

Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata

PIKÓ BETTINA DR. ■ KOVÁCS ESZTER

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Szeged
Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Magatartástudományi Program

Az epidemiológiai elemzések egyik fontos feladata az egészség megőrzését támogató védőfaktoroknak a felkutatása. Ilyen protektív tényező a vallás, amely az egészségi állapot mindhárom – testi, lelki és szociális – dimenziójára kihat, többek között hosszabb élet-tartammal, jobb egészségi állapot-mutatókkal és életminőséggel, kevesebb szorongással, depresszióval és öngyilkossággal, hatékonyabb megküzdési stratégiákkal hozható kapcsolatba a vallásosság. Serdülők egészségével kapcsolatban ma még kevés vizsgálat áll rendelkezésre. *Célkitűzés:* Kutatásunk célja, hogy a serdülők körében vizsgálja vallásosságuk, valamint pszichikai egészségük összefüggéseit. A vallásosság esetében egyaránt bevontuk a vallási hovatartozás, a vallásosság szubjektív mértéke, valamint a vallásgyakorlás aktivitási mutatóit, míg az egészségi állapot-mutatók között szerepelt a depressziós tünetegyüttes gyakorisága, az étellel való elégedettség és a saját egészség megítélése. *Módszer:* Kérdőíves adatfelvételünk során 881 szegedi középiskolást kérdeztünk meg (életkoruk 14–20 év, átlag: 16,6 év, szórás: 1,3 év, a minta 44,6%-a lány). A függő változóként szereplő egészségi állapot-mutatók és a független változóként alkalmazott vallásosságváltozók közötti összefüggéseket a logisztikus regresszió segítségével kiszámolt esélyhányadosok igazolták. *Eredmények:* Adataink azt mutatják, hogy a depressziós tünetek gyakoriságára hat legkevésbé a fiatalok vallásossága, míg az egészségüket jobbnak ítélték, és életükkel is elégedettebbek azok, akik vallásosként határozzák meg magukat, illetve ténylegesen el is járnak vallási közösségekbe. A lányok nagyobb mértékben tartoznak felekezethez, és az étellel való elégedettségükre, valamint az egészségük önértékelésére is jelentősebben kihat vallásosságuk. *Következtetések:* A vallásosság a serdülők körében is meghatározó a fiatalok pszichikai egészségére a depresszió kivételével. További vizsgálatok szükségesek a serdülők egészségi állapotára ható védőfaktorok elemzéséhez.

Kulcsszavak: serdülők, depresszió, étellel való elégedettség, egészség önértékelése, vallásosság, védőfaktorok, szociális epidemiológia

Is religiosity a protective factor? Social epidemiological study of adolescent psychological health

One of the important tasks of epidemiological analyses is mapping protective factors for health promotion. Religiosity is a protective factor which has an impact on all of the three dimensions of health status, among others, it goes together with a longer lifetime, better indicators of health status indicators and quality of life, less anxiety, depression and suicide, more effective coping strategies. In relation to adolescent health, less investigation has been available thus far. *Objective:* The main goal of the present study was to investigate the relationship between religiosity and psychological health among adolescents. Regarding religiosity, religious affiliation, religiousness (subjective level of religiosity) and religious participation were assessed. Among health status indicators, occurrence of depressive symptomatology, level of satisfaction with life and self-perceived health were determined. *Methods:* Data collection of the questionnaire survey was going on among 881 high school students in Szeged (age range between 14-20 years, mean = 16.6 years, S.D. = 1.3 years of age, 44.6% of the sample was female). Associations between health status indicators (as dependent variables) and religiosity factors (as independent variables) were assessed using Odds Ratios calculated by logistic regression analyses. *Results:* Our findings suggest that youth's religiosity had the least effect on depressive symptomatology, whereas youth defined themselves as religious and those who actually participated at religious events perceived their own health better and they were more satisfied with their life. Girls tended to belong more to a religious community and their religiosity was more associated with life satisfaction and self-perceived health. *Conclusions:* Religiosity is a determinant factor in adolescent psychological health except for depression. Further research is needed to analyze protective factors related to adolescents' health status.

Keywords: adolescents, depression, life satisfaction, self-perceived health, religiosity, protective factors, social epidemiology

(Beérkezett: 2009. június 28.; elfogadva: 2009. szeptember 1.)

