

**SEMMELWEIS EGYETEM**  
**DOKTORI ISKOLA**

**Ph.D. értekezések**

**3254.**

**JÁRAY MÁRTON**

**Interdiszciplináris társadalomtudományok**  
című program

Programvezető: Dr. Pethesné Dávid Beáta, egyetemi tanár

Témavezető: Dr. Albert Fruzsina, egyetemi tanár

# Lelkeszi 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, PhD., 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

## Tartalomjegyzék

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	3
I. BEVEZETÉS.....	4
II. ELMÉLETI HÁTTER A KUTATÁSI MODELL ALAPJÁN .....	7
II.1. Elméleti modellek.....	7
II.1.1. A társadalmi tőke és hálózati tőke.....	7
II.1.2. A bio-pszicho-szociális modell .....	10
II.1.3. Az öndeterminációs elmélet .....	13
II.1.4. Az elméleti modellekre épülő kutatási modellem .....	14
II.2. Általános jóllét fogalom és a lelkész jóllét .....	17
II.2.1. Szociodemográfiai jellegzetességek és a lelkészek jólléte .....	19
II.2.2. Szolgálati jellegzetességek és a lelkészek jólléte .....	20
II.2.3. Személyes jellegzetességek és a lelkészek jólléte .....	22
II.2.4. A lelkész spirituális jólléte .....	24
II.2.5. A reziliencia és megküzdés szerepe a lelkészek jóllétében.....	25
II.3. A lelkészek egészségi állapota .....	27
II.3.1. A lelkészek fizikai egészsége .....	29
II.3.2. A lelkészek lelki egészsége .....	30
II.4. A magány és társas támogatás általános meghatározása .....	31
II.4.1. A társas kapcsolatok hatása az egészségre .....	34
II.4.2. A lelképásztorok társas kapcsolatainak általános jellegzetességei.....	36
II.4.3. A lelképásztorok meghatározó társas kapcsolatai.....	38
II.4.3.1. A család .....	38
II.4.3.2. A gyülekezet .....	40
II.4.3.3. A lelkésztársak.....	41
II.4.3.4. A segítő szakemberek .....	42
II.4.3.5. A lelkész barátja .....	44
II.4.3.6. A társas támogatás alakulása és hatása a lelképásztorok életében.....	45
III. CÉLKITŰZÉSEK .....	47
IV. MÓDSZERTAN .....	48
IV.1. Adatfelvétel.....	48
IV.2. A minta leíró jellemzői .....	50
IV.2.1. Szociodemográfiai jellemzők .....	50
IV.2.2. Szolgálati sajátosságok .....	51

IV.3 Adatok súlyozása .....	53
IV.4 Mérőeszközök.....	55
IV.4.1 Szociodemográfiai kérdésblokk.....	56
IV.4.2 Szolgálati jellemzők .....	56
IV.4.3 A jóllétet mérő kérdések.....	60
IV.4.4 Társas támogatást mérő eszközök .....	64
V. EREDMÉNYEK.....	67
V.1 A jóllét és egyéb változók összefüggései .....	67
V.1.1 A szociodemográfiai változók és a jóllét összefüggései .....	67
V.1.2 Szolgálati jellemzők és a jóllét összefüggései .....	73
V.1.3 Társas támogatás és jóllét .....	87
VI. MEGBESZÉLÉS.....	110
VI.1 Limitációk.....	110
VI.2 Az eredmények értelmezése az elméleti modellek és a kutatási kérdések alapján.....	111
VI.2.1 Az elméleti modellek által megfogalmazott jelenségek vizsgálata a mintánkban .....	111
VI.2.1.1 A társadalmi tőke alakulása a református lelkipásztoroknál.....	111
VI.2.1.2 A bio-pszicho-szociális modell érvényesülése a református lelkipásztoroknál.....	112
VI.2.1.3 Az öndeterminációs modell érvényesülése a református lelkipásztoroknál.....	112
VI.2.2 A lelkipásztorok jóllétével összefüggésben lévő szociodemográfiai jellemzőkből levonható következtetések.....	113
VI.2.3 A lelkipásztorok jóllétével összefüggésben lévő hivatásbeli jellemzőkből levonható következtetések.....	115
VI.2.4 A lelkipásztorok jóllétével összefüggésben lévő társas támogatásbeli jellemzőkből levonható következtetések.....	119
VII. KÖVETKEZTETÉS .....	123
VII.1. További kutatási irányok .....	123
VII.2. Cselekvési tervek.....	124
VIII. ÖSSZEGZÉS .....	126
IX. IRODALOMJEGYZÉK .....	128
X. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE .....	148
XI. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS .....	149
MELLÉKLETEK .....	150

## RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

BDI-9 – Beck depresszió kérdőív 9 kérdéses változata (Beck Depression Inventory)

BMI – Testtömeg Index (Body Mass Index)

MET – Mentális Egészség Teszt

MSPSS – Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Skála (Multidimensional Scale of Percieved Social Support)

RAS-H –Kapcsolati Elégedettség Skála magyar verzója (Relationship Assessment Scale Hungarian version)

SWLS – Élettel való elégedettség skála (Satisfaction With Life Scale)

WBI-5 – WHO jól-lét kérdőív rövidített változata (WHO Wellbeing Inventory)

WHO ICF – World Health Organisation, International Classification of Functioning, Disability and Health

## I. 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.

A lelkész más, fogalmazza meg Josuttis pasztorál teológiai művében. Ő elsősorban a hivatásszerep felől közelíti meg ezt a különbözőséget: a lelkész hite és szakmaisága, élettere és munkahelye, hivatása és családi élete, sokszor munkája és szabadideje is nagy átfedésben vannak az átlag populációhoz képest (Josuttis, 2017).

A magyarországi református lelkészek sok szempontból heterogén közösséget alkotnak. ugyanakkor családi állapotukat tekintve a hasonló életkorú és iskolázottságú populációhoz képest jóval nagyobb arányban házasok és sokan közülük nagy családosok, másrészt elmagányosodó társadalmunkban az átlagnál nagyobb kapcsolati hálóval rendelkeznek. Bár számtalan sajátosságot lehetne kiemelni, amiknek egy részéről írok is, disszertációm szempontjából elsősorban mégis a kapcsolódások nagyobb számát emelem

ki, ami az átlag populációhoz képest jellemzi a református lelkészeket. Ezen kapcsolódások minősége azonban vizsgálendő terület. A többi felekezet lelkipásztoraihoz képest épp a populáció heterogenitása miatt nehéz lenne különös specifikumot megfogalmazni, de talán a legnagyobb magyarországi protestáns történelmi egyház képviselőiként a társadalmi beágyazottság terén különböznek leginkább a más felekezetű társaikhoz képest. Ugyanakkor, amíg nem állnak rendelkezésre átfogó kutatási adatok, addig ezek csak hipotézisként fogalmazhatóak meg.

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. A kutatásomban alkalmazott modellben próbálom feltérképezni azokat a konkrét tényezőket, amik összefüggenek 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 (Járay, 2023b). 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 nézzen. 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?

Kiseb fontos kutatások történtek már ebben a speciális célcsoportban (Török & Biró, 2023; Siba, 2020), de jelen vizsgálat az első átfogó, országos, nagy mintás, kvantitatív kutatás a magyarországi református lelkészek körében. A módszertani megalapozást a

hazai szociális vezetők körében végzett átfogó kutatással alapoztam meg, ahol a társas támogatottságukat vizsgáltam (Schutzmann et al., 2023). Az innen kapott eredmények tették lehetővé a lelkészek között végzett kutatás végső kialakítását. 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. Röviden ismertetem tehát a kutatásra épülő gyakorlati támogató programot.

A dolgozatban egyrészt mint kutató vizsgálom az összefüggéseket, másrészt, mint olyan ember, aki volt gyülekezeti lelkész, egyetemi közegben szolgáló pásztor. Jelenleg lelkészeket, papokat képezek, és lelkipáterként őket támogatom egyénileg.

## II. ELMÉLETI HÁTTÉR A KUTATÁSI MODELL ALAPJÁN

### II.1. Elméleti modellek

Egy disszertáció esetén fontos kérdés, hogy mely tudományos elmélet keretrendszerében értelmezhető. Egy olyan átfogó kutatás esetén, mint az enyém, nem feltétlen célszerű egy ilyen modell mentén gondolkozni. Az interdiszciplinaritás miatt a kutatási kérdéseim több irányból is megközelíthetők. Akár teológia, egészségtudomány, szociológia, pszichológia mentén is vannak olyan tudományos elméletek, amikkel kapcsolatosan az adatok fontos összefüggésekre mutathatnak rá. A témám egy multidiszciplináris térben való elhelyezésére törekszem. A teljesség igénye nélkül teszem, hiszen számtalan más elméleti alap elképzelhető lenne a munkám felvezetéseként. Az elméleti modellek kiválasztásánál arra törekedtem, hogy az egyházvezetés számára releváns, de nem teológiai megközelítések (egyház társadalmi beágyazottsága, egészség tudatosság, munkahelyi lelkieségesség) megjelenhessen. Abban bízom, hogy az olvasó a saját tudományterületével való kapcsolódást maga fogalmazza meg. A disszertáció címéhez kapcsolódóan három ide kapcsolható elméleti modell rövid összefoglalása a célom a szociológia, az egészségtudomány és a pszichológia területéről. Ezek egyrészt a társas kapcsolatokban rejlő lehetséges erőforrásokról, másrészt a társas kapcsolatok egészségre gyakorolt hatásairól szólnak, harmadrészt a hivatáshoz szorosan kapcsolódó motivációs elmélet és annak kapcsolati vonatkozása.

#### II.1.1. A társadalmi tőke és hálózati tőke

A társadalmi tőke eredetileg a közgazdaságtan tőke-fogalmából származik. A szociológiában ennél szélesebb értelmet nyert. Az egyének vagy csoportok társas erőforrásait foglalja magában, amelyek különféle helyzetekben hatással vannak a cselekvési képességeikre, lehetőségeikre. Pierre Bourdieu a tőkét hatalmi eszközként értelmezi, ami a társadalmi egyenlőtlenségeket reprodukálja. A tőke három alapvető formáját írja le, a gazdasági, a kulturális és a társadalmi tőke fogalmát (Bourdieu, 1997). Ezek összefüggnek egymással és az egyik megléte segítheti a másik gyarapítását. A társadalmi tőke olyan erőforrás, ami a kölcsönös ismeretségeken, elismerésen és a csoporthoz való tartozáson alapul. Elmélete alapján egyrészt létezik a három tőke formának megnevezhető, objektív formája, másrészt a szimbólikus formája, ami inkább

a társadalmi egyezségen alapul, mint például a presztízs, tekintély, elismerés. Ez utóbbi csak akkor működik, ha elismerik, és a hatalom csak akkor tud hosszú távon fennmaradni, ha szimbolikus erővé alakul, vagyis ha „természetesnek” tűnik. (Bourdieu & Wacquant, 2013). Coleman (1994) az emberi és a társadalmi tőke fogalmát különválasztja. Míg az emberi tőke az egyén megszerzett tudásában és képességeiben jelenik meg, addig a társadalmi tőke az emberek közötti kapcsolatokban gyökerezik. Emellett a társadalmi tőkét a funkcionalitás alapján közelíti meg, ami a társadalmi struktúra részeként segíti az egyén cselekvését. Három formája van. Elsőként a kölcsönös bizalmon alapuló kötelezettségeket és elvárásokat nevezi meg. Másodikként az információáramlást, amit a hálózatosodás tesz lehetővé. Harmadikként pedig a normákat nevezi meg, amelyek a szankciókkal megerősített viselkedési szabályok. Robert Putnam (1994) hangsúlyozza, hogy a társadalmi tőke nem csupán egyéni, hanem közösségi szinten is értelmezhető, mint egyfajta közjó. Akár városok, régiók, országok szintjén. Elméletének meghatározó része a kapcsolatok jellege (Putnam, 2000). Háromféle kapcsolódást különböztet meg a közösségi összetartás alapján. Elsőként a szoros kötődéseket (bonding), amik közé a családi és baráti kapcsolatokat sorolja. A második kategóriába (bridging) tartoznak a diverzebb, lazább ismeretségek mint például a szomszédi vagy munkahelyi kapcsolatok. Harmadikként (linking) a társadalmi tőkét, mint a hatalmi pozíciókhoz való kapcsolódást említi. Lin szerint a társadalmi tőke a valóságban a társadalmi kapcsolatokba ágyazott erőforrások elérésén és mozgósításán alapul. Ezek az erőforrások lehetnek anyagiak, információsak vagy szimbolikusak, és a hálózat szerkezete, az egyén hálózatban elfoglalt pozíciója, valamint a cselekvés célja határozza meg, hogy ki, mikor és hogyan tudja ezeket kihasználni (Lin, 2008). Ennek az erőforrásnak az elérése nagyban függ attól, hogy mennyi energiát fordít az egyén a kapcsolati hálójának fenntartására. Magyarországon a téma kapcsán Farkas Zoltán (2013) fogalmaz meg fontos új szempontokat. Egyrészt megkülönböztet manifeszt, azaz ténylegesen használható, és látens, azaz potenciálisan létező, de az adott időpontban nem érvényesülő társadalmi tőkét. Hatféle típusba sorolja őket, ami közül a kapcsolati tőke az egyik. Ezáltal az egyén a kapcsolatain keresztül mások erőforrásaihoz fér hozzá.

Minden elméletben hangsúlyosan megjelenik tehát ennek a tőke típusnak a kapcsolati jellege. Ezt hálózati tőkének is nevezzük (Czakó & Sík, 2011). A hálózati tőke a társadalmi tőke és a tudástőke közös metszete. A társadalmi tőke az egyén kapcsolataiból

eredő, ezekben rejlő erőforrás, melyet az egyén a saját tudástőkéjének alapján képes hasznosítani. A tudástőke azokat a képességeket és kreativitást foglalja magába, amelyek lehetővé teszik a személy számára, hogy adaptívan, helyzetéhez igazodva legyen képes cselekedni. A társadalmi tőke tehát a kapcsolati rendszerekben, a tudástőke pedig az egyén belső képességeiben rejlik. E kettő adja ki a hálózati tőkét, ami a nyilvánosság elől rejtett, csak a benne lévők számára ismert (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 kapcsolatháló-elemzést a fizikusok és az általuk vizsgált hálózatok kutatási eredmények gazdagították olyan módon (pl. skálafüggetlenség vagy hálózati csomópont fogalma), ami segít a társadalomtudománynak is értelmezni olyan jelenségeket, ami az egyén társadalmi helyzetére kihatással lehet (Barabási, 2003).

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). Viszont éppen a hátrányosabb helyzetű és rászorultabb emberek (magányos, idős, alacsony végzettségű) számára szűkül be leginkább a kapcsolati rendszer, így az onnan jövő erőforrás is. A magasabb társadalmi státuszú, jobb anyagi helyzetű és iskolázottabb emberek kapcsolathálójuk kiterjedtebb és erőforrásokban gazdagabb. Ilyen értelemben a kapcsolati háló leképezi a társadalmi különbségeket, és sok esetben fel is erősíti azokat. Ráadásul nagy szerepet játszik a kapcsolati dinamikában a kölcsönösség és viszonzás, aminek hiányában a háló tovább szűkülhet (Albert & Dávid, 1998). Böhnke ezzel kapcsolatban (2008) két hipotézist is megfogalmaz, amikor a szegénység és kapcsolati tőke összefüggését vizsgálja. Egyrészt az akkumulációs hipotézist, amely alapján a kapcsolatok fenntartása olyan erőforrásokat igényel, ami a szegényebb emberek számára nem adott. Ennek elsősorban a szorosabb, családi köteteléken túlmutató kapcsolatok látják kárát. Másik pedig a kompenzációs hipotézis, ami éppen azt feltételezi, hogy a szegényebb emberek esetében éppen az anyagi erőforrás hiánya az, ami miatt a szolidaritás megnő feljükk, és ez a kapcsolati hálójuk erősödését jelentheti. Ez utóbbi hipotézis feltételezései ugyan időszakosan érvényesülhetnek, de hosszútávú fennmaradása egy olyan szolidaritáson alapuló társadalmi berendezkedést feltételez, ami az individualizáció miatt egyre kevésbé adott (Utasi, 2011). Ezzel együtt

bár ez nem általános, de éppen egyes keresztény kis közösségek, gyülekezetek esetén a magas szolidaritás jellemző, ami azt is eredményezi, hogy tagjai figyelnek a közösség periferián lévő, rosszabb társadalmi státuszú emberekre is. Összességében tehát, bár más logika mentén, de mind az akkumulációs, mind a kompenzációs hatás érvényesülhet a lelkészek kapcsolati hálóján.

A fent vázolt megközelítésekből sejthető, amit a konvoj modell is jól leír, hogy nagy szerepe van a kapcsolati háló folyamatos alakulásának abban, hogy a benne lévő társadalmi tőke mennyire mozgósítható (Antonucci et al., 2014). 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 lelképásztorok mentális egészsége kapcsán tehát fontos figyelembe vennünk a társadalmi tőkéről kialakított elméleti keretet. Azt, hogy a társadalmi tőke által biztosított erőforrások hogyan érvényesülnek a társas támogatáson keresztül, egy későbbi fejezetben tárgyalom.

### II.1.2. A bio-pszicho-szociális modell

Már az ókortól kezdve az egészség és betegség fogalmait összetetten közelítették meg. A görög orvosok számára magától értetődő volt, hogy az egészség összefügg a spiritualitással és a lelki egészséggel. Betegeiket gyakran küldték Hygia (a rómaiaknál Salus), a jó egészség megőrzésének és a betegségtől való megszabadulás istennőjének egyik templomába (Benkő, 2016). 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 gondolkozásban 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.”<sup>1</sup> 2002-ben a WHO közzétette a funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozását (WHO ICF), amely kifejezetten a biopszichoszociális modellhez kapcsolódik. Larson (1999) az egészségmodellek négy osztályát azonosította. Ezek közül a biomedikális, a jóllét- és a környezeti modell is könnyen tekinthető a nagyobb, átfogóbb, holisztikusabb biopszichoszociális modell alrendszerének. A biomedikális modell inkább redukcionista, amely a betegséget pusztán a testben található oknak tulajdonítja, és a mentális folyamatok zavarát különálló, független problémakörként kezeli. Ezzel szemben a bio-pszicho-szociális modell holisztikusabb, és jobban figyelembe veszi a rendszerszemléletet (Engel, 1997). Az egyén egészségét sejt, szerv, személy, család, társadalom szintjén is értelmezi (Kőműves, 2017). Lényege, hogy sem az egészséget, sem a betegségeket nem lehet kizárólag biológiai (testi) tényezők alapján megérteni.

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 biológiai tényezők közé tartoznak például a genetikai adottságok, a test biokémiai folyamatai, vagy például a fertőzések is. A pszichológiai tényezők között tarthatjuk számon a mentális egészséget, az érzelmi állapotot, a stresszkezelést, a személyiséget, de például a gondolkodásmódot és a motivációkat is. 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. Ez alapján az igazán hatékony eredmény érdekében a gyógyításnak is mindhárom területet figyelembe kell vennie. Ráadásul az is bebizonyosodott, hogy például a krónikus betegségek esetén az orvos-beteg kapcsolatban a gyógyulás szempontjából nagy jelentősége van a kooperatív megközelítésnek, annak, hogy az orvos és betege hasonló modellen keresztül értelmezze az adott helyzetet (Von

---

<sup>1</sup> [https://www.who.int/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf?sfvrsn=eead63d3\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/classification/icf/icfbeginnersguide.pdf?sfvrsn=eead63d3_4) (megtekintve: 2025 május 15.)

Korff et al., 1997), míg ha az orvos és beteg magyarázó modelljei között eltérés van, az akadályozhatja a gyógyulás folyamatát (Haidet, 2008).

A modellnek természetesen a kritikái is megszülettek. Az egyik ellenvetés szerint míg a biomedikális modellben történő változás könnyebben követhető, vizsgálható, addig a bio-pszicho-szociális modellben a komplex háttértényezők miatt nagyon nehéz egy-egy eset kapcsán az eredményesség különböző okokra való, tudományosan megbízható visszavezetése, alátámasztása. Ráadásul egyes esetekben a pszichoszociális tényezők jelentőségének hangsúlyozása túlsúlyba kerülhet a biológiai tényezőkhöz képest, sőt néha éppen a betegek túlzott „medikalizálásához” vezethet ez a megközelítés (Weiner, 2008). Egyes kritikusok szerint akár ártalmassá is válhat ez a megközelítés és a betegek számára károkat okozhat. Ugyanakkor ezek a károk inkább a modell ismeretének hiányából adódnak, ami minden más modell esetén ugyanúgy fennáll (Geraghty & Esmail, 2016). Az is fontos, hogy ez nem helyettesíti, hanem kiegészíti a biomedikális modellt. Ráadásul bizonyos területeken, mint például a pszichiátria, ahol maga az elmélet született, fontos előrelépést jelentett a gyógyításban. Ezt a modellt mind a mai napig fejlesztik. A modell aktuális verziója a személyre koncentrál, aki a testében él, de vannak egyedi jellemzői – személyisége, attitűdje, tapasztalatai, elvárásai – és van egy aktuális élethelyzete, életszakasza, életkörülményei, életszerepei. Ezek alapján valahogy viszonyul az életéhez, környezetéhez, egészségéhez, betegségéhez. Kapcsolatba lép ezekkel, értelmezi azokat. Jelentést tulajdonít ezeknek és értékeli őket. Ezek mind befolyásolják a viszonyulásait, döntéseit, életmódját, meghatározzák az élettel való elégedettségét. Az aktuális modell egyik legnehezebben mérhető eleme éppen a szociális jelenlét, ami az egyén társadalomban elfoglalt helyét, környezetében betöltött szerepét és az emberi kapcsolatait foglalja magába. Ezeknek meghatározó szerepe van mind az objektív, mind a szubjektív egészségben (Wade & Halligan, 2017).

A modell szociális része utal mind a társadalom szövetében elfoglalt pozícióra, státuszra, mind a kapcsolati hálózatban rejlő erőforrásokból származó egészségmegőrző hatásra, mind a személyközpontú gyógyításban jelentős kapcsolódási tényezőre, de mindezen hatások objektív mérhetősége, vagy a szubjektív észlelés egészségre gyakorolt hatásainak mérése komoly kihívást jelent a kutatók számára. Így ezen a területen is a társas támogatás az egyik terület, amelynek kutatása valamelyest segíthet értékelni a bio-pszicho-szociális

modell szociális részének jelentőségét. Ennek összefüggéseit és az ezzel kapcsolatos kutatások eredményeit a szakirodalmi áttekintésben tárgyalom.

A bio-pszicho-szociális modell a későbbiekben spirituális dimenzióval egészült ki (McKee & Chappel, 1992). Eszerint a lelki és testi egészséget, a megküzdést, a gyógyulást és az életminőséget is befolyásolhatják az ember önmagán túlmutató céljai, az élet értelmességébe vetett hite és a kapcsolata a transzcendenssel. A lelkipásztorok egészsége kapcsán is figyelembe kell venni mindezen dimenziókat, amikre szintén a szakirodalmi áttekintésben térek ki részletesen.

### II.1.3. Az öndeterminációs elmélet

A bio-pszicho-szociális elméletben is megjelenik a pszichológiai egészség területén a motiváció kérdése. A motivációs elméletek területén két alapvető irányt különböztetünk meg: egyrészt a tartalom-, másrészt a folyamat-elméleteket. Míg az előbbi elsősorban az egyéni szükségletekre és motiváltságra helyezi a hangsúlyt, addig az utóbbi inkább a motiváció alakulását, folyamat jellegét próbálja rendszerezni (Székely et al., 2023). 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. Szükséglet-hierarchia-elmélete a motivációkutatás egyik alapmodellje lett (Maslow, 1943). Ő volt az, aki rendszerezte és hierarchikus modellbe foglalta az emberi szükségleteket, és ezzel alapvetően meghatározta a motivációs elméletek fejlődését. Véleménye szerint a szükségleteink hierarchikus rendben helyezkednek el. Először a szerinte legalapvetőbb (fiziológiai, biztonsági) szükségletek kielégítése szükséges, majd ezekre magasabb szintű (szociális, megbecsülés, önmegvalósítás) szükségletek épülhetnek. Amíg a piramis alján lévő szükségletek kielégítetlenek, addig nagyon nehéz a feljebb lévővel foglalkozni. Hunt célstruktúra modellje a szükségletek helyett inkább a célokat nevezi meg fő motivációként (Bakacsi, 2015). A motiváció esetén a szükséglet és a cél között azonban valójában nincs nagy különbség, hiszen ugyanazon folyamatot ragadják meg, csak az előbbi a folyamat eleje, míg az utóbbi a kimenetel felől. Annyiban egyeznek a modellek, ideértve a későbbieket is, hogy mindegyikben megjelenik a kapcsolati dimenzió. Alderfer ERG<sup>2</sup> modelljében a kapcsolat, a környezettel való viszony fontos része az önbecsülés

---

<sup>2</sup> Existence, Relatedness, Growth modell, amit magyarul létezés-kapcsolat-fejlődés modellnek nevezünk.

kialakulásának. McClelland szerint a siker és a hatalmi motiváció mellett a kapcsolati motiváció, szükséglet (affiliation need) a harmadik dimenzió, ami szintén a szeretettség és elfogadottság érzés szükségességéből ered. Herzberg kéttényezős modelljében a motivátorok a belülről fakadó motivációkat jelentik, míg a higiéniés tényezők inkább a külső körülményeket és viszonyulásokat foglalják magukba. Ezek közé tartozik a munkahelyi viszonyrendszer: kapcsolódás a főnökkel, kollégákkal (Székely et al., 2023). A folyamat-elméletekben ugyanúgy megjelenik a kapcsolati szál, mint a visszajelzés, eredményesség, elvárás vagy méltányosság egyik fontos indikátora (Bakacsi, 2015).

Ezt követően megjelentek azok az integrációs elméletek, amik a tartalom- és folyamat motiváció elemeit ötvözték. 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 hozhassuk meg, és viselkedésünket belső értékeink, céljaink vezérelhessék. 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). Az ilyen támogató, ösztönző kapcsolatok elősegítik a célok internalizálását. Ez segíti a kitartást, növeli az elégedettséget, ezzel szemben a kontrolláló kapcsolatok inkább problémákat okoznak. Fontos tehát a lelkipásztorok kapcsolódásait ilyen szemmel is vizsgálnunk.

#### II.1.4. Az elméleti modellekre épülő kutatási modellem

A lelkipásztori jóllétet nagyon sok irányból, nagyon sok változó mentén lehet megközelíteni. Mindhárom ismertetett elméletnek fontos eleme a kapcsolódás

jelentőségének megfogalmazása. A szociológia kapcsolati tőke fogalma, az egészségügy tudomány szociális egészség fogalma és a pszichológia motivációs elméletében a kötődés szükségességének fogalma ugyanarra a jelenségre az emberi kapcsolódás jelentőségére hívja fel a figyelmet. Amikor a lelkipásztorok jóllétét vizsgáljuk, akkor azt feltételezzük, hogy egy kapcsolati hálóját jól eltető, gondozó lelkipásztor, aki képes az abban rejlő erőforrásokat mozgósítani, könnyebben tud a hivatásából adódó egyedi kihívásokkal szembenézni. Emellett azt is valószínűsítjük, hogy az a lelkész, 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. Az az egyházi struktúra, ami képes ezeket a személyes kapcsolati hálókat erősíteni, építeni, támogatni, fontos lépést tesz a hivatásgondozás terén. Így a kutatásom középpontjában is elsősorban a lelkipásztorok társas támogatottsága áll, és az ezzel összefüggő, ezeket befolyásoló tényezők.

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 vastagítottal szedett változók szerepelnek a kutatási kérdőívben.

A háttérváltozók közé olyan adatok kerültek, amik a kérdőív felvételének időpontjában mint adottság számítottak. Ezeknek legnagyobb része a későbbiekben változhat egy-egy lelkipásztornál, de az adott időpontban mint külső objektív adottság van jelen, és feltételezhetjük, hogy bizonyos befolyást gyakorolhat az általános jóllétre, ahogy ezt a szakirodalmi áttekintésben majd kifejtem. Három kategóriába soroltam ezeket a háttérváltozókat: szociodemográfiai jellemzők, szolgálattal kapcsolatos jellemzők, illetve személyes, egyéni jellemzők.

A támogató kapcsolatok közé elsősorban nem az objektívan számszerűsíthető kapcsolati jellemzők kerültek, hanem azok a változók, amikről a lelkipásztorok mint egyfajta támogató kapcsolatról számoltak be. Például lehet, hogy valakinek van egy lelkész kollégája a szolgálati helyén, de önmagában azt nem tudhatjuk, hogy ez támogató vagy inkább nehezítő kapcsolódás. Ebben a blokkban azok a változók vannak, ahol valamilyen formában mint támogató kapcsolatról számolt be a kérdőív kitöltője, legyen az családi, kollegiális, szakmai, baráti vagy egyéb kötés.

A jóllét mutatók kategóriájába olyan változók kerültek, amik a fizikai, szellemi, lelki és szociális jóllét jellemzőit jelenítik meg. Egyrészt a betegség felől megközelítve ilyen például a depresszió, másrészt pedig az egészség oldaláról ilyenek például a különböző elégedettséget mérő skálák.



### 1. ábra Kutatási modell (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

Mindemellett a modellbe igyekeztem a korábbi hasonló kutatások eredményeit figyelembe véve egyéb tényezőket is beemlíteni, amik sokszor a direkt hatásokat mediálhatják. Olyan fontos változók kerülnek ide, mint például hogy egy lelképásztor vesz-e ki a maga számára rendszeresen szabadnapot, illetve milyen a viszonyulása az elhívásához. Ezek a változók szintén összefüggnek a jóllét mutatókkal.

A modellben így is vannak olyan változók, amiknek a kezdeti modellben lévő helye a kutatási eredmények áttekintése után módosulhat. Nehéz például a magányosságot jól elhelyezni. Ha elsősorban az objektív magányból indulnánk ki, ami az izoláció állapota, és amiről leginkább a kapcsolati háló szerkezete képes képet adni, akkor akár a háttérváltozók vagy a támogató kapcsolatok közé kerülhetne. Mivel mi a szubjektív magányosságot mértük, egyrészt kerülhetne a támogató kapcsolatok közé, mint hiányjelenség, másrészt besorolható a jóllétmutatók közé is, mivel nagyon erős összefüggést mutat a lelki jólléttel. Mindenesetre a modell megértéséhez szükséges a

fogalmi tisztázás, és az idevonatkozó korábbi kutatási összefüggések ismertetése. Ez segít, hogy az eredmények vizsgálatánál a nyilvánvaló limitációk mellett is valós összefüggéseket mutathassak be. A szakirodalom bemutatása a kutatásom alapjául szolgáló modell főbb tényezői köré rendeződik.

Dolgozatomban először az általános jóllét fogalmát járom körül, majd a lelkeszi jólléttel kapcsolatos aktuális kutatásokat ismertetem. Érintem a fizikai egészséget, ezt követően pedig azokat az eredményeket, amik egy-egy nagyobb témakör köré épülve a lelkipásztorok lelki egészségével összefüggő lehetséges tényezőket próbálták feltárni. Ezután a társas kapcsolatok és a támogatás és a fizikai, lelki egészség összefüggését ismertetem. Kitérek a lelkipásztorok sajátos kapcsolati hálójára, társas támogatottságuk jellegzetességeire.

## II.2. Általános jóllét fogalom és a lelkesz jóllét

A jóllét önmagában is egy széleskörű, sokrétű konstruktum, amelynek pontos értelmezési keretéről folyamatos szakmai vita folyik (La Placa et al., 2013). Az 1940-es évektől foglalkoznak a jóllét pontos meghatározásával. A WHO jóllét meghatározása (1946) átfogóan fogalmaz: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jól-lét állapota, és nem csupán a betegség hiánya vagy fogyatékoság.”. Gyakran az életminőség egyik mutatójaként alkalmazzák a kutatásokban. Két alapvető megközelítés különült el a kezdetektől. Egyrészt a szubjektív jóllét meghatározására gondolhatunk, ahol nem a kutató objektív, előre meghatározott kritériumrendszere alapján történik egy besorolás. Fontos része az élettől való elégedettség, amiben sokkal inkább az egyén sajátos megélésére hagyatkoznak (Martos et al., 2014). Ennek elemei az érzelmi megélés és a kognitív boldogsáértékelés. Ezt hívja a szaknyelv hedonikus jóllétnek (Pavot & Diener, 2009). A második megközelítést eudaimonikus jóllétnek nevezik. Ez is több területet foglal magába. A megközelítés abból indul ki, hogy vannak bizonyos szükségletek, amelyek nélkülözhetetlenek az egyén pszichológiai növekedéséhez és fejlődéséhez; bizonyos tulajdonságok és ezen szükségletek kielégítése teszi lehetővé, hogy az ember elérje teljes potenciálját (Ryan & Deci, 2001). Ez a megközelítés jobban épít a pszichológiai jóllét fogalmára. Ryff többek között Erikson, Jung, Maslow és Rogers elméleteire támaszkodva hat fő jellemzőt tételezett fel az életben jól működő emberekről: 1. belső normák által vezéreltek legyenek; 2. képesek legyenek bízni másokban és szeretni másokat; 3. képesek legyenek kezelni a külső stresszorokat és kihasználni a

lehetőségeket; 4. képesek legyenek az önellátásra; 5. legyenek fontos céljaik az életben; 6. az új kihívásokat a fejlődésüket elősegítő tényezőként is lássák (Ryff, 1989). A hedonikus és eudaimonikus megközelítés mostanra nem ellentmondásként, hanem egymást kiegészítő megközelítésként jelenik meg a jóllétkonstrukciókban. Az általános értelmezésben, kutatásokban a jóllétet tehát olyan fogalmakkal hozzák kapcsolatba, mint a „boldogság, pozitív hatások és érzelmek, élettel való elégedettség, életminőség” (Fernandes, 2012. p. 495.) A terület szakemberei igyekeznek folyamatosan aktualizálni a jóllét állapotához kapcsolódó területek listáját. Egyértelműen a jólléthez sorolják a 1. természethez való kapcsolódást, 2. az élet kihívásaival való megküzdés képességét, 3. az élet értelmességében való meggyőződést, 4. az alacsony feszültségi szintet sugalló érzelmek általános jelenlétét, 5. a kiegyensúlyozottságot, harmónia érzését, 6. az örömteli kapcsolódás képességét más emberekhez, 7. a kiegyensúlyozott kapcsolódást az államhoz és a társadalomhoz, 8. a pihenés, feltöltődés képességét, lehetőségét és 9. a reziliencia, a helyreállítás, a nehéz helyzetekben való ellenállás képességét (Lambert et al. 2020). Egy nagy magyar, KSH által végzett kutatási mintán a szubjektív jóllétet pozitívan befolyásoló objektív tényezőként jelent meg a kapcsolati tőke (Hajdu & Sik, 2023).

A lelkészek 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 lelkészi 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 lelkészi jóllét mérésénél más dimenziókban fogalmazódnak meg. Sokkal több területen mérik a külső kapcsolódások szerepét, mint akár a környezeti vagy társadalmi dimenziókat, jóllehet azok ugyanannyira meghatározó részei lehetnek a lelképásztorokra gyakorolt hatásoknak. Amikor a lelkész 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 máshogy jelenik meg egy lelképásztor életében. Saját empirikus tapasztalataim közül ezt támasztja alá az az észak-afrikai lelkész, aki kiváló jóllétről számolt be, miközben sok társa és ő maga is megjárta a börtönt, és nem ritkán

volt életveszélyben. Szintén Roozebroom 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 meghatározó tényezők három nagy területre oszthatóak: fizikai egészség; lelki egészség; elégedettség. A későbbiekben a kutatásomban ezeket tekintem a jóllét szempontjából meghatározónak. Azonban ahhoz, hogy lássuk a kutatási kérdés összetettségét, az alábbiakban ezt a három tényezőt vizsgáló kutatásokat mutatom be.

### II.2.1. Szociodemográfiai jellegzetességek és a lelkészek jólléte

Talán az egyik legkézenfekvőbb felvetés, hogy az alapvető szociodemográfiai mutatók mentén tapasztalhatunk-e eltéréseket a jóllét tekintetében. Természetesen a vizsgálatok között számtalan olyan van, ami a nemek alapján keresi az esetleges eltéréseket. Öröm, hogy ilyen jellegű kutatás, aminek kimondottan ez a fókusza, magyar mintán is történt (Török & Biró, 2023). Abban a legtöbb kutatás hasonlóságot mutat ezen a területen, hogy a női lelkészek egyházban betöltött szerepe és a feléjük irányuló külső elvárások férfiakétól különböző jellege a kiégés tekintetében hordoz magában veszélyt. Egyik kutatásban jóval magasabb kimerültségi szintről és stresszesebb állapotról számoltak be a női lelkészek a feléjük irányuló és önmagukban megfogalmazott elvárásoknak köszönhetően (Buratti et al., 2020). Egy másik kutatás szerint, ahol a megszűnő egyházközségek lelkészeit vizsgálták, azt találták, hogy a kudarcos helyzetek és az arra kapott közegyházi reakciók is negatívabb hatást gyakorolnak a női lelkészek jóllétére (Cafferata, 2020). Ezt a képet Anna Holleman (2023) kutatása árnyalja. Az általa vizsgált metodista mintán a lelkésznők ugyan magasabb munkahelyi stresszről, ezzel együtt azonban alacsonyabb depressziós szintről számoltak be.

