

Lelkészi jóllét összefüggése a társas támogatással

Többtényezős egészség modell vizsgálata a magyarországi református
lelkészek körében

Doktori értekezés

Járay Márton

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Tagozat



Témavezető: Dr. Albert Fruzsina, Ph.D., egyetemi tanár

Hivatalos bírálók: Dr. Eöry Ajándék, PhD., egyetemi docens, tanszéki csoportvezető
Dr. Rosta Gergely, PhD., egyetemi docens

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Dr. Vingender István, PhD., habil., főiskolai tanár

Tagok: Dr. Susánszky Anna, PhD., egyetemi adjunktus

Dr. Szabó-Tóth Kinga, PhD., habil., egyetemi docens

Budapest
2025

1. Bevezetés

Európa és Észak-Amerika területén mind protestáns, mind katolikus körökben általános a nézet, hogy a lelkipásztori hivatás krízisben van. Igaz ez hazánkra is. Ennek számtalan jele mutatkozik: egyrészt a hivatásukban elfáradó, személyes életükben megtört lelkészek, papok, másrészt a pályaelhagyók magas száma, harmadrészt az utánpótlás képzésére hivatott teológiai intézmények egyre csökkenő hallgatói létszáma. Minden magyarországi történelmi felekezet lelkészképzésének egyik legnagyobb kihívása az utánpótlás biztosítása, az új hivatások megtalálása és pályán tartása.

Mindezen válságjelek mögött többféle okot is felfedezni vélünk. Éppen ezért a kutatások is nagyon szerteágazóak, és többféle fókuszot helyeznek a középpontba. Ugyanakkor nagyon nehéz ennek az összetett kérdésnek az ok-okozati mintázatát felfejteni. Egy-egy egyértelműnek tűnő összefüggés esetén is számtalan befolyásoló tényező árnyalja a képet. A kutatások alapvető törekvése megérteni, hogy milyen tényezők határozzák meg egy lelkipásztor jóllétét. Azt, hogy emberileg és hivatásában képes kiteljesedni az életpályája során. Mik lehetnek ennek az akadályai? Van-e ezek között olyan tényező, amire a lelkésznek, vagy az őt körülvevő közösségnek, egyháznak hatása lehet? A hatásmechanizmusok összetettsége miatt célravezető egy meghatározott területet, témakört kiválasztani, és az azzal kapcsolatos tényezőket feltérképezni. Ez eredményezheti azt, hogy hosszútávon egy-egy tényező esetén értékelni tudjuk a valós hatást.

Disszertációmban a magyarországi református lelkipásztorok jóllétének dimenzióit vizsgálom, a testi, lelki egészséget és a társas dimenziókat. Elsősorban arra vagyok kíváncsi, hogy a társas támogatás milyen összefüggést mutat ezekkel a mutatókkal. Modellemben próbálom feltérképezni azokat a konkrét tényezőket, amik összefügghetnek a nagyobb jólléttel.

„Együtt könnyebb.” Ezt a jelmondatot választotta egy pap barátom pár éve a szolgálatához. Hosszútávon megterhelő, megbetegítő az egyedül végzett lelkipásztori szolgálat. A Szentírás is a közösségi mintát adja példaként élénk. Gondolhatunk itt Jézusra, és arra, hogy 12 tanítványt választ maga mellé. Az egyházaink nagy része mégis a lelkészt egy személyben állítja a szolgálat középpontjába. Még ha néha mást is kommunikál, rendszer szinten ezt erősíti. Ez óhatatlanul magával hozza az elmagányosodás folyamatát. Míg papoknál szinte feltételezzük a magányosság súlyos terhét, addig a református lelkészek esetén gyakran gondoljuk, hogy a gyülekezet és család

folytonos védettségében, gyümölcsöző kapcsolatokban élnek. „Hiszen nekik van családjuk, és még a gyülekezet is rájuk figyel.” – mondta egy barátom, amikor a kutatásom fókuszáról meséltem. Ennek a munkának a célja, hogy sejtések, félreértések, feltételezések mögé nézzem. Vajon milyen a református lelkészek társas kapcsolódása? Tapasztalják-e a magányt? Mennyire érzik magukat támogatva a lelkészek a család, a barátok, a kollégák vagy szakemberek által? A támogatottságuk mértéke összefügg-e egészségi állapotukkal, lelki jól-létükkel? Van-e olyan tényező a társas támogatásban, ami erősen összefügg a jóllétükkel?

Kisebb fontos kutatások történtek már ebben a speciális célcsoportban (Török & Bíró, 2023; Siba, 2020), de jelen vizsgálat az első átfogó, országos, nagy mintás, kvantitatív kutatás a magyarországi református lelkészek körében. A dolgozatomban először néhány lehetséges elméleti modellt ismertetek, amiknek vonatkoztatási rendszerében elhelyezhetőek a kutatási eredményeim. Utána a kutatási modellem ismertetem szakirodalmi áttekintés segítségével. Ezután bemutatom a kutatás folyamatát. Mivel egy feltáró kutatásról van szó egy olyan célcsoport körében, melyet teljes körűen eddig nem mértek fel, a minta alap leíró statisztikáinak összefoglalása után bemutatom a dolgozat témáját érintő kérdések statisztikai elemzésének eredményeit. Ezt követően a fontosabb eredményeket tárgyalom és további kutatási irányokat fogalmazok meg.

A jóllét területén rosszabb mutatókkal rendelkező lelkészek számára kiemelten fontos lenne hatékony válaszokat találni a legfőbb kihívásokra, hogy élethivatásukat teljes mértékben kibontakoztathassák, anélkül, hogy személyes életük szenvedne kárt. Ez a munka egy első nagy lépés annak reményében, hogy az itt tárgyalt kihívásokra a gyakorlatban is érdemes megoldásokat keresni. Ennek lehet kiinduló alapja ez az állapotfelmérés és a kutatás eredményeinek összefoglalása.

. 2. Elméleti háttér és kutatási modell

A kutatásom interdiszciplináris megközelítésű, érinti a szociológia, az egészségtudomány és a pszichológia területét. Ezért az elméleti modellek közül is három olyanról teszek említést, amelyeknek az alapvetései szolgálhatják az eredmények megértését és alkalmazhatóságát.

