

SZÉKELY ANDRÁS – GYŐRI-DANI DÓRA

A (KÖZÖS) HIT AJÁNDÉK?
MENTÁLIS EGÉSZSÉG ÉS VALLÁSOSSÁG
ÖSSZEFÜGGÉSEI A 18-49 ÉVESEK KÖZT
A HATÁRON TÚL

Már a Covid-világjárvány előtt is az EU-ban minden hatodik ember valamilyen mentális problémával élt,¹ a járvány idején ez az arány pedig tovább nőtt.² A világjárvány alatt és azt követően mind a szorongásos zavarok, mind a depresszió gyakorisága növekedni kezdett, amit 2021-től stabilizáció követett.³ Az öngyilkosságok arányában azonban pozitív változás történt, hiszen az elmúlt években csökkenő tendencia figyelhető meg ezen a téren Európában.⁴ Kivétel ez alól a 15–29 éves korosztály: körükben az öngyilkosság továbbra is a balesetek után a második leggyakoribb halálok.⁵ Az EU a 2021–2027-es költségvetési ciklusban 1,23 milliárd eurót irányzott elő mentális egészségügyi programokra. ezek célja a megelőzés, az ellátáshoz hozzáférés javítása és a társadalmi reintegráció támogatása.⁶ Ez a lépés arra volt válasz, hogy az elmúlt időszak nehézségei hatására megnövekedett a mentális problémák előfordulása, illetve a fiatal csoportokban romló tendenciát figyelhetünk meg.⁷

1 OECD – European Commission: *Health at a glance: Europe 2018 – State of health in the EU cycle*. OECD Publishing, 2018.

2 Santomauro, Damian. F. – Mantilla-Herrera, Ana-Maria – Shadid, Jamileh – Zheng, Peng – Ashbaugh, Charlie – Pigott, David M. – Whiteford, Harvey A.: Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 2021. 398 (10312). 1700–1710.

3 OECD: *A new benchmark for mental health systems: Tackling the social and economic costs of mental ill-health*. OECD Publishing, 2023.

4 European Commission: *A comprehensive approach to mental health*. 2023. Letöltés helye: www.health.ec.europa.eu; letöltés ideje: 2025. 11. 30.

5 WHO Regional Office for Europe: *Adolescent health: Key data*. 2023. Letöltés helye: www.who.int; letöltés ideje: 2025. 11. 30.

6 European Commission, 2023. *A comprehensive approach to mental health*, i. m.

7 OECD, 2023. *A new benchmark for mental health systems*. i. m.

A Hungarostudy 2021 adatai alapján a magyar lakosság lelki egészsége 2013 után javuló tendenciát mutatott.⁸ Az étellel való elégedettség és a boldogságérzet szintje jelentősen nőtt, különösen a nők körében, akik 2021-re elérték a férfiak szintjét ezen a téren. A WHO-5 jólléti skálával mért mutatók 2006 óta szintén javulást mutatnak, amiben a legnagyobb előrelépés 2013 és 2021 között történt. A depressziós tünetek előfordulása a teljes népességben csökkenést mutatott, különösen a nőknél volt tapasztalható jelentős javulás. Ugyanakkor hazánkban is megfigyelhető volt az az aggasztó jelenség, hogy a 18–29 éves korosztályba tartozóknál nőtt a súlyos depresszió előfordulása ebben az időszakban. A stresszel való megküzdési képesség társadalmi szinten javult, de a fiatalok körében továbbra is magasabb stressz-szint volt mérhető, mint az idősebb korcsoportokban.

Kósa és Bíró⁹ a magyar felnőttek mentális egészségének alakulásában megfigyelhető trendeket vizsgálták 2010 és 2023 között. Eredményeik alapján szintén elmondható, hogy 2010 és 2019 között erős javuló tendencia volt megfigyelhető a vizsgált személyek mentális egészségében: a súlyos pszichológiai distresszt átélők aránya közel a felére csökkent (14,53% vs. 6,78%). Elmondható az is, hogy bár a nők mentális állapota rosszabb volt a férfiakéhoz képest, mindkét nem esetében jellemző volt a lelki reziliencia egyes elemeinek javulása ebben az időszakban. 2019 azonban fordulópontot jelentett, amikortól a súlyos distresszt átélők aránya jelentős növekedést, a vizsgált személyek rezilienciája pedig jelentős csökkenést mutatott. A vizsgálat emellett két, a mentális egészséget támogató tényezőt is azonosított, az iskolai végzettséget és a társas támogatást.

Kósáék vizsgálata leíró jellegű volt, a változások okait nem vizsgálta, így nem derült fény arra, hogy a koronavírus-járvány okozta korlátozások és maga a járványhelyzet befolyásolták-e a kapott eredményeket. Szabó és munkatársai¹⁰ azonban kifejezetten a koronavírus időszakában kutatták a felnőtt lakosság mentális egészségét, a 2020. májusi lezárások idején. Kérdőíves vizsgálatuk eredményei alapján a kitöltők 34,1%-a depressziós, 36,2%-uk szorongásos tüneteket mutatott, 37,6%-a pedig magas fokú stresszt élt át. Utóbbi érték jelentősen rosszabb volt, összevetve más korábbi, a magyar felnőttek által észlelt stresszt vizsgáló kutatások eredményeivel. A vizsgálat azonban arra is felhívta a figyelmet, hogy az adaptív megküzdési módoknak, a pszichológiai támogatásnak és a megfelelő stresszkezelésnek fontos

8 Tóth Mónika Ditta – Székely András – Purebl György: A depresszió és az öngyilkossági gondolatok alakulása a magyar fiatalok körében. *Kapocs*, 2022. 5 (1). 112–118.