A serdülőkor olyan átmeneti fejlődéstani életszakasz, ahol mélyreható biológiai, pszichikai és szociális változások mennek végbe, s mindez megmutatkozik a serdülők egészségi állapotában; többek között megemelkedik a dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint a depressziós tünetegyüttes gyakorisága, és a serdülők saját egészségüket is rosszabbnak ítélik meg, mint korábban [1]. Nem meglepő, hogy a serdülők mentális egészségének javítása a népegészségügyi programok egyik központi célkitűzésésként szerepel [2]. Az epidemiológiai elemzések egyik fontos feladata azoknak a védőfaktoroknak a felkutatása, amelyek segítenek az egyensúly fenntartásában, az egészségi állapot megőrzésében, az életminőség javításában. Ilyen protektív tényező a vallás, amely az egészségi állapot mindhárom – testi, lelki és szociális – dimenziójára kihat, és az egészség valamennyi összetevőjére kifejtheti jótékony hatását [3]. Többek között hosszabb élettartammal, jobb egészségi állapot-mutatókkal és egészséggel összefüggő életminőséggel, kevesebb szorongással, depresszióval és öngyilkossággal, betegség esetén pedig hatékonyabb megküzdési stratégiákkal hozható kapcsolatba a vallásosság [4]. Serdülők körében a vallásnak különösen nagy szerepe van a szocializációs folyamatokban, hiszen személyiségformáló erő, azonban az egészségi állapotra gyakorolt hatása még kevésbé ismert terület [5]. Kétségtelen azonban, hogy a nemzetközi kutatások közül egyre több fordul annak kiderítésére, hogy a serdülők egészségi állapotát hogyan befolyásolja vallásosságuk, azaz a vallás valóban védőfaktoroként funkcionál-e az egészségük alakulásában.

A vallásos elköteleződés a mai modern társadalomban a jelenség individualizálódása következtében sokféle formában nyilvánulhat meg, ami jelentősen megnehezíti az epidemiológiai felmérést [6]. Ez a probléma a serdülők körében végzett vizsgálatok kapcsán kiemelten érezteti hatását. Bár a felekezeti besorolás a legtöbb esetben nem jelent aktív vallásgyakorlást, kulturális jelentőségénél fogva a viselkedésre, az értékekhez való viszonyulásra mégis hatást gyakorol, ami viszont kihat az egészségmagatartásra és az egészségre, ha nem is olyan mértékben, mint a tényleges részvétel [7]. A vallási közösségekben való részvétel, a misék látogatása, a gyülekezetekbe járás a magatartás szintjén teszi mérhetővé a vallási aktivitást, ami nemegyszer interperszonális szükségleteket is kielégít, szociális kapcsolatépítést és társas támogatást is magában foglal [8]. Az *intrinszik*, azaz belső vallási orientáció, amely emocionális szinten (például ima) nyilvánul meg, inkább szubjektív módon értelmezhető, s emiatt empirikusan nehezebben megragadható, de alapvető szerepe igazolt a hétköznapi stresszekkel való megküzdésben, azaz a *coping* repertoár részét képezi, ami alacsonyabb szerfogyasztással (alkohol, drog, dohányzás) és jobb pszichoszociális alkalmazkodással jár a serdülők körében [9]. A vallás individualizálódása azt jelenti, hogy bár az intézményes vallásgyakorlás jelentősége az utóbbi évszázadban jelentősen csökkent, ez azonban nem jelent teljes elfordulást, hanem sok esetben egy olyan hozzá-

állást, amit a társadalomtudósok a „maga módján vallásos” kategóriaként jelölnek meg. Hozzá kell tenni azt is, hogy a vallás és a mentális egészség kapcsolatának sokrétűségét azért sem szabad a vizsgálatok során figyelmen kívül hagyni, mert éppen a vallás vigaszt nyújtó funkciója és ellentmondásos társadalmi szerepköre következtében bizonyos pszichopatológiai jelenségek is megmutatkozhatnak a vallásgyakorlással összefüggésben [10]. Míg a pozitív vallásos megküzdés (annak hite, hogy segítséget kapunk Istentől) egyértelműen alacsonyabb depressziós tüneteket eredményez, a negatív vallásos megküzdés (amennyiben valaki Isten büntetéseként éli meg például a betegségét) magasabb depressziós pontszámmal jár. A közösség szerepével kapcsolatban is előfordulhat negatív hatás, amennyiben a gyülekezet túl kritikus vagy betarthatatlan előírásokat közvetít az egyén felé, ami szintén növelheti a depresszió előfordulását [11].