2.1. Társadalmi tőke

A szociológia területén Bourdieu társadalmi tőke elmélete az, ami a lelképászorok hivatással kapcsolatos jellegzetes kihívásait segíti megérteni. A tőkének ez egy olyan formája, ami az

egyének vagy csoportok társas erőforrásait foglalja magába, amelyek különféle helyzetekben hatással vannak a cselekvési képességeikre, lehetőségeikre. A kölcsönös ismeretségeken, elismerésen és a csoporthoz való tartozáson alapul. A tudástőke pedig azokat a képességeket és kreativitást foglalja magába, amelyek lehetővé teszik a személy számára, hogy adaptívan, helyzethez igazodva legyen képes cselekedni. A társadalmi tőke tehát a kapcsolati rendszerekben, a tudástőke pedig az egyén belső képességeiben rejlik, e kettő közös része a hálózati tőke (Albert & Dávid, 2011). Nem véletlen tehát, hogy a társadalmi tőke és hálózati tőke fogalmához szorosan kapcsolódik a kapcsolati háló és a társas támogatás kutatása. A magyarországi kutatások is alátámasztják, hogy személyes kapcsolathálózatunk életünkre, jóllétünkre és társadalmi helyzetünkre a vártnál sokkal jelentősebb befolyást gyakorol. A kapcsolati háló nem csupán az információk és erőforrások megosztásának eszköze, hanem közvetlen hatással van boldogságunkra, magányérzetünkre és egészségi állapotunkra is (Albert, 2022). A lelkészek esetében a hálózat külsőbb köreinek a radikális átrendeződése sok esetben – például a gyakori költözések miatt is – jellemző, ami okozhatja a belső körtől (szűk családi kapcsolatok) érkező támogatás felé megnyilvánuló túlzott elvárást. A lelkipásztorok mentális egészsége kapcsán tehát fontos figyelembe vennünk a társadalmi tőkéről kialakított elméleti keretet.

2.2. A bio-pszicho-szociális modell

A nyugati társadalom a 16-17. századi tudományos forradalomtól kezdve több tudományterületen, így az orvostudományban is a korábbiakhoz képest egy redukcionista megközelítést kezdett kialakítani. Ennek a tudományos forradalomnak a részeként erősödött meg az az elképzelés, hogy a test és a lélek különálló jelenségek. Ez még ma is hatással van az egészségügyre (Menninger, 1976). Erre a helyzetre reagálva számtalan új, jobban vagy kevésbé megalapozott, kidolgozott modell látott napvilágot, amivel próbálták az egészség és betegség viszonyát, annak háttér okait feltárni, meghatározni (Minaire, 1992). George Engel amerikai pszichiáter 1977-ben dolgozta ki a bio-pszicho-szociális modellt. Már akkor többek szemléletét képviselte ezzel, ami mára már az egészségügyi gondolkodásban sok helyen alapvető megközelítéssé vált. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) definíciója már 1948-ban a korábbi biomedikális megközelítéshez képest egy komplexebb modellt vázolt fel: „Az egészség nem a betegség és a fogyatékoság hiánya, hanem a testi, lelki és szociális jóllét állapota.” Engel ugyan nem tagadta, hogy a redukcionista megközelítés fontos fejlődést eredményezett egyes életveszélyes és súlyos betegségek diagnosztizálásában és kezelésében egyaránt. Ugyanakkor ő és mások is tisztában voltak azzal, hogy a biomedikális modell hiányos, mivel még a 19.

században sem volt képes magyarázatot adni olyan jól ismert betegségekre, mint a „hisztéria” és a „neuraszténia” (Wade & Halligan, 2017). Ugyanúgy szükséges a pszichológiai (lelki) és a szociális (társadalmi, környezeti) tényezőket is figyelembe venni. A társas tényezők hatásának az egészségre gyakorolt hatását is fontosnak tartotta, hangsúlyozva azt, hogy mind a társadalmi közegünk, a rokoni és baráti kapcsolataink, a munkahelyi viszonyaink, mind a társas támogatottságunk befolyásolják az egészségi állapotunkat. Így a társas támogatás az egyik terület, amelynek kutatása valamelyest segíthet értékelni a bio-pszicho-szociális modell szociális részének jelentőségét.

2.3. Az öndeterminációs elmélet

Motivációval foglalkozó elméletek a modern tudományban már a 19. század első felétől megjelentek, de Abraham Maslow volt az, aki az emberi szükségleteket és az ehhez kapcsolódó motivációt először rendszerbe foglalta (Maslow, 1943). Herzberg kéttényezős modelljében a motivátorok a belülről fakadó motivációkat jelentik, míg a higiénés tényezők inkább a külső körülményeket és viszonyulásokat foglalják magukba. Ezek közé tartozik a munkahelyi viszonyrendszer: kapcsolódás a főnökkel, kollégákkal (Székely et al., 2023). Edward L. Deci és Richard M. Ryan dolgozták ki a szociálpszichológiai motivációs elméletüket, az öndeterminációs elméletet (Deci & Ryan, 2012). Ennek lényege, hogy az emberi viselkedést három alapvető, mindenki számára közös pszichológiai szükséglet – az autonómia, a kompetencia és a másokhoz való kapcsolódás vágya – mozgatja. Az autonómia iránti vágyunk, hogy önállóan, saját elhatározásából cselekedhessünk, döntéseinket magunk hozzassuk meg. A kompetencia a hatékonyság és képesség iránti vágyunk, ami lehetővé teszi számunkra a feladatokkal és a kihívásokkal való megküzdést. A harmadik motivációs terület a kapcsolódás utáni vágyunk pedig a jelentőségteljes, elfogadó, támogató kapcsolatok kialakítását jelenti és magába foglalja a közösséghez tartozás iránti igényünket. Minden motiváció kapcsán megfogalmazható, hogy az extrinzik, azaz külső hatástól irányított, vagy intrinzik, azaz belső meggyőződésből születik. Az intrinzik motivációk pozitívabban hatnak vissza az egészségi állapotra (Ryan & Deci, 2000). Tovább árnyalja a motivációs elméletet, hogy az emberi kapcsolatinkban is fontos szerepet tölt be az autonómia, kompetencia, és maga a kapcsolódás megélése. Ezek együttes megvalósulására van szükség a kiteljesedett, egészséges kapcsolathoz (Martos, 2016). A támogató, ösztönző kapcsolatok elősegítik a célok internalizálását. Ez segíti a kitartást, növeli az elégedettséget, ezzel szemben a kontrolláló kapcsolatok inkább problémákat okoznak.