9 Kósa Karolina – Bíró Éva: Trends of the mental health of the Hungarian adult population between 2010–2023. *European Psychiatry*, 67 (S1). S111–S112.

10 Szabó Csanád – Pukánszky Judit – Kemény Lajos: Psychological effects of the COVID-19 pandemic on Hungarian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020. 17 (24). 9565.

szerepe van a lelki egészség megőrzésében. Morvay-Sey és munkatársai¹¹ hasonló eredményeket kaptak a koronavírus-pandémia lelki egészségre gyakorolt hatásáról egyetemista fiatalok körében. Megfigyelték továbbá, hogy az észlelt hatások nemcsak a vizsgált személyek lelki, hanem testi egészségét és tanulmányi előmenetelét is negatívan érinthették, akár hosszú távon is. Garbóczy és munkatársai¹² vizsgálatából az is kiderült, hogy azok a fiatalok voltak jobban kitéve a koronavírus-járvány okozta fokozott kockázatnak, akiknek eleve magasabb volt a stressz-szintjük, kevésbé jó megküzdési módokkal rendelkeztek, vagy egyéb stresszorok (pl. otthontól való távollét) is jelen voltak az életükben, így ezek a tényezők jelentősen meghatározták a lelki egészségüket.

A közép- és kelet-európai magyar kisebbségek lelki egészségét még összetettebb tényezők befolyásolják, mint az anyaországi magyarokét, hiszen az erdélyi, vajdasági, felvidéki és kárpátaljai közösségek mentális egészsége szorosan összefügg a kisebbségi létből fakadó társadalmi, gazdasági és identitásbeli kihívásokkal is. A *Report on the Self-perceived Health Condition of Minority Hungarians in Central and Eastern Europe* elemzése rávilágít arra, hogy ezek a tényezők jelentős pszichés megterhelést okoznak, különösen a fiatalabb generációk körében, így a lelki egészségük gyakran rosszabb mind az anyaországi magyarokhoz, mind a többségi társadalomhoz tartozó társaikhoz képest. A kutatás kiemeli azt is, hogy a közösségi identitás és a kisebbségi közösséghez tartozás érzése kulcsfontosságú védőfaktor a stresszel és diszkriminációval szemben, hozzájárulva ezzel a lelki egészség megőrzéséhez.¹³ Susánszky és Székely¹⁴ a nagymintás ifjúságkutatás 2016-os és 2020-as adatai alapján végezte el a határon túli magyar fiatalok egészségi állapotának, egészség- és kockázati magatartásának elemzését. A kockázati magatartások közül figyelembe vették a dohányzást és az alkoholfogyasztást, valamint a droghasználat kérdését közvetett válaszok alapján, emellett kitértek az egészségmagatartás mutatóira is. Az eredmények azt mutatják, hogy a külföldi fiatalok közel egyharmadának életminőség-mutatója a kedvezőtlen csoportba sorolható. Kockázati tényezőként jelent meg a párkapcsolat hiánya, a rosszabb gazdasági helyzet, a vallásos elköteleződés kisebb mértéke, illetve a vallásgyakorlás egyháztól független módozata. Jobb eséllyel kerülnek el a kedvezőtlen jólléti állapotot a férfiak, valamint az erdélyi és felvidéki fiatalok.

11 Morvay-Sey Kata – Trpkovici Melinda – Ács Pongrác – Paár Dávid – Pálvölgyi Ágnes: Psychological responses of Hungarian students during the first wave of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021. 18 (15). 7930.

12 Garbóczy Szabolcs – Szemán-Nagy Anita – Ahmad, M. S. – Harsányi Szilvia – Ocsenás Dorottya – Rekenyi Viktor – Al-Tammemi, Ala' B. – Kolozsvári László Róbert: Health anxiety, perceived stress, and coping styles in the shadow of the COVID-19. *BMC Psychology*, 2021. 9 (1). 53.

13 Csata Zsombor – Lelkes Gábor – Tóth-Batizán Emese Emőke: Report on the self-perceived health condition of minority Hungarians in Central and Eastern Europe. *Erdélyi Társadalom*, 2022. 20 (2). 9–47.

14 Susánszky Éva – Székely András: Fiatalok egészség- és kockázati magatartása. In: Vita Emese – Veres Valér (szerk.): *Változó ifjúság a Kárpát-medence országaiban*. Nemzeti Kisebbségkutató Intézet: Kolozsvár, 2023. 159–194.

A lelki egészségre számos tényező van hatással, ezek közül az egyik a vallásosság. Susánszky és Székely¹⁵ fent bemutatott vizsgálatában is megjelent a vallásosság, a stabil hit és az egyházi keretek között történő vallásgyakorlás több kockázati tényező esetében is (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás) mint védőfaktor. Rixer és Ferenczi¹⁶ a vallásosság és a mentális egészség, jóllét összefüggéseit vizsgálták a Covid idején, 16–95 éves korosztály bevonásával. Eredményeik alapján mind az Istenben való hit, mind az intézményes és nem intézményes vallásosság, mind pedig az intrinzik vallásosság pozitív együttjárást mutatott a mentális jólléttel. Braam és Koenig¹⁷ áttekintő munkája alapján a kutatások kb. fele igazolt pozitív együttjárást a vallásosság/spiritualitás és a depresszió kedvezőbb lefolyása között. Ezt megerősíti, hogy Borges és munkatársai¹⁸ is arra jutottak, hogy a vallásosság és spiritualitás gyakrabban jár együtt a magasabb észlelt életszínvonallal, valamint a stressz és a depresszió alacsonyabb szintjével, így hozzájárul a jobb lelki egészséghez. Lucchetti, Koenig és Lucchetti¹⁹ emellett arra is rámutat, hogy azok mellett a pszichiátriai kórképek mellett, amelyek esetén gyakran kimutatták a vallásosság pozitív hatását (pl. depresszió, szerhasználat, öngyilkossági magatartás), más kórképek esetében is fennállhat hasonló összefüggés, így például a poszttraumás stressz zavar vagy a szorongásos zavarok esetén.