Másik kézenfekvő kutatási irány az életkor és jóllét összefüggését vizsgálja. Természetesen a fizikai egészség az életkor előrehaladtával romlik a lelkipásztorok között is, és ez inkább a valós életkorral, mint a szolgálatban eltöltött évekkel függ össze. Azt gondolnánk, hogy az életkor előrehaladtával az életminőséggel együtt a jóllét is csökken. Valójában több kutatás is azt mutatja, hogy a lelkipásztori életpályán való kiteljesedés a

jobb étellel való elégedettséggel és így nagyobb jóllétérzéssel társul (Noronha & Braganza, 2022; Clarke et al., 2022). Másrészt a fiatal lelkészek kezdeti lelkesedése könnyen viheti bele őket korai kiégésbe, de ezt követően az esetek nagy részében történik egy önkorrekciónak, aminek része a lelkipásztori szerep újragondolása, határok felállítása. Ennek hatására az idősebb lelkipásztorok már kevésbé küzdenek a kimerültségtől vagy élik meg a deperszonalizációt (Randall, 2007). Ezzel együtt természetesen a társadalom egészére érvényes életkori sajátosságok, mint például a közép életkorra jellemző krízis, ebben a populációban is megfigyelhető (Ray, 2023). Több korábbi kutatás eredményeit erősítette az eredmény, miszerint a negyvenes éveikben járó férfiak anglikán lelkészek munkával való elégedettsége a legrosszabb a különböző életkorú társaikhoz képest, és ez az életkor előrehaladtával újra javul (Turton & Francis, 2002).

Más szociodemográfiai sajátosságokat is érdemes még figyelembe venni. Egyik ilyen természetesen a családi állapot, de erről a társas támogatásról szóló későbbi alfejezetben fogok bővebben írni. A másik ilyen a lakóhely, szolgálati hely. Önmagában már az is izgalmas lenne, ha földrészenként, országonként vizsgálnánk a lelkészi jóllétet. Jelen kutatásunk fókuszát szempontjából érdemes a település típusából adódó jellegzetességek lelki egészségre gyakorolt hatásait áttekintenünk. Ezt a területet többen is vizsgálták. Alapjában véve a legtöbb eredmény abba az irányba mutat, hogy a kisebb településeken szolgáló lelkipásztorok nagyobb kockázatnak vannak kitéve a szórvány gyülekezetek gondozásából adódó stressz okozta betegségek szempontjából (Brewster, 2012). Másrészt nehezebben elérhetőek az egészség szempontjából jelentős társas támogatási formák. Ugyanakkor ez a téma kétségkívül átvezet a következő nagy tényezőcsoporthoz, a szolgálattal kapcsolatos háttértényezőkhöz. Nem véletlen, hogy vannak arra kezdeményezések, hogy ezek a lelkészek támogatást kaphassanak a vidéki lelkészi élet speciális kihívásaival való küzdelmükben (Scott & Lovell, 2015). Hasonló kezdeményezés a református lelkészek között is megvalósult, ahol a kis falvak szórvány gyülekezeteiben szolgáló lelkipásztorok kaptak személyes támogatást (Lenkey, 2018).

### II.2.2. Szolgálati jellegzetességek és a lelkészek jólléte

Az, hogy valaki kisebb településen, várostól távol szolgál, bizonyos szempontból a jóllétet támogatja, más szempontból a jóllétre negatív hatással van. Az egyik talán legtöbbet kutatott és ettől nem független tényező az eredményesség területe. Azokon a kisebb településeken, ahol ma Magyarországon lelkészek szolgálnak, gyakran a

népességszám is csökken, így a gyülekezet lélekszáma természetesen is apad. Ez erősen visszahat a lelkészi szolgálatban megélt elégedettségre. Az elégedettség pedig a mérések szerint szoros összefüggést mutat az általános jólléttel (Mudge, 2021). A lelkészek munkahelyi elégedettségének pedig meghatározó eleme a jelentőségteljeség érzése. Annak a tudása, hogy a lelkipásztor szolgálata, a hivatása, aminek az életét szentelte, érték, és szükség van rá (Lee, 2017). A másik az alapvető biztonság megélése, mind egzisztenciális, mind kapcsolati értelemben. Ezeket még kiegészíti a kognitív, érzelmi és fizikai erőforrások elérhetősége (Stewart-Sicking et al., 2010). Önmagában azonban a lelkipásztor szolgálata folyamán folyamatosan ki van téve egy hektikusan alakuló, fragmentált, nehezen tervezhető életmódnak, ami nehezen rendszerezhető vagy előre tervezhető. Ráadásul soha nincs vége, nehéz befejezettség érzéssel zárni a napot (Kuhne & Donaldson, 1995).

Ezeket az általános jellegzetességeket további tényezők befolyásolják. A kutatások például nagy hangsúlyt fektetnek a lelkészi szerep vizsgálatára. Általánosan elfogadott, hogy a lelkészek feladatköre számtalan elemmel bővült az idők során. Objektíven is nagyon sok feladatkör sorolható fel a lelkészek tevékenységei között. Beck a kutatásában már '97-ben is 23 különböző szerepkört sorol fel. Felhívja a figyelmet a szereptorlódásra (Beck, 1997), ami a református lelkészek szolgálatára is jellemző: a feladatok egy nagy része sorolódik Beck vizsgálatában is az adminisztrációhoz, ami ráadásul egyértelműen erős negatív összefüggést mutat a munkával való elégedettséggel. Davey már három évtizeddel ezelőtt nagyon alaposan körüljárta a lelkészi szerep alapvető stresszkiváltó jellemzőit (1995, p.16-32). Említi a sokszínű szerepek kavalkádját, ami gyakran okozza, hogy egy lelkész azt érzi, bizonyos szerepekben sokat várnak tőle, míg ő maga azt nem sorolja a hivatásához tartozó szerepkörnek, más feladatkörökben, amiben pedig valójában tehetséges, nem számít rá a közösség. Ez gyakran okoz elégedetlenséget a közösségben és a lelkészben egyaránt.

A beszűkült szerepértelmezés is veszélyeztető tényező. Ha egy lelkész a segítő szerepében képes csak magára tekinteni, az a magasabb depressziós szinttel mutat összefüggést (Sager et al., 2022). Ilyen terület még a szerepjátszás, amikor a lelkész meg van győződve, hogy van egy hivatásából adódó szerepköre, ám ebben nem érzi magát otthonosan, így időről időre „szerepjátékra kényszerül”. Ezek mind stresszforrások. Ezt nehezíti, hogy sokszor ezek a szerepek nem is tisztázottak (Kay, 2000). Valódi munkaköri

leírás nincs. Sokkal inkább homályos elvárások az egyházi vezetők, a gyülekezeti vezetők és a gyülekezeti tagok felől. Ráadásul ezek az elvárások sokszor ellentmondanak egymásnak, és még a lelkész saját szerepfelfogásától is különbözhet, ami meg a szerepkonfliktus forrása (Faucett, 2012).

Ezt tovább nehezíti, amikor a gyülekezet is „lelkipásztor-központú”. Mindennek a középpontjában a lelkipásztor áll. Mindenkivel kapcsolatban kell lennie. Az elvárások szintjén mindent irányítani és ellenőriznie kell. A növekedés ebben a felfogásban a lelkipásztoron múlik. Ő határozza meg az irányt. Átlátja, szervezi a programokat. Kontrollálja a gyülekezet költségvetését. Minden igei alkalmon jelen van. Tartja a kapcsolatot a település fontos intézményeivel, embereivel. Gondoskodik a pályázatokról, stb. Ráadásul elég ellentmondásos módon beszámol a gyülekezet vezetőinek a gyülekezet életéről (Székely, 2019).

Ebben az alfejezetben utolsóként említett szempont a pihenőnap, szabadság, a „szombat” megtartásához kapcsolódik. Ez még az egyházi törvény szerint is a lelkipásztor jogköréhez tartozik (Székely, 2019). Ezzel együtt ez egy olyan terület, ami egyszerre szolgálati sajátosság és a személyes jellegzetességekhez is sorolható. Egyértelműek a kutatások eredményei. A lelkipásztor, aki megtartja szabadnapját, aki elegendő szabadságot vesz ki, az a jóllét mutatók terén sokkal jobb eredményekről számol be. Az Egyesült-Államokban Trihub és munkatársai négy nagy protestáns felekezet lelkészeit kérdezték a nekik nyújtott támogatási formákról. Az egyházvezetés, gyülekezetek részéről első helyen a szabadság biztosítását jelölték meg, mint ami a leginkább jó hatást gyakorol rájuk (Trihub et al., 2010). Ugyanakkor az is kiderül, hogy nem minden felekezet képes megoldani a lelkész helyettesítését. A kutatási eredményeink első ismertetésekor számtalan lelkész körben hozták fel ezt, mint kulcsproblémát. Ugyanakkor akár a rendszeres pihenőnap megtartása, akár a szabadságok, nyaralások, feltöltődések megléte erős összefüggést mutat a lelkipásztori jólléttel (Hough et al., 2019), sőt a konkrét fizikai egészség mutatókkal (Terry & Cunnigham, 2019).

### II.2.3. Személyes jellegzetességek és a lelkészek jólléte

A kutatási érdeklődés nem maradt meg a rendszerszintű megfigyeléseknél. Kiterjedt a személyes élettörténet és személyiségi jegyek vizsgálatára. Már a gyermekkorban megélt egyéni történetek befolyásolhatják a lelkészi jóllétet. Azok az amerikai methodista

lelkészek, akik már gyermekkorukban rendszeresen jártak templomba, és gyakorolták a hitüket, jobb spirituális jóllétről, alacsonyabb depresszióról és kiégésről számoltak be (Upenieks, 2023).

Ugyanígy a személyiségbeli különbségek is fontosak lehetnek. Ugyanazon körülmények között az egyik lelkész kiveszi a szabadnapját, míg a másik egy újabb szolgálatot vállal be a lehetséges pihenés helyett. Az a lelkész, aki képes leválasztani saját személyét a szerepéről, az magasabb szinten képes az együttműködésre, és azt kevésbé veszélyezteti a kiégés a munkájában (Beebe, 2007).

Azt, hogy a személyiség és a stresszel való megküzdés között összefüggés van, számtalan vizsgálat igazolja (Brebner, 2001). A személyiségpszichológia fejlődésével együtt felvetődött a kérdés, hogy a lelkészek eltérő személyisége vajon elég erős meghatározó tényező-e a jóllétük szempontjából. Egy korai kutatás rávilágított, hogy Eysenck három fő személyiségdimenziója (extraverzió, neuroticizmus és pszichotizmus) képes magyarázatot adni a jelentős egyéni különbségekre a priorizálás, a szerepkonfliktus és a szolgálattal való elégedetlenség területein (Francis & Rodger, 1994). Különösen azok a lelkészek, akik magas neurotikus és magas pszichotikus értékeket érnek el, mutatják több jelét a szolgálattal való elégedetlenségnek, és nagyobb valószínűséggel gondolkodnak azon, hogy alternatív foglalkoztatási formákat keresnek. Egy 1071 angliai lelkésszel készült kutatásból kiderül, hogy a lelkiesség és a személyiségtípus ugyanolyan erős összefüggést mutat a lelképásztori jóllétet (Francis et al., 2008). Az introvertált típushoz tartozó lelképásztorok nagyobb stressz-szintet értek el, mint extravertált társaik. Francisék korábbi kutatásait megismételve hasonló eredményre jutottak angliai pünkösdi lelkészek esetében is: aki az Eysenck-féle személyiségtipológiában a neurocitásban magasabb pontot ért el, azaz hajlamosabb volt az érzelmi labilitásra, az gyakrabban élt meg szerepkonfliktusokat (Kay, 2000). Ez pedig, mint láttuk, erősen kihat a jóllétre.

Új érdeklődési területté vált a narcisztikus működés vizsgálata a gyülekezeti vezetők körében. A vezetői szerep nem ritkán táplálja a narcisztikus működési módokat. Úgy tűnik, hogy mind erre, mind a grandiozitásra hajlamosabb lelkészek nagyobb rizikónak vannak kitéve a kritikus, kapcsolati kihívásokat érintő helyzetekben (Ruffing, et al., 2020; Thoma, 2023).

További új kutatási irányként jelenik meg az érzelmi intelligencia összefüggéseinek vizsgálata a lelkeszi jólléttel. Bár nyilvánvalóan van valamiféle összefüggés a jólléttel és a házastársi elégedettséggel (Ohakwe, et al., 2020; Emslie, 2021), ám ahogy más területeken, úgy itt is feltételezhető, hogy szükséges a meglévő mérőeszközök alakítása, validálása a lelkeszi populáción, mivel bizonyos kérdésekben nem ugyanazt a mintázatot kapjuk, mint más szakmák esetében (Lin & Wang, 2021).

#### II.2.4 A lelkesz spirituális jólléte

A spiritualitás önmagában fontos területté vált az egészségtudományok számára, hiszen összefüggést mutat a fizikai és lelki egészséggel (Pargament, 1999; Kopp et al., 2004). Ugyanakkor állandó vita tárgyát is képezi, hiszen nagyon nehéz leválasztani a köré rakódó egyéb hatásoktól, mint például az egészségtudatos életmód, a kapcsolati háló, társas támogatás (Idler, 2014). Emiatt nehéz önmagában a vallásosság jelentőségét mérni az egészséggel való összefüggésben. Az ismételt mérések eredményei nem konzisztensek, ami megerősíti azt a feltételezést, hogy az egyéb háttér tényezőkkel való szoros összefüggés miatt önmagában a spiritualitás hatásának mérésére nehéz alkalmas eszközt fejleszteni (Zwingmann et al., 2011). Ezzel együtt a spirituális jóllét, ahogy lentebb részletezem, a lelkipásztorok lelki egészségével is erős összefüggést mutat. Emiatt fontos, speciális terület a lelkipásztorok, gyülekezeti szolgálók spirituális jóllétének meghatározása.

Bár a spirituális jóllét önmagában is vizsgált terület, úgy is megjelenik, mint ami szoros kölcsönhatásban van az általános jólléttel. A legnagyobb dilemma, hogy a meglévő mérőeszközök mit szeretnének és mit képesek mérni (Szabó-Jáki et al., 2025). Már az is fontos különbség, hogy teisztikus vagy humanisztikus spiritualitást mérünk-e: spiritualitást, vallásosságot, vagy vallásgyakorlást. Hiszen míg a hit konkrét gyakorlása fontos része a vallásosságnak, addig a spiritualitás inkább egy belső meggyőződés a kutatók megközelítésében (De Jager Meezenbroek et al., 2010). Sokszor leginkább az élet céljának, jelentőségteljességének és a vigasztalóerőnek általános érzését ragadják meg ezek a kérdőívek. A munkatársainkkal mi magunk is keresünk olyan mérőeszközöket, amik képesek lehetnek lelkeszek között is jól mérni a spiritualitás változását, és ennek hatását a jóllétre (Szabó-Jáki et al., 2025). A spiritualitás, vallásosság, hitgyakorlás tekintetében külön módszertani kérdéseket vet fel a főállásban a hitbeli meggyőződésének élő emberek, mint például a lelkeszek vizsgálata. Rudolph és Barnard (2023)

fókusz csoportos vizsgálatában például a spirituális jóllét legfontosabb tényezőiként az elhíváshoz való kapcsolódást, a tanítványság-megélést, a szolgálat különféle szakaszaihoz és kihívásaihoz való kapcsolódás minőségét és az etikus, megbízható működést nevezték meg. Proeschold-Bell és munkatársai (2014) fejlesztettek is egy kérdőívet lelkészek számára, és bár tisztában vannak a limitációkkal, két faktor különválását látják saját mérőeszközükön. Az egyik Isten jelenlétének, erejének érzékelését méri a mindennapokban, míg a másik ugyanezt a szolgálatban. Az bizonyos, hogy 895 amerikai metodista lelkész között végzett kutatásból kiderül, hogy a spirituális jóllét megélése védő hatással bír a depresszióval szemben, még abban az esetben is, amikor a társas támogatás hatását kontroll alatt tartották a kutatók (Milstein et al., 2020).

Önmagában már az elérhető lelkeségi segédanyagok is támogatólag hatnak a lelkészek jóllétére (Bickerton et al., 2015). Persze egy kölcsönös hatás figyelhető meg. 1261 amerikai metodista lelkész esetében kimutatható volt, hogy az istenkapcsolatban való küzdelem mértéke nagyobb volt azon lelkészek körében, akik a legmagasabb pontszámot érték el a depresszió és kiégés mutatókban (Upenieks & Eagle, 2023). Mindeközben Rogers (2022) 218 színesbőrű, többféle felekezetben szolgáló lelképásztossal végzett kutatása szignifikáns összefüggést talált az ingerlékenység, stresszes helyzetek megoldása és a hétköznapi spirituális jóllétük között. Ugyannakkor az étellel való elégedettség területén hasonló összefüggés nem mutatkozott.

#### II.2.5 A reziliencia és megküzdés szerepe a lelkészek jóllétében

A fizikai- és lelkiegészség-mutatók mögött számtalan befolyásoló tényező van a lelképásztorok életében, akár szociodemográfiai, akár rendszerszintű, akár egyéni vonatkozásokban. Ugyannakkor azt látjuk, hogy egy lelkésznek bár meghatározott a neme, életkora, felekezeti hovatartozása, származási családja, szolgálati területe vagy egyéb fent ismertetett mutatói, ezek önmagukban még nem determinálják a jóllét állapotát. Sokkal inkább egymással összefüggő tényező kölcsönhatását érdemes számbavennünk. A meglévő, aktuális adottságként kezelhető feltételeket nagyban befolyásolja három meghatározó tényező, amit a saját, lelkészeket támogató rendszerünkben így határoztunk meg. 1, Mit tesz magáért a lelképásztor? 2, Mit tesznek egymásért a lelképásztorok? 3, Mit tesz a lelképásztoraiért az egyház? Összefoglalóan tehát úgy fogalmazhatnánk, hogy belső és külső, valóságosan mozgósított erőforrások képesek csökkenteni a fizikai és lelki

egészségre, illetve a jóllétre gyakorolt negatív hatásokat. Ez az egyéni és közösségi erőforrás növeli a rezilienciát.

A reziliencia hétköznapi emberi alkalmazkodási folyamat, nem pedig szokatlan jelenség, amelyet csak néhány kiválasztott tapasztal. A definíciók két eltérő irányzata jellemzi ennek az összetett fogalomnak a tartalmi kibontását. Az egyik irány elsősorban személyiségvonásként vagy több személyiségvonás konstruktumaként tekint a rezilienciára. A másik irány inkább úgy, mint egy válaszkészség egy folyamatban, aminek része a személyes, interperszonális és kontextuális védőmechanizmusok aktivizálódása az általános vagy különleges megpróbáltatásokkal szemben (Smith-Osborne & Bolton, 2013). A hosszú évtizedek kutatási tevékenysége, ami elsősorban a maladaptív megküzdésre, pszichopatológias jelekre, betegségekre fókuszált, a 2000-es évek elején fordulatot vett. A legtöbb kutató a pozitív pszichológia (Seligman & Csíkszentmihályi, 2000) felől kezdte vizsgálni a lelkipásztorok jóllétét. Sokkal inkább előtérbe kerültek azok az egészséges működések, támogató tényezők, amik megőrzik a lelkipásztorok jóllétét, és segítik, hogy kiteljesedhessenek hivatásukban. Ennek a megközelítésnek egyik lelkes népszerűsítői Meek és kollégái (2003). Ők is az általunk megfogalmazott három területen kérdezték a lelkipásztorokat, egyéni, közösségi és szervezeti szinten keresve az erőforrásokat. Két meghatározó elvet találtak, ami a lelkeszi reziliencia kulcsa lehet. Az egyik a tudatos egyensúly: mivel a lelkipásztori napi munka soha nem ér véget, mindig lehetne újabb és újabb feladatot elvégezni egy napon belül, szükséges egyfajta ritmus és egyensúly megtalálása. Ez egyrészt érinti a másokkal való törődés mellett az elegendő öngondoskodást. Ennek talán egyik legfontosabb eleme az egészségtudatos életmód, aminek nagy jelentősége van a reziliencia növelésében (Case et al., 2019). De az önkondoskodás a lelkészek esetében jelenti még az önkontrollt, önálló tervezést, ennek tanulását (Conolly, 2023. p.3.). Másik nagyon fontos terület, amit a lelkészeknek el kell sajátítani az egyensúly elérése érdekében, az a határok kijelölése a magánélet és szolgálat, illetve a családi élet és szolgálat között egyaránt. Ennek a következetes kijelölése, de a hiánya is összefüggést mutat a lelki egészséggel (Case et al., 2019). Ugyanez a kutatás kiemeli még azt a különleges egyensúlyt, amit egy lelkész egyszer így fogalmazott meg a számomra: „Nem én végzem Isten munkáját, hanem részt veszek benne.” Tehát jól érteni az eredeti elhívást, és kapcsolódni ahhoz annak nagyszerűségével, és határaival együtt. Terry és Cunningham (2021) ezek mellett említi

még az egyensúly keresésében és reziliencia növelésében a tudatos priorizálást, a rendszeres mozgást, az egyéni kikapcsolódást és a hobbira fordított idő gyakorlatát. Jellegzetes és könnyen mérhető mutatója ennek a munka-magánélet egyensúly és a szabadnapok megtartása. Sok lelkész számol be arról, hogy nem jelöl ki a maga számára heti pihenőnapot, ami hosszútávon rosszul hat a jóllétre (Gildner, 2018)

Az új eredményeknek köszönhetően megszorodtak azok a preventív, támogató programok, amik a lelkipásztorok lelki egészségének megőrzését, a hivatásukban való támogatást tűzték ki célul. Egyrészt olyan képzések, amik ismeretek átadása útján segítik, hogy a lelkészek megismerhessék, megérthessék a hivatásuk speciális kihívásait, amire talán a szolgálat közben nem figyelnek fel. Másrészt olyan programok, amik az öngondoskodás és házasság ápolásával kapcsolatos módszereket, eszközöket kínálnak (Abernethy et al., 2016), vagy tanulhatják a szolgálattal járó speciális helyzetek, mint például a krízisintervenció optimális kezelését a hivatásukban (Noulett et al., 2018). Vannak, akik igyekeznek tanítani a lelkészeknek a támogatás igénybevételének módjait, lehetőségét, kultúráját (Clarke et al., 2022b), vagy az önmagukra figyelés, a magukhoz való kapcsolódás gyógyító lehetőségeit (Davis, 2010). Végül az egyik talán leginkább idetartozó terület a spirituális reziliencia növelése, ami a szerető Istenhez való kapcsolódáshoz ad gyakorlati szempontokat (Wicks, 2015). Az egészséges spirituális rezilienciának egyik gyümölcse a pozitív vallásos megküzdés a nehéz helyzetekben. 1260 presbiteriánus lelkész, 823 gyülekezeti vezető és 735 gyülekezeti tag bevonásával készült kutatás kimutatta, hogy a lelkészek a többiekhez képest inkább képesek a pozitív spirituális megküzdésre, mint a gyülekezet laikus vezetői vagy a tagok. Ugyanakkor viszont azok esetében, akik lelkipásztorként inkább a negatív megküzdésre képesek, a pozitív megküzdési készség hiánya erősebb összefüggést mutat a lelki egészségükkel, mint egy átlag gyülekezeti tagnak vagy vezetőnek (Pargäment et al., 2001).

### II.3. A lelkészek egészségi állapota

A lelkipásztorok fizikai és lelki egészsége egyre inkább kutatott terület. Az utóbbi két évtizedben mind az érintett lelkipásztorok, mind az egyházvezetés, mind a tudományos kutatók körében megnövekedett az érdeklődés a téma iránt. Világszerte, Európában és egyidejűleg Magyarországon is folyamatos társadalmi változások zajlanak. Gondolok itt az urbanizációra, az öregedő társadalomra, az online világ térhódítására, a mobilitás növekedésére, a házasságkötések idősebb korra való kitolódására és a reprodukciós ráta

csökkenésére. Mindezek érzékenyen érintik a különböző társadalmi alrendszereket és csoportokat, beleértve a családokat, egyházakat és kisebb közösségeket is. E három alrendszer metszetében van a református lelkész (Járay, 2023a).

Nemzetközi kutatások egyre inkább alátámasztják, hogy a lelkészek, fizikai és lelki egészségük alapján egyaránt, veszélyeztetett foglalkoztatási csoportnak tekinthetők és krízisben vannak (Járay, 2023b). Proeschold-Bell és kollégái több tanulmányban is foglalkoznak a témával. Legalaposabban egy könyvben foglalják össze tapasztalataikat (Proeschold-Bell & Byassee, 2018). Amellett érvelnek, hogy a lelképásztorok általánosságban rosszabb fizikai és lelki állapotban vannak, mint a hasonló szociodemográfiai mutatókkal rendelkező polgártársaik. Ugyanakkor David Eagle és kutatócsoportja, akik szintén több évtizede folytatnak kutatásokat a témában, publikációjukban amellett érvelnek, hogy tovább már nem tartható az a narratíva, miszerint a lelkészek rosszabb egészségi állapotban lennének (Holleman & Eagle, 2023).

A többi segítő foglalkozáshoz képest is nehéz pontos képet kapnunk a lelkészek általános állapotáról. Ritka az olyan kutatás, ami egyszerre végez adatfelvételt a segítő szakmák több csoportjában. Sokkal inkább lehetséges a közel azonos időben, azonos mérőeszközökkel azonos országban, területen végzett minták összehasonlítása. A létező kevés összehasonlító elemzés fókuszában a kiegészítés áll, például a tanárok, szociális munkások, lelkészek és rendvédelmi dolgozók összehasonlításban. A kiegészítés okaként beazonosított három fő tényező közül (érzelmi kimerültség, deperszonalizáció, személyes hatékonyság) a lelkészek a többi vizsgált foglalkozási csoporthoz képest a deperszonalizáció területén mutattak rosszabb eredményt (Adams et al., 2016). Ezek az összehasonlító elemzések komoly eltérést mutathatnak egymáshoz képest, attól függően például, hogy egy-egy szakmának milyen a társadalmi, anyagi megbecsültsége az adott országban.

Összességében tehát elmondható, hogy míg az összehasonlítások sok buktatót rejtnek, önmagában a lelkészek fizikai és lelki egészségének kutatása fontos, mert a lelképásztori szolgálat ellátásához elengedhetetlen a jó fizikai és lelki állapot. Nem véletlen, hogy míg 1981 és 2006 között kilenc amerikai kutatás eredményeit publikálták a témában, addig ez a szám 2006 és 2022 között negyven fölé emelkedett. A téma iránti érdeklődés tehát nő

(Hollemann & Eagle, 2023), részint mert a lelkészek rossz fizikai és lelki állapotának következményei is vannak, ami szintén sok kutatás alapjául szolgál. Gondolhatunk itt például a családra vagy a pásztorolt közösségre gyakorolt hatásra (Lehr, 2006).

### II.3.1 A lelkészek fizikai egészsége

A kutatások több valós rizikótényezőt azonosítottak a lelkészek fizikai egészségét illetően. Az 1990-es évekig sok olyan kutatási eredményt publikáltak, amik többnyire a lelkészek jó egészségi állapotát, kedvező mortalitási adatait mutatták a társadalmon belül. Ezt leginkább azzal magyarázták, hogy az egészségre káros szokások (alkoholfogyasztás, kábítószer, dohányzás, promiszkuitás) kevésbé jellemzik ezt a közeget. Ezután azonban mortalitás tekintetében is kedvezőtlen változás állt be (Flannely et al., 2002). Egyre több olyan tanulmány jelent meg, ami romló tendenciát jelez. Önmagában a lelkészi munka hordoz magában sok, a fentiekben említett olyan stresszforrást, ami kapcsolatba hozható magas vérnyomással, cukorbetegséggel (Webb & Chase, 2019).

A fizikai egészség kapcsán az egyik legkönnyebben kutatható, de mégis sok egészségi mutatót befolyásoló tényező a túlsúly. Ez a mutató még Eagle-ék mintájában is eltérést mutatott a hasonló szociodemográfiai mutatókkal rendelkező lakossághoz képest (Hollemann & Eagle, 2023). A magyar társadalomban is növekszik az elhízottak aránya, és az éritettek számára ez komoly egészségügyi kockázatot jelent, főleg a metabolikus megbetegedések tekintetében (Rurik et al., 2016). A kutatások magasra teszik a lelkészek között az elhízottak arányát. Míg egyes kutatások adatai szerint a lelkészeknek közel 40%-a küzd elhízással (Proeschold-Bell & LeGrand, 2010), addig van, ahol ez az arány a 77%-ot is eléri (Lindholm, 2016). Ráadásul ez összefüggésbe hozható egyéb megbetegedésekkel. Ilyen a már említett metabolikus szindróma, ami szintén jellemző a lelképásztorok között (Smith et al., 2017).

Ezeknek a betegségeknek nagy része összefüggésbe hozható a lelkészek lelkiállapotával. Sokszor az egyéni életmód nagyon meghatározó oka a betegségnek. Nem véletlen, hogy egyre több egészségvédő program születik a lelkészek támogatására (Harmon et al., 2021; Yao et al., 2023). Bár erről a dolgotat további fejezeteiben még részletesebben szó lesz, fontos már itt megjegyezni, hogy ezeket az egészségmutatókat komolyan befolyásolják a lelkészi hivatáshoz kapcsolódó vélt elvárások, az ennek való megfelelés, illetve az öngondoskodás és reziliencia növelése (Terry & Cunningham, 2019). A legtöbb fizikai

egészség mutatót a magas stressz-szinthez kapcsolják a tanulmányok, ezért érdemes áttekinteni a lelki egészség területén összegezhető eredményeket.

### II.3.2 A lelkészek lelki egészsége

Sok tanulmány foglalkozik a lelkészi hivatás kihívásaival és a vele járó stresszel. A lelképásztor stresszes életmódja lelki problémák forrásává is válik. Következményei között ott van a krónikus stressz, valamint a szorongás és a depresszió (Webb & Chase, 2019). Ezt tovább elemezve kutatják a lehetséges stresszorokat, amiből csak párat említtek. Ilyen például a szerepből adódó stressz (Clarke et al., 2022b), az attitűdből adódó stressz, mint például a perfekcionizmus, idealizmus, esetenként a nárcisztikus működés (Grosch & Olsen, 2000). Nagyon jellegzetes, régóta kutatott terület a személyes vagy családi határok felállításával kapcsolatos küzdelem és az ebből adódó folyamatos konfliktusok (Hill & Raimondi, 2003). A lelkészek között végzett stresszkutatásokban mért magas stressz-szintet sokszor kapcsolatba hozzák lelki betegségekkel.

A lelki egészséget leginkább az érzelmi zavarok, szorongás, depresszió és kiégés mutatóival vizsgálják a lelkészek esetében. Trihub és munkatársai (2010) több felekezetet is megvizsgálva azt figyelték meg, hogy a lelkészek 73%-a számol be érzelmi zavarokról, 46%-a szorongásos tünetekről, míg 43%-a depresszióról. Egy longitudinális vizsgálat kimutatta, hogy a munkahelyi kiégés és a későbbi antidepresszáns-szedés között összefüggés volt (Leiter et al., 2013). A Barna Group 2022-es statisztikája szerint<sup>3</sup> a lelkészek 46%-a küzdött depresszióval, miközben továbbra is végezte lelkészi szolgálatát. A kritikus, elégedetlen gyülekezeti tagok és társas támogatás alacsony szintje szorosan korrelál a lelkészek depressziójával és szorongásával (Preoschold-Bell et al., 2015).

A WHO definíció alapján a fizikai és lelki egészség mellett a harmadik fontos tényező a társas jóllét. Meek és munkatársainak (2003) fontos felismerése, hogy a reziliencia fenntartásának, erősítésének, a lelkészi jóllétnek fontos része a tudatos kapcsolódás. Ennek véleményem szerint annyira hangsúlyos szerepe van, hogy a saját kutatási modellemben ez kerül a középpontba. Érdeemes áttekinteni, hogy az eddigi eredmények alapján mit tudhatunk erről a területről.

---

<sup>3</sup> Barna Group: The state of pastors Volume 2. <https://www.barna.com/stateofpastors/>

## II.4. A magány és társas támogatás általános meghatározása

A társas kapcsolatok azoknak a területeknek az összefoglaló megnevezése, ami az ember készségével, lehetőségeivel, érzékelésével összekapcsolva próbálja leírni a más emberekkel való személyes kapcsolódását. Jelen dolgozatban elsősorban a kapcsolati hálóval, annak mennyiségi és minőségi mutatóival foglalkozom. Amikor a lelkipásztorok lelki egészségét meghatározó emberi kapcsolatrendszerrel próbáljuk feltérképezni, akkor két irányból lehet közelíteni. Az egyik, amikor az egyértelmű hiányt artikuláljuk. Ehhez kapcsolódik a lelkipásztori magány, izoláció. A másik, amikor a kapcsolatokban rejlő potenciált térképezzük fel. Ide tartozik a társas támogatás fogalma.

Ahhoz, hogy a kutatási fókuszunk érthető legyen, pár alapfogalmat érdemes tisztázni. Elsőként a magány, egyedüllét és izoláció finom különbségeit. A magányt korunk egyik legelterjedtebb járványaként, egészséget érintő rizikótényezőként tartjuk számon (Hawkey, 2022). A pszichológiai megközelítésben szubjektív élményként, érzésként írjuk le. Peplau és Perlman meghatározásában a magányosság azt a különbséget ragadja meg, ami az egyén vágyott és tényleges társas kapcsolódásai között van (1982). Ennek megfelelően valójában nem a tényleges kapcsolati háló, a rendelkezésre álló kapcsolatok megléte határozza meg, sokkal inkább ezeknek az egyéni megélése, értékelése. Így lehetséges magányossá válni családban vagy akár barátokkal körülvéve (Cacioppo & Cacioppo, 2013). Tehát a magány megélése nem feltételezi az egyedüllétet, és természetesen az egyedüllét nem feltételezi a magány érzését. Ezért fontos a szubjektív megélés. A magányt mérő kérdőívek azonban az általános érzést további alkategóriákra bontják. Az egyik leggyakrabban használt magányt mérő kérdőív például három faktort különít el (McWhirter, 1990): 1. az érzelmileg közel lévő emberek jelenléte; 2. az általánosabb társas kapcsolatok jelenléte; 3. a környezet befogadó jellege. Ebből a háromból is látszik, hogy egyszerre lehet számokban és minőségekben gondolkoznunk. Ennek egy speciális formája az izoláció, mikor az egyén akár intraperszonális (pl.: hordozott titok vagy elidegenedtség), akár interperszonális okokból (pl.: nagyon különböző a környező közeg) nem képes kapcsolódni. Talán úgy foglalthatnánk össze, hogy az egyedüllét az a helyzet, állapot, amikor az egyén nem kapcsolódik. A magány az, amikor nem tudja megélni a kapcsolódást. Az izoláció az, amikor szeretne, de nem tud kapcsolódni. Hamvas Béla azt írja (1987, p.19): „A magányban érzi az ember teljesen, hogy a belül élt élet terméketlen: sorsa a világban van. (...) Az ember sorsa a világ, a

környezet, elsősorban a közösség.” Tehát ha a magányt és egyedüllétet különválaszthatjuk is, a magány pszichológiai értelmezése nehezen elválasztható a szociológiai értelmezéstől.

Ha a szociológiai értelmezés felől közelítünk, akkor azt leginkább a társas integráció és a társas támogatás mérései képesek feltárni. Már a 70-es évek vége óta kvantitatív és kvalitatív eszközökkel egyaránt vizsgálják a társas integrációt, az emberek közötti kapcsolatok hálózatát és az abban rejlő erőforrásokat. A kutatások az eltelt időben egyre összetettebb kérdésekre keresik a választ. Egyrészt lehet vizsgálni a személyes és a rendszer szintű kapcsolati hálózatot, a hálózat méretét, az érintkezések gyakoriságát és a kapcsolatok jellegét egyaránt. A magkapcsolatok számát, illetve annak uniplex-multiplex jellegét (Kmetty és Koltai, 2015). Magkapcsolatnak számítanak a legszorosabb fontos kapcsolataink. Uniplex kapcsolatban egy, míg multiplex kapcsolatban több szerepben is van a másik. Lelkészeknél gyakori a sok uniplex kapcsolat.

A kapcsolathálózat homofiliája és heterofiliája is befolyásolja a kapcsolathálózat erőforrás jellegét (McPherson et al., 2001). A homofil kapcsolati háló jellemzője, hogy nagyon hasonló emberek alkotják, míg a heterofil hálózatban nagyon különböző emberek vannak jelen. Ez tehát a támogató háló diverzifikáltságáról nyújt információt. A kapcsolathálózat szempontjain túl azonban további kérdés, hogy milyen jellegű és mértékű támogatást feltételezhetünk a fenti mutatók alapján. Hiszen önmagában egy nagyméretű, sűrű hálózat is lehet támogató helyett romboló hatású például az egészségre nézve (Helgeson & Gottlieb, 2000). Itt válik fontossá a társas támogatás meghatározása, ami egyrészt az egyén észlelése felől is meghatározható: annak a feltételezése, megélése, hogy az embert szeretik, gondot viselnek rá, megbecsülik, értékelik, hogy egy olyan társas hálózat tagja, ami kölcsönös elköteleződésen és támogatáson alapul (Wills, 1991). Másrészt a kapcsolatok minősége és támogató jellege felől is meghatározzák. Gottlieb (1983, p. 28-29) ez alapján inkább így fogalmaz: „szóbeli és/vagy nem szóbeli információ vagy tanács, kézzelfogható segítség vagy cselekvés, amelyet közeli társak nyújtanak, vagy amelyre a jelenlétükből következtetni lehet, és amely jótékony érzelmi vagy a viselkedésre gyakorolt hatással van a befogadóra.” A két definíció bár összecseng, rögtön két megközelítést ajánl fel. Több definíció együttesen adja ki azt a komplex fogalmat, amit társas támogatásként használunk (Albert & Dávid, 2011).

Jelentősége van annak, hogy az adott támogatás kitől érkezik: házastárstól, barától, munkatárstól, szakembertől vagy épp egy idegentől. A támogatás hatását, érzékelését befolyásolhatja a kapcsolat jellege, funkciója (House & Kahn, 1985). Kahn és Antonucci (1980) a támogatás három fontos dimenzióját különít el: az érzelmi, kognitív és instrumentális dimenziókat. Ezt később mások aztán további kategóriákkal bővítették. Levinger és Huesmann (1980) megkülönböztette a támogatásnak a konkrét cselekvésben megnyilvánuló előnyeit és az önmagából a kapcsolatból származó előnyöket. Talán számunkra a legizgalmasabb Wills (1991) kiegészítése, aki a „státusz-támogatást” tette hozzá a meglévő háromhoz. Véleménye szerint ilyen státusz-támogatás önmagában a házasság, hiszen a házas ember azáltal, hogy van házastársa, arról tesz tanúságot, hogy képes az elköteleződésre, van, aki bíz benne annyira, hogy az életét összekösse vele. Az, hogy adott esetben egy házastárs ténylegesen támogató kapcsolatot nyújt, az már a társas támogatás cselekvésben megnyilvánuló előnye. A számtalan projekció miatt a lelkipásztorok esetében számolnunk kell a státusz-támogatás jelentőségével.