A serdülők körében végzett vizsgálatokat bemutató tanulmányok alapján megállapíthatjuk, hogy a vallásos fiatalok kisebb valószínűséggel használnak marihuánát, kevesebb alkoholt és cigarettát fogyasztanak, kevésbé jellemző rájuk a korai és kockázatos szexuális aktivitás, impulzív vagy agresszív viselkedés, magatartászavar, alacsonyabb pontszámot érnek el a szorongás- és a depresszióskálákon, illetve az öngyilkosság is lényegesen ritkább körökben [12, 13, 14, 15]. A krónikus betegséggel küzdő vallásos serdülők könnyebben megbirkóznak az állapotuk nehézségeivel, hatékonyabb *coping* stratégiákat képesek mobilizálni [16]. A vallásos serdülők elégedettebbek életükkel is, azaz kiváló szubjektív jólétről számolnak be [17]. Összességében saját egészségüket is jobbnak ítélik [8]. A legfontosabb ellentmondás a depresszióval kapcsolatban mutatható ki: míg a tanulmányok egy része megerősíti a vallásosság védőfaktor jellegét [11, 12, 18], vannak tanulmányok, amelyek nem igazoltak összefüggést [19], és olyan is, amelyek viszont éppen a vallásos fiatalok körében előforduló nagyobb depressziógyakoriságról szólnak [20]. Akiknél a vallásgyakorlás egzisztenciális bizonyossággal jár együtt, egyértelműen kevésbé hajlamosak depresszióra [21]. Longitudinális vizsgálatokból, amelyek ok-okozati kapcsolat felderítésére is alkalmasak, többnyire az derül ki, hogy a depressziós fiatalok problémájuk során fokozottabban fordulnak a vallásgyakorlás felé, ritkább esetben azonban a vallásos megküzdés ellenkező hatásra is vezethet, és nem enyhíti a depressziót [11]. Éppen ezért nem véletlen, hogy a depresszió főként azok körében gyakoribb, akik egyáltalán nem vagy nagymértékben vallásosak, míg a legalacsonyabb depressziópontszámot a közepes mértékben vallásosak körében mértek [22].

Kutatásunk célja, hogy a serdülők körében vizsgálja vallásosságuk, valamint pszichikai egészségük összefüggéseit. A vallásosság esetében egyaránt bevontuk a vallási hovatartozás, a vallásosság szubjektív mértéke, valamint a vallásgyakorlás aktivitási mutatóit, míg az egészségi állapot-mutatók között szerepelt a depressziós tünetegyüttes gyakorisága, az étellel való elégedettség és a saját egészség-

ség megítélése. Kutatási kérdéseink között szerepelt az is, hogy nemenként van-e eltérés a vallás-egészség összefüggésében.

Minta és módszer

Kérdőíves adatfelvételünkre 2008 tavaszán került sor Szegeden, középiskolás diákok körében (N=881). A kérdőív kiosztását megelőzően a kérdezőbiztosok a tanulókkal ismertették az adatgyűjtés célját, és biztosították őket az adatkezelés bizalmasságáról. A kérdőív kitöltése az előzetes tesztelésre alapozva körülbelül 30 percet vett igénybe, a kitöltött kérdőíveket a válaszadók egy lezárt borítékba helyezték el. A begyűjtött kérdőívek ellenőrzését követően 97,9%-os válaszadási arányt állapítottunk meg (900 kérdőívből). A mintába véletlenszerű mintavétellel öt középiskola diákjai kerültek, iskolatípus szerinti megoszlás: 41,2% gimnázium, 38,4% szakközépiskola és 20,4% szakiskola. Életkor szerint 14 és 20 év közöttiek, átlagéletkor 16,6 év volt (szerepeltek a mintában 5–6. évfolyamon tanuló diákok is). A nemek megoszlása a következőképpen alakult: 44,6% lány, 55,4% fiú.

A fiatalkori depressziós tünetegyüttes mérésére a rövidített *Children's Depression Inventory* (CDI) használtuk [23, 24], ami a Beck-skála gyermekre adaptált önkítöltéses megfelelője. Mindegyik kérdés (összesen 8) egy meghatározott tünetet mér (például szomorúság, tanácstalanság), és az egyetértés mértéke 0, 1, 2 értékekkel kódolható. A jelen mintával végzett elemzés során a skála megbízhatóságát jelző Cronbach-alfa értéke: $\alpha = 0,74$ lett. Az összesített skálapontok értékét 3,375-del megszorozva (27/8, azaz az eredeti item száma osztva a rövidített itemszámmal) kaptuk a végleges pontszámot, ami lehetővé teszi az összehasonlítást más mintákkal. A skálapontok átlaga így 8,1 lett (szórás = 8,0), ami egy 2000-es szegedi reprezentatív vizsgálat eredményeihez képest jelentős javulás, hiszen a korábbi átlag 10,2 volt (szórás = 8,2) [24, 25]. Az úgynevezett *cut-off CDI score* a megoszlás felső 10%-ára vonatkozóan a jelen mintával 20 pont lett.