2.4. A lelkeszi jólléttel kapcsolatos kutatások megközelítései

A lelkeszek esetében is több, a jólléttel kapcsolatos dimenziót igyekeznek megfogalmazni a kutatók. Olyan fogalmakkal, területekkel hozzák összefüggésbe, mint például a boldogság, a nagyobb ellenálló képesség, reziliencia, kiteljesedés vagy a hivatáshoz kapcsolódó pozitív megélések (Adams & Bloom, 2017). Proeschold-Bell és munkatársai (2011) az általuk mért 42 tényezőt 5 nagy csoportba sorolták a lelkeszi jóllét szempontjából: 1. intraperszonális 2. interperszonális 3. gyülekezeti 4. intézményi 5. közösségi. Ebből a felosztásból is látszik, hogy az általános jóllét-kutatásokhoz képest a hangsúlyok a lelkeszi jóllét mérésénél más dimenziókban fogalmazódnak meg. Sokkal több területen méri a külső kapcsolódások szerepét, mint akár a környezeti vagy társadalmi dimenziókat, jóllehet azok ugyanannyira meghatározó részei lehetnek a lelkipásztorokra gyakorolt hatásoknak. Amikor a lelkesz jóllétéről gondolkozunk, akkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy ezt a fogalmat átszínezi, bizonyos értelemben megelőzi a „teljesség”, „kiteljesedés” fogalma (Roozeboom, 2016. p. 73.). Éppen ezért az általános jóllét fogalma az általános populációhoz képest máshogy jelenik meg egy lelkipásztor életében. Saját empirikus tapasztalataim közül ezt támasztja alá az az észak-afrikai lelkesz, aki kiváló jóllétről számolt be, miközben sok társa és ő maga is megjárta a börtönt, és nem ritkán volt életveszélyben. Szintén Roozeboom említi, és ezen kategóriák mellé emeli be az „elhívást” (2016, pp. 75.) mint erősen ható tényezőt. Ez egy olyan forrása a lelkipásztori létnek, aminek elapadása azonnal kihat a jóllétre, de amihez nehéz helyzetekben is vissza lehet térni, és sok romboló külső tényező ellenére is képes fenntartani a szubjektív jóllét állapotát a lelkipásztor életében. A jóllétet mediáló tényezők közé pedig a stressz, öngondoskodás és a megküzdési készség kerülnek (Proeschold-Bell et al., 2011). Az empirikus megfigyelések eléggé egy irányba mutatnak. Egybehangzóak abban, hogy a jóllétet alapvetően három nagy területen érdemes vizsgálni: fizikai egészség (Holleman & Eagle, 2023), lelki egészség (Webb & Chase, 2019) és elégedettség mutatók (Lee, 2017).

2.5. Az elméletre épülő kutatási modellem

A lelkipásztori jóllétet nagyon sok irányból, nagyon sok változó mentén lehet megközelíteni. Mindhárom ismertetett elméletnek fontos eleme a kapcsolódás jelentőségének megfogalmazása. Amikor a lelkipásztorok jóllétét vizsgáljuk, akkor azt feltételezzük, hogy egy kapcsolati hálóját jól éltető, gondozó lelkipásztor, aki képes az abban rejlő erőforrásokat mozgósítani, könnyebben tud a hivatásából adódó egyedi kihívásokkal szembenézni. Emellett azt is valószínűsítjük, hogy az a lelkesz, aki tudatában van a saját kapcsolati hálóját érő kihívásoknak és arra reflektálva képes

azt fenntartani, gondozni, kevésbé van kitéve a fizikai és lelki egészség terén megjelenő romboló hatásoknak. Mivel a kutatási területen sokféle kölcsönös hatás feltételezhető, ezért a modellem nem egy egyedül lehetséges értelmezést mutat be. Sokkal inkább egy olyan építmény, ami a mi mintánkon, az általunk felvett adatok alapján alkalmas lehet többféle összefüggés feltárására. (1. ábra) A vastagított betűtípussal szedett változók szerepelnek a kutatási kérdőívben.

1. ábra Kutatási modell



Forrás: saját szerkesztés

3. Célkitűzések

Ennek a doktori dolgozatnak két célja van. Egyrészt, mint az első nagyobb kvantitativ kutatás az adott populációban, célja leírni, megismertetni az érintett csoport legfontosabb jellemzőit, állapotát. Másrészt a dolgozat tematikus fókuszja a hazai református lelkészpopuláció általános jellemzése mellett a komplex értelemben vett jóllétük vizsgálata, különös tekintettel a lelkészek kapcsolathálózati jellemzőinek vonatkozásában bemutatni a lelképásztorok jólléte és a társas kapcsolataik, társas támogatottságuk összefüggéseit. Mindezek alapján lehetséges a kutatás eredményeiből kiindulva ajánlásokat megfogalmazni a hatékony gyakorlati beavatkozás,

támogatás terén, illetve későbbi hasonló kutatások számára lehetséges kiindulási ponttá válhat ez a vizsgálat. A következő kérdésekre keresem dolgozatomban elemzéseiben a választ:

1. Mi jellemzi a Magyarországi Református Egyház lelkészeit az alapvető szociodemográfiai, hivatásbeli leíró statisztikák alapján?
2. Melyik szociodemográfiai vagy hivatásbeli jellemzők függenek össze a jóllémutatóikkal?
3. A társas támogatás és a jóllét milyen kölcsönhatásban van egymással az életükben?
4. A társas támogatás különböző formái közül melyik van erősebb, melyik gyengébb összefüggésben a jóllétükkel?

3. Módszerek

A kutatás a Semmelweis Egyetem ETK Mentálhigiéné Intézetének támogatásával valósult meg, és az Egészségügyi Tudományos Tanács Kutatás-értékelési Bizottsága hagyta jóvá (az etikai engedély ügyiratszám: BM/11885-3/2023/EKU). A kitöltés önkéntes volt.

A Magyarországi Református Egyház összes aktív, szolgálatban lévő lelkészét szólítottuk meg. A kérdőív elején továbbá volt egy kötelezően megválaszolendő kérdés („Mi a mostani egyházi státusza?”), amely további szűrési lehetőséget jelentett a nem megfelelő válaszadók (pl.: nem aktív státuszú lelkészek vagy a külföldön szolgálók) kiszűrésére. Az adatfelvételt anonim módon, online eszközzel (Limesurvey) végeztük 2023. május 2. és 2023. június 18. között. A kérdőív összesen 154 oldalra volt tagolva. A teljes kérdőívre választ adók medián kitöltési ideje 59 perc volt, míg a leggyakoribb kitöltési idő 45 perc volt. Nem volt kötelezően megválaszolendő kérdés, ami erősítette a kitöltéssel kapcsolatos bizalmat. Jelen elemzésünkben az adattisztítás után csak a magyarországi, aktív státuszú lelkészeket vettük figyelembe (N=681).