Fontos azonban megjegyezni, hogy a vallásosság és a lelki egészség közötti pozitív összefüggés Magyarországon a 2021-es Hungarostudy-kutatásokban már nem igazolódott. A Hungarostudy-vizsgálatok a vallásosságot mint a lelki egészség lehetséges előrejelzőjét két kérdés mentén mérik: egyrészt annak alapján, hogy az egyén hívőnek tartja-e magát, és amennyiben igen, milyen módon gyakorolja vallását, valamint hogy a vallásosság mennyire fontos szerepet tölt be az életében.²⁰ Míg a 2002-es adatfelvétel esetén a vallásgyakorlás mind a testi, mind a lelki egészség tekintetében védőfaktornak bizonyult, a vallást fontosnak

15 Uo.

16 Rixer Judit – Ferenczi Andrea: *A vallásosság összefüggései a mentális egészséggel és a jólléttel a COVID-19 világjárvány idején*. [The relationship of religiosity with mental health and well-being during the COVID-19 pandemic]. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai – Theologia Reformata Transylvanica*, 2023. 68 (2). 221–245.

17 Braam, Arjan W. – Koenig, Harold G.: Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2019. 257. 428–438.

18 Borges, Cezimar Correia – Dos Santos, Patrícia Roberta – Alves, Polissandro Mortoza – Borges, Custódio Renata Maciel – Lucchetti, Giancarlo – Barbosa, Maria Alves – Porto, Celmo Celso – Fernandes, Marcos Rassi: Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*, 2021. 19. Letöltés helye: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34674713/>; letöltés ideje: 2025. 11. 30.

19 Lucchetti, Giancarlo – Koenig, Harold G. – Lucchetti, Alessandra Lamas Granero.: Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World Journal of Clinical Cases*, 2021. 9 (26). 7620–7631.

20 Székely András – Kovács Katalin – Székely B. András: A vallásosság és a lelki egészség összefüggéseinek alakulása a Hungarostudy kutatások tükrében. In: Engler Ágnes – Purebl György – Susánszky Éva – Székely András (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2021. Család–egészség–közösség: Hungarostudy 2021 tanulmányok*. Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért: Budapest, 2022. 375–395.

ítélők magas depresszió- és szorongásértékeket produkáltak, több mutató esetében pedig a maguk módján vallásosak érték el a legrosszabb eredményeket (például depresszió, WHO-jóllét). Emellett az is megfigyelhető volt, hogy a vizsgált önkárosító magatartásformák (pl. dohányzás, töményszesz-fogyasztás) is kevésbé érintette azokat, akik inkább gyakorolják a vallásukat, valamint akiknek fontosabb a vallásosságuk. A 2006-os eredmények megerősítették a vallásosság egészségben betöltött védőszerepével kapcsolatos összefüggéseket. Ezzel szemben a 2021-es felmérés eredményeiből arra következtethetünk, hogy a vallásosság korábban leírt protektív szerepe változáson ment keresztül a 2006-ot követő évek során. A korábbi megállapításokkal ellentétben a 2021-es adatok szerint a vallásgyakorlás nem minden esetben járt együtt kedvező mentális egészségi mutatókkal: a depressziós tünetek és a súlyos depresszió előfordulása a vallásukat rendszeresen gyakorlók körében is magasnak bizonyult. Emellett bizonyos területeken megváltozott a vallás szubjektív fontosságának viszonya a pszichés jólléthez: azok az egyének, akik kevésbé tartják fontosnak a vallást, általában magasabb szintű elégedettségéről, boldogságról és jóllétről számoltak be. Ugyanakkor a legkedvezőbb mutatók továbbra is a rendszeresen vallásgyakorlók körében jelentkeztek.²¹

A vallás és vallásosság lelki egészségben betöltött egyéni szerepe mellett egyes kutatók kiemelik annak kapcsolatainkban megjelenő hatását is. Így például Schafer és Kwon²² tanulmányában az idősebb párok kapcsolatának minőségét vizsgálta a vallási hasonlóság és különbözőség tükrében. Az eredmények azt mutatták, hogy azok a párok, akik eltérő mértékben vesznek részt vallási szertartásokon, kevésbé elégedettek és boldogok kapcsolatukkal. Ennek egyik magyarázata, hogy ezek a párok kevesebb közös szabadidőt töltenek együtt, emellett ritkábban élnek nemi életet, és kevesebb testi kontaktust gyakorolnak egymással, ami tovább gyengíti a kapcsolat minőségét. A kutatás hangsúlyozza, hogy a vallási hasonlóság, különösen a közös vallási tevékenységek, fontos szerepet játszanak az időskori párkapcsolatok harmóniájának megőrzésében, és így közvetve hatással vannak a lelki jólétre is.