A pszichikai egészség másik fontos mutatója az étellel való elégedettség, amelyet a *Satisfaction With Life Scale* segítségével mértünk fel [26]. Hasonlóan az előző skálához, ez a mérési módszer is elterjedt a hazai kutatásokban. A skála öt állítást tartalmaz (például: „Eddig megkaptam az élettől a fontos dolgokat, amiket akartam.”). A hallgatók egyetértésük mértékét hétfokozatú skálával jelölhették meg, ahol az 1 = egyáltalán nem értek egyet, a 7 = teljes mértékben egyetértek értéket kapott. A végső skálapontszám 5–35 lehetett, a megbízhatósági mutató $\alpha = 0,83$ lett.

Az egészség önértéke (*self-perceived health*) volt a harmadik egészségi állapot-mutató, ami szintén validált és széles körben elterjedt mérési módszer [1]. A kérdés a következő volt: „Hogyan értékelnéd egészségi állapotodat a hasonló korúakkal összehasonlítva?” A válaszkategóriák a következők lehetnek: 1 = rossz, 2 = elfogadható, 3 = jó és 4 = kiváló.

A vallással összefüggő mutatók esetében három változót vizsgáltunk [6, 15, 27]. A „Milyen vallású vagy?” nyitott kérdés alapján állapítottuk meg a felekezeti megoszlást. Ezt követően a válaszok alapján három kategóriát hoztunk létre: 1 = nem kötődik felekezethez, 2 = a maga módján vallásos/kereszténynek tartja magát, és 3 = felekezethez tartozik. Ez a kérdés a vallási önmeghatározást volt hivatott mérhetővé tenni. A következőkben zárt kérdések mentén azt mértük, hogy a fiatalok mennyire tartják magukat vallásosnak, illetve ténylegesen mennyiben gyakorolják vallásukat. Az elsőre vonatkozó kérdés a következő volt: „Mennyire tartod magad vallásosnak?” (1 = egyáltalán nem vallásos, 7 = nagyon vallásos). A válaszok alapján a statisztikai megoszlást figyelembe véve szintén három kategóriát állítottunk fel: nem vallásos (1), valamennyire vallásos (2–3) és vallásos (4 vagy több pontérték). Végül, a vallásos aktivitás/vallásgyakorlás mértékét a következő kérdéssel kérdeztük meg: „Milyen gyakran jársz templomba vagy vallási jellegű rendezvényre?” (1 = soha, 2 = ritkán/egyszer-kétszer egy évben, 3 = időnként, 4 = gyakran, 5 = rendszeresen). A válaszkategóriákat a következőképpen alakítottuk ki: nem jár gyülekezetbe (1), csak ünnepekkor, egyszer-kétszer egy évben (2), változó rendszerességgel (3 vagy több pontérték).

A statisztikai feldolgozás SPSS programmal történt, a statisztikai elemzés során a leíró statisztika nemenkénti elemzéséhez a szignifikanciát Chi-négyzet-próbával, illetve kétmintás t-próbával állapítottuk meg. Logisztikus regresszióelemzés során pedig a függő (egészségi állapot-mutatók) és a független (vallásosság mutatói) változók közötti kapcsolatok igazolásához esélyhányadosokat számítottunk ki. A szignifikanciát a p-érték mellett a 95%-os konfidenciaintervallumok kiszámításával teszteltük. Az esélyhányadosok (OR, Odds Ratio) értékelésénél azt vettük figyelembe, hogy az 1-es érték nem jelent összefüggést, míg az 1-nél nagyobb valószínűséget növelő, az 1-nél kisebb pedig csökkenő hatást igazol.