Mérőeszközök

A kérdőívben használt mérőeszközök kiválasztásánál az is fontos szempont volt, hogy a legfontosabb mutatókat, mint például a depresszió, jóllét, fizikai egészség, össze tudjuk hasonlítani a magyar népességben nagy mintán végzett kutatási eredményekkel. Ezért elsősorban a Hungarostudy kérdéssorából emeltünk be ott használt mérőeszközöket (Susányszky et al., 2022). A kérdőív logikai szerkezetét hét blokkba (I. Demográfiai adatok, II. Egyházi szolgálat,

III. Hitélet, IV. Fizikai egészség, V. Társas kapcsolatok, VI. Család, VII. Lelki egészség) rendeztük. A szociodemográfiai változók közül rákérdeztünk a nemre, életkorra, lakóhely típusára, családi állapotra, gyermekek számára, életkorára. A szolgálattal kapcsolatos körülmények megkérdezésénél többféle szempontra és objektív tényekre kérdeztünk rá, mint például az egyházi státusz, a munkatársak jelenléte, a közösség helyzete, a demográfiai jellemzők, lelkesítő szolgálatban és a konkrét szolgálati helyen töltött idő. Ezt követték a szubjektívebb kérdések, például a hivatással kapcsolatos megelégedés, elégedettség, a hasznosság érzet, a vélt vagy valós elvárások. Ezután adatokat gyűjtöttünk a szabadnapok, szabadságok rendszeressége, mértéke vonatkozásában. A fizikai egészség blokkba a testömeg indexre, a napi közérzetre, fizikai fájdalom jelenlétére és a fizikai tünetekre vonatkozó kérdések kerültek. A lelki egészséget az általános jóllétet mérő WBI-5 magyar változatával (Susánszky et al., 2006) és a Mentális Egészség Teszt (Vargha et al., 2020) kérdéseivel mértük. A depressziót a BDI-9 (Kopp et al., 1990; Rózsa et al., 2001) Hungarostudyban is használt kérdéssorával vizsgáltuk. Ebbe a blokkba kerültek még az étellel (SWLS), családdal (Olson-féle Családi Teszt) és a házastárssal (RAS-H) való elégedettséget mérő kérdések. A társas támogatásra az egy kérdéses magányt, bizalmat és barátok számát mérő kérdésekkel kérdeztünk rá, a komplexebb vizsgálathoz a MSPSS magyarul validált 12 kérdéses használtuk (Ocsosvsky et al., 2020), ami méri a családtól, barátoktól és fontos másoktól érkező támogatottságot. A hivatásbeli támogatottság esetében a szupervízor, lelkievezető és lelkesítő támogató csoport meglétére, azok gyakoriságára vonatkozóan tettünk fel kérdést.

Minta

A valamivel több, mint 1400 református lelkészből 711 fő jutott el a kérdőív legalább feléig, míg a kérdőív kétharmadáig a válaszadók közül 697 válaszadó jutott el. Mivel az alapsokaságra vonatkozó eloszlások nagy része nem ismert, ezért az eredményeket nem tekintjük reprezentatívnak. A teljes kérdőívet kitöltőknek 40,4%-a nő (N=275). A teljes mintának a 84,8%-a él házasságban (N=577), 81,3%-uknak van gyermeke (N=554). Ebben a populációban jellemző módon sok a többgyermekes család. A teljes mintában a nagycsaládok aránya magasnak mondható, összesen 45,1% (N=307). Ez az arány a magyar családok esetében mindössze 7,8%. Arra a kérdésre, hogy önmagát beleszámítva hányan laknak egy háztartásban, a válaszok átlaga 3,83 (SD = 1,82, SE = 0,72, range: 1-17), SNI-s gyermeket 7,8% (N=53) nevel. A lakóhely és szolgálati hely szerinti eloszlás közel azonos a mintában. Falun, községben él a 36,6%, kisvárosban 21,1%, városban 14,8%, megyei jogú városban 14,6%, míg a fővárosban lakik 12,7%. A kitöltők több mint fele, 51,1%-a komoly munkatapasztalattal rendelkezik, legalább 16 éve van

a pályán. Kicsit kevesebb, mint a fele, 47,8%-a pedig több mint 10 éve szolgál jelenlegi helyén. Az egyházi státuszok esetében többet is bejelölhettek de alapvetően a parókus lelkészek voltak többségben 56,9% beosztott lelkész 15,4%, a többiek intézményben, missziói helyen, vagy más státuszban szolgálnak.. Egyes státuszok esetén annyira kicsi az elemszám, hogy külön nem vizsgálhatóak.

Kvantitatív elemzések statisztikai módszerei

Az adatbázis kezeléséhez és elemzéséhez az IBM SPSS Statistics 28.0.1.0. verzióját használtuk. Az adatok minőségének biztosítása érdekében az adatbázison további, többszörös adatszűrést és az életkor kapcsán minimális súlyozást végeztünk. Mivel vagy a normalitás, vagy a szóráshomogenitás nem érvényesült, illetve ordinális változókat is használtunk, ezért a változók jellegétől függően keresztábra elemzéseket, valamint a t-próba és ANOVA elemzések helyett a robosztusabb Mann-Whitney, illetve Kruskal-Wallis-próbákat alkalmaztuk a statisztikai tesztek során.

4. Eredmények

Mivel ez egy keresztmetszeti kutatás, ezért ennek alapján oksági viszonyokat nem lehet meghatározni. A kitöltők által generált személyes kód segítségével egy ismételt kutatással már lehetséges lesz oksági összefüggéseket is megfogalmazni.

4.1. A szociodemográfiai változók és a jóllét összefüggései

Nem és fizikai egészség

Az összes jóllét változó közül nemenként csak a fizikai egészség mutatói mutattak szignifikáns eltérést. A testtömeg index alapján a nők ($n=183$; median=25,5) és a férfiak ($n=337$; median=27,4) között szignifikáns a különbség ($U=22970,5$; $p < .001$). A férfiak 75,7%-a van a túlsúlyos és elhízott kategóriában. A nők esetében is több mint a válaszadók fele, összesen 55%-a. Az általános egészségi állapot megítélésében szintén szignifikáns eltérés mutatkozik nemenként ($U=48081,0$; $p=.006$). Ha az ötfokú skálát összevonva azt vizsgáljuk, hogy az egészségi állapotot inkább rossznak, közepesnek vagy jónak ítélik meg, az eredmény még mindig szignifikáns ($\chi^2(2) = 6.719$, $p = .035$). A férfiaknak 58%-a, míg a nőknek csak 48,4%-a ítéli meg jónak az egészségi állapotát.