A fentiek alapján vizsgálatunk célja annak feltárása volt, hogy milyen kapcsolat van a vallásosság és a lelki egészség között a határon túli magyarok körében, valamint hogy befolyásolja-e ezt az, hogy egy pár tagjai azonos vagy eltérő mértékben vallják magukat vallásosnak.

21 Uo

22 Schafer, Markus H. – Kwon, Soyung: Religious heterogamy and partnership quality in later life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 2019. 74 (7). 1266–1277.

Módszertan

A mentális állapot becslésére a WHO-5 Jólét (WHO Well-Being, WHO-5) kérdőívet használtuk. A WHO-5 kérdőív önértékelés alapján vizsgálja az életminőség pszichológiai, fizikai és szociális aspektusait. A mérőeszköz egy négyfokú skálán (egyáltalán nem jellemző / alig jellemző / jellemző / teljesen jellemző) kérdez rá az elmúlt két hét közérzeti jellemzőire,²³ ahol a nagyobb pontszámok jelentik a pozitívabb, kedvezőbb pszichológiai állapotot. A skála belső megbízhatóságát jellemző Cronbach-alfa érték a mintában magas: 0,81. Mivel a skála 0-tól 3-ig terjed, az elérhető pontszámok 0 és 15 pont között változhatnak. A 7 vagy annál kevesebb pontot elérőket a mentális megbetegedések, elsősorban a depresszió szempontjából a kockázati csoportba soroltuk, kedvezőtlenebb életminőség-mutatójuk miatt.²⁴

A WHO-5-pontszámok magyarázó változóinak elemzésünkben a régiókat (Erdély, Felvidék, Vajdaság), a családi állapotot (nincs párkapcsolata, van párkapcsolata, házas), az életkort korcsoportonként, illetve a vallásosságot (vallásos az egyház tanítása szerint; vallásos a maga módján; nem tudja megmondani, vallásos-e; nem vallásos) választottuk. Először varianciaanalízis segítségével néztük meg, a különböző csoportok átlagai különböznek-e egymástól, majd logisztikus regresszióval vizsgáltuk a rossz mentális állapot esélyét, a vallásosságot különbözőképpen helyezve a modellbe. Az elemzéshez SPSS23 programot használtunk.

Az első modellben a vallásosságot az alapváltozó szerint tekintettük magyarázó változónak. A második modellben megvizsgáltuk, hogy a megkérdezett a párja vallásosságáról hogyan számolt be, azonos a vallásossága vagy nem, és ezt külön vizsgáltuk mind a négy csoportban. A harmadik modellben három csoportot néztünk, azokat, akiknek nincs párja, azokat, akiknek a párja ugyanúgy vallásos (függetlenül a csoporttól) és azokat, akik párjukat más csoportba sorolták. Csak azokat vettük be a teljes elemzésbe, akiknél ezekre a kérdésekre határozott választ kaptunk, így az elemzést 1782 fős mintán végezhetjük el.

23 Az elmúlt két hét során érezte-e magát... 1. ...vidámnak és jókedvűnek? 2. ...nyugodtnak és ellazultnak? 3. ...aktívnak és élénknek? 4. ...ébredéskor frissnek és élénknek? 5. A napjai tele voltak számára érdekes dolgokkal?

24 Susánszky Éva – Konkoly Thege Barna – Stauder Adrienne – Kopp Mária: A WHO Jólét Kérdőív rövidített (WHO-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. [Validation of the short (5-item) version of the WHO Well-Being Scale based on a Hungarian representative health survey, Hungarostudy 2002]. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2006. 7 (3). 247–255.; Topp, Christian Winther – Østergaard, Søren Dinesen – Søndergaard, Susan – Bech, Per: The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2015. 84. 167–176

Eredmények

A WHO-5 kérdőív alapján kockázati csoportba eső személyek vizsgálata – átlagok eltérése

Régiók szerinti különbségek a mentális jóllétben

	WHO	WHO kockázati szint (%)	N
Románia/Erdély	9,75	26	867
Szlovákia/Felvidék	8,83	32	434
Szerbia/Vajdaság	8,53	39	480
Teljes minta	9,20	31	1781
Szignifikanciaszint	<0,001	<0,001	

1. táblázat: A WHO-5-értékek és a kockázati szint előfordulásának regionális különbségei

Nemek szerinti különbségek a mentális jóllétben

A nemek között is szignifikáns különbség mutatkozik a mentális jóllétben (2. táblázat). A férfiak átlagos WHO-5-pontszáma (9,46) magasabb, mint a nőké (8,93), és a kockázati csoportba tartozók aránya is kedvezőbben alakul a férfiaknál (28% szemben 34% a nők esetében). Ezek a különbségek statisztikailag is szignifikánsnak bizonyultak ($p < 0,01$), ami arra utal, hogy a nők körében nagyobb a rossz mentális állapot kockázata.

	WHO	WHO kockázati szint (%)	N
Férfi	9,46	28	900
Nő	8,93	34	882
Teljes minta	9,20	31	1782
Szignifikanciaszint	0,001	0,002	

2. táblázat: A WHO-5-értékek és a kockázati szint előfordulásának különbségei nemek szerint

Mentális jóllét és vallásosság

A vallásosság mértéke erősen összefügg a mentális jólléttel (3. táblázat). Az egyház tanítását követő vallásos válaszadók WHO-5-átlaga a legmagasabb (9,82 pont), míg a bizonytalanok (8,23 pont) és a nem vallásosak (8,28 pont) átlaga jelentősen alacsonyabb. Ezzel párhuzamosan a mentális egészségi rizikócsoportba tartozók aránya a hagyományosan vallásosaknál a legalacsonyabb (26%), miközben a nem vallásos (43%) és a vallási hovatartozásukat nem meghatározó személyek körében a legmagasabb (41%). A csoportok közti különbségek statisztikailag szignifikánsnak bizonyultak ($p < 0,001$).