Másrészt fontos szempont, hogy a valós támogatáshoz képest milyen támogatást érzékel maga körül az egyén (Lakey és Scoboria, 2005), hiszen annak az egészségmegőrzés és étellel való elégedettség szempontjából nagyobb jelentősége van, mint a valós támogatásnak (Prati & Pietrantonio, 2010). Mindezt pedig tovább differenciálja számtalan tényező, mint például a reciprocitás. Annak a kérdése, hogy egy adott támogatás vajon kölcsönös-e. Hogyan hat, amikor ad valaki, és hogyan, amikor kap? Másrészt a támogatás nyújtása közbeni interakció jellege is lényeges (Pearlin, 1985). Nagyon nem mindegy, hogy egy orvos hogyan tájékoztatja betegét a számára elérhető kezelésekről. Ugyanígy jellemző lehet a támogatás generációkon átívelő jellege (Boszormenyi-Nagy, 1986), amivel a családterápiában a kontextuális terápia megközelítésben találkozhatunk.

Mindezek miatt Pearlin (1985) arra hívja fel a figyelmet, hogy a társas támogatás mérésének megvan a jelentősége, de tisztában kell lennünk a korlátaival. Láthatjuk, hogy inkább egy összetett kutatási területről beszélhetünk, semmint egy jól meghatározható mutatóról. Bár a legtöbben igyekeznek pontosan definiálni a fogalmakat, ez egy multidiszciplináris együttműködést igényel. Újra és újra, kutatási kérdéstől függően szükséges meghatározni a társas integráltság és társas támogatás intrapszichés és interperszonális változóit, aminek a várható eredmény szempontjából jelentőséget tulajdonítanak a kutatók. Minden kihívással együtt számtalan kutatás bizonyítja, hogy

érdemes vizsgálni ezt a területet, hiszen az egészséggel való összefüggése mára megkérdőjelezhetlenné vált.

#### II.4.1 A társas kapcsolatok hatása az egészségre

A társas kapcsolódás az emberi természet alapvető működési szükséglete. A szervezetünk az első perctől, már a fogantatásnál a kapcsolódáson alapul. Két sejt találkozása. Az embrió beágyazódása egy testbe. A kezdetektől fogva sejt szinten az táplálja bennünk az életet, hogy kapcsolatban vagyunk. Nem csoda, hogy a társas támogatás megléte vagy hiánya és a fizikai, illetve lelki egészség között összefüggés van (Hefner és Eisenberg, 2009; Kovács és Pikó, 2007).

Kétféle modellben gondolkoznak a kutatók a társas kapcsolatok és egészség közti összefüggésben. Egyik a stresszcsökkentő modell (Cohen & Wills, 1985), más néven puffer modell. Ez elsősorban a stresszhelyzettel való megküzdés szempontjai alapján vizsgálja a társas támogatás egészségvédő hatását. A másik a főhatás modell (Berkman & Glass, 2000). Ez a modell stressztől függetlenül a társas kapcsolatokat az egészségmagatartást és érzelmi szabályozást befolyásoló tényezőként tartja számon.

A magányosság számos rossz fizikai és mentális egészségi állapot esetén kockázati tényezőként jelenik meg. Mentálisan a gyorsabb kognitív hanyatlás, fokozott negativitás és depresszió, a társadalmi kihívásokkal szemben megnövekedett bizalmatlanság, csökkent megküzdés, szélsőséges esetben önpusztító működés megjelenésének forrása lehet (Cacioppo & Hawkley, 2009). Egy közelmúltban készült tanulmányban 90 kutatás eredményét összegezték. Megállapítható, hogy az átlagnépességben mind a társadalmi elszigetelődés, mind a magányosság szignifikánsan összefüggött a halálozás megnövekedett kockázatával. Igaz ez a rákos és a szív- és érrendszeri megbetegedések esetén is. A társadalmi elszigetelődés még a mintán belül is kiugróan magas összefüggést mutatott a mell-daganatos megbetegedésekkel (Wang et al. 2023). Gyógyult betegeknél pedig a magány magasabb fájdalom szinttel, gyengébb immunműködéssel és a depresszív időszakok gyakoriságának megnövekedésével függött össze (Hughes et al., 2014). Ezek az összefüggések annyira egyértelműek, hogy a kutatók figyelme elkezdett egyre inkább a magányosság, izoláció okai felé fordulni. Megfigyelésük szerint ugyanis számtalan olyan háttértényező van, aminek befolyásolása csökkentheti a magányosságra való hajlamot vagy az izoláció bekövetkeztét (Umberson & Donnelly, 2023).

Nem meglepő módon a társas támogatás vizsgálata is hasonló összefüggésekre világít rá. Kétféle kutatási irányt különböztethetünk meg. Egyik a társas integráció, ami inkább a kapcsolatok számával, sűrűségével, érintkezések gyakoriságával írható le. A másik a társas támogatás, ami inkább a segítségnyújtással és annak jellegzetességeivel jellemezhető. Több kutatás is alátámasztja, hogy a magasabb társas támogatottságú embereknél időskorban, illetve súlyos betegség esetén az életben maradási és túlélési esély 50%-kal nagyobb (Heffner et al., 2011; Holt-Lunstad et al., 2010), illetve a különféle szív- és érrendszeri megbetegedések rizikója jóval alacsonyabb (Lett et al., 2005; Tay et al., 2013). A társas támogatás hiányával pedig összefüggésbe hozható az elhízás, magas vérnyomás, cukorbetegség, illetve a szorongás és a depresszió is (DeJoy et al., 2008; Sacco & Yanover, 2006). A stressz, mint sok fizikai és pszichikai megbetegedés forrása szintén összefüggésbe hozható a társas kapcsolódás meglétével, esetleg hiányával (Cobb, 1976). Nem véletlen, hogy a társas támogatás alacsony szintje növeli a magas vérnyomás kialakulásának a rizikóját, ami gyakori stressztünet. Ugyanezt figyelték meg a magas pulzusszámnál (Creaven et al., 2012).

A támogatás jelenlétének, mértékének a gyógyulás folyamatában is fontos szerepe van, növeli a gyógyulás esélyét. Különösen fontos az empátikus érzelmi támogatást nyújtó kapcsolat. Ezek növelik a betegekben az önbecsülést és a gyógyulásra való készséget, szándékot (Balog & Dégi, 2005; Brummet et al., 2005). A betegek hozzátartozói számára is fontos ez a támogatás. A súlyos betegeket ápoló hozzátartozók életében is stresszcsökkentő hatása van, és segít a megküzdésben (Ben-Ari & Lavee, 2005). Mindemellett a prevencióban, a stressz megelőzésében és a pozitív érzelmi élet kialakításában is nagy szerepe van (Gleason & Iida, 2008; Trull & Phares, 2004). Mindezeket együttvéve az étellel való elégedettség szempontjából is meghatározó (Utasi, 2006).

Összefoglalóan elmondható, hogy mind a stresszcsökkentő modell, mind a főhatás modell tekintetében a társas kapcsolatoknak és a belőlük származó materiális és érzelmi támogatásnak egyaránt hatása van az egészségi állapotra (Ocsovszky és mtsai, 2020). Míg maga a kölcsönhatás nyilvánvaló, az továbbra is kérdés, hogy valójában mi hat az egészségre. A társas kapcsolódás mely elemei és milyen minőséggel vannak hatással ezen a téren?

## II.4.2 A lelkipásztorok társas kapcsolatainak általános jellegzetességei

Mielőtt rátérnénk a konkrét kapcsolatokra, úgy mint család, gyülekezet, kollégák stb., fontos áttekintenünk azokat az összefüggéseket, amik ezektől függetlenül általánosságban befolyásolják a lelkész kapcsolati hálójának alakulását.

Az első szembetűnő jelenség, ami társadalmi, de kis közösség szintjén is befolyásoló tényező, az a szerepváltozás. Ez az, ami a lelkészek helyzetét és kapcsolódásaikat az utóbbi évtizedekben meghatározóan befolyásolta (Faucett et al., 2013). A lelkészi szakma megítélése Magyarországon 30 év alatt nagyon sokat romlott a KSH kutatásai alapján<sup>4</sup>. Míg a legmagasabb presztízsű szakmák között 1988-ban a 6. helyen volt a pap, addig 2016-ra már csak a 65. helyen szerepelt. A tapasztalatok alapján ugyan kisebb és nagyobb településeken a lelkipásztoroknak egyaránt magas a társadalmi integrációjuk az átlagemberekhez képest, ami elsősorban abban nyilvánul meg, hogy a társadalom szélesebb rétegével kerülnek kapcsolatba a munkájuk során, ugyanakkor ezek a kapcsolódások a társas támogatás szintjén gyakran nem realizálódnak. Ráadásul mivel nem ugyanazt a státuszt jelenti ma a lelkészség, mint akár harminc éve, ezért a státusztámogatás sem ugyanúgy érvényesül, mint korábban.

Ugyanígy társadalmi vonatkozású az a jelenség, hogy gyakran a magasan képzett fiatal lelkész olyan vidéki szolgálati helyen találja magát, ahol idősödő településen, kihaló gyülekezetben kell szolgálnia (Brewster, 2012; Scott & Lovell, 2015). Sokszor olyan településen, ahová önszántából nem költözne sem az egyedülálló, sem a családostól lelkipásztor, hiszen nem tudja sem a maga, sem a szerettei számára biztosítani azt a társadalmi környezetet, amire egyébként igényük lenne. A nagyon más szociokulturális háttérrel rendelkező közösségekben könnyen találja magát egyedül, elszigetelődve.

A lelkipásztori hivatás eleve gyakran jár együtt költözéssel. Az esetek nagy százalékában a lelkipásztor nem ott szolgál, ahol felnőtt, ahol fiatalkori kapcsolatai vannak. Ráadásul gyakoribb az, hogy valaki a munkája miatt új helyre, településre, akár országrészbe kerül. Ez a gyakori költözés és a származási helyről való elmozdulás a már kiépült kapcsolati háló meggyengülését – szélsőséges helyzetben teljes felszámolódását – eredményezheti. Általában a szűk családjával költözik a lelkész, de az addig kiépült baráti kapcsolatai megszakadnak, miközben a kutatások alapján az utóbbi évtizedekben a fontos

<sup>4</sup> [https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus\\_2016\\_13.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_13.pdf)

kapcsolatok szempontjából a baráti kapcsolatok egyre nagyobb jelentőséggel bírnak (Albert & Dávid, 2018). Ez a helyzet könnyen elszigetelődést hozhat a lelkipásztor és családja számára (Muskett and Village, 2016). Ennél még drámaibb, akár traumatizáló, ha ez a költözés az egyházszervezet működéséből adódó és kötelező jellegű (Tanner et al., 2012).

Másik fontos tényező a munka-magánélet egyensúlytalansága, ami gyakran jellemzi a lelkipásztorokat. Az a lelkész, aki a mindennapi gyülekezeti munka mellett templomfelújításban és hittanórák tartásában is szerepet kell, hogy vállaljon, képtelen elegendő szabadidőt teremteni a minőségi támogató kapcsolatok fenntartásához. Ez viszont a támogató kapcsolatok leépülését, a reziliencia gyengülését és a megbetegedés veszélyét erősíti (Amankwa, 2023).

Nagy ugyanakkor a kísértés, hogy a lelkipásztorok ne észleljék az ide vezető jeleket. Ugyanis munkájuk közben gyakran megélik a támogatói szerepükben a társas kapcsolódás örömeit és erejét (Piferi & Lawler, 2006), ugyanakkor kevésbé számíthatnak a kölcsönös támogatásra, aminek pedig nagy jelentősége lenne. Egy nagy mintás kutatás megerősítette, hogy a halálozási mutatók alapján azok az emberek vannak a legkedvezőbb helyzetben, akik hasonló mértékben képesek támogatást adni és elfogadni. Akik inkább csak adnak, vagy inkább csak elfogadnak, azok a magasabb kockázatú csoportba tartoznak (Chen et al., 2021). A lelkipásztorok elsősorban adni akarnak, és sokszor vonakodnak a támogatást elfogadni. McMin (2005) kutatási eredményei szerint a lelkipásztorok 69%-a az intraperszonális megküzdést választja, és nem kér másoktól segítséget.

Végül pedig meg kell említenünk ismét a spiritualitás témakörét. Az „Isten szolgája” identitás túlzott kihangsúlyozása alapvető emberi szükségletek elhanyagolásához vezethet, és gyakran hosszútávú problémák forrásává válik. Hangsúlyosabbá válik az „Isten gyermeke” identitásnál, így a spirituális erőforrás számonkérő kapcsolattá alakul át. Ennek az egyensúly-eltolódásnak a káros hatásai fizikai, mentális, lelki, társas és spirituális téren egyaránt jelentkezhetnek. Az Isten szolgája mítosz azonban a komplex értelmezés helyett újra és újra az Isten-kapcsolat felől keresi a problémák forrását és megoldását egyaránt. Ezt így fogalmazta meg egy lelkész: „Bármilyen bajom van, az istenkapcsolatomban kell keresni az okokat és a probléma megoldását is.” Ennek az én-

képnek a közösség felől is van egy leképeződése, amit Lehr (2006, p. 51) a „szent ember” jelenségeként ír le. Nem csak a lelkész veszi fel ezt a spirituális szerepet, hanem a közösség is megkínálja ezzel. Ez a gondolat további elszigetelődéshez, magányhoz vezethet, hiszen minden hibás működés a zárt rendszeren belül marad. Még az Istennel való mély konfliktusát is egyedül Istennel kell feloldania a lelkipásztornak.

Az általános jelenségek után tekintsük át a társas támogatás szempontjából legfontosabb kapcsolatokat.

## II.4.3 A lelkipásztorok meghatározó társas kapcsolatai

### II.4.3.1 A család

Bár még mindig tartja magát a lelkészek egy részénél az az állítás, hogy „Először a gyülekezet, utána a család!”, szerencsére ezen a területen határozott változás figyelhető meg. Régóta ismert tény, hogy a lelkipásztorok számára az egyik legmeghatározóbb támogató közeg a szűk családi és házastársi kapcsolat (Jud, 1970). A házastárs fontos szerepet tölt be a megküzdést igénylő helyzetekben (McMinn et al., 2005) Talán ezért is elterjedt az előfeltevés, hogy a protestáns lelkészeknek könnyebb a helyzete, mint katolikus kollégáinak, hiszen van családjá, így kevésbé magányos. Ezt a képet a valóság és a kutatási eredmények árnyalják. Említhetjük például, hogy van kutatás, ami a határok kijelölésével kapcsolatos stresszt nagyobb mértékben, míg a munkával kapcsolatos stresszt kisebb arányban mutatta ki a házas lelkészeknél, mint egyedülálló kollégáiknál (Wells, 2012). Régre nyúlnak vissza ezek a kutatások, amik megpróbálják meghatározni azokat a lehetséges tényezőket, amik befolyásolják a lelkészcsaládok elégedettségét, jóllét-mutatóit.

Blanton (1992) öt kategóriája a református lelkészek esetében is megállja a helyét. Említi a mobilitást, ami sokszor kényszerű és nagy feszültséget okoz a családtagok számára. Az anyagiakat, ami leginkább az egzisztenciális kiszolgáltatottsággal, alacsony fizetéssel párosul. Az elvárások és munkaidő körüli feszültségeket, ami egy lelkészcsalád életét folyamatosan kettős feszültségben tartja, hiszen a munkaidő és a család lehetséges közös ideje gyakran egy időszávba esik. A határok elmosódását, ami azt az érzést eredményezi, mintha üvegfalak mögött élne a lelkész családja, állandó kitettségben a közösség kíváncsi tekintetének (Lee & Balswick, 1989; Jones & Plisco, 2021). Ezt tovább nehezíti az a helyzet, amikor a családtagok is vállalnak szerepet a közösség életében, hiszen minden

áldása mellett, ez a határok további elmosódását hozhatja (Lee, 1988). Blanton ötödikként említi még felsorolásában a társas támogatás jellemzőit.

Összetett okai vannak, de kutatások támasztják alá, hogy a lelkészcsaládokban a házastársak nagyobb magányt és kevesebb házasságukat érintő támogatást élnek meg, mint a nem lelkész házasságokban a párok (Darling et al., 2004). Mindezek negatívan befolyásolhatják nem csak a lelkész, hanem az egész családja mentális jóllétét (Hill & Raimondi, 2003). Egyes kutatások rámutatnak, hogy sok esetben a házastársak vagy a gyerekek jobban terhelődnek a lelképásztori életforma által, mint maga a lelképásztor. A gyülekezetek gyakran etikai és egyéb területen ugyanazt a magas elvárást támasztják a családtagok felé, mint a lelkész felé (Lee, 1992). Ennek ellenére sok lelkészgyerek nem cserélne kortársaival, és hálás azért, amit szüleitől kap (Kuhn, 2017). Mégis az ebből az életmódból adódó terhek nagy részét hordozzák, ám az esetleges „előnyökből” kevésbé részesülnek (Lee, 2007). Nem ritkán rosszabbul hat a házastársakra is, mint a lelképásztorokra, hiszen a kihívások nagy része érinti őket, azonban kevesebb támogatást kapnak a megküzdés terén, mint lelkész párjuk (Hill & McWey, 2004; Potts, 2021). Ez természetesen a házassággal való elégedettséget szintén negatív irányban befolyásolhatja, aminek egyértelmű következménye, hogy a támogató kapcsolat inkább megterhelt, konfliktusos kapcsolattá válik (Huang, 2020). Ha viszont töltenek elég időt közösen, kommunikálnak, kapcsolódnak, akkor tényleg a jóllétet erősíti a házasság (Paniagua, 2020). Sajnos azonban a gyakorlat azt mutatja, hogy hasonlóan a társadalomban megfigyelhető folyamatokhoz, a lelkészek házasságában is egyre gyakrabban előfordul a házasságtörés, és gyakrabban végződik válással a korábbi évtizedekhez képest (Pappas, 2016).

A nagyobb család, mint erőforrás gyakran a származási helyről való költözés miatt kevésbé elérhető. A lelkész munkaideje és sajátos időbeosztása (hétvégén és ünnepek idején dolgozik) pedig nehezé teszi a távolabbi hozzátartozókkal a minőségi kapcsolattartást. Lee és Fung kutatása (2022) azt veti fel, hogy a családi támogatás hiánya, az ezzel járó stressz leginkább a fiatal, egyedülálló lelkésznőket érinti. Mivel a lelkészek egyik legfontosabb támogató rendszere a család, egyre több kezdeményezés próbál célzott támogatást adni ezen a területen.

#### II.4.3.2 A gyülekezet

Talán az egyik legmegosztóbb területe ez a lelkész társas kapcsolatainak. Két erős nézet ütközik ezen a téren. Az egyik szerint a pásztorolt közösség nem alkalmas arra, hogy támogató közeg legyen. Ez veszélyeket hordoz. A másik szerint a gyülekezet az elsődleges támogatási forrása a lelképásztornak. A Magyarországi Református Egyház egyik ide tartozó fontos sajátossága, hogy az esetek nagy részében a gyülekezet és annak vezetője a lelképásztor munkáltatója, az összes munkáltatói feladatkör elsődleges gyakorlója. Így ezt a kapcsolódást megterhelik az elvárások, amik sokszor irreálisnak, túlzónak tűnhetnek a lelkész számára, és végül a stressz egyik legfőbb forrásává válnak (Clarke, 2022). Lee és Iverson-Gilbert (2004) azt találta, hogy minél nagyobb az elvárás a gyülekezet részéről, annál nagyobb a lelkész kiégés-szintje, és annál alacsonyabb az étellel való elégedettség és általános jóllét szintje. Ezt persze elsősorban a lelképásztor észlelése befolyásolja. Sokszor sajnos a hibás szerepértelmezés is felerősíti ezeket a folyamatokat. A lelkész maga is képtelen határokat húzni és ezáltal a maga számára is a hivatásának megfelelő, tisztázottabb feladatköröket megfogalmazni. Az is nehézséget okozhat, ha a teológiai, lelkiségi kérdésekben van alapvető eltérés lelkész és gyülekezete között (Mueller & McDuff, 2004). Ugyanakkor, ha egy lelkész a gyülekezete támogatását megkapja, az elsősorban a munkájára és azzal kapcsolatos szorongásokra van pozitív hatással, a kiégésre és munkával való elégedettségre. A személyes és magánéleti küzdelmeiben azonban nem feltétlen nyújt elegendő támogatást, az istenkapcsolatban történő megakadást vagy a kiégést belülről szabályozó területet, mint például a pozitív teljesítmény élményét viszont nem befolyásolja (Upenieks & Eagle, 2023). Ezt Krause és Wulff (2004, p.51) kutatási eredményeikben azzal hozták összefüggésbe, hogy azok, akik jobban involválódnak egy gyülekezetben, esetleg vezető pozícióban vannak, sokkal többet veszíthetnek, ha hitbeli krízisük kiderül, vagy arra nem találnak megoldást. Emiatt viszont nehezebben mutatják meg a gyülekezetben ezeket a küzdelmeiket. Johnson (2010) kutatásában a lelkészek többnyire arról számoltak be, hogy a közösség tagjaival való kapcsolatban mindig van egyfajta óvatosság, függetlenül attól, hogy milyen a bizalom szintje vagy a közösség hozzáállása a lelkész személyéhez. Ha mégis kialakul a szorosabb kapcsolat a gyülekezeti tagok némelyikével, az a „belső kör” képzetét sugallja, ami miatt szintén óvakodnak ettől a lelkészek (p.156). Ez mindenképp olyan jelenség, ami a lelkészek gyülekezeti kapcsolódását egy bizonyos területen lehatárolja. Ráadásul

ha ez túlzottan erős elhárító mechanizmussal jár, eltávolodik a valóság és a mutatott kép, akkor hosszú távon megbetegítő lehet.

Ezzel együtt az érzelmi támogatás, ami gyülekezeti tagtól jön, meghatározóan pozitívan hat a lelki egészségre (Caroll, 2006; Proechold-Bell et al., 2013) Az angolszász világban egyre természetesebb, hogy a lelkipásztorok fontos kapcsolatainak nagyobb része a gyülekezetből van (Lee & Iverson-Gilbert 2004). Ez a mi régióinkban a történelmi egyházak tradíciói miatt valószínűleg még nem jellemző, ezért fontos kutatási és fejlesztendő terület.

#### II.4.3.3 A lelkésztársak

A lelkésztársadalom számára az egyik legmeghatározóbb közösség a kollegiális közeg. Akármilyen belső hozzáállás, viszonyulás jellemez egy lelkészt egyénileg a szolgatársaihoz, ez a kapcsolódás kihat a saját önképére, munkával való elégedettségére. Az egyes megnevezések, amiket papoktól, lelkészekről hallottam, önmagukban sokat sejtetőek arra nézve, hogy a kapcsolódás melyik részét ragadják meg. „Oltártárs, rivális, sorstárs”. A tapasztalat alapján egészen biztos, hogy országonként, országrészenként, egyházanként érzékelhető különbségek vannak abban, hogy egy-egy lelkészközösség mennyire egészségesen kapcsolódó, bár ilyen jellegű összehasonlító tanulmány még nem készült. Marler és munkatársai (2013) egy nagyon fontos dologra irányítják a figyelmet. Kutatásuk alapján minél régebb óta vesz részt egy lelkész támogató csoportban, annál inkább tapasztal a közössége növekedést. Ez kiegészül a személyes előnyökkel is. Ugyanis a hivatás megőrzése szempontjából az egyik leghatékonyabb támogatási formának egyértelműen a lelkészi körök számítanak (Baugess, 2002). Ráadásul ezek érzékelhetően csökkentik a magányosság érzését, illetve annak káros hatásait (Staley et al., 2013).

Annak, hogy ezzel mégsem élnek a lelkészek, a magyar kontextusban sok sajátos oka lehet. Több lelkész említette nekem a bizalmatlanságot. Ennek egy része még a szocializmus idejéből megmaradt, és a békepapsághoz köthető szervezeti kultúra, ahol nehéz volt egymásban bízni (Joób, 2024). Másik ilyen jelenség a rivalizálás. Amíg nagyon komoly egzisztenciális különbségek vannak az egyházban szolgáló lelkészek között, és amíg ez nagyban függ az egyházban betöltött szereptől vagy szolgálati helytől, addig folyamatosan tapasztalható egy alapfeszültség a kollegiális közegben. Nem

véletlen, hogy gyakran a felekezeti lelkes csoportok hamarabb válnak támogató közeggé.

Ugyanakkor a gyakorlat is azt mutatja, hogy sok lelkes talál magának egy életkorban, szolgálati tapasztalatban előtte járó kollégát, aki egyfajta mentor szerepet tölt be. Sokszor ezek családok közötti kapcsolatokká válnak, ahol jó esetben a lelkesfeleségek is képesek egymást támogatni (Lee, 2017). Ezek a mentorkapcsolatok kölcsönös előnyökkel járnak a támogatás szempontjából. Ugyanakkor a jól működő lelkesközösségek nagyon jelentős erőforrássá válhatnak. Különös lehetőség arra, hogy a lelkipásztor megmutathassa valódi önmagát, meghallgatva és megértve érezze önmagát, és kapjon őszinte visszajelzést anélkül, hogy abból ítélkezés lenne (Marler et al., 2013). Oswald ismerteti azt a kutatást (2005), amiben 31 különböző felekezeti lelkescsoport vizsgálata után néhány alapvető pontban határozták meg a csoport támogató jellegének ismérveit. Olyan hely, ahol van ideje, tere a személyes gondok megosztásának, meghallgatásának. Olyan alkalom, aminek a résztvevői élvezik a közösségben való részvételt. Olyan csoport, ahol visszajelzést adnak egymás szolgálatára. Végül pedig fontos része, hogy a tagok rendszeresen imádkoznak egymásért és a csoportban felmerült dolgokért. Fontos tehát az ilyen jellegű lelkescsoportok kultiválása, segítése. Bár részletesen ezzel nem szeretnék foglalkozni, de azért érdemes megemlíteni, hogy főleg a nehéz, kihívásos helyzetekben nagy jelentősége van annak, hogy a lelkes érzékeli-e az egyházi vezetés támogatását. Ez különösen a COVID-19 járvány idején, a szolgálat iránti elköteleződésben, megküzdésben szerepet játszott (Village & Francis, 2021).

#### II.4.3.4 A segítő szakemberek

Egyre gyakoribb, hogy a lelkesek kapcsolati hálójának része valamilyen segítő szakember, akár egyszerre több is. Korábban ezek inkább a közös szakmai fókuszról adódtak, mint egyfajta munkakapcsolatból (Kopp, 2005). Mostanra azonban a lelkesek egy része nyitottá vált arra, hogy akár szakmai, akár személyes kérdésben segítséget vegyen igénybe, bár ez a terület még mindig sokak részéről ellenállásba ütközik.

Hanson (2020) megállapította, hogy a lelkesek nem érzik magukat kényelmesen, ha a segített szerepébe kerülnek. Ez igényel tőlük egyfajta szereptanulást, szerepgyakorlást. Gyakran tagadják tüneteiket, és nincs bizalmuk, hogy a kihívást jelentő problémáikkal vezetőikhez vagy segítő szakemberekhez forduljanak. A legtöbben szégyent és félelmet éreznek, ami miatt nem keresnek mentális egészségügyi szolgáltatásokat. Ehhez még

hozzáadódik sokszor egyfajta ellenállás a pszichológiai segítségnyújtással szemben. Illetve gyakran akadály, hogy több okból is nehezen elérhetők ezek a szolgáltatások a lelkipásztorok számára (Járay, 2022). Ebből adódik például, hogy egy kutatás eredményei szerint a depresszióval és komoly szorongással küzdő lelkészek fele egyáltalán nem keres fel segítőt szakembert (Biru et al., 2022). Bár kutatási adat nem áll rendelkezésre, azt feltételezzük, hogy Magyarországon ez az arány rosszabb. A hazai egyházi szervezeti kultúrában még kevésbé elterjedt a lelkészek felől a segítőt szakemberek felé való nyitás.

A belső ellenállásnak van egy sajátos dimenziója. Ennek egyrészt része az önstigmatizáció és az ezzel járó önleértékelés (Sager et al., 2022), másrészt a gyülekezet, a szolgálati közeg és a kollégák stigmatizáló viszonyulásától való félelem (Meek et al., 2003). Különösen is igaz ez olyan speciális szolgálati területekre, ahol a szervezeti kultúra még kevésbé elfogadó ezen a téren. Ilyen például a katonai, tábori lelkészség, ahol pedig még indokoltabb lenne a külső segítség elfogadása (Besterman-Dahan et al., 2013). Sokszor a segítőtől való fordulás már egyfajta végső megoldás, amikor a megszokott lelkiségi megküzdési utak csődöt mondanak (Pietkiewicz & Bachryj, 2016). Talán ezért is kapcsolódik kudarcélményhez, szégyenhez, miközben a lelkészek maguk is sokszor lelki egészséget támogató kapcsolatot nyújtanak a közösségeik tagjainak. Ráadásul ha maguk is képesek segítséget elfogadni szakembertől, az pozitív példát jelent a gyülekezeti tagoknak (Anshel & Smith, 2013).

Talán egy fokkal könnyebb a munkával kapcsolatos segítséget elfogadnia a lelkészeknek. A szolgálatukhoz kapcsolódó kérdésekben kapott segítség persze ugyanúgy pozitívan hat a lelki egészségükre (Terry & Cunningham, 2019). A munkát támogató mentorkapcsolatoknak pozitív hatásuk van a kiégés kezelésében (Doolittle, 2008). Ugyanakkor Baugess (2002) felhívja a figyelmet arra, hogy önmagában ezt a fajta segítséget kutatómódszertanilag nehéz a jobb mentálhigiénés állapottal kapcsolatba hozni, ugyanis gyakran éppen akkor kérnek segítséget a lelkészek, amikor már rosszul érzik magukat és rosszabb lelkiállapotban vannak. Ugyanakkor azok a házaspárok, akiknek volt mentoruk, magasabb rezilienciaszintet értek el a mérésekben, mint azok, akik csak házastársukra támaszkodtak a nehéz helyzetekben (Clarke et al., 2022). Egy jó, reflexiót segítő szupervíziós támogatás pedig növeli a szubjektív jóllét érzését (Gubi et al., 2023), míg más kutatások a nagyobb munkahelyi elégedettséggel és a jobb általános jóllét-állapottal hozták összefüggésbe (Proeschold-Bell et al., 2015). A lelkivezetés a

református közegben egy kevésbé elterjedt módja a lelkészek támogatásának. Míg a katolikus tradícióban elvárás, hogy a papnak legyen lelkivezetője, aki a személyes istenkapcsolatában kíséri, addig a protestáns hagyományban ez nem jelenik meg. Bizonyos értelemben teológiailag nem is támogatott, hiszen a lelkész saját felelőssége, hogy személyes istenkapcsolatát ápolja, és ebben nincs szüksége közvetítőre. A disszertációban a teológiai reflexióra most nem térek ki, de az egyértelműen állítható, hogy a lelkészek spirituális támogatása összefügg a lelki jóllétükkel, és az is szembetűnő, hogy akár elérhető anyagokról, akár képzésekről, csoportokról van szó, jótékony hatása hamar megnyilvánul a lelkipásztorok életében (Ellison et al., 2009).

Összességében az angolszász kontextusban úgy tűnik, hogy könnyebb azoknak segítséget kérni, akik fiatalabbak. Amerikai metodista lelkészek között végzett kutatás szerint nagyobb valószínűséggel kértek segítséget a nők, az egyedülállók, és azok, akik a gyülekezet gondoskodó szeretetét gyakrabban élik meg. Ugyanakkor értelemszerűen a nehezebb anyagi helyzetben lévők kevésbé vették igénybe ezt a támogatást. A segítő személyét tekintve pedig elsősorban lelkigondozókat kerestek, és kisebb százalék fordult pszichológushoz (Biru et al., 2022). Kansiewicz és munkatársai saját kutatásukban viszont azt találták (2022), hogy a házasság és a több baráti kapcsolattal rendelkező lelkészek fordulnak hamarabb segítő szakemberhez. Mivel önmagában a segítség elfogadása jól hat a lelki egészségre, fontos a szakmai segítség keresésének szándékát, esetleges akadályait megértenünk a saját kutatási mintánkon.

#### II.4.3.5 A lelkész barátja

A fentiekből talán sejthető, hogy egyáltalán nem egyértelmű, hogy kit nevez a lelkész barátjának. Ki az, akit ebbe a kategóriába sorol? Önmagában a barátság meghatározása egy régóta kutatott, összetett kérdés. A szociológusok egy része ezt a válaszadóra bízta, hogy kit tekint barátjának és bár ez vet fel dilemmákat (Albert, 2014.), a lelkészek esetében ez tűnik célravezetőnek.

A lelkipásztorok kapcsolati hálójában szinte elkerülhetetlen szereptorlódások lehetnek. Szélsőséges esetben az is lehetséges, hogy valaki egy személyben, különböző közegek alapján egyszerre a lelkész munkáltatója (presbiter), kollégája (az adott egyházmegye vezetői testületének tagja), gyülekezeti tagja és barátja egy személyben. Ezért is van jelentősége annak, hogy társas támogatás szempontjából kit tekint a lelkipásztor

barátjának. Ezt ugyanis elsősorban az ő esetükben a mély emberi kapcsolódással, leginkább érzelmi támogatással kapcsoljuk össze.

Maguk a lelkészek is nagy jelentőséget tulajdonítanak a baráti kapcsolatnak, támogatásnak (Meek et al., 2003). Élethelyzetükből adódóan viszont sokszor távolkerülnek a fiatalkori fontos baráti kapcsolatoktól. Ráadásul mivel ideje nagy részét a lelkész a gyülekezetben tölti, gyakran folyamatos büntudattal, hogy a családját elhanyagolja, ezért a külső baráti kapcsolatok ápolására végképp kevés ideje, energiája marad (Johnson, 2010). Leginkább akkor alakul ez ki, ha párosul valami kikapcsolódást jelentő időtöltéssel, például közös sportolással, vagy olyan hobbival, ahol ki tudnak alakulni ezek a baráti kapcsolatok.

#### II.4.3.6 A társas támogatás alakulása és hatása a lelképásztorok életében

Szándékosan a szakirodalmi áttekintő végén szeretném összefoglalni, hogy mit tudhatunk jelenleg a lelképásztori jóllét, egészség és a társas támogatottság összefüggéséről. Az eddig leírt kutatási eredmények szintézise ez a rész, ami segít megértenünk a társas támogatás különös jelentőségét a lelkészek életében. A szakirodalomban a kutatási eredményekből kirajzolódik egy jellegzetesség.

A lelképásztor számára az egyik legnagyobb stresszforrás a magány és elszigetelődés (Stuart-White et al., 2018). Szinte felekezettől függetlenül, amikor egy lelképásztor kérdezek, hogy mi jelenti számára a legnagyobb kihívást, a leggyakrabban elhangzó szó a „magány”. A társas kapcsolódás, a támogatottság érzésének hiánya, a magány érzése, izoláció megtapasztalása nagyon erősen kihat a szolgálattal való elégedettségre, és erősen kapcsolatba hozható a hivatás elhagyásával (Hoge & Wenger, 2005). Ennek a magánynak értelemszerűen számtalan lelki egészséget érintő következménye van, de oldani tudja ezt az érzést a lelkész számára is észlelhető társas támogatás.

Edwards és munkatársai (2020) egy kutatásokat összegző cikkükben azt írják, hogy a társas támogatás és a depresszió összefüggése erősebb a lelkészek között, mint az átlag populációban. Ezt egy másik kutatás is megerősítette a munkahelyi stressz és lelki egészség tekintetében (Shaw et al., 2021). Mims (2019) a lelkészeknél a reziliencia magasabb szintjét, az étellel való nagyobb elégedettséget és a boldogságérzést hozta összefüggésbe a társas támogatás magasabb szintjével, Horton (2006) pedig mint mediáló

tényezőt tartja számon a lelkipásztori szolgálat kihívásai és annak lelki következményei között. Az érdekesség, hogy a társas támogatás a legtöbb, a lelkészek lelki egészségét, a pozitív megküzdést, rezilienciát vizsgáló kutatásban megjelenik mint fontos szempont, tehát a hiányában a lelki megbetegedések okaként, a meglétében a lelki egészség őrzőjeként tartják számon a legtöbb, témát érintő lelkész kutatásban.

Majdhogynem mindegy, hogy szakmai támogatásról van szó (Morrow et al., 2021), az egyház vezetésétől jövő segítségről (Village & Francis, 2021), az egyéni vagy csoportos, kollegiális mentori kapcsolatról (Baugess, 2002), a gyülekezeti tagoktól jövő támogatásról (Upenieks & Eagle, 2023), vagy barátától (Meek et al., 2003), családtól (McMinn et al., 2005) érkező támaszról, mindnek megfigyelhető a pozitív hatása.

Ennek ellenére egy kutatás szerint a megkérdezett lelkészek 69%-a inkább az egyéni megküzdést választja ahelyett, hogy bevonna mást, pedig ez sokkal könnyebben vezethet a kiégéshez (McMinn et al. 2005). Azt is tudjuk, hogy az észlelt társas támogatásnak sokkal fontosabb szerepe van a lelkipásztorok életében, mint a valós támogatásnak (Eagle et al., 2019). Önmagában már annak az érzése, hogy létezik elérhető támogatás, befolyásolja az egészségmutatókat még akkor is, ha adott esetben ezt nem használja ki a lelkész. Mims (2019) felhívja a figyelmet arra, hogy a lelkipásztorok sokkal kevésbé használják a meglévő kapcsolati erőforrásaikat, mint amennyire az valóban rendelkezésükre áll. Szükséges népszerűsíteni a lelkészek között a támogatás igénybevételét, hiszen az erősen preventív hatású.