Életkor és lelki egészség

A lelki egészség terén mind a három mutató (BDI-9, WBI-5, MET jóllét) szignifikáns eltérést jelez az egyes csoportok között. A depresszió esetén (H (4) 17.125; $p = .002$), ha keresztátlába rakjuk az életkori kategóriákat a depresszió két kategóriájával (nem depressziós, valamilyen szinten depressziós), akkor újra azt látjuk, hogy a 30 év alattiak és az 51-60 év közöttiek csoportja között van a legnagyobb eltérés ($\chi^2(4) = 17.631$, $p = .001$). (6. ábra). A WHO jóllét kérdőív (WBI-5) szignifikánsan jobb állapotot mutat az 51-60 éves korosztályban a 30 év alattiakhoz és a 41-50 évesekhez képest (H (4) 20.910; $p < .001$). Ez a keresztátlóban is megmutatkozik, ha változóként a normál és a rizikó szintet vizsgáljuk ($\chi^2(4) = 36.522$, $p < .001$). A mentális egészség teszt jóllét alskálája is megerősíti ezt a különbséget (H (4) 4.333; $p = .025$). Ugyanakkor a szignifikanciaértékeket a többszörös tesztek Bonferroni-korrekciójával kiigazítva az eredmény nem szignifikáns (H (4) 9.082; $p = .059$).

Családi állapot és jóllét

A fizikai egészség esetében a napi közérzetben mutatkozott különbség a családi életfázisok mentén (H (4) = 14.206; $p = .007$). Az 18 évnél idősebb gyermekkel rendelkezők jobb közérzetről számolnak be, mint a gyermektelenek és az iskoláskornál kisebb gyermekek szülei. A lelki egészség mutatói közül egyrészt a WBI-5 (H (4) = 16.266; $p = .003$) mutat szignifikáns különbséget a kisgyermekesek és a felnőtt gyermekesek között. Másrészt a BDI-9 (H (4) = 11.727; $p = .020$) esetén a házas gyermektelen lelkészek érték el szignifikánsan rosszabb értéket a depresszió skálán a felnőtt gyermekesekhez képest.

Lakóhely és jóllét

A lakóhely szerint két területen volt szignifikáns különbség. Egyrészt a faluban, kisközségben élők rosszabb általános közérzetről számoltak be, mint a nagyobb településen élők (H (4) = 11.133; $p = .025$). Míg a falusiak 36,4%-a (N=90) számolt be általánosan „nem megfelelő” napi közérzetről, addig a megyei jogú városokban ezen lelkészek aránya mindössze 20,2 % (N=20). Másrészt ennél is erősebb összefüggést találtunk a szolgálattal való általános elégedettséggel (H (4) = 19.427; $p < .001$). Itt a megyei jogú városban szolgálók 34,4%-a (N=32), míg a falusiak 52,3%-a (N=124) kevésbé elégedett a szolgálati helyzetével.

4.2. A szolgálati jellemzők és a jóllét összefüggései

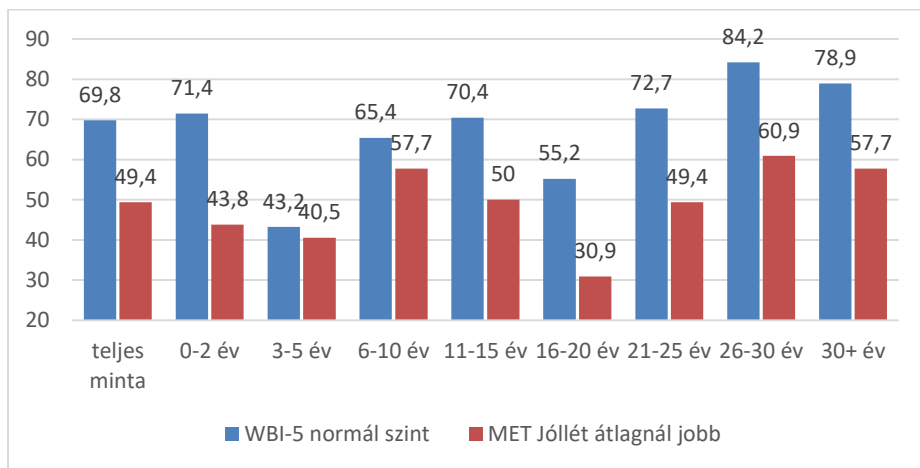
Szolgalati hely és jóllét összefüggései

A jóllét tekintetében a fővárosban és a faluban szolgáló lelkészek között a testtömeg index mutatott szignifikáns eltérést ($H(5) = 26.840$; $p = .007$). A falun szolgáló lelkészek 75,4%-a ($N=145$), míg a városiaknak csak 52,8%-a ($N=38$) túlsúlyos. Másik szignifikáns különbség, hogy míg a falun szolgálóknak szolgálattal való elégedettségének az átlaga 6,46, addig a városban ez az érték 7,15, a megyei jogú városokban pedig 7,32 ($H(5) = 22.748$; $p < .001$)

Szolgalatban töltött idő és jóllét összefüggése

A jóllét esetében szignifikáns különbségek vannak a csoportok között, mind a MET ($\chi^2(7) = 17.194$, $p = .016$), mind a WBI-5 esetében ($\chi^2(7) = 40.468$, $p < .001$). (1. ábra) Jól látszik, hogy az első pár év után egy mély pont következik. A következő hasonló a 16-20 év szolgálat után figyelhető meg.

1. ábra A jóllét (MET és WBI-5) jobb kategóriában lévők százalékos aránya a szolgálatban töltött évek szempontjai szerint létrehozott csoportoknál (%)



Szolgált közösség létszámának alakulása és a jóllét összefüggése

Azon lelkészek csoportjában, ahol a gyülekezet létszáma csökken 43%, míg akiknél növekszik, mindössze 26,5% kerül a jóllét mutatók (MET) rosszabb kategóriáiba. A létszámban stagnáló gyülekezetek lelkészei esetén ez az arány 34,2%.

Szolgálati helyen lévő kollegiális kapcsolatok és jóllét

Elsősorban arra voltunk kíváncsiak, hogy vajon hat-e a lelkészek jóllétére, ha kollégával szolgálnak, ahhoz képest, mint ha egyedül vannak. Bár a Mann-Whitney teszt több szignifikáns eltérést is mutat (1. tábla), a változók kategoriális elemzése során ezeknek a különbségeknek egy része már nem volt szignifikáns.

