–136.

- Stauder A. (2008): Stressz és stresszkezelés szerepe az esélyegyenlőségben. In: Kopp M. (szerk.). *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 10-19.
- Tix, A. P., Frazier, P. A. (2005): Mediation and moderation of the relationship between intrinsic religiousness and mental health. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31: 295-306.
- Wright, L. S., Frost, C. J., Wisecarver, S. J. (1993): Church attendance, meaningfulness of religion, and depressive symptomatology among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 22: 559-568.
- Wulff, D. M. (1991): *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. John Wiley, New York

KÉZDY, ANIKÓ – MARTOS, TAMÁS – URBÁN, SZABOLCS –  
HORVÁTH-SZABÓ, KATALIN

## THE RELATIONSHIP BETWEEN RELIGIOUS ATTITUDES, COPING STRATEGIES, AND MENTAL HEALTH IN ADOLESCENCE AND YOUNG ADULTHOOD

There is a growing body of evidence proving the protective effects of religion on mental health. In the present study our aim was to explore the relationship between religious attitudes and adaptive and non-adaptive coping, as well as the possible mediating role of coping in the relationship between religion and mental health in an adolescent and young adult sample. Data was gathered from 190 high-school students (mean age 16.9) and 213 university students (mean age 21.4) with the help of self-administered questionnaires. Our results show a strong relationship between the inclusion of transcendence and the factor of emotional-adaptive coping, including social support, in both age groups. Results of the regression analysis suggest that emotional-adaptive and problem-focused coping might play a mediating role in the relationship between religion and mental health. Due to the changes in religiosity, however, it is different aspects of religion (frequency of church attendance and inclusion of transcendence in high-school students, and symbolic interpretation in university students) that enhance mental health through the choice of coping strategies.

**Keywords:** adolescence, coping, religiosity, mental health