	WHO	WHO kockázati szint (%)	N
Vallásos vagyok, az egyház tanítását követem	9,82	26	561
Vallásos vagyok a magam módján	9,11	30	932
Nem tudom megmondani, hogy vallásos vagyok-e vagy sem	8,23	41	93
Nem vagyok vallásos	8,28	43	196
Teljes minta	9,20	31	1782
Szignifikanciaszint	<0,001	<0,001	

3. táblázat: A WHO-5-értékek és a kockázati szint előfordulásának különbségei vallásosság szerint

Életkor szerinti különbségek a mentális jóllétben

A vizsgált korcsoportok között nem mutatkozott szignifikáns eltérés a mentális jóllét mutatóiban (4. táblázat). A 18–29, 30–39 és 40–49 éves csoportok WHO-5-átlaga gyakorlatilag megegyezett (sorrendben 9,22; 9,03; illetve 9,33 pont), és a kockázati csoportba tartozók aránya is hasonló volt mindhárom korosztályban (29–33% minden csoportban). A statisztikai próba nem igazolt szignifikáns különbséget ($p \approx 0,31-0,45$), azaz a mentális jóllét átlagos szintje ebben a populációban nem mutat életkorfüggő mintázatot. Mindez arra utal, hogy a 18–49 éves felnőtt korosztályban az életkor önmagában nem meghatározó tényezője a mentális egészségnek – legalábbis a jelen mintában.

	WHO	WHO kockázati szint (%)	N
18–29 éves	9,22	30	575
30–39 éves	9,03	33	600
40–49 éves	9,33	30	604
Teljes minta	9,20	31	1780
Szignifikanciaszint	0,311	0,447	

4. táblázat: A WHO-5-értékek és a kockázati szint előfordulásának különbségei korcsoportok szerint

Párkapcsolati státusz és mentális jóllét

A párkapcsolati státusz szerint jelentős eltérések figyelhetők meg a jóllétben (5. táblázat). A házas válaszadók WHO-5-pontszámainak átlaga (9,40) valamelyest meghaladja az élettársi/párkapcsolatban élőkét (9,27), és mindkét csoport átlaga magasabb, mint a partnerrel nem rendelkezők esetében (8,75). A 7 pont alatti (rizikó) pontszámúak aránya szintén alacsonyabb a házasok (28%) és kapcsolatban élők (30%) körében, míg az egyedülállóknál jóval magasabb (37%). A különbségek statisztikailag szignifikánsak ($p < 0,01$).

	WHO	WHO kockázati szint (%)	N
Házasság	9,40	28	861
Van párkapcsolata	9,27	30	461
Nincs párkapcsolata	8,75	37	461
Teljes minta	9,20	31	1782
Szignifikanciaszint	0,004	0,002	

5. táblázat: A WHO-5-értékek és a kockázati szint előfordulásának különbségei párkapcsolat szerint

A partner vallásosságának egyezése és a mentális jóllét

A párkapcsolaton belüli vallási-világnézeti összhang hiánya szintén összefügg a kedvezőtlenebb mentális állapottal (6. táblázat). Azok a válaszadók, akik partnerükkel azonos mértékben vallásosak, kiemelkedően magas átlagos WHO-5-pontszámot értek el (9,62 pont), és körükben volt a legalacsonyabb a mentális rizikócsoporthoz tartozók aránya is (25%). Ezzel szemben a különböző vallásosságú pároknál az átlag (8,50 pont) még a párkapcsolat nélküliekéhez képest is alacsonyabb, a 7 pont alatti arányuk pedig megközelítette az egyedülállóknak magas szintjét (39% vs. 37%). A csoportok közötti különbségek szignifikánsak ($p < 0,001$).

	WHO	WHO kockázati szint (%)	N
Nincs párja	8,75	37	461
Azonos vallásosság	9,62	25	1009
Különböző vallásosság	8,50	39	313
Teljes minta	9,20	31	1782
Szignifikanciaszint	<0,001	<0,001	

6. táblázat: A WHO-5-értékek és a kockázati szint előfordulásának különbségei párkapcsolat és azonos/különböző vallásosság szerint

A WHO-5 kérdőív alapján kockázati csoportba eső személyek vizsgálata logisztikus regresszióval

A mentális egészséggel kapcsolatos jóllét (WHO-5) mintabeli eltéréseinek vizsgálatára bináris logisztikus regressziót alkalmaztunk, amely a dichotóm függő változó és a magyarázó változók (folytonos, illetve kategoriális) közötti lineáris kapcsolat erősségét és irányát méri. Modellünkben függő változóként a WHO-5 két kategóriája (1 = kockázati szint, 0 = átlagos jólléti szint) szerepelt. Magyarázó, illetve kontrollváltozóként kerültek be a szociodemográfiai változók (régió, nem, párkapcsolat, illetve a vallásosság különböző formában), a szocioökonomiai változók (szubjektív gazdasági helyzet, társadalmi réteghelyzet), valamint a vallásosság és a régió. Táblázatunkban a statisztikai elemzés eredményeit mutatjuk be: a magyarázó változók és kategóriáik esélyhányadosait (OR)²⁵ és a hozzájuk tartozó konfidenciaintervallumokat (CI). A táblázatban csak a szignifikáns összefüggéseket tüntettük fel.²⁶