1. tábla Mann-Whitney teszt a kollégával való szolgálat és a különböző jóllét mutatók közötti összefüggésről

Változók	Mann-Whitney U	Szignifikancia
BMI	30186,0	0,045
általános fizikai egészség *	50421,0	0,006
közérzet *	51524,5	0,013
WBI-5	45696,0	0,032
élettel való elégedettség *	42624,5	0,000
szolgálattal való elégedettség *	41873,5	0,000

Független változó: Van a szolgálati helyén lelkéstartársa? * Kereszt táblás elemzésben is szignifikáns marad

Pihenés és jóllét összefüggése

A kérdőívben feltettük a következő kérdést is: „Kivesz-e minden héten legalább egy szabadnapot, amikor nem foglalkozik semmilyen szolgálattal?”. A válaszadók közül (N=673) 8,3% „mindig”, 41,4% „többnyire igen”, míg 42,7% „többnyire nem”, 7,6% pedig „soha” nem vesz ki szabadnapot. A mintánkban szereplő lelkészek fele tehát inkább nem, míg a másik fele inkább igen. Ezt a változót vizsgáltam a jóllét különböző területein. Minél kevésbé veszi ki valaki a szabadnapját, annál inkább kerül a jóllét mutatók kedvezőtlen kategóriájába.

4.3. A társas támogatás és a jóllét összefüggései

Barátok és jóllét összefüggése

Egy lelkész minél kevésbé ápolja a kapcsolatát a barátaival, annál rosszabbak az egészségmutatói. Akik kielégítő módon ápolják a baráti kapcsolataikat, azoknak 94,7% kerül a lelki jóllét (WBI-5) normál szintjébe és 77,8%-uk inkább elégedett a családjukkal. Akik egyáltalán nem ápolják baráti kapcsolataikat, azoknál ugyanez az arány 40,0% illetve 26,5%.

Magány és jóllét összefüggése

Minden skála a rosszabb állapot és a magasabb magányossági szint közötti kapcsolatot mutatja. Ahol negatív az eredmény, ott a skálák kérdései ellenkező irányba mutatnak. (2. tábla)

2. tábla Spearman korreláció-elemzés: a magány jólléttel mutatott összefüggései

Magányosság és jóllét összefüggése (Spearman korreláció)			
Fizikai egészség			
általános egészség		közérzet	
-.283**		.326**	
Lelki egészség			
depresszió (BDI-9)	jóllét (WBI-5)	jóllét (MET)	
.426**	-.413**	-.495**	
Elégedettség			
élettel	szolgálattal	családdal	házastárssal
-.439**	-.455**	-.283**	-.336**

** $p < .001$

Észlelt társas támogatás és jóllét

Az MSPSS három dimenzióban méri az észlelt társas támogatást, ezek a család, barátok és a jelentős mások. Az együttes hatásukat és külön alskálánként is vizsgáltam ezeknek a jólléttel való összefüggését. A fizikai egészség ($r_s(669) = .320, p < .001.$) és a közérzet ($r_s(667) = -.287, p < .001.$) esetén is a három alskálát együtt tartalmazó összesített faktor mutatta a legerősebb összefüggést, ami még így is a gyenge korreláció tartományában maradt. A lelki egészség és elégedettség esetében erősebbek a korrelációk. (3. tábla)

3. tábla Spearman korreláció-elemzés: Észlelt társas támogatás összefüggése a jóllét különböző dimenzióival (r_s)

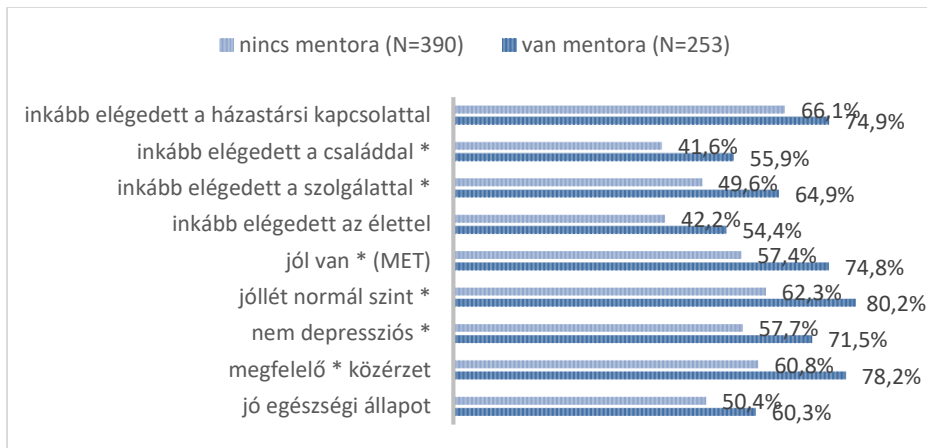
	BDI-9	WBI5	MET	SWLS élet	SWLS szolgálat	Olson	RAS- H
MSPSS család	-.341**	.341**	.475**	.409**	.374**	.647**	.593**
MSPSS barátok	-.370**	.400**	.468**	.381**	.374**	.351**	.362**
MSPSS mások	-.335**	.336**	.459**	.367**	.385**	.411**	.479**
MSPSS teljes	-.395**	.409**	.533**	.446**	.430**	.540**	.526**

** $p < .001$

Hivatásbeli támogatás és jóllét összefüggése

A lelkipásztorok esetén nagyon fontos látnunk, hogy a szakmai életet és hivatást célzó támogatás összefügg-e a jóllétükkel. A szupervízor/mentor szerepére, a lelkivezető szerepére és a lelkészcsoporthoz tartozás szerepére kérdeztünk rá. Minden változó esetén arányában szignifikánsan többen vannak a jóllét pozitív tartományában azok, akiknek van mentora. (2. ábra)

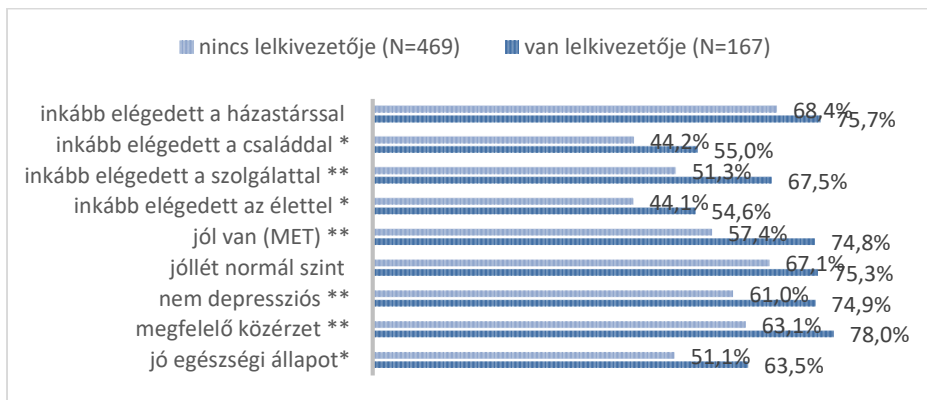
2. ábra A mentori támogatás és a jóllét jobb kategóriába kerülésének összefüggése (%)



minden összefüggés szignifikáns, * $p < .001$

A lelkivezető szerepét is hasonlóan vizsgáltuk. (3. ábra)