Összességében tehát azt mondhatjuk, hogy a lelkipásztori élet számos kihívással jár, amik elkerülhetetlenek. Bár vannak különbségek országonként, felekezetenként, de a szolgálattal együtt járó küzdelmek részei ennek a hivatásnak. Ezeknek a folyamatos jelenléte hosszútávon felőrli a lelkészi hivatásukat gyakorló embereket. Nem véletlenül az egyház fontos jellegzetessége, hogy közösségi modellben gondolkodik, aminek része a közösség vezetője is. Ha ő magát ebből kívül helyezi, akkor nem részesül abból az erőforrásból, ami őt erre a hivatásra hosszú távon alkalmassá teszi. Ahhoz, hogy a lelkészeket segíteni tudjuk, látnunk kell a kapcsolati erőforrásaikat, azt, hogy ebből mit észlelnek és mit képesek mozgósítani, illetve azt, hogy ezek hogyan hatnak fizikai és lelki egészségükre, jóllétükre.

### III. CÉLKITŰZÉSEK

Ennek a doktori dolgozatnak két célja van. Egyrészt, mint az első nagyobb kvantitív kutatás az adott populációban, célja leírni, megismertetni az érintett csoport legfontosabb jellemzőit, állapotát. Másrészt a dolgozat tematikus fókusza a hazai református lelkészpopuláció általános jellemzése mellett a komplex értelemben vett jóllétük vizsgálata, különös tekintettel a lelkészek társas kapcsolati jellemzőinek vonatkozásában. Be kívánja mutatni 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 dolgozatom elemzéseiben a választ:

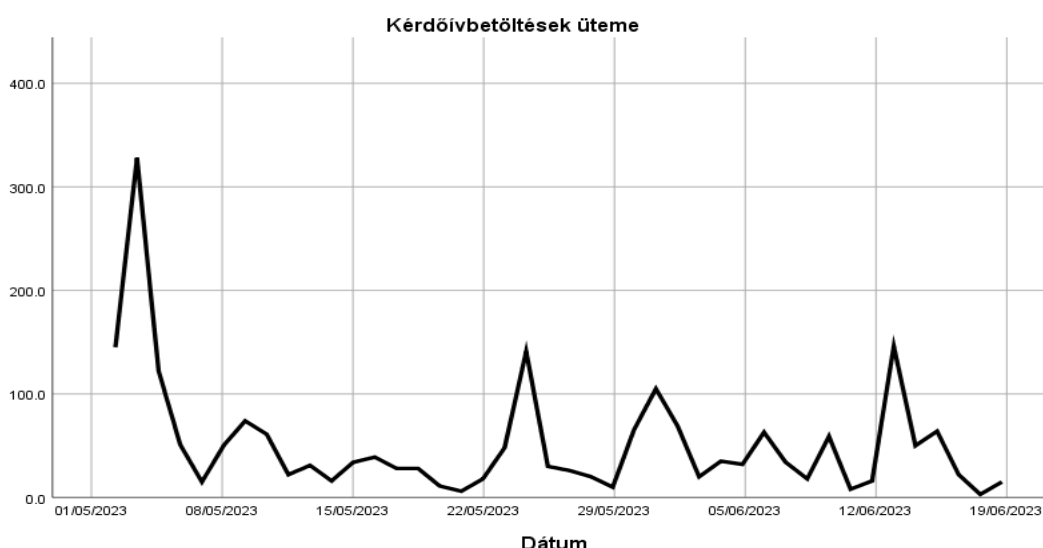
1. Mi jellemzi a Magyarországi Református Egyház lelkészeit az alapvető szociodemográfiai, hivatásbeli leíró statisztikák alapján?
2. Melyik szociodemográfiai vagy hivatásbeli jellemzők mutatnak összefüggést a jóllétmutatóikkal?
3. A társas támogatás és a jóllét milyen kölcsönhatásban van egymással az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

## IV. MÓDSZERTAN

### IV.1 Adatfelvétel

A kutatás a Semmelweis Egyetem ETK Mentálhigiéné Intézetének támogatásával valósult meg, és az Egészségügyi Tudományos Tanács Kutatásetikai Bizottsága hagyta jóvá (az etikai engedély ügyiratszama: BM/11885-3/2023/EKU). A kitöltés önkéntes volt. A résztvevők a kitöltés megkezdése előtt részletes tájékoztatást kaptak a kutatás folyamatáról, az adatkezelésről, valamint a titoktartási szabályzatról. A vizsgálatban való részvételükhöz ezen információk alapján adták beleegyezésüket. A kitöltésért nem részesültek semmilyen juttatásban.

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 lelkészek több fórumon keresztül is megkapták a kitöltéshez szükséges linket. Elsősorban az egyházmegyék vezetői küldték ki a lelkipásztoroknak. Több alkalommal is küldtünk emlékeztetőt, ami hatékonynak bizonyult, mert az azt követő időszakokban megnőtt a kitöltések száma. (2. ábra)



**2. ábra A kérdőív betöltésének időbeli üteme** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A kérdőív összesen 154 oldalra volt tagolva. Az 1083 főből, akik megnyitották a kutatási felületet, 659-en töltötték ki az a kérdőívet az utolsó kérdésig. 711 fő jutott el a kérdőív legalább feléig, míg a kérdőív kétharmadáig a válaszadók közül 697 válaszadó jutott el. 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. Mivel több fórumon is megosztották a linket, így más országokban szolgáló magyar református lelképászorok is részt vettek a kutatásban. Jelen elemzésünkben csak a magyarországi, aktív státuszú lelkészeket vettük figyelembe (N=681). 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/tisztítást végeztünk:

1. A válaszadónak legalább a kérdőív 66%-áig el kellett jutnia (szűrés után maradt: 697 kitöltő).
2. A kérdőív kérdéseire nem volt szabad mutatkoznia szisztematikus nem válaszlásnak (szűrés után maradt: 694 kitöltő).
3. Azonosítottuk azokat a személyeket, akik a szisztematikus nem válaszolókhöz leginkább hasonló mintázatot mutattak (azt feltételezve, hogy az ilyen kitöltők nem kellő figyelemmel vettek részt a kérdőív kitöltésében). Ehhez statisztikai modellezést használtunk. Ezen modellezési folyamat eredményeként 4 kitöltő került azonosításra, amely kitöltéseket egyenként megvizsgáltuk. Ugyanakkor szakértői döntés alapján végül ezeket az eseteket az adatbázisban hagytuk, mivel a megadott érvényes válaszaik konzisztensek voltak.
4. Utolsó lépésben a külföldön élő válaszadók azonosítását végeztük el. Az adatbázisban összesen 13 fő nyilatkozott úgy, hogy külföldön szolgál, amely személyek válasza a továbbiakban kikerültek a fő elemzési adatbázisból. (Szűrés után maradt: 681 fő magyarországi kitöltő.)

## IV.2 A minta leíró jellemzői

## IV.2.1 Szociodemográfiai jellemzők

1. tábla A minta szociodemográfiai jellemzői (%)

változó	kategóriák	elemszám (n)	Válaszadók aránya (%)
Nemek szerinti megoszlás	Nő	275	40,4
	Férfi	406	59,6
	<b>Összesen</b>	<b>681</b>	<b>100,0</b>
Életkor szerinti megoszlás	26–30 év között	43	6,3
	31–35 év között	65	9,5
	36–40 év között	71	10,5
	41–45 év között	113	16,5
	46–50 év között	132	19,4
	51–55 év között	129	19,0
	56–60 év között	70	10,2
	61–65 év között	38	5,6
	66–70 év között	18	2,6
	71–75 év között	2	0,3
<b>Összesen</b>	<b>681</b>	<b>100,0</b>	
Családi állapot szerinti megoszlás	nőtlen/hajadon	50	7,4
	házasságban él	566	83,8
	élettársi kapcsolatban él	1	0,2
	elvált és különélő	32	4,7
	elvált és új házasságban él	11	1,6
	özvegy	11	1,7
	egyéb	4	0,6
	<b>Összesen</b>	<b>676</b>	<b>100,0</b>
Gyermeke van	igen	554	83,5
	nem	109	16,5
	<b>Összesen</b>	<b>663</b>	<b>100,0</b>
Gyermekei száma	1 gyermek	65	12,4
	2 gyermek	154	29,3
	3 gyermek	162	30,8
	4 vagy több gyermek	145	27,6
	<b>Összesen</b>	<b>527</b>	<b>100,0</b>

A fenti tábla bemutatja a minta alapvető szociodemográfiai mutatóit. Ahhoz, hogy a lelkipásztorok bizalma az anonimitás tekintetében ne sérüljön, az életkori változó esetében a 30 év alattiak korosztálya után a további besorolást 5 éves ciklusokra tagoltuk

(1. tábla). Később az elemzésnél 10 éves életkori csoportokat képeztünk, és a legidősebb kategóriákat 60 éves kor felett összevontuk. A teljes kitöltőknek 40,4%-a nő (N=275). A teljes mintának a 84,8%-a él házasságban (N=577). Közülük 81,3%-uknak van gyermeke (N=554). Ebben a populációban jellemző módon sok a többgyermekes család. A teljes mintában a nagycsaládosok aránya magasnak mondható, összesen 45,1% (N=307). Ez az arány az átlagnépességbeli magyar családok esetében mindössze 7,8%<sup>5</sup>. 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.

Település típusa szerint a kitöltők kicsit több mint egyharmada, 36,3% (N=249) él falun, községben. A fővárosban 86 lekipásztor él, ami a minta 12,7%-a. Bizonyos vonatkozásokban inkább a szolgálati helyet érdemes figyelembe venni, nem pedig a lakóhelyet. A kettő között elsősorban a főváros esetében van nagyobb különbség, hiszen 15 ember szolgál úgy, hogy nem ott él. A többi adat esetében nincs nagy eltérés. (2. tábla)

**2. tábla A minta lakóhely település típusa szerinti jellemzői, %**

	Lakóhely szerinti település		Szolgálati hely szerinti település	
	elemszám (N)	Válaszadók aránya (%)	elemszám (N)	Válaszadók aránya (%)
falun, község	249	36,6	249	36,6
kisváros	145	21,4	136	19,9
város	101	14,8	92	13,4
megyei jogú város	99	14,6	99	14,5
főváros	86	12,7	101	14,8
<b>Összesen a teljes mintában</b>	<b>681</b>	<b>100,0</b>	<b>679</b>	<b>99,7</b>

#### IV.2.2 Szolgálati sajátosságok

##### Szolgálati idő

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 (3. tábla).

<sup>5</sup> KSH 2022-es népszámlálási adatai alapján (<https://nepszamlalas2022.ksh.hu/adatbazis>).

**3. tábla A minta jellemzői szolgálati évek eloszlása szerint, %**

Évek száma	Lelkeszi munkában töltött évek száma		Jelenlegi szolgálati helyen töltött évek száma	
	elemszám (N)	Válaszadók aránya (%)	elemszám (N)	Válaszadók aránya (%)
Kevesebb mint egy évet	7	1,0	49	7,1
1	6	0,9	29	4,2
2	11	1,7	43	6,4
3	9	1,3	37	5,4
4	16	2,4	38	5,6
5	23	3,3	47	6,9
6–10	84	12,3	111	16,4
11–15	76	11,2	105	15,4
16–20	100	14,6	80	11,7
21–25	130	19,0	67	9,9
26–30	119	17,5	38	5,6
31–40	73	10,7	29	4,3
41–50	25	3,7	5	0,7
A válaszadók száma és aránya a teljes mintához képest	679	99,7	678	99,6

A mintában szereplő lelképásztorok egyharmadának van korábbi, nem lelkészi munkatapasztalata (32,9%, n=227). Ebből 32,3% több mint 5 évet dolgozott nem egyházi munkakörben.

A válaszolók 23,3%-a (n=159) volt a kitöltés idejében az első szolgálati helyén, míg 16,7% (n=114) legalább a negyedik helyén. Egy lelkész arról számolt be, hogy már a nyolcadik helyen végzi munkáját. A legtöbb emberhez (n=261, 38,7%) egy hely tartozik. Két helyen végzi feladatát 167 ember (24,5%). Három helyhez tartozó feladatkört lát el 106 lelkész (15,6%), míg a többiek 4 vagy annál több szolgálati helyre kell, hogy figyeljenek (20,0%; n=127), ami azt jelenti, hogy a mintából minden ötödik lelképásztornak sok, egymástól elkülönülő közösség felé kell végeznie a szolgálatát.

Az egyházi státusz eloszlása azt mutatja, hogy az intézményi lelkész és a beosztott lelkész kategória is 10%-on felüli arányban jelenik meg a mintában, így érdemes statisztikai

elemzésekben is vizsgálni (4. tábla). Ez azért is fontos, mert azt feltételezzük, hogy az ő esetükben lehetnek a beosztásukhoz kötődő sajátosságok.

**4. tábla A minta jellemzői státuszok szerint, %**

Egyházi státusz	N	%
parókus lelkész	387	56,9%
beosztott lelkész	105	15,4%
helyettes lelkész	21	3,1%
intézményi lelkész	76	11,2%
missziói lelkész	36	5,3%
minden egyéb	48	7,0%
nem válaszolt	8	1,2%
teljes minta	681	100%

A szolgálatvégzők számára fontos, hogy hány ember felé végzik feladatukat. Itt a kategóriákat a kérdőívet tervezőkkel közösen alakítottuk ki, figyelembe véve az amerikai metodista kutatásban használt kategóriákat, és a magyar sajátosságokat (5. tábla).

**5. tábla A minta megoszlása a gyülekezet nagyságának szubjektív megítélése szerint (%)<sup>6</sup>**

Változó	N	%
1–50	20	3,0%
51–100	69	10,1%
101–150	60	8,8%
151–200	86	12,6%
201–250	56	8,2%
251–300	81	11,9%
301–500	104	15,2%
500–1000	97	14,2%
1000-nél több	95	14,1%
Nem válaszolt	13	1,9%
Teljes minta	681	100%

### IV.3 Adatok súlyozása

Mivel az aktív lelkészek közel fele töltötte ki a kérdőívet, ezért statisztikai szempontból indokolt volt az adatok súlyozása. A nemi és életkori eloszlást tudtuk figyelembe venni. Az alapsokaságra vonatkozó adatok a református nyugdíjintézetből érkeztek. Ez alapján kis mértékű súlyozásra volt csak szükség. A válaszok jól reprezentálják az alapsokaság

<sup>6</sup> A kérdés pontosan a következőképp hangzott: „Az Ön megítélése szerint körülbelül hány ember felé végzi munkáját?”

összetételét a nemi és életkor szerinti eloszlás alapján. A mintavételi adataink jól közelítik a nyugdíjintézetben regisztrált arányokat.

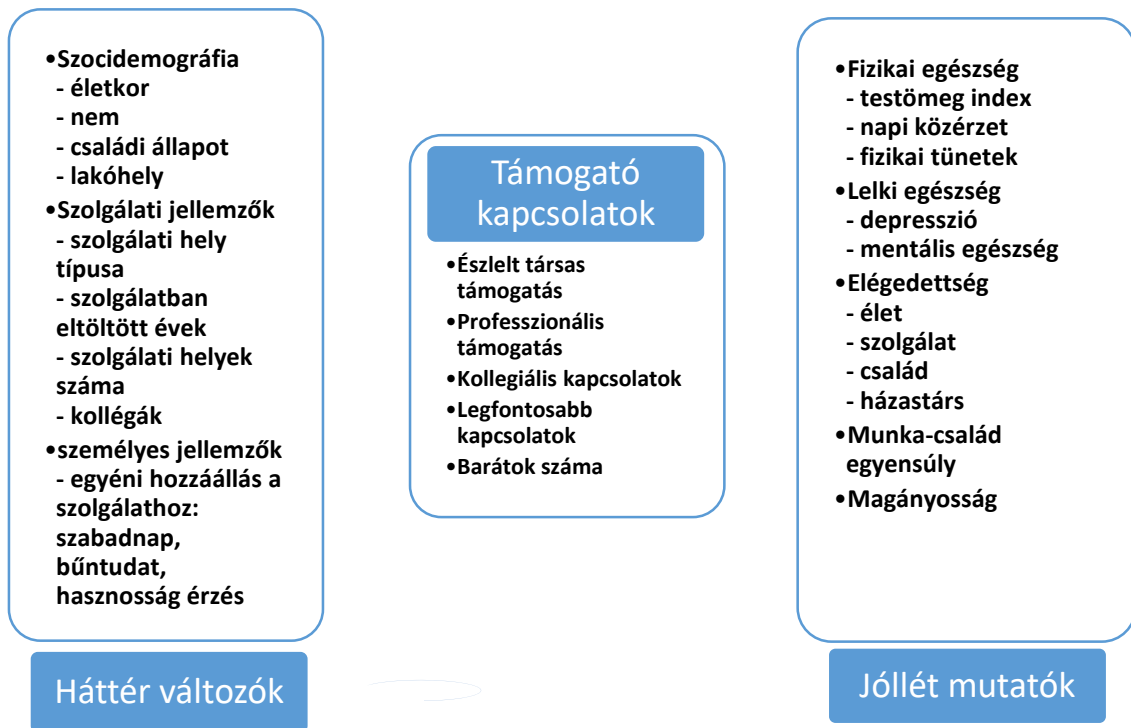
Ugyanakkor némi bizonytalanságot jelentett, hogy bizonyos korcsoportok esetén nem egyértelmű a nyugdíjba vonulók meghatározása. Ilyenkor a problémát az jelentette, hogy a nyugdíjkor elérésekor az aktív státusz megőrzése sok esetben továbbra is fennáll (lásd pl.: 65 évesnél idősebb nők arányát). Ezért a 60 évesnél idősebb korosztály esetén a nyugdíjba lépés egyéni eltérései miatt mind a férfiak, mind pedig a nők esetén a súlyozási eljárástól eltekintettünk, és a mintavételből származó arányokat önmagunkban reprezentatívnak tekintettük. Tehát azt feltételeztük, hogy ezen korcsoportban a mintavételi adatok képesek súlyozási korrekció nélkül is jól megközelíteni a valós populációs (aktív lelkész) arányokat. Ezen esetben a mintavételi adatok tehát önreprezentálóak lettek, azaz minden válasz „1” értékű súllyal rendelkezik. Az adatfelvétel tervezése során felmerült, hogy további adatokat is figyelembe vegyünk (pl.: beosztás jellege, területi adatok), amelyek révén komplex súlyozás kialakítására lett volna szükség, de mivel végső soron ilyen adatok nem álltak rendelkezésre - adatvédelmi okokból sem -, ezért a súlyozás során un. cellamátrixos eljárást alkalmaztunk a nem és korcsoport dimenziók mentén, amely révén az alapsokasághoz tökéletesen illeszkedő mintavételi arányok voltak kialakíthatóak. A végső súly esetszámtartó (azaz a súlyozott elemszám megegyezik a mintavételi esetszámmal  $N=681$ ). A legkisebb súly értéke (fiatal nők válaszoltak legmagasabb arányban a kérdőívre) 0.71, míg a legnagyobb súllyal (1.196) a 51-60 éves nők bírnak. Arra utalnak az adatok, hogy a mintavétel megfelelő volt és a válaszadók esetén nagy mértékű szisztematikus válaszmegtagadás nem lehetett jelen.

A súlyozás hatását mind a súlyozási dimenziók, mind pedig további 3 demográfiai alapváltozó tekintetében ellenőriztük. A legnagyobb eltérés a súlyképző korcsoporti változó esetén volt tapasztalható: az 51-55 éves korcsoport aránya a mintában súlyozatlanul 16.7%, míg a súlyozott arányuk 19%.. Ez az eltérés még elfogadhatónak mondható, és egyben arra utal, hogy ez a korcsoport arányaiban a legnehezebben elérhető volt az adatfelvétel során. A többi, nem súlysámokat kialakító változók esetén az eltérés még az 1 százalékpontot sem érte el a súlyozott és a súlyozatlan értékek közt. Az elemzés során, az előzőekben tárgyalt módon létrehozott súlyok révén kerültek meghatározásra a

számszerű eredmények, tehát külön feltüntetés nélkül minden esetben a súlyozott értékek szerepelnek.

#### IV.4 Mérőeszközök

A kutatás egy országos, lelkészeket támogató program kidolgozásának az alapját is szolgálja, ezért a kérdéskörök kiválasztása és azok kidolgozása is ilyen fókusszal történt. A kérdéssor kialakításában egy korábbi kutatásunkat vettük alapul, amit a magyarországi evangélikus lelkészek között végeztünk. Az ott megfogalmazott tapasztalatok alapján határoztuk meg a mostani kutatás főbb témáit és kérdésblokkjait (3. ábra).



### 3. ábra A kutatásban szereplő változók (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A tervezetet egy lelkészekből, pszichológusokból, családterapeutákból, szupervízorokból, lelkigondozókból és lelkivezetőkből álló szakmai csoport gondolta tovább. Végül az egyházvezetéssel, a püspökök jóváhagyásával véglegesítettük a kérdéseket. 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. Disszertációmban azokat az eszközöket mutatom be, amiket az elemzésembe bevonok.

#### IV.4.1 Szociodemográfiai kérdésblokk

Ahhoz, hogy a lelkipásztorok bizalma az anonimitás tekintetében ne sérüljön, sok szociodemográfiai változónál, mint például az életkor, összevont kategóriákat hoztunk létre. Ezeket részletesebben az elemzéseknél írom le. Rákérdeztünk a nemre, életkorra, családi állapotra, a gyermekek számára. Azonban a lelkipásztorokra jellemző családi státusz sajátos eloszlása miatt az elemzésnél többször is különböző kategóriákat összevontunk. A mi mintánkban például magas a házások száma, ugyanakkor kevesen élnek élettársi kapcsolatban. Rákérdeztünk arra is, hogy van-e gyermekük, illetve a gyermekek számára. A gyermekek életkorára egyenként kérdeztünk. Később a családi életfázis besorolása szempontjából ez volt az egyik felhasznált változó, ami alapján kategóriákat hoztunk létre. Ugyanígy a jóllét és a munka-család egyensúly szempontjából meghatározónak feltételeztük, ha a gyermek SNI-s, ezért erre is vonatkozott egy kérdés. Végül ebben a blokkban kérdeztük meg azt is, hogy hányan élnek egy háztartásban. A lakóhely szerinti településtípusban öt kategóriát adtunk meg. 1. falu, 2. község, 3. kisváros, 4. város, 5. megyei jogú város, 6. főváros. A kis települések esetén jelentősége lehet, ha az adott település az agglomerációhoz tartozik, ezért aki az első három közül jelölt meg választ, azt tovább kérdeztük: „Ez a település valamelyik nagyváros vagy Budapest agglomerációjához tartozik?”

#### IV.4.2 Szolgálati jellemzők

A szolgálattal kapcsolatos körülmények megkérdezésénél többféle szempontra és objektív tényekre kérdeztünk rá, mint például a munkatársak, a közösség helyzete, a demográfiai jellemzők. 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 rendszerességére, mértékére vonatkozásában. Ez a blokk a hivatással kapcsolatos legnagyobb örömeik és legnagyobb kihívások megfogalmazásával zárult. Elsősorban olyan adatokra voltunk kíváncsiak, amikkel kapcsolatban azt feltételezzük, hogy összefüggést mutathatnak az általános jólléttel.

### **Szolgálati hely és idő**

Először a szolgálati időre kérdeztünk rá: „Hány éve szolgál lelkészként?” „Hány éve szolgál a mostani helyén?”. Itt is kategóriákat adtunk meg, ahol az első öt évet évenkénti felsorolásba osztottuk, mivel a kezdeti szolgálati évek a jóllét szempontjából nehezebbnek számítanak (Járay & Siba, 2024). Utána 5 éves sávokat adtunk meg. Az 50 év szolgálati idő felett lévő lelkészeket egy kategóriaként kezeltük. Rákérdeztünk a lelképásztori szolgálaton kívüli munkatapasztalatra is. „Dolgozott a lelkészi szolgálat előtt vagy azt megszakítva más, nem egyházi jellegű, teljes állású munkában?” Akiknek van ilyen munkatapasztalatuk, azok további kérdést kaptak. „Hány évet dolgozott a lelkészi szolgálat előtt vagy azt megszakítva más, nem egyházi jellegű, teljes állású munkában?” Mivel a társas támogatás szempontjából a sok váltás nehézségeket eredményezhet, ezért az is fontos szempont volt, hogy hányadik szolgálati helyén van a lelkész. A munkaterhelés szempontjából pedig arra is rákérdeztünk, hogy hány szolgálati hely tartozik egy lelkészhez.

Fontos látnunk, hogy a jóllét és a különböző egyházi státuszok között van-e valamiféle összefüggés. „Mi az egyházi státusza?” kérdésre több opciót is bejelölhettek a megkérdezettek, hiszen több olyan ember is van, aki egyszerre szolgál gyülekezetben és vezet egy intézményt. Az elemzéseknél azt vettük figyelembe, hogy elsősorban melyiket jelölte meg. A kitöltőktől is azt kértük, hogy a szolgálati helyzetre vonatkozó kérdéseknél az elsődleges munkakörök alapján válaszoljon.

A társas támogatás szempontjából is fontos, de ebben a kérdésblokkban jelenik meg a munkahelyi kapcsolati rendszer. A kollégákra, ezen belül a lelkésztársakra különösen kíváncsiak voltunk. Első kérdésünk: „Vannak közvetlen munkatársai a szolgálatban?” Erre négy válaszlehetőség volt: 1, egyedül vagyok 2, alkalmanként van segítségem 3, nincs elegendő segítségem 4, elegendő segítségem van. A kollegiális kört tovább szűkítettük: „Van a szolgálati helyén lelkésztársa?” Ezt egy kérdéssel még tovább részleteztük: „Az ön házastársa a lelkésztársa?” A válaszok: 1. „igen, és van más lelkésztársam” 2. „igen, és nincs más lelkésztársam” 3. „nem”.

A kapcsolat minőségére is rákérdeztünk: „Mennyire érzi támogatónak a lelkésztársával/lelkésztársaival való kapcsolatot a szolgálatával/lelki életével/családi életével kapcsolatban.” Ötfokú skálán adtuk meg a válaszlehetőségeket: 1. „nagyon

nehezíti”, 2. „kis mértékben nehezíti”, 3. „nem releváns”, 4. „nagyon támogató”, 5. „teljes mértékben támogató”. A kapcsolati nehézségre is rákérdeztünk egy kérdésben: „Mennyire érzi feszültnek a lelkésztársával/lelkésztársaival való kapcsolatot?” A válaszlehetőségek: 1. „egyáltalán nem”, 2. „kis mértékben”, 3. „valamennyire”, 4. „nagyon”, 5. „teljes mértékben”. Kicsit tágabb kontextusban is megkérdeztük, hogy milyen a kapcsolatuk a többiekkel, akikkel a szolgálatuk kapcsán szükséges együttműködniük. „Kérjük jelölje meg, hogy milyenek éli meg általánosságban a kapcsolatát a következő személyekkel, csoportokkal.” 1-7 skálán kellett jelezniük, ahol 1= nagyon rossz és 7=nagyon jó. A felsorolt személyek, csoportok: 1. felettesek, 2. gondnok, 3. presbitérium, 4. munkatári közösség, 5. lelkipásztori közösség, 6. gyülekezet, vagy rám bízott közösség.

A közösségekkel kapcsolatban elsősorban azokra a tényezőkre kérdeztünk rá, amiket empirikus tapasztalataink alapján egymás között fontosnak tartanak a lelkészek. David Eagle és csapata kutatásaiban<sup>7</sup> is fontos tényezőnek tűnt, hogy a lelkipásztor megélése szerint hány embert ér el munkája során: „Körülbelül hány ember felé végzi munkáját?” A válaszlehetőségeknél sávokat adtunk meg, ami alapján kialakult egy eloszlás. A legkevesebb „1-50”, míg a legtöbb „1000-nél több”. Maga a kérdés sokkal inkább a megélt, mint a valós mennyiségre kérdez rá.

Az ezt követő három kérdés is a közösséggel kapcsolatos és az amerikai methodisták között végzett kutatásból emeltük át, azzal együtt, hogy a magyar kontextusban is fontos szempontnak tartjuk a lelkipásztorok köreiben. „Az Ön gyülekezetének létszáma...” 1. „jelenleg inkább növekszik”, 2. „jelenleg inkább stagnál, és nem cserélődik”, 3. „jelenleg inkább stagnál, de cserélődik”, 4. „jelenleg inkább csökken”. A másik kérdés szintén a gyülekezetre vonatkozik: „Jellemző az Ön gyülekezetére, hogy inkább elöregedő?” 1. „jellemző”, 2. „nem jellemző”. Ebbe a blokkba tartozik a szolgálaton belül, de már tágabb kontextusba helyezi ugyanezt a kérdést: „A szolgálati helye olyan településen van, ahol a népesség...” 1. „növekszik”, 2. „stagnál”, 3. „csökken”.

### **A szolgálattal kapcsolatos egyéni tényezők**

<sup>7</sup> David Eagle a DUKE egyetemen végzi kutatásait. Az Észak-Karolinai methodista lelkészek között végez több mint 15 éve longitudinális kutatást. Online egyeztetés után megkaptuk a kérdéssorukat és felhasználási engedélyt. Néhány kérdést az övékből fordítva használtunk a kutatásunkban.

A szolgálatnak olyan részei tartoznak ide, amik nem a külső körülmények, vagy objektív helyzetből adódó adottságok. Sokkal inkább adott szolgálati adottságok között az egyén döntése, megélése határozza meg.

### **Szabadnapok**

Ezen a területen az objektívan meghatározható tényező a pihenőidő. A szabadnap kivétele nagyon fontos egészségőrző tényező. Nagyon ritka, hogy hosszútávon objektív akadálya lenne a rendszeres szabadnap kivételének. Fontos látni, hogy a lelkipásztorok mennyire tartják fontosnak, hogy rendszeres pihenőnapjuk legyen. Fontos volt a megfogalmazás, mert gyakori, hogy a lelkészek fél napokat vesznek ki, és ezt azonosítják a szabadnappal. Egy kérdéssel vizsgáltuk ezt: „Kivesz-e minden héten legalább egy szabadnapot, amikor nem foglalkozik semmilyen szolgálattal?” A válaszlehetőségek négy kategóriát fedtek le. 1. „mindig”, 2. „többnyire igen”, 3. „többnyire nem”, 4. „soha”.

Emellett fontos szerepe van a lelki elvonulásoknak is a spirituális jóllét támogatása érdekében, akár éves szinten többször is. Egy kérdés erre is vonatkozott: „Szokott-e elvonulni a nyilvános szolgálattól kifejezetten az istenkapcsolat ápolása érdekében, tehát minden egyéb oktatástól, szolgálattól, feladatvégzéstől vagy problémamegoldástól függetlenül?” Három kategóriát jelöltünk meg válaszlehetőségnek. 1. „igen, valamilyen rendszerességgel”, 2. „előfordult már”, 3. „nem voltam ilyenén”.

### **Hasznosságérzés**

A lelkipásztori áldozatvállalás, lemondások egyik fontos motivációja az a meggyőződés, hogy a lelkész annak tudatában van, hogy amit csinál, az hasznos. Akár akkor is, ha a társadalom részéről nem ez a visszajelzés érkezik. Fontos viszont, hogy képes-e ezt az érzést megélni a személy. Ezért kérdeztünk rá a hasznosság érzésére is. „Összességében mennyire tartja önmagát a társadalom fontos, hasznos tagjának? Értékelje 0-tól 10-ig, ahol 0: egyáltalán nem fontos/hasznos, 10: kifejezetten fontos, hasznos.”

### **Munkával kapcsolatos belső elvárás és büntudat**

A szolgálattal kapcsolatos folyamatos büntudat érzése olyan szubjektív megélés, ami a teljesítményhez kapcsolódik. Mivel a lelkipásztori munka nem egy jól körülírt munkakör, folyamatos nyomást jelenthet az elégtelen munkával kapcsolatos büntudat. „Az elmúlt évben mennyire volt büntudata amiatt, hogy szolgálati területén nem tett eleget a

feladatainak?” Öt fokú skálán jelezheték a választ. 1. „egyáltalán nem”, 2. „kicsit”, 3. „közepesen”, 4. „nagyon”, 5. „kifejezetten”.

### **Munka és spirituális jóllét kapcsolata**

Önmagában annak is jelentősége van, hogy a lelkipásztor munkavégzése a spirituális jóllétét is szolgálja, vagy csupán feladatként éli meg. Ezért, mint fontos mediáló tényező tekintünk erre a kérdésre: „Mennyire építi a szolgálata a hitét?” A válaszlehetőségeknél a jellegzetes lelkipásztori megélésekre alapoztunk. 1. Egyáltalán nem építi, 2. Inkább nem építi, 3. Inkább építi, 4. Főleg a szolgálatomban találok inspirációt a hitéletemhez.

#### **IV.4.3 A jóllétet mérő kérdések**

A jóllét komplex jelenség, ezért kérdőívünkben mi is többféle területet vizsgáltunk, többféle eszközt használtunk.

### **FIZIKAI EGÉSZSÉG**

A fizikai egészséget az alábbi változókkal mértük:

#### **Általános egészségi állapot és közérzet önbecslése**

A fizikai egészség mérésének első kérdése az általános egészségi állapotra vonatkozó önbecslés volt. „Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?” A kérdést ötfokozatú, a „nagyon rossztól” a „kiválóig” terjedő skálán kellett önmagukkal kapcsolatban megítélniük. Idler és Benyamini (1997) huszonhét, az egészség önbecslése és mortalitás összefüggésével foglalkozó tanulmány alapján bizonyították az ilyen jellegű mérőeszközök hatékonyságát. A másik kérdés a napi fizikai közérzetre vonatkozik. „Általában milyennek ítéli meg a napközbeni közérzetét?” 1. „megfelelő”, 2. „kissé rossz”, 3. „kifejezetten rossz”, 4. „nagyon rossz”. Az elemzésnél a két utolsó kategóriát összevontuk.

#### **Fizikai fájdalom**

Mint közérzetet és jóllétet befolyásoló tényező, egy kérdéssel rákérdeztünk az általános fizikai fájdalom jelenlétére: „Jelen időszakban vannak-e testi fájdalmai?”. Akik beszámoltak fizikai fájdalomról, azokat megkérdeztük, hogy akadályozza-e őket a mindennapi munkavégzésben. Három fokú skálán lehetett jelölni válaszaikat: 1. „nem korlátoznak”, 2. „enyhén korlátoznak”, 3. „nagyon korlátoznak”. Ez a Hungarostudy kutatásokban is vizsgált kérdés, ezért használtuk mi is (Berghammer, 2008).

### **Testtömeg index**

Fontos fizikai egészségmutató a BMI (Body Mass Index), azaz testtömeg index. A kitöltő saját válasza alapján számoltuk ki a testtömegindexet. Változóként skáláisan és kategóriálisan is használtuk. A WHO által megállapított testtömeg index-kategóriákat vettük alapul (WHO- Global Health Observatory, 2022). Alultáplált, normális testsúlyú, túlsúlyos, elhízott.

### **Szomatikus tünetek**

A PHQ kérdőíveket gyakran, számtalan változatban szokták használni, elsősorban a szomatikus tünetek meglétét méri fel (Schat et al., 2003). A megbízhatóságát és más eszközökkel való összehasonlítását többen is vizsgálták (Terluin, 2022). Mi elsősorban azért döntöttünk emellett, mert országos reprezentatív vizsgálatban is ezeket a kérdéseket használták (Susánszky et al., 2007). Ugyanakkor az ott szereplő 14 kérdést végül a belső szakmai csoport kérésére átalakítottuk. Így végül 9 tételt kérdeztünk, ami a stressz tünetekre (fejfájás, idegesség, hangulati zavar, stb.), a komolyabb szomatikus tünetekre (szív-érrendszeri probléma, mozgásszervi probléma, stb.) illetve a post-Covid tünetekre kérdezett rá, a végén egy egyéb kategóriát hagyva. Mindegyik tétel esetében kértük a válaszadót: „jelölje be azt a válaszlehetőséget, amely leginkább megfelel annak, amit az utóbbi egy hónapban tapasztalt:” Négyféle válaszlehetőség közül választhattak: „1 soha; 2 ritkán; 3 gyakran; 4 nagyon gyakran”.

### **LELKI EGÉSZSÉG**

A lelki egészséget az alábbi változókkal mértük:

#### **WBI-5**

A szubjektív pszichológiai jóllét mérésére gyakran használják a WHO-5 jólléti skálát (Staehr, 1998), amely magas klinikai érvényességgel rendelkezik (Topp et al. 2015). A WHO-5 jóllét-skála magyar változata (WBI-5: Cronbach-alfa = 0,85) ugyanazokat a kérdéseket tartalmazza, mint az eredeti változat, de a pontok csak 0-tól 3-ig terjednek (0 = soha; 3 = mindig). Két kategóriát használtunk, ugyanazzal a vágási ponttal, mint az eredeti skálán (Susánszky et al., 2006). A "kockázati szint" kategória 50%-ig terjed. A "normál szint" 51%-tól kezdődik. Az eszköz a mintánkban megbízható (Cronbach alfa = 0,77).

**BDI-9**

A Beck depressziós kérdőívet a rövidített, kilenc tételből álló, magyar nyelvre validált változatában használtuk (Kopp et al., 1990; Rózsa et al., 2001). A depresszió különböző tüneteit vizsgálja a kérdőív: alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, elégedetlenség, az örömképesség hiánya, önvádolás, társas visszahúzódás, döntésképtelenség,. A kérdésekre 4 fokú Likert-skálán értékelhetően lehet válaszokat megadni az „egyáltalán nem jellemző” és a „teljesen jellemző” között. Elemzésünkben kategoriális változóként is használtuk. A rövidített kérdőív összpontszámát arányosítottuk a 21 tételes kérdőív pontszámaival (2,33-os szorzó általi transzformálás). A kapott pontszámaok négy kategóriába sorolhatóak: 0–9 = normál, 10–18 = enyhe, 19–25 = közepes, 26 és fölötté = súlyos depressziós tünetek. A mi mintánkban a Cronbach-alfa = 0,75.