Eredmények

Az 1. táblázatban láthatjuk a vallásossággal összefüggő mutatók és az egészségi állapot mutatóinak leíró statisztikáját. A nemenkénti elemzéshez a skálapontok átlagai és szórásai összehasonlításában kétmintás t-próbát, a százalékos gyakoriságok összehasonlításában Chi-négyzet-próbát alkalmaztunk. A depressziós tünetegyüttes gyakoribbnak mutatkozott a lányok körében ($p < 0,001$). A fiúk lényegesen jobbnak ítélték saját egészségi állapotukat: szignifikánsan többen értékelték kiválóan és jónak saját egészségüket, mint a lányok ($p < 0,001$). Nem volt viszont jelentős eltérés az étellel való elégedettség mértékében ($p > 0,05$). A vallási mutatók esetében egyetlen változóval kapcsolatban igazolható statisztikailag is értékelhető eltérés: lényegesen több lány jelezte, hogy felekezethez tartozik, míg a fiúk többen voltak, akik nem kötődnek felekezethez vagy a maguk módján vallásosak ($p < 0,001$).

A 2. táblázat a vallásosság mutatóinak összefüggését mutatja az egészségi állapot mutatóival. A logisztikus regresszioelemzés eredményeként láthatjuk az esélyhányadosok és a 95%-os konfidenciaintervallumok értékeit. Minden esetben a vallásosság hiánya szerepelt referenciakategóriaként (például nem vallásos, nem jár gyülekezetbe). Az étellel való elégedettséget leginkább a vallásos aktivitás határozta meg: azokkal összehasonlítva, akik egyáltalán nem járnak templomba, lényegesen elégedettebbek életükkel már azok is, akik csak ünnepekkor (OR = 1,73), de még inkább azok, akik több-kevesebb rendszerességgel (OR = 2,85) járnak. A depressziós tünetegyüttes és a vallásosság mutatói között alig mutatható ki kapcsolat, egyetlen kivételt a vallásos aktivitás jelez, ahol némi védőhatás igazolható (OR = 0,56, csak ünnepekkor templomba járók). Az egészség önértékelése jobb akkor, ha valaki a maga módján vallásos (OR = 1,58), illetve a vallásosság mértéke is erőteljesebb (OR = 1,67). Ugyancsak meghatározó a vallásos aktivitás (ünnepekkor járók: OR = 1,47; változó rendszerességgel járók: OR = 1,81).

Végül a 3. táblázatban nemenként is elemeztük az iménti összefüggéseket. Az étellel való elégedettséggel kapcsolatban jelentős eltérés, hogy a lányok esetében a vallásos aktivitás meghatározóbb (OR = 4,14, változó rendszerességgel templomba járók). Szintén a lányok esetében jelentősebb a vallásosság mértéke (OR = 2,97, vallásos) és a vallásos aktivitás (OR = 3,58, változó rendszerességgel templomba járók) az egészség önértékelésében. A vallásosság a depressziós tünetegyüttesre hat a legkevésbé, egyetlen kivétel a fiúk némi vallásos aktivitása (OR = 0,44, ünnepekkor templomba járók).

1. táblázat | A vallásossággal összefüggő mutatók és az egészségi állapot mutatóinak leíró statisztikája

	Fiúk (n = 488)	Lányok (n = 393)	Szignifikancia
<i>Depressziós tünetegyüttes (CDI)*</i>			
Átlag (szórás)	7,05 (8,03)	9,28 (7,90)	p<0,001
<i>Étellel való elégedettség skála (SWL)*</i>			
Átlag (szórás)	22,03 (6,13)	21,49 (6,65)	p>0,05
<i>Egészség önértékelése (%)**</i>			
Kiváló	26,3	13,9	
Jó	46,9	45,4	
Elfogadható	23,8	36,1	
Rossz	3,1	4,6	p<0,001
<i>Vallási önmeghatározás (%)**</i>			
Nem kötődik felekezethez	32,8	28,5	
Maga módján vallásos	26,8	19,1	
Felekezethez tartozik	40,4	52,4	p<0,001
<i>Vallásosság mértéke (%)**</i>			
Nem vallásos	43,4	38,1	
Valamennyire vallásos	36,2	42,2	
Vallásos	20,5	19,7	p>0,05
<i>Vallásos aktivitás (%)**</i>			
Nem jár gyülekezetbe	52,9	46,0	
Csak ünnepekkor	34,6	39,1	
Változó rendszerességgel	12,5	14,8	p>0,05

*Kétmintás t-teszt.