3. ábra A lelkivezetői támogatás és a jóllét jobb kategóriába kerülésének összefüggése

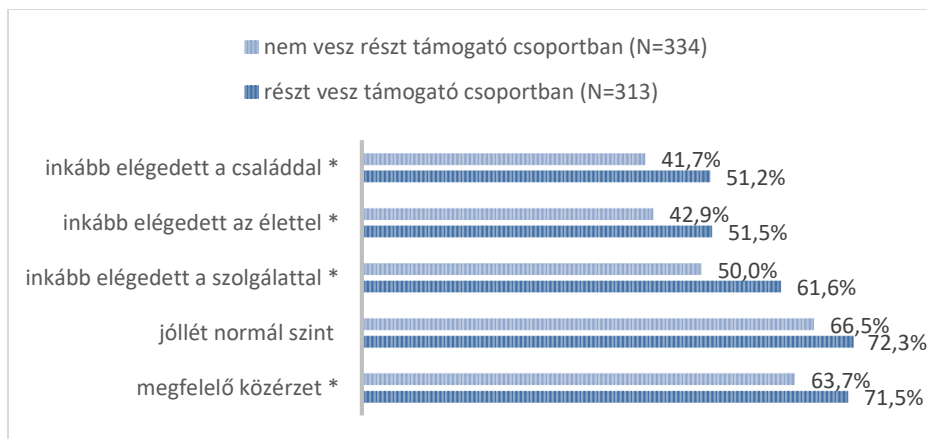


* $p < .05$, ** $p < .001$

A lelkivezető meglelte tehát továbbra is összefüggést mutat a jólléttel, de gyengébb összefüggést mutat a vizsgált változókkal, mint a mentor jelenléte a lelkipásztor életében.

A korábbi kutatások alapján láthattuk, hogy a lelkipásztorok között alakuló támogató csoportok nem feltétlen tudják betölteni valós támogató szerepüket. A Mann-Whitney-teszt igazolta, hogy ezeknek a csoportoknak a meglelte gyengébb összefüggést mutat a lelkeszi jólléttel. A keresztátlás elemzésbe itt is már csak a szignifikáns változók kerültek bele (4. ábra).

4. ábra A lelkeszi támogató csoport és a jóllét jobb kategóriába kerülésének összefüggése



* $p < .05$

4.4. A különböző prediktorok hatásai a jóllét dimenzióira

Az átfogóbb elemzéshez bináris logisztikus regressziót használtunk, hogy az egyes vizsgált változók hatását a többi tényező hatását kontroll alatt tartva mérhessük meg. A lelki jóllét területén kiválasztottunk egy olyan változót (WBI-5), ami a legérzékenyebben reagált a különböző háttértényezőkre. A változónak a két kategóriás változatát használtuk. Azt vizsgáltuk, hogy a prediktorok mennyire jósolják be a jóllét normál színjét a kockázati szinthez képest (4. tábla). A referencia tehát a rosszabb mutató volt. A prediktorokat enter módszerrel emeltük be. Az összevont modellbe a szociodemográfiai változókon túl bevontunk minden korábban vizsgált társas támogatást mérő változót. Ez alapján a legszorosabb kapcsolatok függnek össze leginkább a jólléttel.

4. tábla Összevont Modell: Bináris logisztikus regresszió: a társas támogatás különböző formáinak összefüggése a lelki egészséggel (WBI-5)

B. lelki egészség (WBI-5): 0, jóllét kockázati szint 1, jóllét normál szint
modell statisztika: χ^2 (19, N = 539) = 152,401, $p < .001$; Nagelkerke $R^2 = 34,6\%$

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
Neme:(ref.: nő)	0,291	0,218	1,338	[0,842 - 2,128]
Családi életfázis (ref.: egyedülálló)		0,654		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,438	0,395	0,645	[0,235 - 1,772]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,630	0,204	0,532	[0,201 - 1,409]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	-0,478	0,326	0,620	[0,239 - 1,609]
Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)**		0,000		
Életkor (31-40)*	1,100	0,021	3,004	[1,183 - 7,626]
Életkor (41-50)*	1,223	0,011	3,396	[1,331 - 8,662]
Életkor (51-60)**	2,441	0,000	11,486	[4,022 - 32,801]
Életkor (60 év felett)*	2,589	0,001	13,318	[2,924 - 60,671]
Településtípus (ref.: falu, község)		0,895		
Településtípus (kisváros)	-0,245	0,418	0,783	[0,432 - 1,417]
Településtípus (város)	0,091	0,802	1,095	[0,54 - 2,222]
Településtípus (megyei jogú város)	-0,163	0,670	0,850	[0,402 - 1,795]
Településtípus (főváros)	-0,060	0,872	0,942	[0,456 - 1,945]
MSPSS család**	0,750	0,000	2,117	[1,506 - 2,975]
MSPSS barátság**	0,621	0,000	1,861	[1,393 - 2,487]
MSPSS jelentős mások	0,099	0,660	1,104	[0,71 - 1,716]
lelkivezető (ref.: nincs)	-0,298	0,284	0,742	[0,43 - 1,28]
szupervízor (ref.: nincs)*	0,547	0,034	1,729	[1,042 - 2,867]
támogató lelkész csoport (ref.: nincs)	0,010	0,965	1,010	[0,652 - 1,565]
van lelkész társa (ref.: „nincs lelkész társa”)*	0,540	0,027	1,716	[1,064 - 2,768]
Konstans**	-6,936	0,000	0,001	