A logisztikus regresszió eredménye alapján – amennyiben együtt nézzük a különböző magyarázó változók hatását – láthatjuk, hogy a regionális különbségek erősek, az Erdélyben élőkhez képest a Felvidéken élők 33, a Vajdaságban élők 80%-kal nagyobb eséllyel tartoznak a kockázati kategóriába, a nők pedig 50%-kal nagyobb eséllyel, mint a férfiak (7. táblázat). A vallásosság esetén csak a maguk módján vallásosak nem számoltak be nagyobb kockázatról, mint az egyházuk tanítása szerint gondolkodók. Esetükben mintegy kétszer akkora esélye van a rossz mentális állapotnak a bizonytalanok és a nem vallásosak közt. Ebben a modellben a házasokhoz képest a párkapcsolat nélkül élők esetén volt nagyobb, 47%-kal magasabb az esélye a rossz mentális állapotnak.

25 Az esélyhányados azt fejezi ki, hogy egy kijelölt referenciacsoporthoz képest a vizsgált csoportba tartozóknak hányszor nagyobb vagy kisebb az esélye a kockázati csoportba való tartozásra. Folytonos változók esetében, mint például az életkor, az esélyhányadosot úgy értelmezhetjük, hogy az életkorban egyévi elmozdulás hányszorosára növeli vagy csökkenti az adott rizikó-magatartás előfordulásának esélyét.

26 A statisztikai szignifikancia megállapításához 95 százalékos konfidencia-intervallumot (95 százalékos CI) és p-értéket is számítottunk. A statisztikai szignifikancia feltétele az volt, hogy az intervallum értéke ne tartalmazza az 1-et. Táblázatunkban a referenciát mindig az adott változó hiányzó kategóriája jelenti. a *** esetén a szignifikancia <0,001, ** esetén <0,01, * esetén <0,05.

WHO kockázati szint – vallásossággal	OR (95% CI)
Régió (Erdély)	
Felvidék	1,327 (1,024 – 1,721)*
Vajdaság	1,804 (1,414 – 2,300)***
Nem (Férfi)	
Nő	1,500 (1,218 – 1,847)***
Családi állapot (házas)	
Nincs párkapcsolata	1,467 (1,143 – 1,883)**
Vallásosság (egyház tanítása szerint)	
nem tudom megmondani, hogy vallásos vagyok-e vagy sem	1,898 (1,187 – 3,035)**
nem vagyok vallásos	2,052 (1,440 – 2,925)***

7. táblázat: WHO kockázati szint előfordulásának esélybányadosai a különböző csoportokban.
Az elemzésbe bevont változók: régió, nem, családi állapot, vallásosság

Amennyiben a vallásosságot felbontjuk, és az egyes csoportokon belül megvizsgáljuk a mentális állapotát azoknak, akiknek a párja (akár házas, akár nem) azonosan vagy különbözően gondolkodik, két csoportban, a maguk módján vallásosak és a bizonytalanok körében látjuk, hogy az eltérő gondolkodás magasabb kockázattal társul (8. táblázat). Utóbbiaknál igen magas, mintegy háromszoros az esélye annak, hogy kockázatos mentális állapotról számoltak be. Amennyiben az eltérő vallásos gondolkodás szerepel a modellben, a felvidékiek esetén már nem látunk eltérést az erdélyiektől, a nők esetében pedig az esély ebben a modellben is mintegy 50%-kal magasabb.

WHO kockázati szint – vallásosságon belül megegyeznek-e	OR (95% CI)
Vallásos a maga módján (párja is)	
Párja más	1,864 (1,262 – 2,753)**
Nem tudja megmondani (párja sem)	
Párja más	3,092 (1,002 – 9,544)*
Régió (Erdély)	
Vajdaság	1,824 (1,428 – 2,329)***
Nem (Férfi)	
Nő	1,509 (1,222 – 1,863)***

8. táblázat: WHO kockázati szint előfordulásának esélyhányadosai a különböző csoportokban. Az elemzésbe bevont változók: régió, nem, családi állapot, vallásosság megegyezése a különböző vallásosság csoportokon belül a párkapcsolatban

Mivel a részletes csoportbontás esetén feltételezhetjük, hogy egyes esetekben az alacsony elemszám miatt nem találunk szignifikáns eltéréseket, összevontuk a különböző vallásosságcategóriákat, egyik csoportba azokat helyezve, akik a párjukkal azonos módon tekintenek a vallásra, a másikba azokat, akik különbözőképpen. Harmadik csoportként betettük azokat, akiknek nincs párkapcsolatuk (9. táblázat). A modellbe ezt a magyarázó változót helyezve regionális szinten ismét megjelent a magasabb esélyhányados a felvidékiek és a Vajdaságban élők esetén, illetve a nők esetén továbbra is 50%-kal magasabb a rossz mentális állapot esélye. A párkapcsolati és a gondolkodási azonosság esetén azt látjuk, hogy a legjobb mutatókról az azonos gondolkodású párral élők számoltak be, míg a különböző gondolkodásúak esetén a rossz mentális állapot esélye gyakorlatilag megegyezett azokéval, akiknek nincs párkapcsolatuk (89, illetve 85%-kal magasabb).