**Mentális Egészség Teszt (MET)**

A Mentális Egészség Teszt a pozitív pszichológia megközelítésére alapozva 17 kérdéssel méri a mentális egészség különböző területeit (Oláh et al., 2018). A kérdőív a faktoranalízis alapján ötfaktoros szerkezetű. 1. Jóllet, 2. Savoring, 3. Alkotó-végrehajtó hatékonyság, 4. Önreguláció, 5. Reziliencia. A teszt rövid kérdéssorral törekszikátfogó képet adni a mentális egészségről a felsorolt öt terület vonatkozásában. A válaszadás 6-fokú Likert-típusú skálán történik. A végpontok: 1 = „egyáltalán nem jellemző” és 6 = „teljes mértékben jellemző”. A skálákon elért magasabb pontszám nagyobb mértékű jólletet jelez összességében, illetve az adott faktor tekintetében. A kérdőív továbbfejlesztett, validált változatát használtuk (Vargha et al., 2020).

**ELÉGEDETTSÉGET MÉRŐ ESZKÖZÖK****Élettel való elégedettség**

Az élettel való elégedettség mérésére gyakran használt eszköz a szubjektív jóllet mérésére használt Diener-féle Élettel Való Elégedettség Skála (Satisfaction with Life Scale, SWLS), amit magyar nyelvre is validáltak (Martos et al., 2014). A kérdőív összeállítási folyamata során végül két kérdést használtunk fel. „Az életkörülményeim kitünőek.” és „Elégedett vagyok az életemmel.” Ezt kiegészítettük további 5 kérdéssel, amit David Eagle-ék kutatásából vettünk, és a szolgálattal való elégedettségre vonatkozik. „Eredményesnek érzem magam a lelkeszi szolgálatomban”. „Elégedett vagyok a jelenlegi

szolgálati helyemmel/pozíciómmal”. „Elégedett vagyok a lelki életemmel.” „Elégedett vagyok a teológiában való fejlődésem lehetőségeivel.” „Elégedett vagyok az anyagi helyzetemmel.” Mivel ugyanezt a kérdéssort megkérdeztük az evangélikus lelkészek körében végzett kutatásban (Járay et al., 2025) ugyanazt a 10 fokú Likert-skálát használtuk, mint ott, és amit az amerikai kutatás: „1= Egyáltalán nem értek egyet 10 = Teljes mértékben egyet értek”. A kérdéssor a mintánkban megbízhatóan működik (Cronbach-alfa 0,87)

### **Családi elégedettség**

Az Olson-féle Családi Teszt negyedik verzióját (Olson et al., 2011) magyar mintán, magyar nyelven Mirnics és munkatársai vizsgálták (2010). A kérdőív nyolc alskálájából hat a tagok által a családban tapasztalt kohéziót és az adaptivitást méri. A két kiegészítő alskála közül az egyik a kommunikációt méri, míg a másik a családdal való elégedettség skála. Ez a családtagok elégedettségét a kohézió, az adaptivitas, valamint a kommunikáció szempontjából méri. Mi ezt az alskálát kérdeztük le. A 10 kérdésre 5 fokú Likert-skálán lehetséges a válaszadás, „1 = nagyon elégedetlen 5 = tökéletesen elégedett”. A mintánkban az alskála megbízhatósága magas (Cronbach-alfa 0,94).

### **Házastársi elégedettség**

Mivel a lelkészek nagyobb része házas, ezért fontos jóllét mutatónak gondoljuk a házastársi elégedettséget. A Kapcsolati Elégedettség Skála (Relationship Assessment Scale; RAS; Hendrick, 1988) 7 tételt tartalmaz, magyarul (RAS-H). A skála adaptálását Martos és munkatársai végezték (2014b). A skálának öt pozitívan (pl.: 1. Összehasonlítva másokéval, mennyire jó az Önök kapcsolata?), és két negatívan megfogalmazott kérdése van (pl.: 7. Mennyire sok probléma van az Önök kapcsolatában?), amivel feltérképezi a kapcsolati elégedettség mértékét. A kitöltők egy ötfokozatú Likert-skálán (1 = kevésbé jellemző, 5 = nagyon jellemző) válaszolnak arra, hogy mennyire jellemzőek rájuk a mérőeszköz egyes állításai. A skála kitöltésekor minimum 7, maximum 35 pont érhető el. A magasabb összesített pontszám a kapcsolattal való magas elégedettségi szintre utal. A pontozásnál a 4. és a 7. negatívan megfogalmazott tételnél fordított pontozást kell alkalmazni. A Martosék által javasolt lehetséges 8., kiegészítő tételt („Mennyire találja kielégítőnek a szexuális kapcsolatukat?”) mi nem alkalmaztuk. A mintánkon tapasztalt Cronbach- $\alpha$  érték 0,90.

## **Boldogság**

A boldogság összefüggése az egészséggel a pozitív pszichológia elterjedésével egyre gyakrabban kutatott terület, és az eredmények alapján egyértelmű összefüggést mutat a mortalitással, de a jólléttel is (Stephoe, 2019). Bár sokféle módon lehet mérni, gyakori formája az egy kérdéses szubjektív boldogság skála. Mi is ezt használtuk: „Mindent összevetve, mennyire mondaná magát boldognak? Kérjük értékelje egy 1-től 6-ig tartó skálán, ahol az 1 azt jelenti, hogy egyáltalán nem boldog, a 6 pedig hogy nagyon boldog!”.

### **IV.4.4 Társas támogatást mérő eszközök**

Kutatásunkban több dimenzióját, forrását mértük a társas támogatásnak. Ezek közül itt azokat írom le, amiket a disszertáció elemzés részében használok.

## **Magányosság**

Jóllehet egy nagyon összetett fogalom a magányosság, amit számtalan dolog befolyásol, ezért összetett vizsgálatot feltételez, Cramer és Barry (1999) a magányosság mérése szempontjából azt képviselik, hogy mérhető egy dimenziós valóságként. Ráadásul egy friss kutatás (Maes et al., 2022) rámutat arra, hogy a legtöbb, magányosság mérésére kifejlesztett eszköz tételeinek egy része vagy nem a magányosságot méri, vagy annyira különböző tényezőit a magánynak, hogy nehéz más magányosság-kérdőívek eredményeivel összevetni. Igaz ez a korábbi kutatásunkban használt UCLA Loneliness scale magyar adaptációjára is. Mivel azt láttuk, hogy az egykérdéses szubjektív magányosságot mérő eszköz az ottani adatokon a variancia 74%-át magyarázza, végül a kérdőív optimalizálása miatt is az egy tételes kérdésnél maradtunk. „Összességében mennyire érzi magát magányosnak?” Tíz fokú Likert-skálán lehetett válaszolni, ahol „1 = egyáltalán nem, míg a 10 = teljes mértékben”. Az átlag a mintánkban 4,19 (N=678, SD=2,68).

## **Bizalom**

Azt a meggyőződést, hogy a legtöbb emberben meg lehet bízni, a szakirodalom az általános bizalom fogalmával írja le. A bizalom szintje számos módon befolyásolja az egyént és a társadalmat (Dinesen, 2012). A nagyfokú bizalom összefügg a jobb fizikai és mentális egészséggel. Ezen felül a jobb együttműködési készséggel, a jólléttel és az étellel való elégedettséggel (Miething et al. 2020). Eközben Magyarországon, hasonlóan más volt szocialista országokhoz, mind a személyközi, mind az intézményi bizalom szintje

alacsonyabb a többi európai országéhoz képest (Boda & Medve-Bálint, 2012). Az alacsony bizalmi szint viszont arra készteti az embereket, hogy az erős kötődések biztonságát válasszák (Granovetter, 1973). Azt feltételezzük hát, hogy az alacsonyabb bizalmi szint kevesebb külső támogatás igénybevételét eredményezi, és a legközelebbi, szoros kapcsolatokra szűkül le. Egy általánosan elterjedt, sokak által használt kérdéssel mértük az általános bizalmi szintet. „Általánosságban Ön mit mondana? Azt, hogy a legtöbb emberben meg lehet bízni, vagy inkább azt, hogy nem lehetünk elég óvatosak az emberi kapcsolatokban?” Tizenegy fokú Likert-skálán jelölték a válaszukat. („0: nem lehetünk elég óvatosak, 10: a legtöbb ember megbízható”) Az átlag a mintánkban 5,62 (N=674, SD=2,51).

### **Baráti kapcsolat**

A barátságkutatások három évtizedet áttekintő elemzése azt mutatja, hogy a baráti kapcsolatok belső struktúrája átalakult, és a barátság köznapi definíciója módosult (Albert et al., 2020). A „barát” szót a kapcsolatok sokféle formájára alkalmazzák. Az emberek életszakasztól, eltérő szociokulturális háttértől, nemi különbségektől, egyéb tényezőktől függően eltérően értelmezhetik a fogalmat (Albert & Dávid, 2021). Ezért mi is a gyakran használt, a fogalom értelmezését a kitöltőre bízó kérdést választottuk: „Hány barátja van?” Azonban ahogy írtam, a lelkipásztorok számára az egyik nagy kihívás a baráti kapcsolatok ápolása, megőrzése, ezért arra is kíváncsiak voltunk, hogy ezeket mennyire sikerül megtartani: „Általában mennyire van ideje ápolni a baráti kapcsolatait?” Négy fokú skálán adhatták meg válaszaikat: „1. kielégítő módon és időben, 2. változó, 3. kevéssé, 4. egyáltalán nem”.

### **Észlelt társas támogatás (MSPSS)**

Bár a társas támogatásnak számtalan aspektusát mérik (Jolly et al., 2020), úgy tűnik, hogy az észlelt támogatás továbbra is biztos összefüggést mutat a lelki egészséggel (Ocsovszky et al., 2020). A Multidimensional Scale of Percieved Social Support (MSPSS) kérdőívet Zimet és munkatársai fejlesztették ki (1988). Több európai és ázsiai nyelven is validálták, széleskörben használják. Magyar nyelven Papp-Zimernovszky és munkatársai validálták (2017). A 10 tételes kérdőívből 4 állítás a „család” alfaktorához, 3 állítás a „barátok” alfaktorához és 3 állítás a „szignifikáns mások” alfaktorához kapcsolódik.

### **Hivatásbeli támogatás**

Szükségesnek láttuk mérni a lelkipásztori hivatást célzó szakmai támogatás mértékét. Itt gondoltunk a konkrét szolgálatban felmerülő kérdésekben segítséget adó személyre, a személyes istenkapcsolat területén jelenlévő kísérőre és az általánosabban vett kollegiális támogató csoportra. A lelkészek nagy része, akik nem képzettek ezen a területen, sokféle szót használnak, nem feltétlen következetesen a szakmai támogató személy megnevezésére, mint például mentor, szupervizor, lelkigondozó, lelki atya stb. Ezért a kérdéseinkben megpróbáltuk tisztázni a támogatás jellegét. A szakmai támogatással kapcsolatos blokkban három kérdést és azok alkérdéseit tettük fel. "Van-e olyan személy, aki rendszeres tanácsokkal támogatja Önt a szolgálatával kapcsolatban?" (szupervizor) "Van-e lelki vezetője, valaki, akivel beszélhet az Istennel való személyes kapcsolatáról?" (lelkivezető). "Részt vesz-e olyan lelkipásztori csoportban, amely rendszeresen összejön, és amelynek célja, hogy támogassa személyes hivatását és szolgálatát?" (támogató lelkész csoport). Akik beszámoltak ilyen jellegű támogató kapcsolatokról, azoktól megkérdeztük az elmúlt év vonatkozásában a találkozások gyakoriságát: „egyszer sem, 1-2 alkalommal, 3-5 alkalommal, havonta, havonta többször, nem találkoztunk az elmúlt évben”. Csak azokat a támogatásokat vettük figyelembe, ahol legalább egyszer találkoztak. Akik nemmel feleltek, azoktól megkérdeztük, hogy szeretnének-e ilyen személyt.

Külön kérdéssel mértük, hogy milyen a kapcsolat a közelben lévő lelkipásztorokkal. Gyakori tapasztalat, hogy a lelkészek könnyebben tartják a kapcsolatot a régi barátokkal, akik messzebb szolgálnak. Fontos azonban látni, hogy a közeli kollegiális kapcsolatot kik érzékelik támogatónak, és van-e ennek a hatása a jóllétükre. „Tart-e kapcsolatot a közelben szolgáló lelkipásztor-társaival?” A válaszoknál a jellegzetes kapcsolattartási szokásokat gyűjtöttük össze. „1. A szükséges gyűléseken kívül nem, 2. csak 1-2 kollégával, 3. kis körben találkozunk, 4. igyekszem minél több találkozón részt venni.” A kapcsolattartás támogató hatása szempontjából három területet vizsgáltunk: „A velük való kapcsolatot mennyire érzi támogatónak a személyes életére nézve?” (1: egyáltalán nem támogató, 8: nagyon támogató). Ugyanezt megkérdeztük a „hivatás” és „istenkapcsolat” tekintetében.

## V. EREDMÉNYEK

### V.1 A jóllét és egyéb változók összefüggései

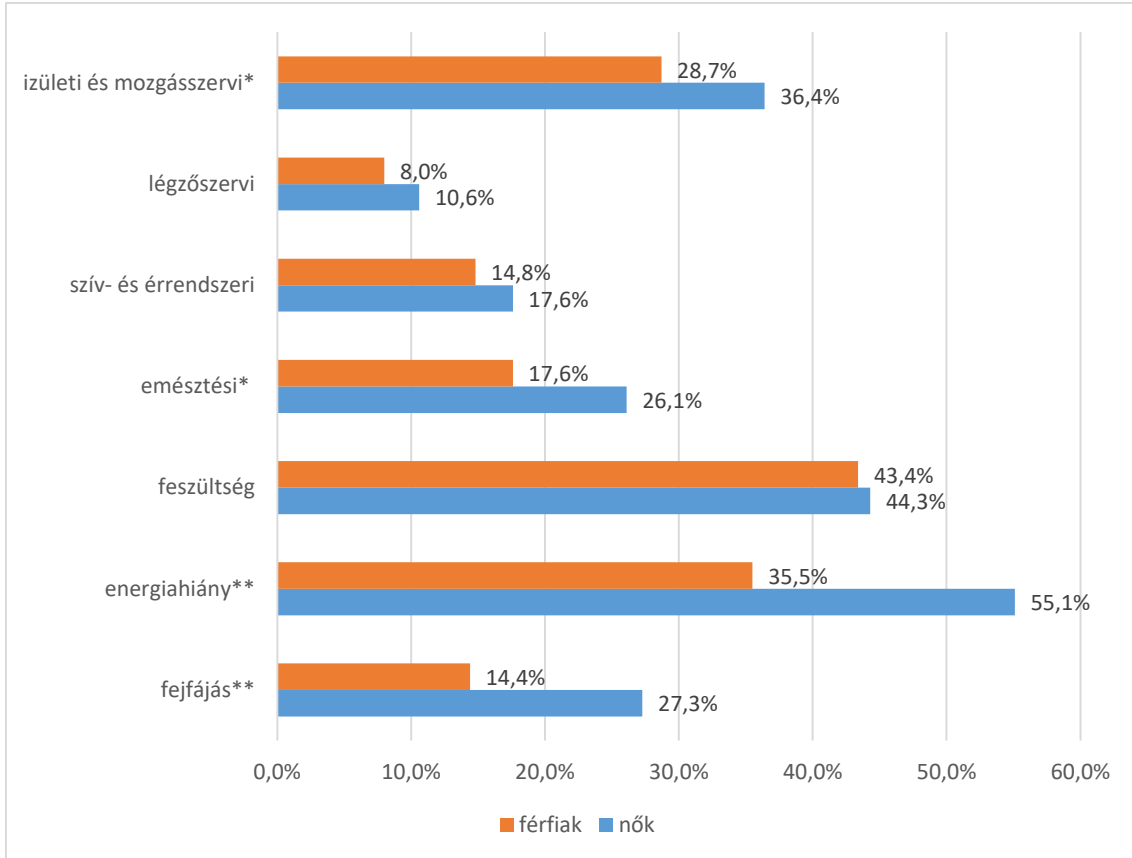
#### V.1.1 A szociodemográfiai változók és a jóllét összefüggései

Elemzésünkbe bevontuk az összes, jóllét mérésére használt változót, amit a mérőeszközök között ismertettünk. A fizikai egészséget, lelki egészséget és az elégedettséget, mint függő változó vontuk be, míg a szociodemográfiai sajátosságok a független változók. 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.

#### **Nem és jóllét**

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. A fizikai egészség tekintetében még a különböző egészségügyi problémák gyakoriságában találunk szignifikáns különbséget. (4. ábra)

Az eredmények szempontjából figyelembe kell vennünk, hogy a nőkre jellemzőbb az egészségtudatos magatartás (Olson et al., 2017). A fizikai állapotuk megítélésében is reflektívebbek, hamarabb észlelik, fogalmazzák meg, ha valami fizikai jóllétüket érintő problémát észlelnek. A mi mintánkban a jóllét többi dimenziójában, a lelki egészség és az elégedettség terén nincs a nemek között szignifikáns különbség.



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

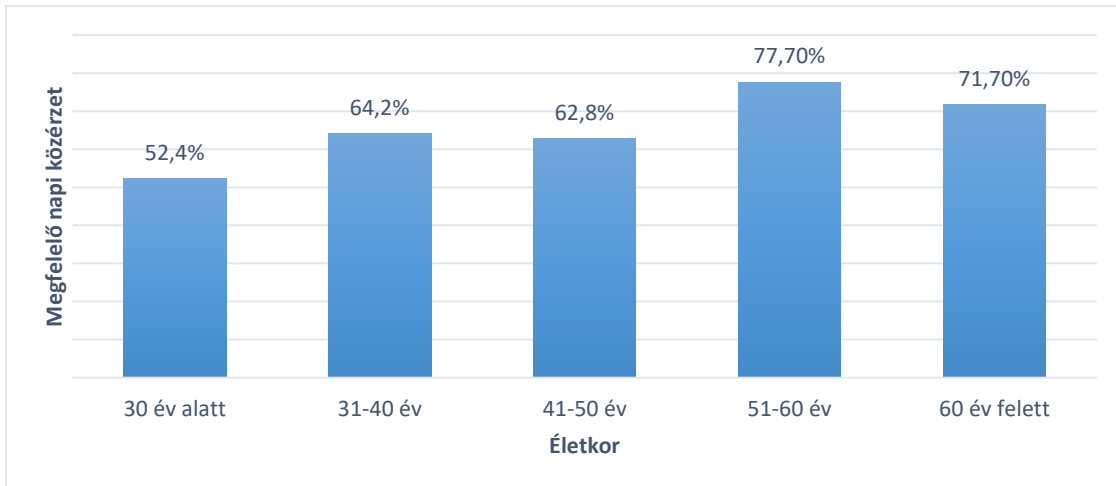
**4. ábra Gyakran tapasztalt fizikai problémák nemek szerinti megoszlása, %** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

## Életkor és jóllét

Az életkori változónk ordinális, így a Kruskal-Wallis próbával vizsgáltuk első körben, hogy melyik jóllét mutatók mutatnak szignifikáns eltérést az egyes korcsoportok között. Ezután post-hoc tesztet végeztünk, hogy lássuk, ez konkrétan melyik korcsoportok egymás közötti különbségét érinti.

## Életkor és fizikai egészség

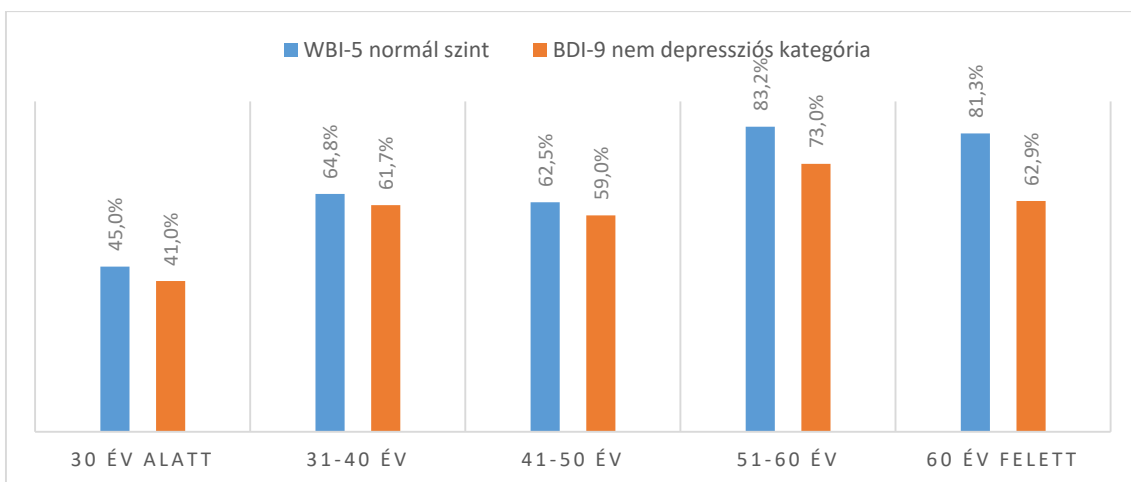
A Kruskal-Wallis teszt alapján egyedül a mindennapi közérzet kapcsán mutatkozott szignifikáns különbség ( $H(4) = 17.174$ ;  $p = .002$ ). A csoportok közötti összehasonlítás alapján a 30 év alatti korosztály és az 50 év feletti két korcsoport között tapasztalható statisztikailag is szignifikáns mértékű eltérés, az idősebbek nagyobb arányban számolnak be megfelelő napi közérzetről (5. ábra).



**5. ábra. A megfelelő napi közérzettel rendelkezők aránya életkori csoportok szerint (%) N=675 (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)**

### Életkor és lelkiegészség

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 keresztábrába 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 keresztábrában is megmutatkozik, ha változóként a normál és a rizikó szintet vizsgáljuk ( $\chi^2(4) = 36.522$ ,  $p < .001$ ). (6. ábra)



**6. ábra. Életkor és a WBI jóllét normál szintje és BDI nem depressziós kategóriába kerülés összefüggései (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)**

A mentális egészség teszt jóllét alszála is megerősíti ezt a különbséget (H (4) 4.333;  $p = .025$ ). Ugyanakkor a szignifikanciaértékeket a többszörös tesztek Bonferroni-korrektójával kiigazítva az eredmény nem szignifikáns (H (4) 9.082;  $p = .059$ ).

### Életkor és elégedettség

Az étellel való általános elégedettség két kérdését, a szolgálattal való elégedettség kérdéseit, a családdal és a házastárssal való elégedettség skáláit és a boldogság skálát vizsgáltuk az életkor függvényében. Az egyetlen szignifikáns különbség a szolgálattal való elégedettségben mutatkozik (H (4) 7.200;  $p = .002$ ), ha az erre vonatkozó öt kérdésnek az összevont mediánját vizsgáljuk. A 60 feletti korosztály több másik korcsoporthoz képest is elégedettebb. Ha a szolgálattal való elégedettséget az azt tartalmazó öt kérdésre lebontjuk, akkor már egyéb szignifikáns összefüggéseket is láthatunk. (6. tábla)

### 6. tábla Szolgálattal való elégedettség szignifikáns különbségei a korcsoportok között

Páronkénti összehasonlításban a mediánok közötti szignifikáns eltérések (csoport medián értékek)		
Kérdés	kevésbé elégedett (medián, IQR)	elégedettebb (medián, IQR)
Eredményesnek érzem magam a szolgálatomban	30 év alatt (6,82; 4-8)	60 év felett (8,00; 6-9)
Elégedett vagyok a jelenlegi szolgálati helyemmel/pozíciómmal	31-40 év (7,02; 5-9)	60 év felett (9,00; 7-10)
Elégedett vagyok a lelkiületemmel	30 év alatt (6,00; 3-7)	41-50 év (7,00; 5-8)
		51-60 év (8,00; 6-9) *
		60 év felett (8,00; 6,25-9) *

*Minden eredmény szignifikáns  $p < .05$ .; \*  $p < .001$*

Az életkor és jóllét összefüggésében tehát az idősebb lekipásztoroknál magasabb jóllét szint figyelhető meg. Ez is azt a feltételezést erősíti, hogy nagyon komplex összetevői vannak annak, hogy egy lekipásztor milyen jóllétről számol be.

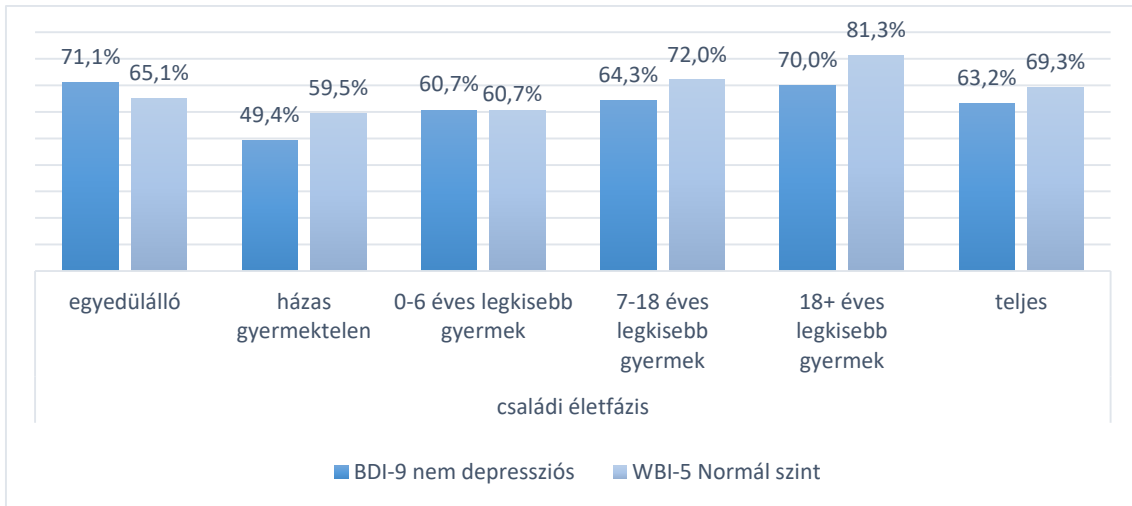
### Családi állapot és jóllét

Mivel a mintánk nagy része házas (85,4%), és egy vagy több gyermeke van (83,5%), első elemzésként a családi állapot változóit két kategóriába vontuk össze (párkapcsolatban

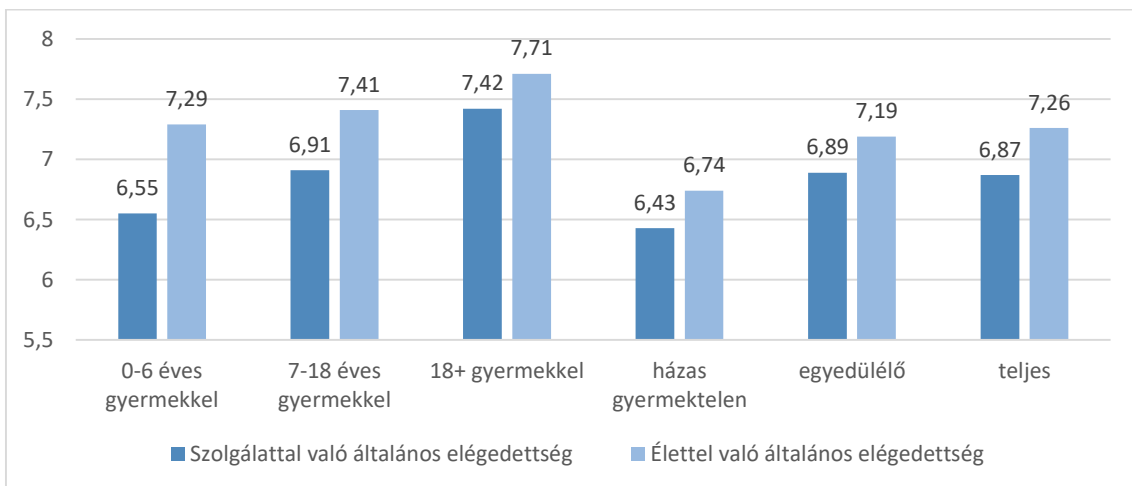
lévő és egyedülálló), és keresztábrás elemzést, illetve Mann-Whitney tesztek végeztünk. A fizikai egészség területén a testtömeg index mutatott szignifikáns különbséget családi állapot tekintetében ( $\chi^2(2) = 6.668, p = .036$ ). A párkapcsolatban lévőknek közel kétszerese (26.8%) esett az elhízott kategóriába az egyedülállókhoz képest (13.8%). Semmilyen egyéb mutatóban nem mutatkozott szignifikáns különbség. Az elvált lelkészeket is összehasonlítottuk a többi kategóriával, de a jóllét tekintetében itt sem volt lényegi eltérés.

A gyerekek számával összefüggésben nem találtunk sehol szignifikáns kapcsolatot a különböző jóllét mutatókkal. Ugyanakkor létrehoztunk kategóriákat a családi életfázis alapján. A családi életfázis kategóriák létrehozásánál a legfiatalabb gyermek életkorát vettük figyelembe, mert az empirikus tapasztalatok és a több kategóriával dolgozó elemzéseink azt mutatják, hogy a családi életfázisnak ezek erősebb meghatározói, mint a legidősebb gyermek életkora. Az itt bemutatott eredményekhez öt csoportot formáltunk. 1. egyedülálló 2. házas gyermektelen lelkészek 3. 0-6 éves korú gyermekkel élő lelkészek 4. 7-18 éves korú gyermekkel élő lelkészek 5. 18+ éves korú gyermekkel élő lelkészek. Az életfázisok mentén Kruskal-Wallis teszttel elemeztük a jóllét különböző dimenziót. Mind a három jóllét kategóriában találtunk szignifikáns eltérést.

A fizikai egészség esetében a napi közérzetben mutatkozott különbség a családi életfázisok mentén ( $H(4) = 14.206; p = .007$ ). A 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. (7. ábra) A jóllét harmadik mutatójában, az elégedettségben pedig az étellel való általános elégedettségben ( $H(4) = 9.856; p = .043$ ) a szolgálattal való elégedettség terén találunk szignifikáns eltérést a házas gyermektelenek és a felnőtt gyermekesek között. A szolgálattal való elégedettségben ( $H(4) = 20.166; p < .001$ ) pedig a felnőtt gyermekesek szignifikánsan magasabb átlagot értek el a skálán (átlag=7,42) a kisgyermekesekhez (átlag=6,55) és a házas gyermektelen (átlag=6,43) lelkipásztorokhoz képest is. (8. ábra)



**7. ábra A családi életfázisok szerint a WBI jóllét normál szintje és BDI nem depressziós kategóriába kerülés összefüggései (%)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)



**8. ábra Az étellel és szolgálattal inkább elégedettek aránya a családi életfázisok szerint (átlag)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A gyermektelen lelkészek és a kisgyermekes szülők minden területen rosszabb mutatókkal rendelkeznek, mint társaik. Ez tendenciózan is megfigyelhető (8. ábra), de szignifikáns különbséget is eredményez a felnőtt gyermekesekhez képest. A családi életfázisnak, élethelyzetnek tehát meghatározó szerepe van a jóllét tekintetében.

### 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 szolgálattal.

#### V.1.2 Szolgálati jellemzők és a jóllét összefüggései

##### **Szolgálati hely és jóllét**

A lakóhely egyes lelkészek esetében nem egyezik meg a szolgálattal. Főleg intézményi lelkészeknél fordul elő gyakrabban, ezért hasonló módon, mint a szociodemográfiai mutatóknál, Kruskal-Wallis teszttel kerestünk esetleges összefüggéseket.

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 ( $H(5) = 22.748; p < .001$ )

##### **Szolgálati idő és jóllét**

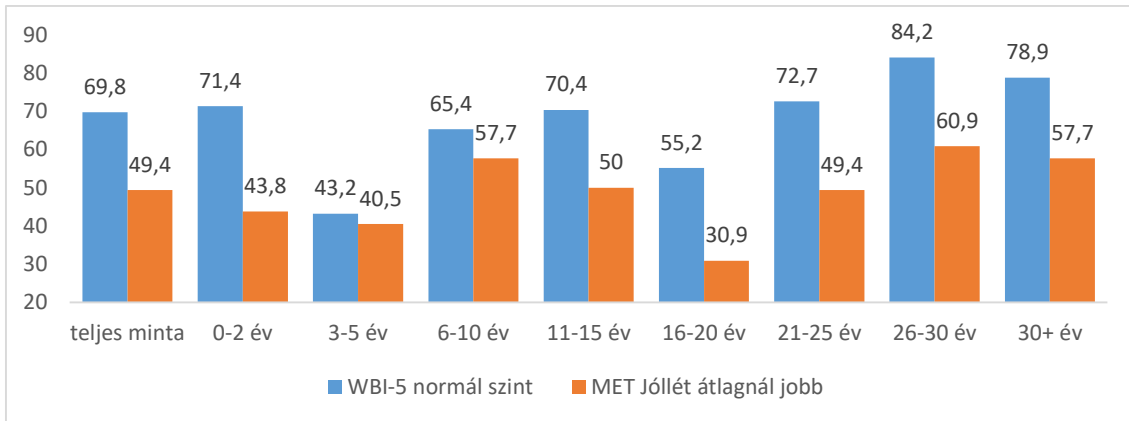
A szolgálatban eltöltött évek a jóllét mindhárom területén mutatnak csoportok közötti szignifikáns különbségeket.

Fizikai egészség területén a közérzetben ( $H(7) = 32.530; p < .001$ ), a lelkiegészség területén a WBI-5 ( $H(7) = 23.514; p < .001$ ), a MET jóllét ( $H(7) = 19.955; p = .006$ ) és a BDI-9 értékekben is szignifikáns eltéréseket ( $H(7) = 14.341; p = .045$ ) találtunk az egyes csoportok között. Az elégedettség területén a boldogság szintje ( $H(7) = 16.964; p = .016$ ), a családdal való elégedettség ( $H(7) = 17.312; p = .015$ ), az étellel való általános elégedettség ( $H(7) = 22.813; p = .002$ ) és a szolgálattal való elégedettség ( $H(7) = 31.300; p < .001$ ) mutat csoportok közti szignifikáns különbségeket. (7. tábla)

**7. tábla A szolgálatban töltött évek alapján képzett csoportok közötti szignifikáns különbségek a jóllét egyes mutatói alapján (% és átlag)**

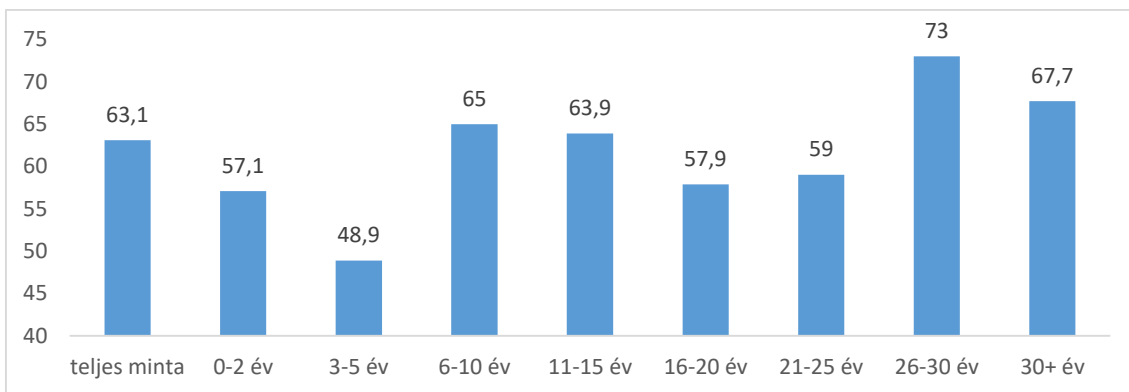
szignifikáns különbségek		
Változó	jóllét szempontjából jobban	jóllét szempontjából rosszabbul
Fizikai egészség		
Általános közérzet (megfelelő közérzet %)	26-30 év (80,8%)	3-5 év (47,9%)
		16-20 év (53,6%)
	30+ év (77,6%)	3-5 év (47,9%)
		16-20 év (53,6%)
Lelki egészség		
Jóllét szintje - MET jóllét (csoport átlag)	26-30 év (4,64)	3-5 év (4,16)
		16-20 év (4,17)
Jóllét szintje - WBI-5 (csoport átlag)	26-30 év (9,44)	3-5 év (6,81)
		16-20 év (8,11)
Depresszió szintje – BDI-9 (csoport átlag)	26-30 év (2,53)	3-5 év (4,67)
Elégedettség		
Élettel való elégedettség (csoport átlag)	30+ év (8,04)	3-5 év (7,14)
		11-15 év (7,41)
		16-20 év (7,08)
Szolgálattal való elégedettség (csoport átlag)	30+ év (7,85)	3-5 év (6,60)
		11-15 év (6,80)
		16-20 év (6,45)
Boldogság (csoport átlag)	30+ év (4,46)	16-20 év (4,85)

Bár lineáris összefüggés nem figyelhető meg, az eredmények alapján az látszik, hogy a mintánkban a jóllét mutatók 20 év szolgálat után már inkább javulnak. A páronkénti összehasonlítások felhívják a figyelmet a 3-5 éve és 16-20 éve szolgálatban lévők nehezebb helyzetére. (9. ábra) A jóllét esetében szignifikáns különbségek vannak a csoportok között, mind a MET ( $\chi^2(7) = 17.194$ ,  $p = .016$ ), mind a WBI-5 esetében ( $\chi^2(7) = 40.468$ ,  $p < .001$ ).