**Chi-négyzet-próba.

2. táblázat | A vallásosság mutatóinak összefüggése az egészségi állapot mutatóival – Logisztikus regresszió eredményei (esélyhányadosok)

Prediktor változók	Étellel való elégedettség (SWL) skála	Depressziós tünetegyüttes (CDI) skála	Egészség önértékelése (kiváló kategória)
	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c
<i>Vallási önmeghatározás</i>			
Nem kötődik felekezethez ^a	1,00	1,00	1,00
Maga módján vallásos	1,43 (0,80–2,55)	0,73 (0,41–1,30)	1,58 (1,08–2,45)*
Felekezethez tartozik	1,34 (0,80–2,22)	0,66 (0,41–1,08)	1,16 (0,78–1,72)
<i>Vallásosság mértéke</i>			
Nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00
Valamennyire vallásos	1,24 (0,76–2,03)	0,89 (0,55–1,44)	1,07 (0,73–1,56)
Vallásos	1,87 (1,09–3,21)*	0,85 (0,47–1,55)	1,67 (1,09–2,55)*
<i>Vallásos aktivitás</i>			
Nem jár gyülekezetbe ^a	1,00	1,00	1,00
Csak ünnepekkor	1,73 (1,07–2,80)*	0,56 (0,34–0,93)*	1,47 (1,05–2,10)*
Változó rendszerességgel	2,85 (1,60–5,05)***	0,71 (0,36–1,40)	1,81 (1,12–2,91)*

^aReferenciakategória.

^bOR, esélyhányados (Odds Ratio).

^c95% CI, 95%-os konfidenciaintervallum.

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

3. táblázat | A vallásosság mutatóinak összefüggése az egészségi állapot mutatóival nemenkénti megoszlásban – Logisztikus regresszió eredményei (esélyhányadosok)

	Élettel való elégedettség (SWL) skála	Depressziós tünetegyüttes (CDI) skála	Egészség önértékelése (kiváló kategória)
FIÚK	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c
<i>Vallási önmeghatározás</i>			
Nem kötődik felekezethez ^a	1,00	1,00	1,00
Maga módján vallásos	2,02 (0,91–4,48)	0,71 (0,30–1,69)	2,10 (1,08–4,94)*
Felekezethez tartozik	1,70 (0,80–3,63)	0,74 (0,35–1,58)	1,51 (0,72–3,14)
<i>Vallásosság mértéke</i>			
Nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00
Valamennyire vallásos	1,47 (0,74–2,89)	0,93 (0,45–1,92)	0,94 (0,59–1,49)
Vallásos	1,72 (0,80–3,69)	0,69 (0,27–1,80)	1,35 (0,80–2,29)
<i>Vallásos aktivitás</i>			
Nem jár gyülekezetbe ^a	1,00	1,00	1,00
Csak ünnepekkor	1,78 (0,74–3,38)	0,44 (0,19–0,99)*	1,49 (0,96–2,31)
Változó rendszerességgel	1,80 (0,75–4,30)	0,62 (0,21–1,87)	1,33 (0,71–2,50)
LÁNYOK	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c	OR ^b (95% CI) ^c
<i>Vallási önmeghatározás</i>			
Nem kötődik felekezethez ^a	1,00	1,00	1,00
Maga módján vallásos	0,95 (0,39–2,33)	0,79 (0,35–1,76)	1,36 (0,80–2,30)
Felekezethez tartozik	1,10 (0,80–2,02)	0,55 (0,29–1,06)	1,16 (0,71–1,89)
<i>Vallásosság mértéke</i>			
Nem vallásos ^a	1,00	1,00	1,00
Valamennyire vallásos	1,02 (0,50–2,08)	0,80 (0,42–1,52)	1,78 (0,87–3,64)
Vallásos	2,01 (0,94–4,33)	0,96 (0,44–2,10)	2,97 (1,35–6,49)**
<i>Vallásos aktivitás</i>			
Nem jár gyülekezetbe ^a	1,00	1,00	1,00
Csak ünnepekkor	1,68 (0,81–3,48)	0,61 (0,32–1,17)	1,81 (0,92–3,57)
Változó rendszerességgel	4,14 (1,86–9,22)***	0,71 (0,30–1,73)	3,58 (1,64–7,80)***

^aReferenciakategória.

^bOR, esélyhányados (Odds Ratio).

^c95% CI, 95%-os konfidenciaintervallum.