WHO kockázati szint – vallásosság megegyezik-e	OR (95% CI)
Vallásosság megegyezik	
Vallásosság különböző	1,894 (1,442 – 2,486)***
Nincs párja	1,852 (1,455 – 2,358)***
Régió (Erdély)	
Felvidék	1,346 (1,041 – 1,741)*
Vajdaság	1,870 (1,468 – 2,383)***
Nem (Férfi)	
Nő	1,459 (1,186 – 1,795)***

9. táblázat: WHO kockázati szint előfordulásának esélybányadosai a különböző csoportokban.
Az elemzésbe bevont változók: régió, nem, családi állapot, vallásosság megegyezése a párkapcsolatban

Diszkusszió

Az elemzések azt mutatják, hogy a kiválasztott magyarázó változók mind mutatnak összefüggést a mentális állapottal, kivéve az életkort. Ez – figyelembe véve, hogy az életkor és a mentális állapot általában összefügg²⁷ – fontos eredmény a határon túli 18–49 évesekre vonatkozóan. Emögött állhat az, hogy a fiatalok mentális állapota világszerte romlik, így lehetséges, hogy 50 éves korig a különbség eltűnt a különböző korosztályok mentális egészségi állapota közt.

Regionális különbségeket nézve az Erdélyben élők számoltak be a legjobb mentális állapotról, őket a felvidékiek, majd a vajdaságiak követték, nemek szerint pedig a nők esetén volt rosszabb a mentális állapot. Ezek az eredmények összhangban vannak az előző kutatások eredményeivel.²⁸

A vallásosság és lelki egészség kapcsolata a határon túli magyarok esetében – szemben a magyarországi népességgel²⁹ – még mindig kimutatható. A vallásosak, különösen, akik

27 Kovács Nóra – Bíró Éva – Pikó Péter – Ungvári Zoltán – Ádány Róza: Attitudes towards healthy eating and its determinants among older adults in a deprived region of Hungary: implications for the National Healthy Aging Program. *GeroScience*, 2025. 47 (4). 5695–5707.

28 Susánszky–Székely, 2023. Fiatalok egészség- és kockázati magatartása, i. m. 159–194.

29 Székely–Kovács–Székely B., 2022. A vallásosság és a lelki egészség összefüggéseinek alakulása... i. m. 375–395.

az egyházuk tanítását követik, jelentősen jobb lelkiállapotról számoltak be, őket a maguk módján vallásosak követték, és a bizonytalanok, valamint a nem vallásosak körében volt a legrosszabb a lelkiállapot. Ezt az eredményt a kockázati érték alatti pontszámot elért személyek különböző változókkal kontrollált vizsgálata nagymértékben árnyalja – a részletes elemzés, ahol a párokat is vizsgáltuk (azaz a párja vallásossága megegyezett-e a megkérdezett vallásosságával) azt mutatta, hogy a vallásosság több esetben csak akkor védőfaktor, ha a pár azonos világnézettel rendelkezik. Ha összevontan vizsgáltuk a vallásosság csoportjait, akkor a párkapcsolat hiánya kisebb kockázatot jelentett, mint az a párkapcsolat, ahol a párok különbözően gondolkodnak.

Figyelembe véve, hogy a vallásosság mértéke és módja (maga módján vagy egyház tanítása szerint vallásos) a kutatások jelentős részében – ahogy ezen kutatás esetében is – kimutathatóan pozitívan korrelál a mentális egészséggel,³⁰ valamint azt, hogy a vallási hasonlóság és különbözőség jelentősen befolyásolja a párok elégedettségét a kapcsolatukkal,³¹ felmerül a kérdés, vajon az, hogy a magyarországi mintán ez a kapcsolat nem volt kimutatható,³² nincs-e összefüggésben azzal, hogy a párok különbözőképpen gondolkodnak – vagyis nem a vallásosság mértéke változott csak Magyarországon, hanem a párválasztás egyik fontos szempontja, az azonos ideológiai háttér. Ennek feltárása további vizsgálatot igényel.

Összefoglalás

A szakirodalmi áttekintésből láthatjuk, hogy az emberek mentális egészsége jelentős változásokon ment keresztül az utóbbi néhány évben, így a 2019 előtt megfigyelhető javuló tendencia a lelki egészség több aspektusát is vizsgálva ismét megfordult. Különösen igaz ez a fiatal korosztályra, ahol az öngyilkosság még mindig a második leggyakoribb halálok. Lelki egészségünket több tényező befolyásolja, így például a nemünk, vagy az is, hogy magyarként az anyaországban vagy a határon túl élünk. Az utóbbi időszakban azt is láthattuk, hogy az olyan események, mint egy világválság, erős negatív hatást tudnak kifejteni a lakosságra, azonban a szakirodalomból az is kiderül, hogy az olyan tényezők, mint a vallásosság, továbbra is protektív tényezőként működhetnek. Ebben azonban Magyarországon szintén változás volt megfigyelhető az elmúlt időszakban, így vizsgálatunk célja annak feltárása volt, hogyan alakult ez a határon túli közösség körében.

30 Braam–Koenig, 2019. Religion, spirituality and depression in prospective studies, i. m. 428–438.; Lucchetti–Koenig–Lucchetti, 2021. Spirituality, religiousness, and mental health, i. m. 7620–7631.