**9. ábra** A jóllét (MET és WBI-5) jobb kategóriában lévők százalékos aránya a szolgálatban töltött évek szempontjai szerint létrehozott csoportoknál (%) (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

Ugyanakkor a depresszióval bár megjelennek a hasonló arányok, az eredmény nem szignifikáns ( $\chi^2(7) = 11.834$ ,  $p = .106$ ). (10. ábra)



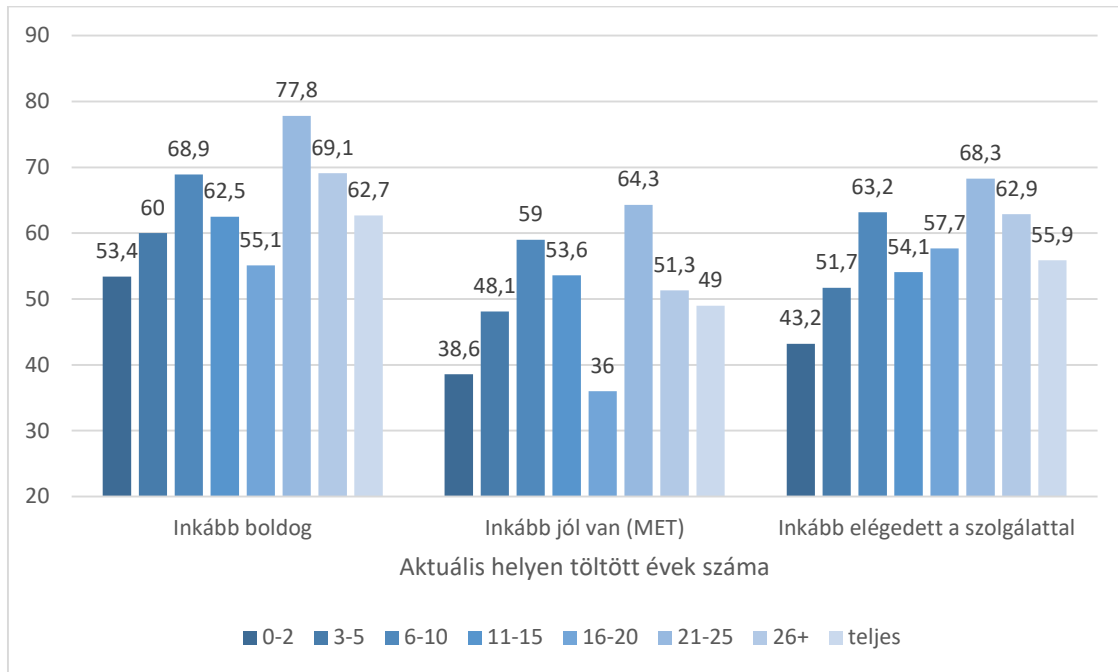
**10. ábra** A „nem depressziós” kategóriában lévők százalékos aránya a szolgálatban töltött évek szempontja szerint létrehozott csoportoknál (%) (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

Viszont ha az első öt év szolgálati idejét hasonlítjuk a többi összevont kategóriához, akkor azt látjuk, hogy míg a pályakezdőknek kevesebb mint a fele (48,7%) esik a nem depressziós kategóriába, addig a többi lelkésznek közel kétharmada (64,3%) tartozik ide ( $\chi^2(1) = 4.206$ ,  $p = .039$ ). A szolgálati idő tehát a pályakezdés éveiben és 15 év után mutat egy-egy nehezebb időszakot.

### Szolgálati helyen töltött idő és jóllét

Elsőként a szolgálati idővel összefüggésben azt vizsgáltuk, hogy a jelenlegi szolgálati helyen eltöltött idő mutat-e összefüggést a jólléttel. Az összes szignifikáns eredmény a lelki megelégedéshez kapcsolódott. A boldogság ( $\chi^2(6) = 15.680$ ,  $p = .016$ ), MET jóllét ( $\chi^2(6)$ )

= 17.567,  $p = .007$ ) és a szolgálattal való elégedettség is ( $\chi^2(6) = 16.347$ ,  $p = .012$ ) mutatott szignifikáns eltérést az egyes csoportok között. (11. ábra)



**11. ábra A boldogság, jóllét (MET) és szolgálattal való elégedettség magasabb szintjének aránya az aktuális szolgálati helyen töltött idővel összefüggésben (%)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A keresztábrás elemzés itt is megmutatja, hogy nem lineáris összefüggésről van szó. Egy olyan mintázat és pályáív rajzolódik ki, aminek a megértése kvalitatív módszertannal lehetséges.

### Szolgálati helyek közötti váltás és jóllét

Az eddigi szolgálati helyek száma az étellel való általános elégedettséggel mutat szignifikáns, lineáris összefüggést ( $\chi^2(3) = 8,012$ ,  $p = .046$ ). Minél több szolgálati helyet vált a lekipásztor, annál alacsonyabb az étellel való elégedettség szintje. Egyrészt itt sem tudjuk az ok-okozati összefüggést megállapítani, ugyanakkor azt feltételezzük, hogy kölcsönös hatásról lehet szó, aminek a háttérében egyéb tényezők lehetnek, mint például a személyiségtípus. Ha az első vagy második szolgálati helyen lévőket hasonlítjuk össze a többiekkel, akkor még inkább látszik, hogy az étellel való elégedettségben különbség van ( $\chi^2(1) = 6.005$ ,  $p = .014$ ). Míg az első vagy második szolgálati helyükön lévők fele inkább elégedett az étellel (50,9%), addig az ennél több váltást megélőknél ez az arány alacsonyabb (41,1%). A sok váltás csökkenő elégedettséggel jár együtt.

Az, hogy kinek hány szolgálati helye van, nem mutat szignifikáns összefüggést a jóllét mutatókkal. Valószínűleg ez a változó önmagában nem elég informatív. Lehetséges, hogy gyülekezeti lelkészként több kisebb gyülekezet pásztorolása kevesebb leterheléssel jár, mint egy megterhelő gyülekezeti helyzetben való helytállás.

### **Korábbi nem egyházi munkakör és jóllét**

A korábbi vagy a lelkészi szolgálatot megszakító nem egyházi munkatapasztalat egy területen mutatott szignifikáns eltérést a jólléttel összefüggésben. A házastárssal való elégedettség összességében nagyon magas a mintában, ami más kutatásokban is hasonló tendenciát mutat.<sup>8</sup> Az elégedettség index maximum értéke 35 lehet, és a minta fele 30 pont feletti értéket ért el, de azok között, akiknek volt korábban más, nem egyházi munkatapasztalatuk, 36,7%-a kevésbé elégedett, szemben a csak lelkészi munkakörben dolgozókkal, akiknél ez az érték 26,8% ( $\chi^2(1) = 4.833, p = .028.$ ) Ugyanakkor a teszteken a más munkahelyen töltött évek száma nem mutatott szignifikáns összefüggést egyik jóllét mutatóval sem.

### **Egyházi státuszok száma és jóllét**

Nagyobb jelentősége van az egyházi státusznak. A számuk szignifikáns különbséget jelez a jóllét mutatókkal összefüggésben. Két kategóriát hoztunk létre. 1: Egy státusz 2: kettő vagy több státusz. A MET jóllét esetén van szignifikáns különbség a két csoport között ( $U=18323,0; p = .001$ ). Míg a teljes mintában a jóllét átlaga 4,39 ( $N=634$ ), addig az egy státusszal rendelkezők átlaga ettől elmarad (átlag=4,35,  $N_{\text{egy státusz}}=550$ ), míg a több státuszúaké az átlag felett van (átlag=4,66,  $N_{\text{több státusz}}=84$ ). Úgy tűnik, tehát, hogy a mi mintánkban a több státusz együtt jár a jóllét magasabb szintjével.

### **Egyházi státusz jellege és jóllét**

Az egyházi státuszok alapján a helyettes lelkészek állapota szignifikánsan rosszabb, mint a többieké. Mivel azonban a mintánkban csak kis százalékban vannak jelen (3,1%), és az egyházban lévő helyzetük is nagyon sajátos, sok szempontból tisztázatlan, ezért úgy döntöttem, hogy az elemzésből kihagyom őket. Az ő helyzetük további kvalitatív kutatást igényel. Ezek után négy kategóriát hozam létre. Minden kategóriába az elsődlegesen megjelölt státusz alapján kerültek a lelkészek. 1. parókus lelkész, 2, beosztott lelkész (ide

<sup>8</sup> Barna Group: The state of pastors Volume 2. <https://www.barna.com/stateofpastors/>

kerültek a segédlelkészek is) 3. intézményi lelkész, 4. egyéb lelkészek. Az elemzés során mindig egy-egy kiemelt kategória összehasonlítását végeztem el a többi státuszhoz viszonyítva.

Ez alapján a parókus lelkészek a testtömeg index tekintetében ( $U=24564,0$ ;  $p < .001$ ), a házastársi ( $U=23921,5$ ;  $p = .027$ ), a családi ( $U=38211,5$ ;  $p = .027$ ) és a szolgálattal való elégedettségben ( $U=42939,5$ ;  $p = .039$ ) különböznek társaiktól.

Ugyanazén összefüggések kereszttábla elemzése során a házastárssal való elégedettséget három közel azonos csoportra osztottuk: 1. kevéssé elégedett, 2. közepesen elégedett, 3. nagyon elégedett. A parókusok 74,7%-a közepesen vagy nagyon elégedett a házastárssal való kapcsolatával, míg a többieknél ez az arány csak 62,8% ( $\chi^2(1) = 7,164$ ,  $p = .007$ ). A szolgálattal is inkább a parókusok elégedettek. 61,9%-uk került az „inkább elégedett” kategóriába, míg a többieknek csak a 51,2%-a ( $\chi^2(1) = 7,116$ ,  $p = .008$ ).

A beosztott lelkészek esetén a testtömeg index ( $U=12333,5$ ;  $p = .005$ ) és a depresszió szintje ( $U=22140,5$ ;  $p = .045$ ) mutat szignifikáns eltérést. A kereszttáblás elemzés alapján már csak a testtömeg index különbsége marad szignifikáns ( $\chi^2(1) = 4,536$ ,  $p = .033$ ). A beosztott lelkészek 56,8%-a kerül a túlsúlyos és elhízott kategóriákba, míg a többieknél ez az arány valamivel magasabb, 69,3%. Ugyanakkor ez inkább annak tudható be, hogy arányaiban több nő és fiatal van a beosztottak között, akiknek koruknál fogva valamivel jobb testtömeg index mutatóik vannak.

Az intézményi lelkészeknél az egyetlen szignifikáns különbség a házastárssal való elégedettség ( $\chi^2(1) = 6,087$ ,  $p = .014$ ). Míg közel felük, 43,9% az átlagnál elégedetlenebb a párkapcsolatával, addig a többieknek alig több mint negyede, 27,9% kerül ebbe a kategóriába.

### **Szolgálati hely sajátosságai és jóllét**

A szolgálat egyes mutatói jelentőségteljesnek tűnnek a lelkészek közötti beszélgetésekben, ezért vizsgáltam, hogy ezek összefüggést mutatnak-e a jólléttel.

Az egyik ilyen, hogy egy lekipásztor szubjektív megélése szerint hány ember felé végzi a szolgálatát. Azt feltételeztem, hogy a nagyobb közösség nagyobb elégedettséggel, de adott esetben kisebb lelki és fizikai egészséggel párosul. A szignifikáns eltérések azt mutatják, hogy vannak különbségek a csoportok között. Az „1-50” főt bejelölő lelkészek

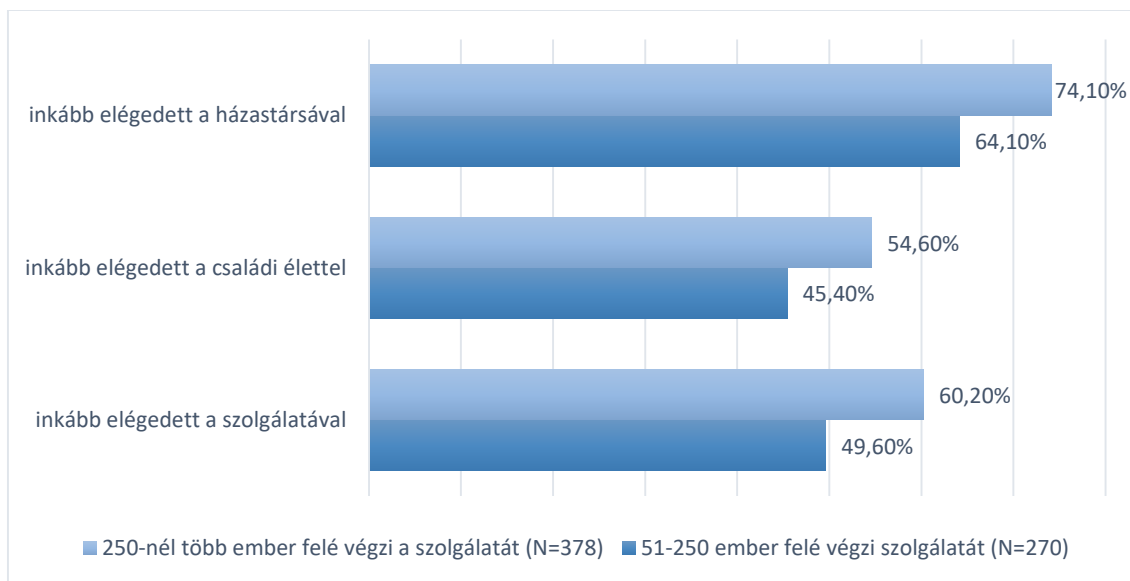
nagy része speciális szolgálati helyen van. Ők több mutatóban is más irányú eltéréseket mutatnak, mint a többi, kevesebb ember felé szolgáló lelkész. Ráadásul kevesen vannak a mintában (3,1%), ezért végül egy kétkategóriás változót is létrehoztam, ami az „51-250” és a 250-nél több” kategóriákat különíti el. Ebben az összefüggésben a Mann-Whitney teszt a lelki egészség és az elégedettség különböző területeiben mutatott szignifikáns eltérést a csoportok között az egyes jóllét mutatók tekintetében (8. tábla).

### 8. tábla Összefüggés a szolgált közösség mérete és a jóllét mutatók között

	MET jóllét	WBI-5	szolgálattal való elégedettség	Családdal való elégedettség	Házastárssal való elégedettség
Mann-Whitney U	38937,500	40032,000	40477,000	36896,000	23871,500
szignifikancia	0,009	0,028	0,003	0,006	0,018

Független változók: 51-250 és 250+ ember felé végzi munkáját

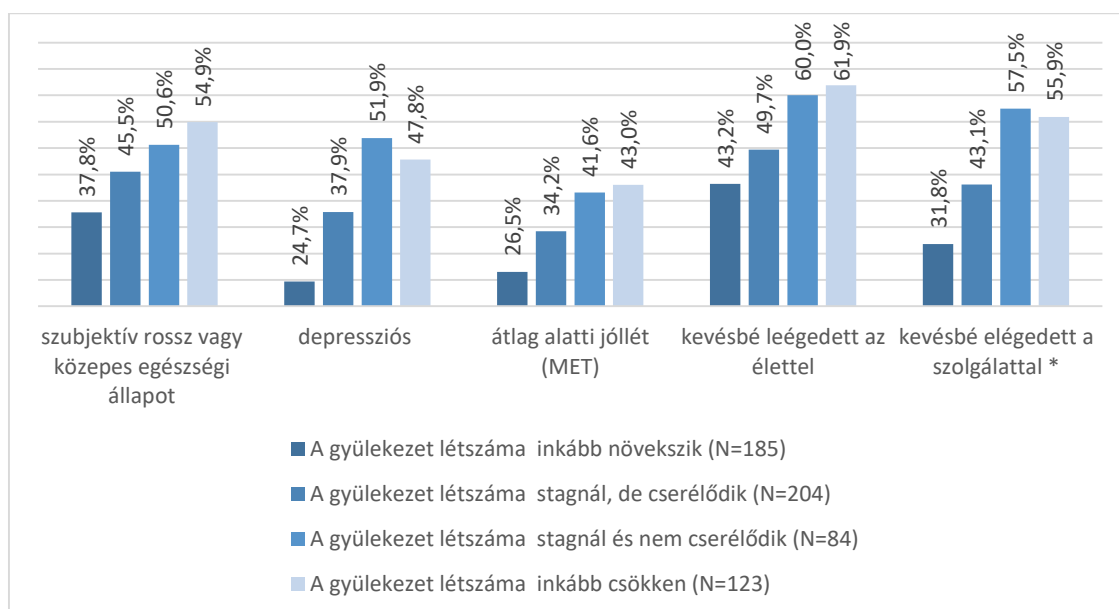
Kereszt táblába rakva ezeket a változókat, már csak a szolgálattal ( $\chi^2(1) = 6,901$ ,  $p = .009$ ), családi élettel ( $\chi^2(1) = 6,354$ ,  $p = .012$ ) és a házastárssal való elégedettség ( $\chi^2(1) = 6,332$ ,  $p = .021$ ) mutatnak szignifikáns különbséget a két csoport között. (12. ábra)



### 12. ábra Összefüggés a szolgált közösség mérete és a magasabb elégedettségi mutatók között (%) (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A kérdőívben a gyülekezeti lelkészeketől megkérdeztük, hogy a gyülekezetük közösségének létszáma hogy alakul, amelyre a következő válaszlehetőségek közül választhattak: 1. növekszik, 2. stagnál de cserélődik, 3. stagnál, de nem cserélődik, valamint 4. csökken. Ez a változó azért is kiemelten fontos volt, mivel a lelkészgyűléseken elhangzó megszólalások alapján az látszik, hogy a gyülekezet

létszámának változását általában a szolgálat eredményességéhez kötik a lelkészek, tehát egyfajta visszacsatolásként is értelmezik a saját tevékenységükre vonatkozóan. A létszám változásának megítélése a jóllét mindhárom területével szignifikáns összefüggést mutat (13. ábra). Így az általános fizikai egészség megítélése esetén ( $H(3) = 12.011$ ;  $p = .007$ ), valamint a lelki egészség esetében a depresszió skála ( $H(3) = 29.454$ ;  $p < .001$ ), és a MET jóllét skála ( $H(3) = 19.628$ ;  $p < .001$ ) is szignifikáns eltérést jelez a csoportok között. Az elégedettség területén az étellel való általános elégedettség ( $H(3) = 17.741$ ;  $p < .001$ ) és a szolgálattal való elégedettség ( $H(3) = 31.622$ ;  $p < .001$ ) mutat szignifikáns különbséget. Az látszik, hogy akiknél a gyülekezet létszáma csökken, vagy stagnál és nem cserélődik, azok nagyobb százalékban vannak a jóllét mutatók rosszabb kategóriáiban.



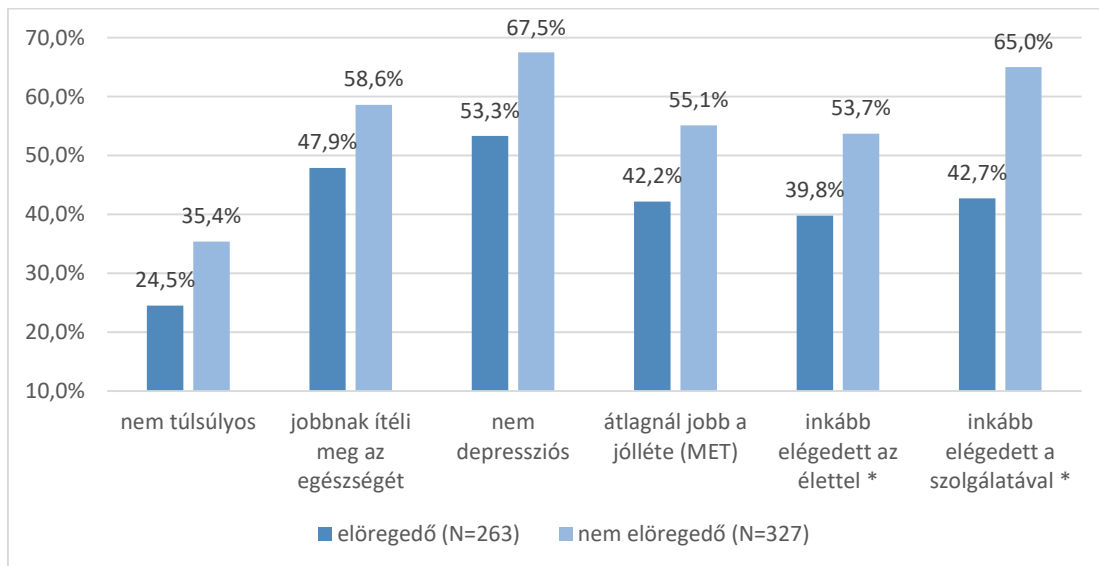
minden összefüggés szignifikáns, \* $p < .001$  \*

**13. ábra** Összefüggés a gyülekezet létszámának alakulása és a jóllét mutatók rosszabb kategóriába esésének arányai között (%) (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A családi elégedettség is mutatott szignifikanciát a Kruskal-Wallis teszten ( $H(3) = 9,110$ ;  $p < .028$ ). Azonban Post-hoc teszt esetén már nem voltak kimutathatók szignifikáns eltérések a csoportok között, annak ellenére sem, hogy az összefüggésrendszer hasonló tendenciákat mutatott a többi elégedettségi változóhoz. A keresztábra alapján hasonló tendencia rajzolódik ki: a növekvő gyülekezettől a csökkenőig az elégedettség is csökken. ( $\chi^2(3) = 5,428$ ,  $p = .014$ )

Ugyanakkor a település népességének változása sokkal kevésbé mutatott összefüggést: egyedül a depresszió esetén volt szignifikáns a különbség ( $\chi^2(2) = 7.986$ ,  $p = .018$ ). A csökkenő népességű településeken a lelkészek 45,1%-a küzd valamilyen szintű depresszióval, míg a növekvő népességű településeken ez az arány mindössze 31,3%.

A gyülekezeti népesség korszerkezetére egy egyszerű kérdéssel kérdeztünk rá: „Jellemző a gyülekezetére, hogy inkább előregedő?”, amelyre válaszlehetőségként az 1. „jellemző”, illetve 2. „nem jellemző” válaszok voltak adhatóak. Ezen változó mentén vizsgálva az eredményeket, a jóllét mindhárom területén szignifikáns eltérések voltak kimutathatóak (14. ábra) A fizikai egészség terén a testtömeg index ( $\chi^2(1) = 6.132$ ,  $p = .013$ ) és a szubjektív egészség megélése ( $\chi^2(1) = 6.721$ ,  $p = .010$ ) mutat összefüggést, a lelki egészség terén a depresszió ( $\chi^2(1) = 11.704$ ,  $p < .001$ ) és a jóllét szintje ( $\chi^2(1) = 6.209$ ,  $p = .013$ ). Az elégedettségben pedig az étellel ( $\chi^2(1) = 10.893$ ,  $p < .001$ ) és a szolgálattal való elégedettség ( $\chi^2(1) = 28.100$ ,  $p < .001$ ) mutat szignifikáns összefüggést. Ez utóbbi kettő van a legerősebb összefüggésben a gyülekezeti korszerkezet változójával. Az előregedő gyülekezetben való szolgálat jóllét szempontjából az eredmények alapján megterhelőbbnek tűnik.



minden különbség szignifikáns,  $*p < .001$

**14. ábra** Összefüggés a gyülekezeti korfa és a jóllét mutatók esetén a jobb kategóriába kerülés arányai között (%) (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

Ezek az utóbbi mutatók mind az eredményesség érzésével hozhatók összefüggésbe a lelképásztori közösségek szemléletében, főleg a formális egyházi gyűléseken.

Elmondhatjuk tehát, hogy az eredménytelenség érzése rosszabb jóllét mutatókkal jár együtt.

### 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 (9. tábla), a változók kategoriális elemzése során ezeknek a különbségeknek egy része már nem volt szignifikáns.

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

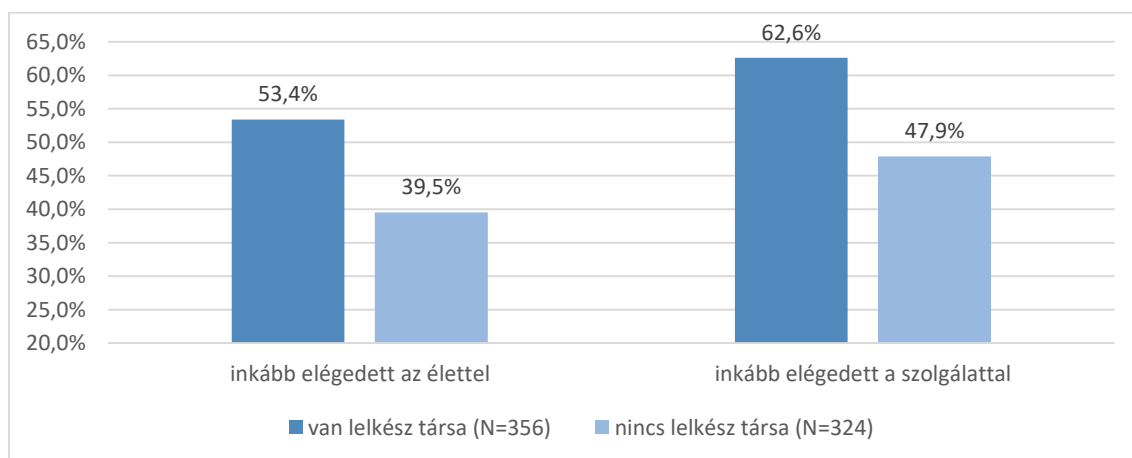
Változók	Mann-Whitney U	Szignifikancia
BMI	30186,0	0,045
általános fizikai egészség *	50421,0	0,006
közérzet *	51524,5	0,013
WBI-5	45696,0	0,032
élettel való elégedettség *	42624,5	0,000
szolgálattal való elégedettség *	41873,5	0,000

1 \* Kereszt táblás elemzésben is szignifikáns marad

#### 2 Független változó: Van a szolgálati helyén lelkésztársa?

Az általános fizikai egészség esetén, akiknek nincs lelkész kollégájuk, azoknak a fele (50,3%) rossz vagy közepes egészségi állapotról számol be, míg akiknek van kollégájuk, azoknál ugyanez az arány alacsonyabb (41,9%) ( $\chi^2(2) = 6.924$ ,  $p = .031$ ). A napi közérzet esetén nem megfelelő közérzete van a lelkésztárs nélkül szolgálók 36,4%-ának, míg az együtt szolgáló lelkészek esetében ez csak 28,5% ( $\chi^2(2) = 6.924$ ,  $p = .031$ ).

Jóval határozottabb összefüggést mutat az élettel ( $\chi^2(1) = 12.483$ ,  $p < .001$ ) és a szolgálattal való elégedettség ( $\chi^2(1) = 14.290$ ,  $p < .001$ ). (15. ábra)



15. ábra Összefüggés a lelkész kollégával való szolgálat és az elégedettség magasabb szintje között (%) (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A lelkész munkatárssal kapcsolatos kérdést még tovább részleteztük egy alkérdés segítségével: „Az ön házastársa a lelkésztársa?” A válaszok: 1. igen, és van más lelkésztársam, 2. igen, és nincs más lelkésztársam, 3. nem. Egyedül a házastárssal való elégedettség esetén kaptunk szignifikáns eredményt ( $H(2) = 12.783; p = .002$ ). Akiknek a lelkésztársa nem a házastársa, azoknak 36,4%-a kevésbé elégedett. Kiseb mértékű, de hasonló arányt mutatnak azok, akiknek csak a házastársuk a lelkésztársuk, 32,2%-uk kevésbé elégedett, míg azok esetében, akinek a házastársuk lelkésztárs, de van más lelkész munkatársuk is, ez az arány mindössze 16,3% ( $\chi^2(1) = 6.609, p = .037$ ).

### Pihenés és jóllét

Míg az eredményesség és a folytonos szolgálat nagy hangsúlyt kap, addig az ezt kiegyensúlyozó pihenés sokszor elmarad. Nagyon különböző hozzáállást mutatnak a lelkészek, ha ez szóba kerül. Sokak számára a pihenőnap kivétele egyfajta megtagadása a lelkészi hivatásnak, sokak számára viszont ez Isten rendelése az ember számára. A mintában az látszik, hogy a gyakorlatban is megosztott a lelkészi kar. Azt kérdeztük, hogy „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. (10. tábla)

**10. tábla A szabadnap kivétele és a különböző jóllét mutatók közti keresztábrás elemzésnek a szignifikancia eredményei**

Vizsgált változó	$\chi^2$	df	p
Egészségi állapot önbecslése*	26.646	6	< .001
BMI	4.136	3	.247
Napi közérzet	11.240	3	.010
Depresszió (BDI-9)	5.012	3	.171
Jóllét (WBI-5)*	18.545	3	< .001
Jóllét (MET)	7.367	3	.061
Élettel való elégedettség	10.096	3	.018
Szolgálattal való elégedettség	2.539	3	.468
Házastárssal való elégedettség	1.246	3	.742
Családdal való elégedettség	8.451	3	.038

\* $p < .001$

A testtömeg index, a szolgálattal való elégedettség és a házastárssal való elégedettség kivételével minden változónál ugyanaz a tendencia mutatkozik. Minél kevésbé veszi ki valaki a szabadnapját, annál inkább kerül a jóllét mutatók kedvezőtlen kategóriájába. Ez

leginkább az általános jóllét (WBI-5) területén érzékelhető. Akik mindig kiveszik a szabadnapjukat, azoknak 23,5%-a kerül a jóllét szempontjából a kockázati kategóriába, míg akik soha nem vesznek ki szabadnapot, azoknak több mint a fele 56,3%-a veszélyeztetett. A rendszeres szabadnap jólléttel való összefüggését jól mutatja, hogy a depresszióval nem mutat ki szignifikáns összefüggést a minta, bár a tendenciák hasonlóak.

### Hasznosság érzés és jóllét

Ide tartozó, de már szubjektív érzést mutató változó, ami a hasznosságra kérdez rá: „Összességében mennyire tartja önmagát a társadalom fontos, hasznos tagjának?”. A Likert skálán 0-10 közötti értékekkel lehet válaszolni, ahol a magasabb pontszám a magasabb elégedettséget jelentette. Ez a változó szintén több területen mutatott szignifikáns összefüggést a jólléttel. (11. tábla) A statisztikai tesztelés során a hasznosságérzés került be folytonos változóként, és a független változók a jóllét különböző mutatóinak a kétkategóriás változatai voltak.

### 11. tábla Mann-Whitney teszt a hasznosságérzés és a különböző jóllét mutatók közötti összefüggésről

Jóllét változók	Mann-Whitney U	Szignifikancia
BMI	27367.0	.493
közérzet *	30531.5	.000
jóllét (MET)*	11435.0	.000
WBI-5*	26582.0	.000
élettel való elégedettség *	32186.0	.000
szolgálattal való elégedettség *	25873.5	.000
házastárssal való elégedettség	21577.0	.011
családdal való elégedettség*	35985.0	.000

\*  $p < .001$

Az eredmények azt mutatják, hogy a hasznosságérzés és a lelkiállapot, fizikai közérzet, elégedettség pozitívan és erősen összefügg. Minél hasznosabbnak érzi magát valaki, annál nagyobb valószínűséggel kerül a jobb jóllét kategóriákba. A hatás irányát itt sem tudjuk, de feltételezhetően erősen kölcsönös.

### Szolgálattal kapcsolatos büntudat és jóllét

A szolgálattal kapcsolatos büntudat gyakori a lelkipásztori karban. Folyamatosan visszatérő érzés a lelkész életében hogy kevés, amit tesz. Mindig lehetne többet. Keresztábrában a jóllét mutatóival szintén erős összefüggést mutat (12. tábla), csak a

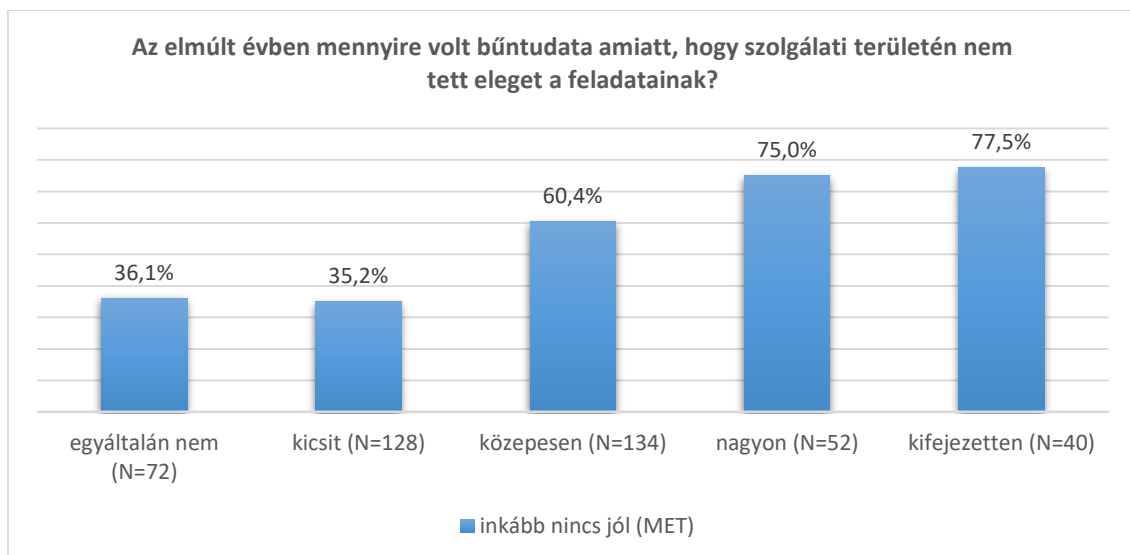
testtömeg index és a házastárral való elégedettség esetében nem szignifikáns az összefüggés.

**12. tábla A szolgálattal kapcsolatos büntudat érzése és az ezzel szignifikánsan összefüggő különböző jóllét mutatók**

Vizsgált változó	$\chi^2$	df	p
Egészségi állapot önbecslése*	45.584	8	.000
Napi közérzet*	40.153	4	.000
Depresszió (BDI-9)*	62.910	4	.000
Jóllét (WBI-5)*	30.464	4	.000
Jóllét (MET)*	47.111	4	.000
Élettel való elégedettség*	20.881	4	.000
Szolgálattal való elégedettség*	34.812	4	.000
Családdal való elégedettség	13.285	4	.010

\*  $p < .001$

A mentális jóllét (MET) trendjéhez hasonló az összes többi változóé is (16. ábra). Az intenzívebb büntudat szignifikánsan rosszabb jóllét mutatókkal jár együtt.



**16. ábra Összefüggés a szolgálattal kapcsolatos büntudat mértéke és a mentális jóllét (MET) területén megélt rosszabb állapot között (%)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

**A feladatokban megélt hivatás és jóllét**

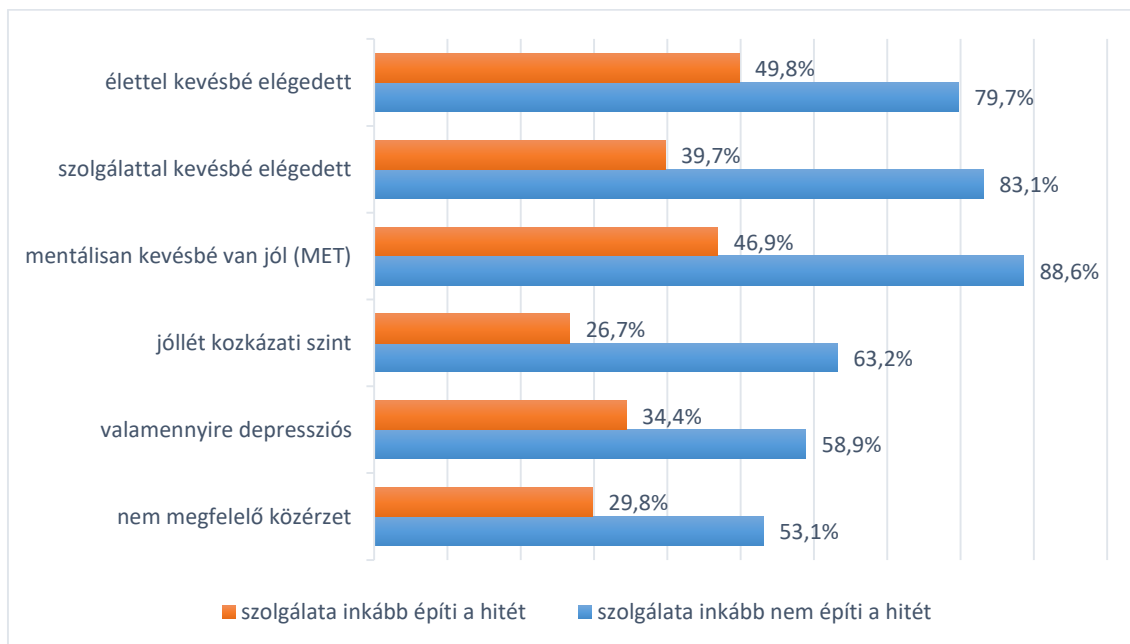
A kiégést ugyan külön nem vizsgáltuk, de a lelkipásztoroknál az egyik jele lehet, amikor már a munkát csak feladatvégzésnek élik meg és nem a hivatásuk gyakorlásának. A David Eagel-féle kérdőív alapján megkérdeztük, hogy a szolgálatuk mennyire építi a hitüket. Négy válaszlehetőséget adtunk meg: „1. egyáltalán nem építi, 2. inkább nem építi, 3. inkább építi, 4. főleg a szolgálatomban találok inspirációt.”. Két csoportot képeztünk a keresztábrás elemzéshez. Az első két választ adók kerültek az „inkább nem építi”

csoportba, míg a másik két választ adók kerültek az „inkább építi csoportba”. Ez a változó a fizikai egészség terén csak a mindennapi közérzettel áll szignifikáns összefüggésben. Az összes többi jóllét mutatóban csak a házastári elégedettséggel nem áll összefüggésben (13. tábla).

**13. tábla A szolgálat által épülő hit és az ezzel szignifikánsan összefüggő különböző jóllét mutatók**

Vizsgált változó	$\chi^2$	df	p
Napi közérzet	14.491	1	.000
Depresszió (BDI-9)	13.239	1	.000
Jóllét (WBI-5)	32.868	1	.000
Jóllét (MET)	27.541	1	.000
Élettel való elégedettség	19.121	1	.000
Szolgálattal való elégedettség	40.940	1	.000
Családdal való elégedettség	12.293	1	.000

Az látszik, hogy nagyon szoros összefüggés van a jóllét és a hivatásban megélt spiritualitás között. A hivatás hitbeli kiüresedése negatívan függ össze a jóllét minden területével. (17. ábra) Az eredményekből nem tudjuk a hatás irányát.



*minden összefüggés szignifikáns  $p < .001$  valószínűségi szinten*

**17. ábra A hitélet és szolgálat kapcsolódásának összefüggése a kedvezőtlenebb jóllét mutatókkal (%)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

Az eredményekből nem tudjuk a hatás irányát. Itt is azt feltételezem, hogy kölcsönösen hat egymásra a jóllét és a spirituális állapot.

### V.1.3 Társas támogatás és jóllét

A szolgálattal kapcsolatos szubjektív mutatók is láttatják, hogy egy nagyon komplex rendszerben helyezhető el a lekipásztori jóllét kérdése. A következő részben a társas támogatás jólléttel kapcsolatos összefüggéseit elemzem a meglévő adatok alapján. A mérőeszközöknél leírt módon, több szempontból vizsgálom ezt a dimenziót.