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Megbeszélés

Kutatásunk célja a serdülők pszichikai egészségének és vallásosságának elemzése volt. Korábbi vizsgálatok beszámoltak a vallásosság egészségre gyakorolt számos jótékony hatásáról, aminek eredményeként a vallás a modern társadalomban is betölti egészségvédő szerepét, azaz védőfaktoroként funkcionál [3, 4, 5]. Serdülők körében eddig még viszonylag kevés vizsgálat született, azonban ezek az elemzések megerősítik, hogy a vallásos fiatalok kevésbé hajlamosak káros szerfogyasztásra, agresszív tünetekre, magatartászavarra, elégedettebbek saját életükkel, azaz szubjektív jólétük kiváló, összehasonlítva nem vallásos társaikkal [12, 13, 14, 15, 17, 18]. A krónikus betegséggel küzdő fiatalok adaptációs folyamatát is javítja a vallásuk aktív gyakorlása [12, 16].

Saját kutatási eredményeink is megerősítik, hogy korábbi vizsgálatokhoz hasonlóan a vallásos fiatalok jobbnak értékelik saját egészségüket [8]. Bár a felekezethez nem tartozó, azaz a „maguk módján vallásos” fiatalok is jobbnak minősítik egészségüket, a magukat nagyobb mértékben vallásosnak definiálók, valamint a vallásos aktivitást gyakrabban mutatók esetében az összefüggés

erőteljesebb. Külön ki kell emelni, hogy a lányok ugyan nem jeleztek nagyobb mértékű vallási közösségben való részvételt, az egészség önértékelése és a vallási aktivitás közötti kapcsolat az ő esetükben erőteljesebb. Hasonló eredményt kapunk az élettel való elégedettség összefüggésében is: a vallásosabb, illetve a nagyobb vallási aktivitást mutató fiatalok elégedettebbek életükkel, ami szintén a lányokra jellemzőbb. Korábbi vizsgálatok is megerősítik, hogy a vallás nagyobb életelégedettséggel, azaz szubjektív jóléttel jár együtt [17].

A depresszióval kapcsolatos szakirodalmi eredmények viszont eléggé ellentmondásosak, amit saját eredményeink is alátámasztanak. A kutatások egy része megerősíti a vallás protektív jellegét a serdülőkorai depresszióval összefüggésben [11, 12, 18]. Más tanulmányok a védőjelleg hiányáról számolnak be [19]. Sőt, egyes tanulmányok azt fejtetik, hogy a depressziós serdülők fokozottabban fordulnak vallásuk gyakorlása felé, ami keresztmetszeti elemzésben magasabb pontszámmal járhat [22]. Ezt kiküszöbölendő javasolt a longitudinális adatgyűjtés bevezetése [11]. Ugyanakkor azt a jelenséget sem szabad pszichopatológiai szempontból figyelmen kívül hagyni, hogy a vallásgyakorlásnak lehetnek akár negatív

következményei a mentális egészségre a veszélyeztetett egyénekénél, amit például a negatív vallásos megküzdés vagy az irreális viselkedési előírások idézhetnek elő [10, 11]. Saját vizsgálati eredményeink nem igazolták a vallásosság védő jellegét a depresszió alakulásában; ez alól némi kivételt jelent a vallásgyakorolás alkalmankénti módja, ami megerősíti azt a korábbi jelenséget, hogy a közepes mértékű vallásosság nyújt leginkább védelmet a depresszió ellen. További vizsgálatok szükségesek az összefüggés finomabb megismerésére.