* $p < .05$ ** $p < .001$

5. Következtetések

1. A kérdőívből kapott eredmények Bourdieu elmélete kapcsán arra engednek következtetni, hogy bár a lelkészek nagy kapcsolati hálóval rendelkeznek, az igazi erőforrást számukra a szoros kapcsolatok jelentik. Az adataink alapján úgy tűnik, hogy nehezen mozgósítják a potenciálisan elérhető munkahelyi látens tőkét, gondoljunk akár a kollegákra, vagy a hivatást segítők személyére.
2. A lelképászorok társas támogatottsága és a társadalomban, lelkészi közösségben elfoglalt helyük a fenti adatok alapján erős összefüggést mutat a jóllét különféle dimenzióival. Akár a közösségtől kapott elismerés, megbecsültség esetén, akár a konkrét munkatársi kapcsolódások, akár a fontos kapcsolatok mentén kirajzolódik, hogy az egészségük a társas dimenzióval szoros kölcsönhatásban áll, ami a bio-pszicho-szociális modell egészségről alkotott definíciójával összhangban van.
3. Kutatásunkban a szolgálattal való elégedettség szintje minden fontos társas támogatást jelző mutatóval összefüggést mutat. Aki több támogatást él meg akár lelkésztárstól, akár szakembertől, baráttól vagy kevésbé magányos, az elégedettebb a szolgálattal. Igaz ez ráadásul azokra is, akik nagyobb településen, több ember között végzik a feladatukat. Feltételezhetjük, hogy ezek az öndeterminációs elméletben megfogalmazott rendszer alapján a motivációra is hatással lehetnek.
4. Minden vizsgált szociodemográfiai változó esetén fedezhetünk fel összefüggést a jóllét különböző dimenzióival. Ezeknek egy része a normatív krízisből adódó (közép életkor, gyermektelenség) kihívás, ami az átlag populációban is hasonló, ugyanakkor vannak sajátos kihívások, mint például a nagy családok magasabb aránya. Mindezen tényezők jólléttal való összefüggése mögött összetett hatásmechanizmust feltételezünk, ami indokolja a jövőbeni longitudinális kutatást.
5. A szolgálati jellemzők területén a közegyházi felfogásban az eredményességet tükröző (pl.: gyülekezet mérete, elegendő szolgálat), és a szolgálati terhelést csökkentő (pl.: lelkész kolléga jelenléte, szabadnap megtartása) mutatók függenek össze a jólléttal. Ehhez adódnak a rendszer szintű kihívások, mint a pályakezdők, a kistelepülésen szolgálók vagy például a helyettes lelkészek helyzete.
6. A társas támogatás területén az eddigi kutatási eredményekkel összhangban a szoros kapcsolatok (házastárs, családtagok, barátok) és az érzékelt támogatás (kolléga a szolgálati

helyen) erősebb összefüggést mutatnak a jóllét mutatókkal, mint a gyengébb kapcsolódások (távolabbi kollégák, felleltettek, közösségi tagok).

7. A szakmai támogatás területén a szupervízornak van a legerősebb szerepe, a jólléttel is a szupervízor léte mutat leginkább összefüggést. A lelkipvezető kevésbé, míg a támogató lelkészcsoporthoz jelenléte még kevésbé függnek össze a jóllét mutatókkal, habár mindegyik mutat szignifikáns összefüggést ezekkel. Az is látszik az elemzésekből, hogy ezek a szerepek a lelkészek életében sokszor összemosisódnak, egymást átfedik. Egy támogató rendszer kiépítése esetén a későbbiekben arra is lehetőség van, hogy ezeket a szerepeket jól definiálva külön válassza. Ez segíti, hogy a lelképásztorok tudatosabban válasszanak támogatót.
8. A regressziós modellből kitűnik, hogy a különféle, két dimenziós elemzésekben még kimutatható hatások összeadódhatnak, adott esetben statisztikailag kioltják egymást, de a társas támogatás mutatói így is a legerősebb hatást mutatják a logisztikus regresszió alapján. Ez azt jelenti, hogy az egyházi rendszerből esetlegesen hiányzó, vagy abban rosszul funkcionáló szakmai támogató rendszerek helyett a lelképásztorok a saját erős kötések mentén keresnek hivatásbeli támogatást. Ez viszont komoly terhet jelenthet a házaspároknak, családtagoknak, vagy megterhelheti a baráti kapcsolatokat.

6. Disszertációm főbb eredményei alapján a lelkészek általános jóllétének fejlesztését szolgáló törekvések és tervek

Egy program már elindult, ami a kutatás eredményeire alapozva a lelkészek jóllétének fejlesztését célozza. 2024-ben a kutatás eredményeire építve létrejött a lelkészeket segítő országos támogató szolgálat, a Gyökössy Intézet¹. Célja olyan szakmai támogatást nyújtani (szupervízió, lelkigondozás, családterápia, lelkipvezetés, támogató lelkészcsoporthoz), ami a társas támogatás professzionális formája. Bízunk abban, hogy ez nem csak a lelkésznek segít, de tehermentesíti a társas támogatásban nagy szerepet játszó, ezért néha túlterhelődő fontos kapcsolatokat, mint például a családtagokat és barátokat. Az intézetben célunk a jelen kutatás 2027-es megismétlése, és további kutatások megvalósítása különböző célcsoportokkal (pl.: határon túliak, más felekezetűek, pályakezdők, intézményi lelkészek), más módszertanokkal (pl.: fókuszcsoporthoz, interjúk), továbbá a kialakított támogatói rendszerek hatékonyságának visszamérése. Hosszú

1 www.gyokossyintezet.hu

távon szükséges egy olyan szervezeti kultúra kialakulásának támogatása, ahol a támogató lelkészcsoporthoz kibontakozhatnak, valódi erőforrássá válhatnak.

Értekezéshez kapcsolódó saját közlemények jegyzéke

Járay, M. (2022) Challenges for the Spiritual Health and Pastoral Care of Priests and Pastors : The Parable of the Lost Sheperd. In: Joób, M. & Mucsi, Zs. (Eds), *In the Presence : Studies in the Theory, Training and Practice of Pastoral Counselling* (pp. 297–311), Antropos Mentálhygiénés Egyesület

Járay, M. (2023) A papok és lelkészek lelki egészségének és lelkipendozásának sajátos kihívásai: Példázat az elveszett pásztorról. *Sárospataki füzetek* 27(1). 33–45.

Járay, M. (2023) A közösség gyakorlása: A lelkipásztori hivatás megerősítésének útja a kapcsolódás által. *Embertárs*, 21(3) 300–313.

Járay, M. & Siba, B. (2024). The Eagle's Nest Effect in the Pastoral Career. *Studia Universitatis Babes-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica*, 69(1). 351–373
<https://doi.org/10.24193/subbtref.69.1.19>

Járay, M., Tóth, G., Van Dyke, D. J., & Albert, F. (2025). The Relationship between Lutheran Pastors' Well-Being and Depression and the Professional Support Available to Them: A Quantitative Study in the Hungarian Lutheran Church. *European Journal of Mental Health*, 20, 1–16. <https://doi.org/10.5708/EJMH.20.2025.0041>

Schutzmann, R., Kozák, A., & Járay, M. (2023). Egészségügyi végzettségű intézményvezetők arányának vizsgálata a hazai szociális idősellátásban. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 22(1), 19-23. <https://doi.org/10.53020/IME-2023-102>

Szabó-Jáki, Zs., Török, G., Sipos, Zs., Járay, M. Bóné, V. (2025) A spiritualitás és a pszichés jóllét összefüggései - A Teisztikus Spiritualitás Változását MÉRŐ Kérdőív (TSOS-HU) magyar adaptációja. *Studia Universitatis Babes-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica*, 70(1). 322–346