#### Magány és jóllét

A magányosság szubjektív megélését egy tízes Likert-skálán jelezheték a válaszadók, ahol a magasabb pontszám jelentette a nagyobb magányérzetet. A jóllét skálaival való Spearman-korrelációt vizsgáltam. A fizikai egészség terén a nagyobb magányosság alacsonyabb szubjektív egészség megélésével társult mind az általános egészségi állapot, mind a közérzet szempontjából. A testtömegindex azonban nem mutatott összefüggést a magánnyal, a lelki egészség területén mindhárom mutatóval erősen szignifikáns, közepes korrelációt mutatott. Az elégedettség területén is minden tényezővel korrelált, de az étellel és szolgálattal való elégedettség esetén erősebb volt ez az összefüggés, mint a család és házastárs esetében (14. tábla). Minden skála a rosszabb állapot és a magasabb magányossági szint közötti kapcsolatot mutatja. Ahol negatív az eredmény, ott a skálák kérdései ellenkező irányba mutatnak. Ezen eredmények alapján azt feltételezem, hogy a szubjektív magány érzése az adatbázisunkban jó eszköz a lelki egészség és az étellel, szolgálattal való elégedettség szintjének becslésére.

#### 14. 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			
étellel	szolgálattal	családdal	házastárssal
-.439**	-.455**	-.283**	-.336**

\*\* $p < .001$

## Bizalom és jóllét

A bizalom témája önmagában külön figyelmet érdemel, hiszen az egyházi működésben gyakran tapasztalunk bizalomhiányt a lelkipásztorok között. Feltételezhetően ennek sokkal komplexebb a háttere és a hatása is. Feltételezhetően a lelkészek nagy része egy alap bizalmatlanságra rendezkedett be, és ettől függően alakítja ki a saját támogató rendszerét. A bizalom és a társas támogatás elfogadása, megélése összefüggést mutat. A korrelációk azonban bár szignifikánsak, de alapvetően gyengék. (15. tábla)

### 15. tábla Spearman korreláció-elemzés: a bizalom társas támogatással mutatott összefüggései

Bizalom és társas támogatás összefüggése (Spearman)				
MSPSS család	MSPSS barátok	MSPSS jelentős mások	magány	barátok száma
.135**	.256**	.187**	-.134**	.133**

\*\*  $p < .001$

*Megjegyzés: a magány esetén a negatív eredménynél a skála iránya fordított a bizalom szintjéhez képest*

A lelkipásztorok esetében érdemes tovább vizsgálni, hogy a bizalmatlanság szintje mely jóllétmutatókkal mutat összefüggést, mik befolyásolják. Ez esetben a társas támogatáshoz hasonlóan nagyon gyenge a korreláció. A lelki egészség terén a MET jólléttel ( $r_s(635) = .245, p < .001.$ ), az elégedettség terén pedig az étellel ( $r_s(648) = .248, p < .001.$ ), és a szolgálattal ( $r_s(648) = .265, p < .001.$ ) való elégedettség mutatott valamelyest erősebb korrelációt a többi változóhoz képest. Úgy tűnik, hogy az emberekbe vetett általános bizalom kevésbé függ össze a jóllét mutatóival.

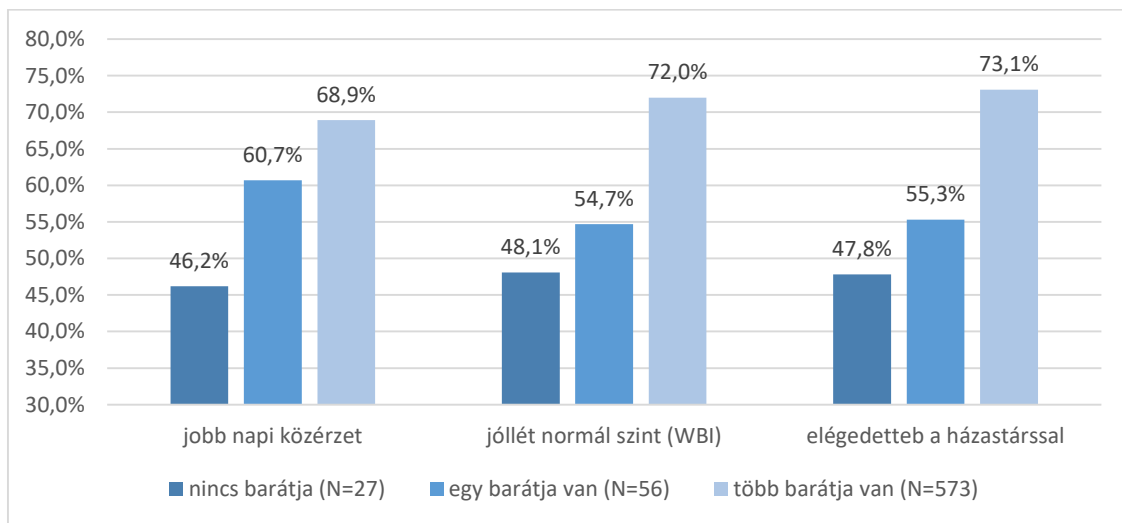
## Baráti kapcsolatok és jóllét

A barátok számának összefüggéseit vizsgálva a jólléttel az eddigiekhez képest még gyengébb összefüggések mutathatóak csak ki. Egyedül a MET jóllét esetén van egy nagyon gyenge korreláció ( $r_s(614) = .217, p < .001.$ ) Az összes többi mutatónál ezek az összefüggések a  $r_s < 0.2$  érték alatt maradnak. Ugyanakkor ha három kategóriát képünk a barátok számából (1, nincs barátja; 2, egy barátja van; 3, több barátja van), akkor szignifikáns különbséget kapunk a képzett csoportok között. (16. tábla)

**16. tábla A barátok számával szignifikánsan összefüggő különböző jóllét mutatók**

Vizsgált változó	$\chi^2$	df	p
Napi közérzet	7.040	2	.030
Jóllét (WBI-5)	12.801	2	.002
Jóllét (MET)	8.505	2	.014
Szolgálatlaltal való elégedettség	7.416	2	.025
Házastárssal való elégedettség	11.242	2	.004

Az is látszik, hogy minél több barátja van valakinek, annál nagyobb százalékban kerül a jobb jóllét kategóriába. (18. ábra)

**18. ábra A három jóllét mutató eloszlása a barátok száma szerint. (%)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

Rákérdeztünk a baráti kapcsolatok ápolására is: „Általában mennyire van ideje ápolni a baráti kapcsolatait?”

**17. tábla Spearman korreláció-elemzés: a baráti kapcsolat ápolásának a jólléttel mutatott összefüggései**

Baráti kapcsolatok minősége és jóllét összefüggése (Spearman korreláció)			
Fizikai egészség			
általános egészség		közérzet	
-.177**		.215**	
Lelki egészség			
depresszió (BDI-9)	jóllét (WBI-5)	jóllét (MET)	
.249**	-.336**	-.319**	
Elégedettség			
élettel	szolgálatlaltal	családdal	házastárssal
-.230**	-.258**	-.249**	-.159**

\*\*  $p < .001$

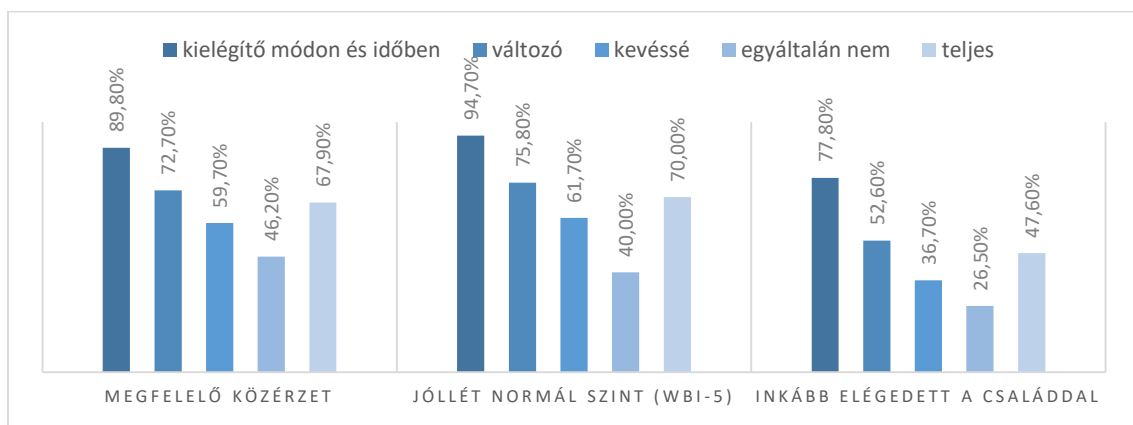
A válaszlehetőségben ordinalitásra törekedtünk, ilyen módon a következő válaszlehetőségek közül választhattak a kérdezettek: „1. kielégítő módon és időben, 2. változó, 3. kevéssé, 4. egyáltalán nem”. Ez elsősorban a lelki egészség terén a jólléttel mutat erősebb összefüggést. (17. tábla)

Megvizsgáltam azt is, hogy az egyes csoportok között milyen szignifikáns eltérés mutatkozik. (18. tábla)

**18. tábla Kruskal-Wallis teszt: a baráti kapcsolat ápolására fordított idő hatása a jóllét mutatókra**

Baráti kapcsolatok minősége és jóllét összefüggése (Kruskal-Wallis teszt)			
Fizikai egészség			
általános egészség		közérzet	
H (3) = 29.280; $p < .001$		H (3) = 33.101; $p < .001$	
Lelki egészség			
depresszió (BDI-9)	jóllét (WBI-5)	jóllét (MET)	
H (3) = 20.878; $p < .001$	H (3) = 38.758; $p < .001$	H (3) = 56.225; $p < .001$	
Elégedettség			
élettel	szolgálattal	családdal	házastárssal
H (3) = 24.359; $p < .001$	H (3) = 38.883; $p < .001$	H (3) = 41.667; $p < .001$	H (3) = 13.702; $p = .003$

A Kruskal-Wallis-teszt a testtömegindex kivételével a jóllét minden más vizsgált területén szignifikáns eltérést mutat a csoportok között.



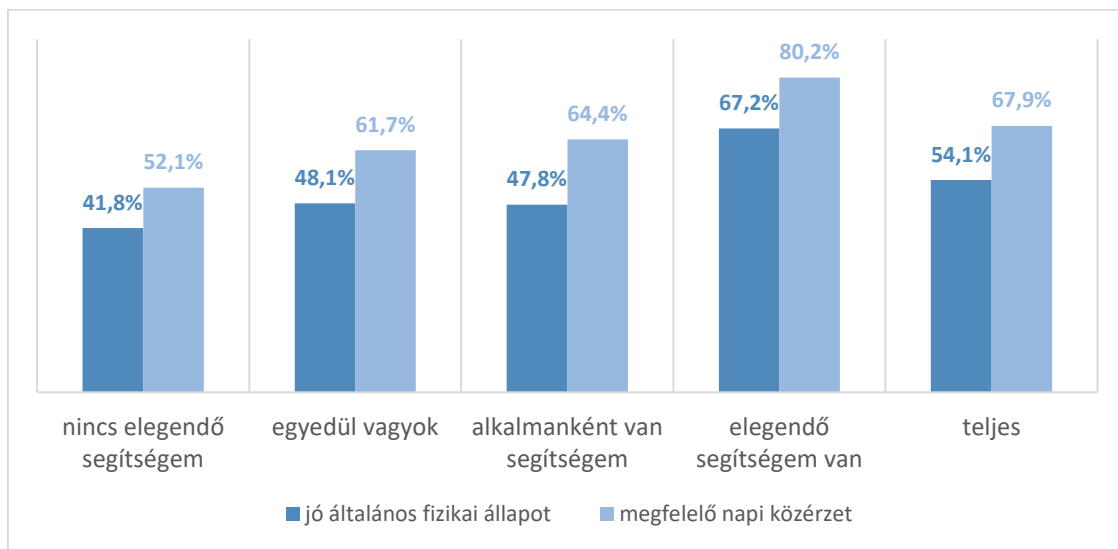
minden összefüggés szignifikáns  $p < .001$  szinten

**19. ábra Barátság ápolásának összefüggése a jobb jóllét kategóriába kerüléssel (%)**  
(Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A csoportok mediánjainak összevetésekor az is látszik, hogy a tendencia lineáris. Egy lelkes minél kevésbé ápolja a kapcsolatát a barátaival, annál rosszabbak az egészségmutatói. (19. ábra)

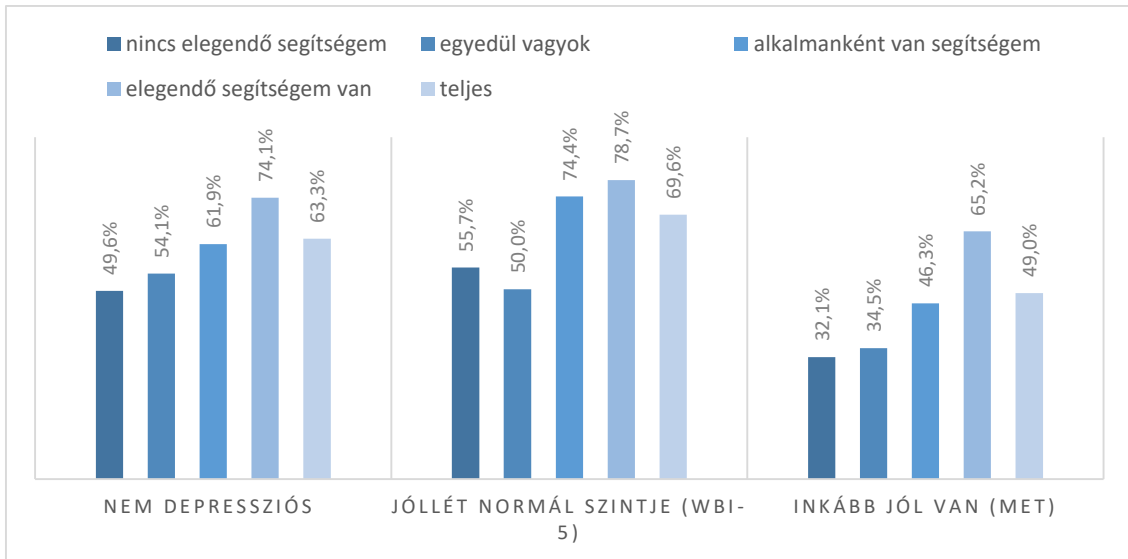
### Kollegiális kapcsolat és jóllét

Rákérdeztünk a munkahelyen a kollégák jelenlétére, és arra, hogy a lekipásztorok mennyire érzékelik ezt elegendőnek: „Vannak közvetlen munkatársai a szolgálatban?” Erre négy válasz lehetőség volt: „1. egyedül vagyok, 2. alkalmanként van segítségem, 3. nincs elegendő segítségem, 4. elegendő segítségem van”. Az adható válaszok lehetővé teszik a valós és megélt társas támogatás vizsgálatát, annak függvényében is, hogy ki melyikre helyezi a hangsúlyt a válaszában. Hiszen lehet, hogy valaki elegendő segítséget él meg, de praktikusán nincs konkrét munkatársa. Ez a változó erős összefüggést mutat a jólléttel. A fizikai jóllét tekintetében az általános szubjektív egészséggel ( $\chi^2(6) = 41.686$ ,  $p < .001$ ) és a napi közérzettel ( $\chi^2(3) = 34.140$ ,  $p < .001$ ) mutat összefüggést. (20. ábra)



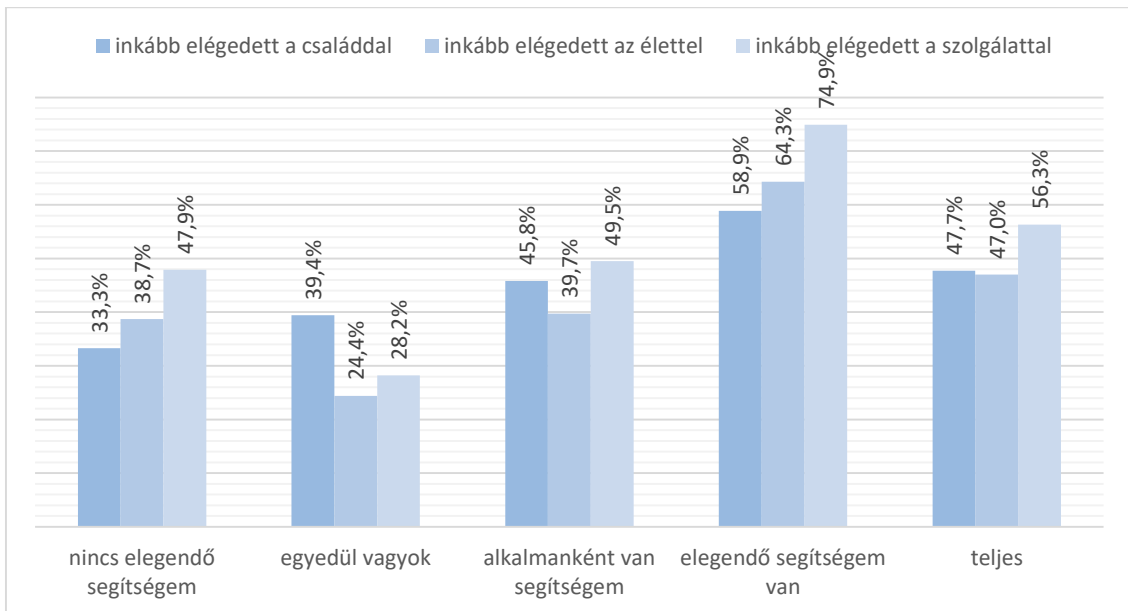
**20. ábra Munkahelyi segítség és fizikai egészség jobb kategóriába kerülésének összefüggése (%)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

A lelki egészség mindhárom mutatójánál szignifikáns különbség jelenik meg a csoportok között. A depresszió ( $\chi^2(3) = 24.296$ ,  $p < .001$ ) a MET jóllét ( $\chi^2(3) = 31.113$ ,  $p < .001$ ) és a WHO jóllét ( $\chi^2(3) = 35.811$ ,  $p < .001$ ) esetén is a megélt támogatás („van elegendő segítségem”) jár együtt a lelki jóllét legmagasabb értékeivel. (21. ábra)



**21. ábra A munkahelyi segítség és a lelki egészség jobb kategóriába kerülésének összefüggése (%)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

Az elégedettségi mutatók a házastársi elégedettség kivételével szignifikáns különbséget mutatnak. A családdal való elégedettség ( $\chi^2(3) = 23.206$ ,  $p < .001$ ) az eddigi jóllét mutatókhoz hasonló mintázatot mutat. Ugyanakkor az étellel való elégedettség ( $\chi^2(3) = 53.099$ ,  $p < .001$ ) és a szolgálattal való elégedettség esetén ( $\chi^2(3) = 66.338$ ,  $p < .001$ ) az egyedüllét párosul a legalacsonyabb elégedettségi szinttel. (22. ábra)



**22. ábra A munkahelyi segítség és elégedettség magasabb szintje közötti összefüggés (%)** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

### 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 jóllét esetén a testtömegindex nem korrelált az MSPSS egyik alskálájával és az összesített skálával sem. 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. (19. tábla)

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

	BDI-9	WBIS	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**

\*\*  $p < .001$

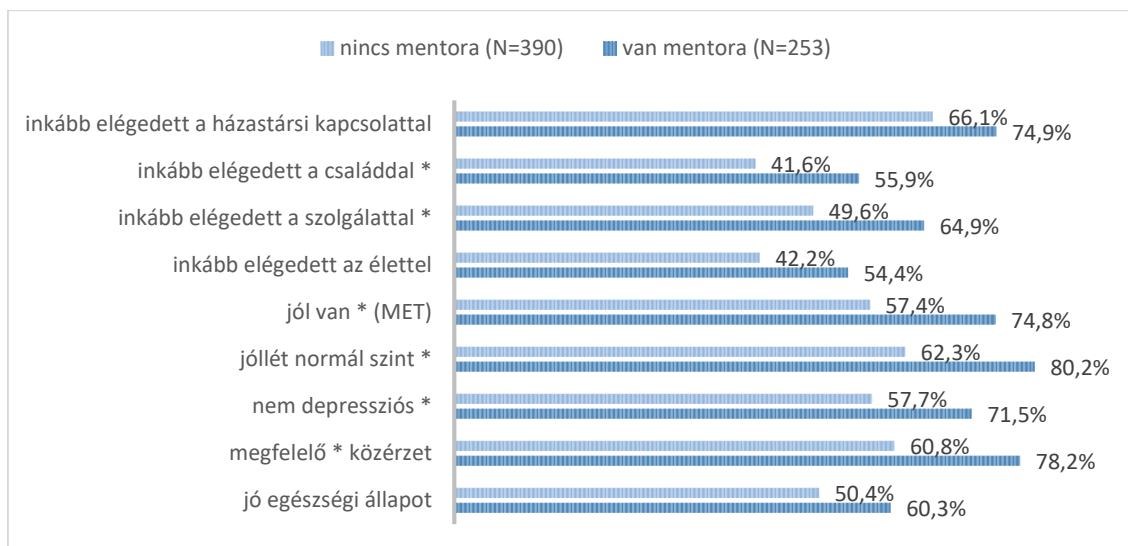
Az alskáláknak külön-külön és a többi alskála hatását kontroll alatt tartva is szignifikáns hatásuk van a jóllétre. Az alskálák összesített hatása növeli a korrelációt. Az eddigi változókhoz képest az MSPSS összefüggést mutat a családi és házastársi elégedettséggel is. Értelemszerűen ezekkel a családi észlelt társas támogatás esetén a legerősebb a korreláció.

Az észlelt társas támogatás valamivel erősebb összefüggést mutat a MET lelki jóllét mutatóival, mint a WHO jóllét mutatóival és a depresszióval. Ebben az összevetésben is láthatjuk, hogy a WHO jóllét kérdései nem teljesen ugyanazt mérik, mint a MET alskálája. Az MSPSS alskálái és az összesített skála is erősebb korrelációban van a MET jólléttel. Az összefüggések itt is azt mutatják, hogy az észlelt társas támogatás magasabb szintje minden mutató esetén nagyobb jólléttel jár együtt.

### Hivatásbeli támogatás és jóllét összefüggése

A lelkipásztorok esetén nagyon fontos látnunk, hogy a szakmai életet és hivatást célzó támogatás összefügg-e a jóllétükkel. Sokszor éppen a magánélet és munka közötti határok megtartása jelenti a legnagyobb kihívást. Ebben a kérdésben ezért a fókuszot nagyon leszűkítettük a hivatást támogató személyekre, csoportokra. Így a szupervízor/mentor szerepére, a lelkivezető szerepére és a lelkészcsoporthoz tartozók szerepére voltunk kíváncsiak.

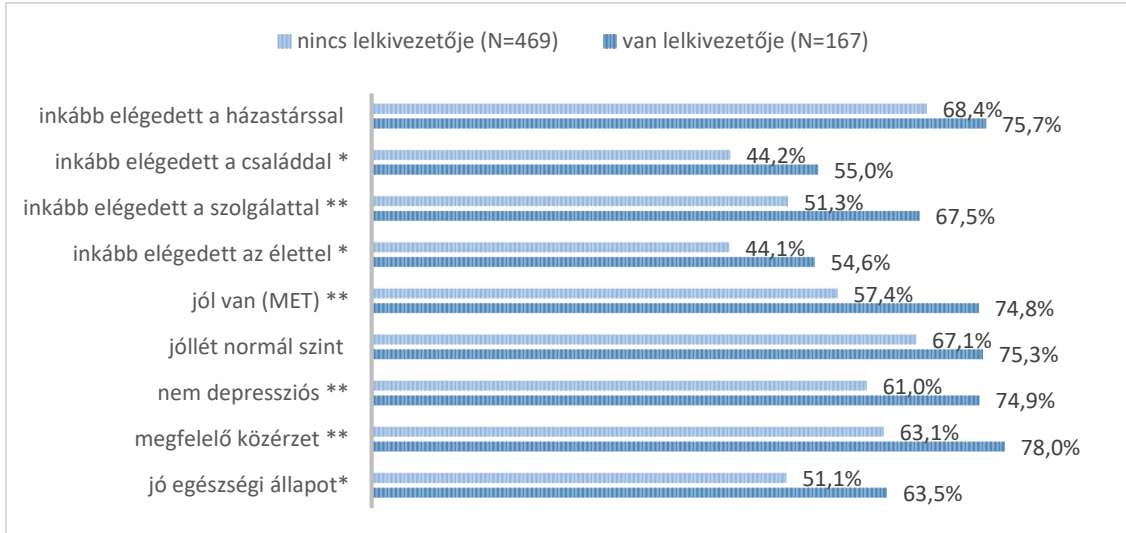
A Mann-Whitney-teszt a testtömegindex kivételével minden mutatónál szignifikáns különbséget mutatott azok között, akiknek van mentora és akiknek nincs, ezért keresztábrás elemzést végeztem. Minden változó esetén arányában szignifikánsan többen vannak a jóllét pozitív tartományában azok, akiknek van mentora. (23. ábra)



az összefüggés szignifikáns, \* $p < .001$

### 23. ábra A mentori támogatás és a jóllét jobb kategóriába kerülésének összefüggése (%) (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

Hasonlóan vizsgáltuk a lelkivezetőt is. A Mann-Whitney-teszt alapján a testtömeg indexen kívül itt már a házastársi elégedettség sem mutatott szignifikáns különbséget a csoportok között ( $U=18557.0$ ;  $p=.065$ ). A többi eredmény azonban továbbra is  $p < .001$  szinten szignifikáns különbségekre mutatott, ezért itt is keresztábrával vizsgáltam tovább a trendeket. Ebben az esetben már a WHO jóllét sem mutat szignifikáns eltérést ( $\chi^2(1) = 3.744$ ,  $p = .053$ ) (24. ábra).

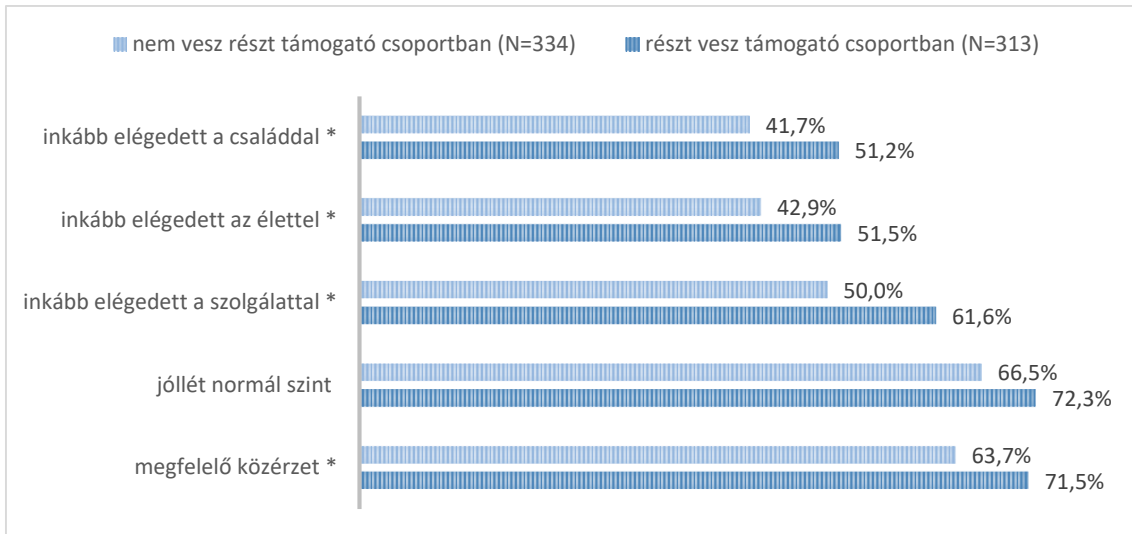


\*  $p < .05$ , \*\* $p < .001$

**24. ábra A lelkivezetői támogatás és a jóllét jobb kategóriába kerülésének összefüggése**  
(Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

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

A lelkipásztori támogató csoport esetén még inkább azt feltételeztük, hogy az összefüggés kevésbé lesz egyértelmű. A kérdőívben nem volt lehetőségünk részletesebben rákérdezni a csoport jellegére, működésére. A korábbi kutatások alapján láthattuk, hogy a lelkipásztorok között alakuló támogató csoportok nem feltétlen tudják betölteni valós támogató szerepét. A Mann-Whitney-teszt igazolta, hogy ezeknek a csoportoknak a megléte gyengébb összefüggést mutat a lelkészi jólléttel. Összefüggést mutat a közérzettel ( $U=47200.5$ ;  $p=.022$ ), a WHO jólléttel ( $U=42032.5$ ;  $p=.015$ ), az étellel ( $U=42924.5$ ;  $p=.004$ ), szolgálattal ( $U=41822,0$ ;  $p<.001$ ) és a családdal való elégedettséggel ( $U=39504.0$ ;  $p=.015$ ). A kereszttáblás elemzésbe itt is már csak a szignifikáns változók kerültek bele (25. ábra).



\* $p < .05$

**25. ábra A lelkeszi támogató csoport és a jóllét jobb kategóriába kerülésének összefüggése** (Forrás: még nem publikált saját szerkesztés)

**A különböző prediktorok hatása a jóllét dimenzióira**

Az átfogóbb elemzéshez a jóllét mindhárom dimenziójából kiválasztottunk egy-egy olyan változót, ami a legérzékenyebben reagált a különböző háttértényezőkre. Mindhárom változónak a két kategóriás változatát használtuk, bináris logisztikus modellekben. A fizikai jóllét tekintetében azt vizsgáltuk, hogy a napi közérzetet és a különböző háttér változók mennyire függenek össze. A referencia a nem megfelelő közérzet. A lelki egészség esetén a WBI-5 mutatót használtuk. Azt vizsgáltuk, hogy a prediktorok mennyire jósolják be a jóllét normál színjét a kockázati szinthez képest. Az elégedettség esetén ugyanígy a pozitív hatást vizsgáltuk a szolgálattal való elégedettség esetén. A referencia tehát minden esetben a rosszabb mutató volt. A prediktorokat minden modell esetében enter módszerrel emeltük be. Először azt vizsgáltuk, hogy az azonos kategóriákba tartozó változók (szociodemográfia, szolgálati sajátosságok, társas támogatás) egymáshoz képest egy-egy modellen belül megőrzik-e szignifikáns hatásukat. Végző lépésben pedig az összes prediktort betettük egy közös modellbe. (24. tábla)

Alapmodell (Modell 0.)

Az alapmodellbe azon alapvető szociodemográfiai változók kerültek be, melyekről feltételezhetőek, hogy valamiképpen közvetett vagy közvetlen kapcsolatban vannak a vizsgált változóinkkal, tehát indokoltnak tűnt alapvető kontrolltényezőként való

bevonásuk. A nem, életkor, lakóhely típusa és a családi életfázis változói kerültek ebbe a körbe, melyek célváltozókkal való összefüggéseit az alapmodellek tartalmazzák. (20. tábla).

Az életkor a jóllét dimenziói közül a napi közérzettel és lelki egészséggel egyértelműen szignifikáns összefüggést mutat, míg az elégedettség tekintetében 95%-os döntési szinten ez nem jelenthető ki. Összességében trendszerűen a legfiatalabbakhoz (30 év alattiak) képest az idősebbeknek, de főként az 51-60 éves korosztálynak nagyobb eséllyel jobb a napi közérzete, jólléte, de a szolgálattal való elégedettség tekintetében is megfigyelhetők az idősebbeknél szignifikáns együtthatók az egyes korcsoportok között. Ez mindenképp figyelemre méltó eltérés az átlag társadalmi folyamatokhoz képest. Bár a korábbi elemzések mutatták, hogy nem teljesen lineáris összefüggésről, de a bináris logisztikus regresszió megerősíti, hogy tendenciózus hatásról van szó.

A lakóhely szempontjából hasonló mondható el. A falvakban, községben élőkhez képest a nagyobb településen élők tendenciózusan magasabb jóllétszint jellemzi a napi közérzet (kimutathatóan kizárólag a megyeszékhely esetén szignifikáns ez az eltérés) és a szolgálattal való elégedettség esetén (kisvárosokat kivéve a nagyobb településen élők mind magasabb elégedettségi jellemzi a lelkészeket, mint a falvakban élők). A lelki egészség esetén ez a hatás ugyanakkor már nem volt kimutatható.

**20. tábla Bináris logisztikus regresszió: szociodemográfiai változók összefüggései a napi közérzettel, jólléttel (WBI-5) és a szolgálattal való elégedettséggel**

Modell 0.
-----------

A. napi közérzet: 0, nem megfelelő napi közérzet 1, megfelelő napi közérzet

modell statisztika:  $\chi^2(12, N = 633) = 30,958, p < .002$ . Nagelkerke  $R^2 = 6,6\%$

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,041</b>	<b>0,822</b>	<b>1,042</b>	<b>[0,729 - 1,489]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,238</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,566	0,149	0,568	[0,263 - 1,225]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,400	0,296	0,671	[0,317 - 1,419]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	-0,083	0,824	0,920	[0,443 - 1,914]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)*</b>		<b>0,050</b>		
Életkor (31-40)	0,561	0,138	1,752	[0,835 - 3,674]
Életkor (41-50)	0,363	0,336	1,437	[0,687 - 3,007]
Életkor (51-60)*	0,964	0,018	2,621	[1,18 - 5,824]
Életkor (60 év felett)	0,693	0,177	2,000	[0,731 - 5,474]

<b>Településtípus (ref.: falu, község)*</b>		<b>0,045</b>		
Településtípus (kisváros)	0,123	0,601	1,130	[0,714 - 1,790]
Településtípus (város)	0,088	0,732	1,092	[0,661 - 1,802]
Településtípus (megyei jogú város)*	0,939	0,002	2,558	[1,402 - 4,673]
Településtípus (főváros)	0,279	0,326	1,322	[0,757 - 2,308]
<b>Konstans</b>	<b>0,155</b>	<b>0,716</b>	<b>1,168</b>	

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

B. lelki egészség (WBI-5): 0, jóllét kockázati szint 1, jóllét normál szint

modell statisztika:  $\chi^2$  (12, N = 598) = 42,992,  $p < .001$ ; Nagelkerke R<sup>2</sup> = 9,8%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,056</b>	<b>0,774</b>	<b>1,057</b>	<b>[0,722 - 1,547]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,473</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,307	0,454	0,736	[0,33 - 1,641]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,132	0,739	0,876	[0,402 - 1,909]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	0,143	0,717	1,153	[0,533 - 2,493]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)**</b>		<b>0,000</b>		
Életkor (31-40)*	0,757	0,050	2,132	[1 - 4,549]
Életkor (41-50)	0,526	0,172	1,693	[0,795 - 3,604]
Életkor (51-60)**	1,595	0,000	4,926	[2,134 - 11,374]
Életkor (60 év felett)*	1,468	0,014	4,342	[1,354 - 13,923]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,560</b>		
Településtípus (kisváros)	-0,140	0,573	0,870	[0,536 - 1,412]
Településtípus (város)	0,211	0,451	1,235	[0,714 - 2,138]
Településtípus (megyei jogú város)	0,342	0,257	1,407	[0,78 - 2,541]
Településtípus (főváros)	0,188	0,534	1,207	[0,666 - 2,187]
<b>Konstans</b>	<b>-0,164</b>	<b>0,705</b>	<b>0,849</b>	

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

C. elégedettség: 0, kevésbé elégedett a szolgálatával 1, elégedettebb a szolgálatával

modell statisztika:  $\chi^2$  (12, N = 611) = 33,128,  $p < .001$ ; Nagelkerke R<sup>2</sup> = 7,1%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,198</b>	<b>0,264</b>	<b>1,219</b>	<b>[0,264 - 1,219]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,491</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,367	0,335	0,693	[0,335 - 0,693]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,110	0,764	0,896	[0,764 - 0,896]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	0,061	0,863	1,063	[0,863 - 1,063]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)</b>		<b>0,068</b>		
Életkor (31-40)	0,312	0,422	1,366	[0,422 - 1,366]

Életkor (41-50)	0,430	0,266	1,538	[0,266 - 1,538]
Életkor (51-60)*	0,816	0,046	2,261	[0,046 - 2,261]
Életkor (60 év felett)*	1,259	0,018	3,523	[0,018 - 3,523]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)*</b>		<b>0,009</b>		
Településtípus (kisváros)	0,227	0,317	1,255	[0,317 - 1,255]
Településtípus (város)*	0,688	0,007	1,989	[0,007 - 1,989]
Településtípus (megyei jogú város)*	0,775	0,004	2,172	[0,004 - 2,172]
Településtípus (főváros)*	0,583	0,035	1,792	[0,035 - 1,792]
<b>Konstans</b>	<b>-0,738</b>	<b>0,080</b>	<b>0,478</b>	

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

#### Modell 1.

A következő modellben az alapmodell változóit kontrollként benntartva, a társas támogatás hatását vizsgáltam az MSPSS három alsókálaja alapján, tehát a családtól, baráttól és a „jelentős másoktól” kapott támogatás összefüggését a fenti három jóllét mutatóval.

Ebben az esetben a napi közérzet szintjén a kontrollváltozók közül egyik sem mutat szignifikáns összefüggést, míg a lelki egészség tekintetében az életkor, míg a szolgálattal való elégedettség esetén pedig az életkor és a településtípus változók maradtak bent szignifikánsan.

A támogatás három területe közül a család és barátok támogatásának együtthatói szignifikánsan pozitívak, míg a „jelentős mások” egyik modellben sem mutat szignifikáns összefüggést a jóllét különböző tényezőivel (21. tábla).