Irodalom

- [1] *Pikó B.* (szerk.): Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban. L'Harmattan, Budapest, 2005.
- [2] *Park, J. M., Brindis, C. D., Chang, F. és mtsai:* A midcourse review of the Healthy People 2010: 21 critical health objectives for adolescents and young adults. *J. Adolesc. Health*, 2008, *42*, 329–334.
- [3] *Park, C. L.:* Religiousness/spirituality and health: A meaning systems perspective. *J. Behav. Med.*, 2007, *30*, 319–328.
- [4] *Mueller, P. S., Plevak, D. J., Rummans, T. A.:* Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. *Mayo Clin. Proc.*, 2001, *76*, 1225–1235.
- [5] *McNamara Barry, C., Nelson, L. J.:* The role of religion in the transition to adulthood for young emerging adults. *J. Youth Adolesc.*, 2005, *34*, 245–255.
- [6] *Kovács E., Pikó B.:* Vallásosság a magyar középiskolások körében. *Társadalomkut.*, 2009, *27*, 27–48.
- [7] *Francis, L. J., Robbins, M., Lewis, C. A. és mtsai:* Religiosity and general health among undergraduate students: A response to O'Connor, Cobb, and O'Connor. *Pers. Individ. Diff.*, 2003, *37*, 485–494.
- [8] *Kawachi, I., Kennedy, B. P., Glass, R.:* Social capital and self-rated health: A contextual analysis. *Am. J. Publ. Health*, 1999, *89*, 1187–1193.
- [9] *Good, M., Willoughby, T.:* The role of spirituality versus religiosity in adolescent psychosocial adjustment. *J. Youth Adolesc.*, 2006, *35*, 41–55.
- [10] *Mabe, P. A., Josephson, A. M.:* Child and adolescent psychopathology: Spiritual and religious perspectives. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.*, 2004, *13*, 111–125.
- [11] *Dew, R. E., Daniel, S. S., Goldston, D. B. és mtsai:* A prospective study of religion/spirituality and depressive symptoms among adolescent psychiatric patients. *J. Affect. Dis.*, 2009, doi:10.1016/j.jad.2009.04.029.
- [12] *Cotton, S., Zebracki, K., Rosenthal, S. L. és mtsai:* Religion/spirituality and adolescent health outcomes: A review. *J. Adolesc. Health*, 2006, *38*, 472–480.
- [13] *Knight, J. R., Sherritt, L., Harris, S. K. és mtsai:* Alcohol use and religiousness/spirituality among adolescents. *South Med. J.*, 2007, *100*, 349–355.
- [14] *Pearce, M. J., Jones, S. M., Schwab-Stone, M. E. és mtsai:* The protective effects of religiousness and parent involvement on the development of conduct problems among youth exposed to violence. *Child Dev.*, 2003, *74*, 1682–1696.
- [15] *Pikó, B., Fitzpatrick, K. M.:* Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addict. Behav.*, 2004, *29*, 1095–1107.
- [16] *Cotton, S., Kudel, I., Roberts, Y. H. és mtsai:* Spiritual well-being and mental health outcomes in adolescents with or without inflammatory bowel disease. *J. Adolesc. Health*, 2009, *44*, 485–492.
- [17] *Baroun, K. A.:* Relations among religiosity, health, happiness, and anxiety for Kuwaiti adolescents. *Psychol. Rep.*, 2006, *99*, 717–722.
- [18] *Pearce, M. J., Little, T. D., Perez, J. E.:* Religiousness and depressive symptoms among adolescents. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.*, 2003, *32*, 267–276.
- [19] *Dew, R. E., Daniel, S. S., Armstrong, T. D. és mtsai:* Religion/spirituality and adolescent psychiatric symptoms: A Review. *Child Psychiatr. Hum. Dev.*, 2008, *39*, 381–398.
- [20] *McCullough, M. E., Larson, D. B.:* Religion and depression: A review of the literature. *Twin Res.*, 1999, *2*, 126–136.
- [21] *Cotton, S., Larkin, E., Hoopes, A. és mtsai:* The impact of adolescent spirituality on depressive symptoms and health risk behaviors. *J. Adolesc. Health*, 2005, *36*, 529e7–529e14.
- [22] *Eliassen, A. H., Taylor, J., Lloyd, D. A.:* Subjective religiosity and depression in the transition to adulthood. *J. Sci. Stud. Relig.*, 2005, *44*, 187–199.
- [23] *Kovács, M.:* Children's Depression Inventory (CDI). Toronto, Multi-Health Systems, 1992.
- [24] *Pikó, B. F., Fitzpatrick, K. M.:* Depressive symptomatology among Hungarian youth: A risk and protective factors approach. *Am. J. Orthopsychiatr.*, 2003, *73*, 44–54.
- [25] *Pikó B.:* Szegedi Ifjúságkutatás 2000, 2008: Egészségmagatartás és a depressziós tünetegyüttes előfordulása a szegedi középiskolások körében. *Magy. Epidem.*, 2008, *5*, 213–227.
- [26] *Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S.:* The Satisfaction with Life Scale. *J. Pers. Assessm.*, 1985, *49*, 71–75.
- [27] *National Survey on Drug Use, 2002:* <http://icpsr.umich.edu/cocoon/ICPSR/STUDY/06542.xml>

(Pikó Bettina dr.,
Szeged, Szentháromság u. 5., 6722
e-mail: pikobettina@yahoo.com)

Budapest II. kerületében több helyiséges, klimatizált, földszinti

orvosi rendelő kiadó.

Érdeklődni munkaidőben a 06-30-952-7019-es telefonszámon lehet.