31 Schafer–Kwon, 2019. Religious heterogamy and partnership quality in later life, i. m. 1266–1277.

32 Székely–Kovács–Székely B., 2022. A vallásosság és a lelki egészség összefüggéseinek alakulása... i. m. 375–395.

A vizsgálat egyértelműen alátámasztja, hogy a 18–49 éves határon túli magyar népesség mentális egészségének alakulásában kiemelt szerepet játszanak a társas viszonyok, a vallásosság, valamint a régiók társadalmi sajátosságai. A közös értékrend, a stabil párkapcsolat és az aktív vallási elköteleződés olyan védő tényezők, amelyek csökkenthetik a pszichés megterhelések esélyét a kisebbségi közösségekben is. Ugyanakkor a párok esetében a különböző világnézet – a vallásosságot mint a világnézet egyik fő meghatározóját tekintve – jelentős kockázat a mentális egészség szempontjából. Az, hogy ennek a háttérben a kevesebb együtt töltött idő vagy egymás meg nem értése áll, egy másik, komplexebb kutatás témája lehet.

Irodalomjegyzék

Borges, Cezimar Correia – Dos Santos, Patrícia Roberta – Alves, Polissandro Mortoza – Borges, Custódio Renata Maciel – Lucchetti, Giancarlo – Barbosa, Maria Alves – Porto, Celmo Celso – Fernandes, Marcos Rassi: Association between spirituality/religiousness and quality of life among healthy adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes*, 2021. 19. Letöltés helye: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34674713/>; letöltés ideje: 2025. 11. 30. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12955-021-01878-7>

Braam, Arjan W. – Koenig, Harold G.: Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 2019. 257. 428–438. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.035>

Csata Zsombor – Lelkes Gábor – Tóth-Batizán Emese Emőke: Report on the self-perceived health condition of minority Hungarians in Central and Eastern Europe. *Erdélyi Társadalom*, 2022. 20 (2). 9–47. DOI: <https://doi.org/10.17177/77171.376>

Garbóczy Szabolcs – Szemán-Nagy Anita – Ahmad, M. S. – Harsányi Szilvia – Ocsenás Dorottya – Rekenyi Viktor – Al-Tammemi, Ala' B. – Kolozsvári László Róbert: Health anxiety, perceived stress, and coping styles in the shadow of the COVID-19. *BMC Psychology*, 2021. 9 (1). 53. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00558-4>

Kósa Karolina – Bíró Éva: Trends of the mental health of the Hungarian adult population between 2010–2023. *European Psychiatry*, 67 (S1). S111-S112. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2024.266

Kovács Nóra – Bíró Éva – Pikó Péter – Ungvári Zoltán – Ádány Róza: Attitudes towards healthy eating and its determinants among older adults in a deprived region of Hungary: implications for the National Healthy Aging Program. *GeroScience*, 2025. 47 (4). 5695–5707. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11357-025-01533-9>

Lucchetti, Giancarlo – Koenig, Harold G. – Lucchetti, Alessandra Lamas Granero: Spirituality, religiousness, and mental health: A review of the current scientific evidence. *World Journal of Clinical Cases*, 2021. 9 (26). 7620–7631. DOI: <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i26.7620>

Morvay-Sey Kata – Trpkovici Melinda – Ács Pongrác – Paár Dávid – Pálvölgyi Ágnes: Psychological responses of Hungarian students during the first wave of the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021. 18 (15), 7930. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18157930>

Rixer Judit – Ferenczi Andrea: A vallásosság összefüggései a mentális egészséggel és a jólléttel a COVID-19 világjárvány idején. [The relationship of religiosity with mental health and well-being during the COVID-19 pandemic]. *Studia Universitatis Babeş-Bolyai – Theologia Reformata Transylvanica*, 2023. 68 (2). 221–245.

Santomauro, Damian. F. – Mantilla-Herrera, Ana-Maria – Shadid, Jamileh – Zheng, Peng – Ashbaugh, Charlie – Pigott, David M. – Whiteford, Harvey A.: Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 2021. 398 (10312). 1700–1710. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Schafer, Markus H. – Kwon, Soyung: Religious heterogamy and partnership quality in later life. *The Journals of Gerontology: Series B*, 2019. 74 (7). 1266–1277. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gby082>

Susánszky Éva – Konkoly Thege Barna – Stauder Adrienne – Kopp Mária.: A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WHO-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. [Validation of the short (5-item) version of the WHO Well-Being Scale based on a Hungarian representative health survey, Hungarostudy 2002]. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2006. 7 (3). 247–255. DOI: <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8>

Susánszky Éva – Székely András: Fialatok egészség- és kockázati magatartása. In: Vita Emese – Veres Valér (szerk.): *Változó ifjúság a Kárpát-medence országában*. Nemzeti Kisebbségkutató Intézet: Kolozsvár, 2023. 159–194.

Szabó Csanád – Pukánszky Judit – Kemény Lajos: Psychological effects of the COVID-19 pandemic on Hungarian adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020. 17 (24). 9565. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249565>

Székely András – Kovács Katalin – Székely B. András: A vallásosság és a lelki egészség összefüggéseinek alakulása a Hungarostudy kutatások tükrében. In: Engler Ágnes – Purebl György – Susánszky Éva – Székely András (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2021. Család–egészség–közösség: Hungarostudy 2021 tanulmányok*. Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért: Budapest, 2022. 375–395.

Topp, Christian Winther – Østergaard, Søren Dinesen – Søndergaard, Susan – Bech, Per: The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2015. 84. 167–176. DOI: <https://doi.org/10.1159/000376585>

Tóth Mónika Ditta – Székely András – Purebl György: A depresszió és az öngyilkossági gondolatok alakulása a magyar fiatalok körében. *Kapocs*, 2022. 5 (1). 112–118. DOI: <https://doi.org/10.63582/kapocs.2022.1.13>