#### 21. tábla Modell 1. Bináris logisztikus regresszió: a multidimenzionális társas támogatás (MSPSS) összefüggése a jólléttel

Modell 1.
-----------

A. napi közérzet: 0, nem megfelelő napi közérzet 1, megfelelő napi közérzet modell statisztika:  $\chi^2 (15, N = 614) = 83,321, p < .001$ ; Nagelkerke  $R^2 = 17,6\%$

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,092</b>	<b>0,638</b>	<b>1,096</b>	<b>[0,748 - 1,608]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,251</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,666	0,114	0,514	[0,225 - 1,173]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,563	0,175	0,569	[0,252 - 1,286]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	-0,221	0,580	0,801	[0,366 - 1,756]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)</b>		<b>0,080</b>		

Életkor (31-40)	0,529	0,195	1,697	[0,763 - 3,773]
Életkor (41-50)	0,282	0,487	1,326	[0,599 - 2,937]
Életkor (51-60)*	0,877	0,046	2,403	[1,018 - 5,674]
Életkor (60 év felett)	0,839	0,146	2,315	[0,746 - 7,19]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,103</b>		
Településtípus (kisváros)	-0,003	0,989	0,997	[0,61 - 1,628]
Településtípus (város)	-0,132	0,627	0,877	[0,516 - 1,491]
Településtípus (megyei jogú város)*	0,806	0,013	2,238	[1,186 - 4,222]
Településtípus (főváros)	0,117	0,702	1,124	[0,617 - 2,047]
<b>MSPSS család*</b>	<b>0,459</b>	<b>0,002</b>	<b>1,582</b>	<b>[1,177 - 2,126]</b>
<b>MSPSS barátság*</b>	<b>0,367</b>	<b>0,002</b>	<b>1,443</b>	<b>[1,141 - 1,824]</b>
<b>MSPSS jelentős mások</b>	<b>0,107</b>	<b>0,579</b>	<b>1,113</b>	<b>[0,763 - 1,622]</b>
<b>Konstans**</b>	<b>-3,568</b>	<b>0,000</b>	<b>0,028</b>	

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

B. lelki egészség (WBI-5): 0, jóllét kockázati szint 1, jóllét normál szint modell

statisztika:  $\chi^2$  (15, N = 584) = 146,866,  $p < .001$ ; Nagelkerke R2 = 31,3%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,242</b>	<b>0,273</b>	<b>1,273</b>	<b>[0,827 - 1,961]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,542</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,405	0,391	0,667	[0,264 - 1,684]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,632	0,171	0,531	[0,215 - 1,313]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	-0,331	0,462	0,718	[0,297 - 1,737]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)**</b>		<b>0,000</b>		
Életkor (31-40)*	0,971	0,029	2,641	[1,106 - 6,306]
Életkor (41-50)	0,815	0,064	2,260	[0,955 - 5,352]
Életkor (51-60)**	2,048	0,000	7,749	[2,947 - 20,375]
Életkor (60 év felett)**	2,350	0,001	10,485	[2,547 - 43,161]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,802</b>		
Településtípus (kisváros)	-0,101	0,718	0,904	[0,523 - 1,563]
Településtípus (város)	0,129	0,681	1,137	[0,616 - 2,1]
Településtípus (megyei jogú város)	0,341	0,318	1,406	[0,72 - 2,748]
Településtípus (főváros)	0,078	0,819	1,081	[0,553 - 2,114]
<b>MSPSS család**</b>	<b>0,726</b>	<b>0,000</b>	<b>2,068</b>	<b>[1,495 - 2,859]</b>
<b>MSPSS barátság**</b>	<b>0,537</b>	<b>0,000</b>	<b>1,712</b>	<b>[1,322 - 2,215]</b>
<b>MSPSS jelentős mások</b>	<b>0,208</b>	<b>0,329</b>	<b>1,232</b>	<b>[0,81 - 1,872]</b>
<b>Konstans**</b>	<b>-6,421</b>	<b>0,000</b>	<b>0,002</b>	

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

C. elégedettség: 0, kevésbé elégedett a szolgálatával 1, elégedettebb a szolgálatával  
modell statisztika:  $\chi^2 (15, N = 597) = 119,227, p < .001$ ; Nagelkerke R<sup>2</sup> = 24,2%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,306</b>	<b>0,117</b>	<b>1,359</b>	<b>[0,926 - 1,993]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,679</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,459	0,284	0,632	[0,273 - 1,464]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,464	0,262	0,629	[0,28 - 1,415]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	-0,308	0,435	0,735	[0,339 - 1,594]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)*</b>		<b>0,012</b>		
Életkor (31-40)	0,437	0,311	1,549	[0,665 - 3,609]
Életkor (41-50)	0,656	0,126	1,928	[0,832 - 4,469]
Életkor (51-60)*	1,044	0,022	2,840	[1,163 - 6,933]
Életkor (60 év felett)**	1,982	0,001	7,260	[2,137 - 24,667]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)*</b>		<b>0,046</b>		
Településtípus (kisváros)	0,267	0,284	1,306	[0,801 - 2,129]
Településtípus (város)*	0,630	0,023	1,878	[1,091 - 3,232]
Településtípus (megyei jogú város)*	0,767	0,010	2,154	[1,203 - 3,858]
Településtípus (főváros)	0,443	0,144	1,557	[0,86 - 2,819]
<b>MSPSS család**</b>	<b>0,640</b>	<b>0,000</b>	<b>1,897</b>	<b>[1,388 - 2,594]</b>
<b>MSPSS barátság*</b>	<b>0,361</b>	<b>0,003</b>	<b>1,435</b>	<b>[1,128 - 1,827]</b>
<b>MSPSS jelentős mások</b>	<b>0,338</b>	<b>0,111</b>	<b>1,401</b>	<b>[0,926 - 2,122]</b>
<b>Konstans**</b>	<b>-6,539</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	

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

Az első modellblokk alapján tehát egyértelműen megerősítést nyer az a hipotézis, hogy a három kapcsolati dimenzióból a szorosabb kapcsolódások (család és barát) vannak inkább hatással a jóllétre. Azaz minél több támogatást él meg a lelkipásztor a családtól és barátoktól, annál nagyobb eséllyel kerül a jóllét kedvezőbb kategóriába.

## Modell 2.

A második modellben az alapmodell változóit továbbra is kontrollként benntartva, a hivatásbeli támogatás összefüggését vizsgáltam a jólléttel. A már korábban vizsgált három változó, a szupervízor, a lelkivezető és a támogató lelkészcsoporthoz jelenléte alapján határoztam meg ezt a támogatást. A referencia-kategóriába mindhárom esetben azok kerültek, akik nem rendelkeznek az említett támogató kapcsolattal.

A szociodemográfiai változók közül az életkor mindhárom mutatóval, míg a településtípus a WBI-5 jólléttel és a szolgálattal való elégedettséggel mutatott

összefüggést. A nem és a családi életfázis továbbra sem mutat szignifikáns összefüggést a logisztikus regressziós elemzésben. A szakmai támogatás három eleme közül a szupervízor mutatja a legerősebb pozitív összefüggést, ráadásul mindhárom mutatót illetően. A lelkivezető megléte a napi közérzettel és a szolgálattal való elégedettséggel, míg a támogató lelkész csoport csak a szolgálattal való elégedettség terén mutatott gyengébb pozitív összefüggést (22. tábla).

**22. tábla Modell 2. Bináris logisztikus regresszió: a hivatásbeli támogatás (lelkivezető, szupervízor, támogató lelkész csoport) összefüggése a jólléttel**

Modell 2.				
A. napi közérzet: 0, nem megfelelő napi közérzet 1, megfelelő napi közérzet				
modell statisztika: $\chi^2$ (15, N = 576) = 49,834, $p < .001$ ; Nagelkerke R <sup>2</sup> = 11,5%				

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,099</b>	<b>0,614</b>	<b>1,104</b>	<b>[0,752 - 1,62]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,399</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,493	0,250	0,611	[0,264 - 1,414]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,135	0,740	0,874	[0,394 - 1,937]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	0,023	0,954	1,023	[0,473 - 2,212]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)</b>		<b>0,117</b>		
Életkor (31-40)	0,501	0,218	1,650	[0,745 - 3,655]
Életkor (41-50)	0,484	0,236	1,623	[0,728 - 3,618]
Életkor (51-60)*	1,004	0,022	2,729	[1,159 - 6,423]
Életkor (60 év felett)	0,830	0,147	2,294	[0,748 - 7,041]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,061</b>		
Településtípus (kisváros)	0,141	0,575	1,151	[0,704 - 1,881]
Településtípus (város)	0,035	0,899	1,036	[0,602 - 1,781]
Településtípus (megyei jogú város)*	0,967	0,003	2,630	[1,377 - 5,02]
Településtípus (főváros)	0,259	0,390	1,296	[0,717 - 2,341]
<b>lelkivezető (ref.: nincs)*</b>	<b>0,516</b>	<b>0,033</b>	<b>1,675</b>	<b>[1,042 - 2,694]</b>
<b>szupervízor (ref.: nincs)*</b>	<b>0,607</b>	<b>0,004</b>	<b>1,836</b>	<b>[1,212 - 2,781]</b>
<b>támogató lelkész csoport (ref.: nincs)</b>	<b>0,240</b>	<b>0,201</b>	<b>1,272</b>	<b>[0,88 - 1,838]</b>
<b>Konstans</b>	<b>-0,542</b>	<b>0,259</b>	<b>0,582</b>	

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

B. lelki egészség (WBI-5): 0, jóllét kockázati szint 1, jóllét normál szint

modell statisztika:  $\chi^2$  (15, N = 550) = 65,826,  $p < .001$ ; Nagelkerke R<sup>2</sup> = 15,8%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,074</b>	<b>0,723</b>	<b>1,077</b>	<b>[0,716 - 1,62]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,549</b>		

Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,127	0,779	0,881	[0,364 - 2,131]
Családi életfázis (kis gyermekes)	0,103	0,811	1,108	[0,478 - 2,57]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	0,332	0,432	1,394	[0,61 - 3,186]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)**</b>		<b>0,000</b>		
Életkor (31-40)	0,790	0,059	2,204	[0,969 - 5,013]
Életkor (41-50)	0,705	0,094	2,024	[0,887 - 4,618]
Életkor (51-60)**	1,763	0,000	5,830	[2,365 - 14,369]
Életkor (60 év felett)*	1,753	0,008	5,771	[1,576 - 21,135]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,567</b>		
Településtípus (kisváros)	-0,198	0,454	0,821	[0,489 - 1,377]
Településtípus (város)	0,305	0,321	1,357	[0,743 - 2,479]
Településtípus (megyei jogú város)	0,177	0,579	1,194	[0,638 - 2,233]
Településtípus (főváros)	0,207	0,518	1,230	[0,657 - 2,305]
<b>lelkivezető (ref.: nincs)</b>	<b>-0,006</b>	<b>0,980</b>	<b>0,994</b>	<b>[0,612 - 1,615]</b>
<b>szupervízor (ref.: nincs)**</b>	<b>1,014</b>	<b>0,000</b>	<b>2,758</b>	<b>[1,752 - 4,347]</b>
<b>támogató lelkész csoport (ref.: nincs)</b>	<b>0,155</b>	<b>0,434</b>	<b>1,168</b>	<b>[0,792 - 1,722]</b>
<b>Konstans</b>	<b>-0,951</b>	<b>0,057</b>	<b>0,386</b>	

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

C. elégedettség: 0, kevésbé elégedett a szolgálatával 1, elégedettebb a szolgálatával  
modell statisztika:  $\chi^2 (15, N = 562) = 61,114, p < .001$ ; Nagelkerke R<sup>2</sup> = 13,8%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,214</b>	<b>0,264</b>	<b>1,239</b>	<b>[0,852 - 1,806]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,516</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,209	0,616	0,811	[0,359 - 1,835]
Családi életfázis (kis gyermekes)	0,109	0,782	1,115	[0,517 - 2,406]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	0,247	0,509	1,280	[0,615 - 2,666]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)*</b>		<b>0,032</b>		
Életkor (31-40)	0,285	0,495	1,330	[0,587 - 3,015]
Életkor (41-50)	0,450	0,281	1,569	[0,692 - 3,556]
Életkor (51-60)*	0,961	0,029	2,614	[1,104 - 6,189]
Életkor (60 év felett)*	1,383	0,019	3,986	[1,253 - 12,679]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)*</b>		<b>0,006</b>		
Településtípus (kisváros)	0,188	0,439	1,207	[0,749 - 1,946]
Településtípus (város)*	0,722	0,010	2,058	[1,193 - 3,551]
Településtípus (megyei jogú város)*	0,908	0,002	2,479	[1,384 - 4,441]
Településtípus (főváros)*	0,616	0,035	1,851	[1,044 - 3,283]
<b>lelkivezető (ref.: nincs)*</b>	<b>0,499</b>	<b>0,028</b>	<b>1,647</b>	<b>[1,055 - 2,571]</b>
<b>szupervízor (ref.: nincs)*</b>	<b>0,468</b>	<b>0,020</b>	<b>1,597</b>	<b>[1,075 - 2,373]</b>

<b>támogató lelkész csoport (ref.: nincs)*</b>	<b>0,421</b>	<b>0,021</b>	<b>1,523</b>	<b>[1,065 - 2,178]</b>
<b>Konstans*</b>	<b>-1,487</b>	<b>0,002</b>	<b>0,226</b>	

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

### Modell 3.

Harmadik változóként a lelkésztárs jelenlétét vizsgáltuk. A kutatásban ezt a területet összetetten kezeltük. Rákérdeztünk az észlelt támogatás szintjére, a társas támogatás egyes dimenzióira, és arra is, hogy a házastársa-e ez a lelkésztárs. A harmadik modellben egyszerűsítve csak a jelenlétre vonatkozó kérdést elemeztük.

Ebben a modellben csak az életkor mutat szignifikáns összefüggést mind a három mutatóval. A szociodemográfiai változók egyértelműen egyik modellben sem játszanak statisztikai értelemben kimutatható szerepet. A lelkésztárs az általános jólléttel csak 93%-os valószínűséggel, míg a szolgálattal való elégedettség pedig egyértelmű összefüggést mutat. (23. tábla)

### 23. tábla Modell 3. Bináris logisztikus regresszió: a lelkésztárs jelenlétének összefüggése a jólléttel

Modell 3.
-----------

A. napi közérzet: 0, nem megfelelő napi közérzet 1, megfelelő napi közérzet  
modell statisztika:  $\chi^2 (13, N = 632) = 33,098, p < .001$ ; Nagelkerke  $R^2 = 7,1\%$

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,062</b>	<b>0,736</b>	<b>1,064</b>	<b>[0,743 - 1,523]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,249</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,583	0,138	0,558	[0,258 - 1,206]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,422	0,271	0,656	[0,309 - 1,39]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	-0,117	0,755	0,890	[0,427 - 1,854]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)*</b>		<b>0,049</b>		
Életkor (31-40)	0,578	0,127	1,783	[0,848 - 3,747]
Életkor (41-50)	0,405	0,284	1,500	[0,715 - 3,147]
Életkor (51-60)*	0,999	0,015	2,715	[1,218 - 6,052]
Életkor (60 év felett)	0,762	0,140	2,142	[0,779 - 5,893]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,130</b>		
Településtípus (kisváros)	0,033	0,892	1,033	[0,645 - 1,656]
Településtípus (város)	-0,041	0,880	0,960	[0,567 - 1,625]
Településtípus (megyei jogú város)*	0,792	0,014	2,207	[1,176 - 4,143]
Településtípus (főváros)	0,144	0,628	1,155	[0,644 - 2,072]

van lelkésztársa (ref.: „nincs lelkésztársa”)	<b>0,299</b>	<b>0,118</b>	<b>1,348</b>	<b>[0,927 - 1,961]</b>
<b>Konstans</b>	<b>0,052</b>	<b>0,904</b>	<b>1,054</b>	

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

B. lelki egészség (WBI-5): 0, jóllét kockázati szint 1, jóllét normál szint  
modell statisztika:  $\chi^2$  (13, N = 597) = 45,948,  $p < .001$ ; Nagelkerke R2 = 10,4%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,080</b>	<b>0,682</b>	<b>1,083</b>	<b>[0,739 - 1,589]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,511</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,325	0,429	0,722	[0,323 - 1,616]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,151	0,705	0,860	[0,393 - 1,88]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	0,104	0,792	1,110	[0,511 - 2,408]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)**</b>		<b>0,000</b>		
Életkor (31-40)*	0,779	0,045	2,180	[1,019 - 4,665]
Életkor (41-50)	0,593	0,127	1,809	[0,845 - 3,874]
Életkor (51-60)**	1,649	0,000	5,200	[2,24 - 12,075]
Életkor (60 év felett)*	1,554	0,009	4,730	[1,465 - 15,274]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,748</b>		
Településtípus (kisváros)	-0,245	0,335	0,783	[0,475 - 1,288]
Településtípus (város)	0,050	0,865	1,051	[0,592 - 1,868]
Településtípus (megyei jogú város)*	0,166	0,600	1,181	[0,634 - 2,2]
Településtípus (főváros)	0,037	0,907	1,037	[0,558 - 1,927]
van lelkésztársa (ref.: „nincs lelkésztársa”)	<b>0,368</b>	<b>0,069</b>	<b>1,445</b>	<b>[0,972 - 2,146]</b>
<b>Konstans</b>	<b>-0,303</b>	<b>0,492</b>	<b>0,739</b>	

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

C. elégedettség: 0, kevésbé elégedett a szolgálatával 1, elégedettebb a szolgálatával  
modell statisztika:  $\chi^2$  (13, N = 610) = 40,547,  $p < .001$ ; Nagelkerke R2 = 8,6%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,236</b>	<b>0,188</b>	<b>1,266</b>	<b>[0,891 - 1,799]</b>
<b>Családi életfázis (ref.: egyedülálló)</b>		<b>0,532</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,394	0,303	0,674	[0,318 - 1,428]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,143	0,698	0,867	[0,421 - 1,786]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	0,007	0,984	1,007	[0,503 - 2,017]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)*</b>		<b>0,045</b>		
Életkor (31-40)	0,343	0,381	1,409	[0,655 - 3,029]
Életkor (41-50)	0,517	0,186	1,678	[0,78 - 3,61]
Életkor (51-60)*	0,890	0,031	2,435	[1,084 - 5,469]
Életkor (60 év felett)*	1,394	0,009	4,029	[1,406 - 11,55]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,202</b>		

Településtípus (kisváros)	0,079	0,736	1,082	[0,684 - 1,713]
Településtípus (város)	0,485	0,068	1,623	[0,964 - 2,733]
Településtípus (megyei jogú város)	0,535	0,061	1,708	[0,976 - 2,987]
Településtípus (főváros)	0,362	0,211	1,437	[0,814 - 2,535]
<b>van lelkésztársa (ref.: „nincs lelkésztársa”)*</b>	<b>0,512</b>	<b>0,006</b>	<b>1,668</b>	<b>[1,162 - 2,395]</b>
<b>Konstans*</b>	<b>-0,939</b>	<b>0,029</b>	<b>0,391</b>	

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

A modell alapján elmondható, hogy a napi szintű kihívások területén, kivéve a szolgálattal való elégedettséget, a lelkésztárs jelenléte nem feltétlen jelenik meg, mint támogató tényező. Magyarázat lehet erre, hogy sokszor ezek a munkatársi kapcsolatok a minden napok szintjén konfliktusosak lehetnek, ugyanakkor az általános szolgálati helyzetekben sokat jelent, ha nem minden felelősség és feladat hárul egy lelkészre. Ezt egy keresztábra elemzés is megerősíti: akiknek van lelkésztársuk, azok nagyobb százalékban veszik ki a szabadnapjukat (55%), mint akiknek nincs (43,8%) ( $\chi^2(3) = 9.405, p = .025$ ).

#### Összevont modell

Az utolsó modellbe a szociodemográfiai változókon túl bevontunk minden korábban vizsgált társas támogatást mérő változót. A modellben a szocio-demográfiai változók közül továbbra is az életkor mutatott szignifikáns összefüggést a lelki egészséggel és az elégedettséggel. Minél idősebb valaki, annál jobb mutatói vannak az általános jóllét és a szolgálattal való elégedettség terén. A többi háttérváltozó ugyanakkor nem mutat szignifikáns összefüggést a bevont további független változók jelenlétében. Az MSPSS két alszála – a barátok és a család – szintén mindhárom mutatóval szignifikáns összefüggésben van. Minél magasabb az észlelt támogatás az adott területeken, annál nagyobb eséllyel kerül valaki a jóllét mutatók kedvezőbb kategóriáiba. A lelkésztárs megléte a WBI-5 jólléttel és a szolgálattal való elégedettséggel mutat pozitív összefüggést, míg a szakmai tanácsokat adó mentor, szupervízor a WBI-5 jóllét esetén szignifikáns támogatási forma (24. tábla).

#### **24. tábla Összevont Modell: Bináris logisztikus regresszió: a társas támogatás különböző formáinak összefüggése a jólléttel**

Összevont modell
------------------

A. napi közérzet: 0, nem megfelelő napi közérzet 1, megfelelő napi közérzet  
modell statisztika:  $\chi^2(19, N = 565) = 86,622, p < .001$ ; Nagelkerke  $R^2 = 19,8\%$

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,167</b>	<b>0,424</b>	<b>1,181</b>	<b>[0,785 - 1,779]</b>
Családi életfázis (ref.: egyedülálló)		<b>0,468</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,662	0,147	0,516	[0,211 - 1,262]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,454	0,300	0,635	[0,269 - 1,5]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	-0,274	0,517	0,760	[0,332 - 1,739]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)</b>		<b>0,220</b>		
Életkor (31-40)	0,452	0,292	1,571	[0,678 - 3,637]
Életkor (41-50)	0,508	0,240	1,662	[0,712 - 3,879]
Életkor (51-60)*	0,976	0,035	2,653	[1,069 - 6,585]
Életkor (60 év felett)	0,734	0,241	2,084	[0,611 - 7,105]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,222</b>		
Településtípus (kisváros)	-0,003	0,990	0,997	[0,586 - 1,696]
Településtípus (város)	-0,260	0,397	0,771	[0,423 - 1,406]
Településtípus (megyei jogú város)	0,677	0,064	1,968	[0,962 - 4,024]
Településtípus (főváros)	0,065	0,846	1,067	[0,555 - 2,05]
<b>MSPSS család*</b>	<b>0,472</b>	<b>0,003</b>	<b>1,603</b>	<b>[1,18 - 2,177]</b>
<b>MSPSS barátság*</b>	<b>0,326</b>	<b>0,012</b>	<b>1,386</b>	<b>[1,074 - 1,789]</b>
<b>MSPSS jelentős mások</b>	<b>0,034</b>	<b>0,867</b>	<b>1,034</b>	<b>[0,697 - 1,534]</b>
<b>lelkivezető (ref.: nincs)</b>	<b>0,350</b>	<b>0,171</b>	<b>1,419</b>	<b>[0,86 - 2,34]</b>
<b>szupervízor (ref.: nincs)</b>	<b>0,374</b>	<b>0,099</b>	<b>1,454</b>	<b>[0,932 - 2,268]</b>
<b>támogató lelkész csoport (ref.: nincs)</b>	<b>0,129</b>	<b>0,515</b>	<b>1,138</b>	<b>[0,771 - 1,681]</b>
<b>van lelkész társa (ref.: „nincs lelkész társa”)*</b>	<b>0,346</b>	<b>0,110</b>	<b>1,414</b>	<b>[0,924 - 2,162]</b>
<b>Konstans**</b>	<b>-3,702</b>	<b>0,000</b>	<b>0,025</b>	

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

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

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,291</b>	<b>0,218</b>	<b>1,338</b>	<b>[0,842 - 2,128]</b>
Családi életfázis (ref.: egyedülálló)		<b>0,654</b>		
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]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)**</b>		<b>0,000</b>		
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]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,895</b>		

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]
<b>MSPSS család**</b>	<b>0,750</b>	<b>0,000</b>	<b>2,117</b>	<b>[1,506 - 2,975]</b>
<b>MSPSS barátság**</b>	<b>0,621</b>	<b>0,000</b>	<b>1,861</b>	<b>[1,393 - 2,487]</b>
<b>MSPSS jelentős mások</b>	<b>0,099</b>	<b>0,660</b>	<b>1,104</b>	<b>[0,71 - 1,716]</b>
<b>lelkivezető (ref.: nincs)</b>	<b>-0,298</b>	<b>0,284</b>	<b>0,742</b>	<b>[0,43 - 1,28]</b>
<b>szupervízor (ref.: nincs)*</b>	<b>0,547</b>	<b>0,034</b>	<b>1,729</b>	<b>[1,042 - 2,867]</b>
<b>támogató lelkész csoport (ref.: nincs)</b>	<b>0,010</b>	<b>0,965</b>	<b>1,010</b>	<b>[0,652 - 1,565]</b>
<b>van lelkész társa (ref.: „nincs lelkész társa”)*</b>	<b>0,540</b>	<b>0,027</b>	<b>1,716</b>	<b>[1,064 - 2,768]</b>
<b>Konstans**</b>	<b>-6,936</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	

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

C. elégedettség: 0, kevésbé elégedett a szolgálatával 1, elégedettebb a szolgálatával  
modell statisztika:  $\chi^2$  (19, N = 550) = 86,622,  $p < .001$ ; Nagelkerke R<sup>2</sup> = 19,8%

Prediktor	B	p	OR	OR - CI 95%
<b>Neme:(ref.: nő)</b>	<b>0,366</b>	<b>0,086</b>	<b>1,442</b>	<b>[0,95 - 2,189]</b>
Családi életfázis (ref.: egyedülálló)		<b>0,770</b>		
Családi életfázis (házas gyermektelen)	-0,440	0,345	0,644	[0,258 - 1,606]
Családi életfázis (kis gyermekes)	-0,447	0,317	0,639	[0,267 - 1,534]
Családi életfázis (nagyobb gyermek)	-0,343	0,421	0,710	[0,308 - 1,636]
<b>Életkor (ref.: 30 évnél fiatalabb)*</b>		<b>0,007</b>		
Életkor (31-40)	0,481	0,296	1,617	[0,657 - 3,981]
Életkor (41-50)	0,827	0,072	2,286	[0,928 - 5,629]
Életkor (51-60)*	1,365	0,005	3,914	[1,505 - 10,18]
Életkor (60 év felett)*	2,033	0,003	7,635	[2,018 - 28,882]
<b>Településtípus (ref.: falu, község)</b>		<b>0,382</b>		
Településtípus (kisváros)	0,105	0,701	1,110	[0,65 - 1,897]
Településtípus (város)	0,465	0,140	1,592	[0,859 - 2,95]
Településtípus (megyei jogú város)	0,584	0,086	1,793	[0,921 - 3,491]
Településtípus (főváros)	0,273	0,407	1,314	[0,688 - 2,51]
<b>MSPSS család**</b>	<b>0,642</b>	<b>0,000</b>	<b>1,901</b>	<b>[1,367 - 2,643]</b>
<b>MSPSS barátság*</b>	<b>0,397</b>	<b>0,004</b>	<b>1,488</b>	<b>[1,135 - 1,949]</b>
<b>MSPSS jelentős mások</b>	<b>0,245</b>	<b>0,270</b>	<b>1,278</b>	<b>[0,827 - 1,977]</b>
<b>lelkivezető (ref.: nincs)</b>	<b>0,371</b>	<b>0,136</b>	<b>1,450</b>	<b>[0,89 - 2,362]</b>
<b>szupervízor (ref.: nincs)</b>	<b>0,031</b>	<b>0,888</b>	<b>1,032</b>	<b>[0,667 - 1,597]</b>
<b>támogató lelkész csoport (ref.: nincs)</b>	<b>0,346</b>	<b>0,084</b>	<b>1,413</b>	<b>[0,955 - 2,091]</b>

van lelkésztársa (ref.: „nincs lelkésztársa”)*	<b>0,680</b>	<b>0,002</b>	<b>1,975</b>	<b>[1,292 - 3,018]</b>
<b>Konstans**</b>	<b>-6,972</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>	

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

A regressziós modellek kapcsán fontos megjegyezni, hogy minden új változó beemelése a modellben lévő összefüggéseket változtatja, ha nem áll fenn a korreláció teljes hiánya. Ezért az összetett modellt lineáris modellbe beépítve teszteltem a független változókat. Ott a megközelítő értékek (VF, tolerancia) nem utalnak arra, hogy a változók között lenne olyan mértékű multikollinearitás, ami a modell becslését veszélyeztetné. A modellek összességében az észlelt társas támogatás hatását mutatják legerősebben. Ott is a szoros kapcsolatok meglétét. A szakmai segítség esetén a szupervízor a legerősebb hatású, míg a lelkivezető (olyan személy, akivel a személyes istenkapcsolatról lehet beszélni) már nem szignifikáns akkor, ha a lelkésztárs is bekerül a modellbe, ami azt sejteti, hogy az egymással dolgozó kollégák között szerepe lehet az istenkapcsolat átbeszélésének, a közös imának. Azonban maga a modell ezeknek az összefüggéseknek a statisztikai alátámasztására nem elegendő. Ezt további kutatásokkal lehetne feltárni.

## VI. MEGBESZÉLÉS

Fontos a limitációkkal kezdeni a megbeszélést. A legtöbb eredményt a kutatásom korlátainak tudatában érdemes értelmezni. Ezzel tudom elkerülni az esetleges félrevezető interpretációkat. Utána röviden az elméleti modellek mentén fogalmazom meg a legfontosabb eredményeket. A kutatási kérdéseimet pontonként veszem sorra.

### VI.1 Limitációk

A kutatásom elsődleges limitációja, hogy bár a célpopuláció közel fele kitöltötte a kérdőívet, az életkori változón és az egyházi státuszon kívül nem tudjuk, hogy egyéb területen milyen eloszlás van a teljes lelkipásztori karban (az alapsokaságunkban) a mintánkhöz képest, így az eredmények a további változókat tekintve az egész lelkipásztori karra nem mondhatók reprezentatívnak. Sem a földrajzi, sem az egyházi területi eloszlásról nincs adatunk a mintánkra vonatkozóan.

Másik fontos limitáció, amit figyelembe kell venni, hogy nincs információnk azokról, akik nem töltötték ki a kérdőívet. Személyes beszélgetések alapján megerősödött bennem, hogy nagyon különböző okok állnak amögött, hogy valaki nem vett részt a kutatásban: „Nem is hallottam róla!”; „Ha kiderülne az állapotom, az nagyon elkeserítene.”; „Nincs időm ilyenekre.”; „Nagyon jól vagyok. Nekem nem kell ezt kitölteni.”; „Én az egyházi vezetőkben nem bízom.”. Ezek a válaszok, amiket beszélgetésben kaptam, jól mutatják, hogy nehéz lenne következtetni a mintából kimaradó lelkészek állapotára, így arra sem, hogy mennyire változtatnák meg a mintánkkal kapcsolatosan elmondható állításokat.

A harmadik limitáció, hogy a más kutatásokkal való összevetés érdekében egyes mérőeszközök nem feltétlen a legmegfelelőbbek a lelkész populáció vizsgálatára. Itt a kutatói döntést egyes esetekben igazítani kellett az egész támogatói projekt kialakításához.

A negyedik limitáció a módszertan. Egy program indulásának kezdetén vagyunk, ahol az alapsokaság mérése fontos szempont. Látszik, hogy a legtöbb eredmény kvalitatív módszerrel tovább bonthatóvá válna. Ezekre a későbbiekben szükség is lesz.

Végül az adatok elemzése kapcsán a keresztmetszeti kutatás nem enged következtetni az ok-okozati viszonyokra. Mivel a válaszadók kétharmada megadott egy egyedi kódot, így abban bízunk, hogy a hat év múlva esedékes ismételt adatfelvétel már enged számunkra néhány hatást is vizsgálni. Mivel az empirikus tapasztalatok is sejtetnek néhány ilyen összefüggést, ezért egy kvalitatív kutatás is segíthetne ezek feltérképezésében.

## VI.2 Az eredmények értelmezése az elméleti modellek és a kutatási kérdések alapján

Ebben a részben a három elméleti modell kapcsán röviden értelmezem az eredmények által kirajzolódó képet. Ezzel mindössze azt szemléltetem, hogy ezen modellekhez hogyan kapcsolódik a kutatásom. Emellett mindhárom modell kapcsán felfedezhetünk olyan sajátosságokat, amik a lelkész populációra jellemzőek. Ezután a kutatási kérdéseimre vonatkozó eredményeket a fenti elemzések alapján összegzem.

### VI.2.1 Az elméleti modellek által megfogalmazott jelenségek vizsgálata a mintánkban

#### VI.2.1.1 A társadalmi tőke alakulása a református lelképásztoroknál

Bourdieu társadalmi tőke fogalma a lelképásztori élet szempontjából nagyon fontos. Ahogy ezt a kutatási eredményekből látjuk, a lelkészeknél ez a tőke típus nagyon sajátosan alakul. Egyrészt a rendszeres közösségi találkozók, alkalmak miatt a hálózat egy része jól fenntartott, másrészt viszont a fontos szoros kapcsolatokra kevés energia és idő marad. Ráadásul a konvoj-modellt figyelembe véve (Antonucci et al., 2014) a sok költözés újra és újra megtépázza ezt. Ugyanakkor a nemzetközi kutatások azt mutatják, hogy a lelkészek társas támogatottságának meghatározóbb része nem a gyülekezeti közösségből érkező támogatás (Johnston et al., 2023). Elsősorban a családtól, barátoktól, másodsorban a kollégáktól, vagy szakemberektől érkezik. Ez csökkentheti a költözésekből adódó gyengülő kapcsolatok hatását. Másik sajátosság, hogy a lelkész a rábízott közösség delegáltjának számít, ami azt is eredményezi, hogy kezében összpontosul a csoport társadalmi tőkéje (Bourdieu, 1997). Emiatt az esetek többségében a lelkészek az átlag közösségi tagokhoz képest nagyobb társadalmi tőkével rendelkeznek. Gyakran fiatal, pályakezdő lelkészek élik meg, hogy pusztán szerepüknel fogva egy számukra addig ismeretlen településen, fiatalon egy nagyon komoly szimbólikus tőkét birtokolnak. Kapcsolatban vannak a település legfontosabb tisztséget viselő embereivel.

Vidéken, tradicionálisabb településeken egy presztízst képviselnek. Képviselik a rájuk bízott közösséget. Ugyanakkor ez a kiemelt szerep bár a látens erőforrások mozgósítására pozitívan hathat, de a reciprocitást csökkentheti. Ez más kutatásokban is megjelenik, mint nehézség (Staley et al., 2016). A kérdőívből kapott eredmények arra engednek következtetni, hogy bár a lelkészek nagy kapcsolati hálóval és ezen keresztül kapcsolati, hálózati tőkével 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 segítőik személyére.

#### VI.2.1.2 A bio-pszicho-szociális modell érvényesülése a református lelkipásztoroknál

A lelkipásztorok 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 (szociális) dimenzióval szoros kölcsönhatásban áll. A témában folytatott nemzetközi kutatások hasonló eredményről számolnak be (Francis et al., 2013; Eagle et al. 2019). Bár az én keresztmetszeti kutatásom ok-okozati összefüggését nem képes feltárni, de ebben az egészség modellben ennek nincs szerepe, hiszen az emberi egészség kapcsán éppen a fizikai, lelki és társas kölcsönhatásra helyezi a hangsúlyt. Az egyértelműen látszik, hogy a szociális tényező nem választható le a lelkipásztorok egészségéről. A támogató társas kapcsolatok az egészség részei a lelkipásztorok életében, és ezek hiánya jobban bejósolja az egészség egyéb területeinek hiányát is, ahogy ezt az összevont modellünkben láttuk.

#### VI.2.1.3 Az öndeterminációs modell érvényesülése a református lelkipásztoroknál

Ez az a modell, aminek az érvényesülésére a legkevésbé tudunk következtetni az adatainkból. Mégis fontos, hogy kiegészítőként jelen van a másik kettő mellett. A történelmi egyházakban sokak által megfogalmazott gondolat, hogy akkor lenne könnyebb új hivatásokat találni, fiatalokat bevonni, ha a lelkipásztori hivatás önmagában vonzó, motiváló lenne. Ehhez azonban motivált lelkészekre van szükség. Mi a motivációt nem mértük a kérdőívben. Ugyanakkor a modell által felkínált autonómia, kompetencia és kapcsolódás, azoknak extrinzik és intrinzik formája kulcsfogalmak egy lelkipásztor számára. A hivatását mélyen megélni törekvő lelkész mindhárom területen fejlődni

szeretne. Az adatainkból közvetetten következtethetünk csak arra, hogy a társas kapcsolódás a motivációra is befolyással van. A szolgálattal való elégedettség a motivációval szoros pozitív összefüggést mutat a lelkészeknél is (Tentama et al., 2020; Akpevweoghene & Jamabo, 2022). Kutatásunkban a szolgálattal való elégedettség szintje minden fontos társas támogatást jelző mutatóval összefüggést mutat. Van kutatás, ami ezen a téren a szervezeti támogatás jelentőségét emeli ki (Molina-Moore, 2024). Ezt mi nem különítettük el a kutatásban, de az látszik, hogy aki több támogatást él meg akár házastársától, lelkésztársától, akár szakembertől, baráttól vagy kevésbé magányos, az elégedettebb a szolgálattal. Igaz ez ráadásul azokra is, akik nagyobb településen, több ember között végzik a feladatukat. A fent ismertetett motivációs kutatások alapján feltételezhetjük, hogy ezek az elégedettségi tényezők a lelkipásztorok motivációra is hatással lehetnek.

#### VI.2.2 A lelkipásztorok jóllétével összefüggésben lévő szociodemográfiai jellemzőkből levonható következtetések

A mintánkban a nemi különbségek a fizikai jóllét területén jelennek meg szignifikánsan. Általánosságban a nők több fizikai panaszról és rosszabb egészségi állapotról számolnak be. Ezek mind az önbevallásos mérőeszközök eredményei. Az objektív testtömeg index ennek fordítottját mutatja, a férfiak adatai kedvezőtlenebbek. Hasonló eredményt publikált Holleman (2023). Valószínűsíthető, hogy az egészségtudatosság és a fizikai egészségre való odafigyelés a nőket jobban jellemzi, ezért érzékenyebben észlelik a problémát, de hatékonyabban is reagálnak. Az is valószínű, hogy őket másféle, esetenként nagyobb szolgálati stresszfaktorok terhelik, akár a szolgálati terület, vagy az anyagi juttatások terén (VanZile, 2006). Ez a nemek közti egyenlőtlenség a női lelkészek terhére hazánkban is megfigyelhető (Török & Bíró, 2023). A kvantitatív kutatások azt mutatják, hogy a lelkésznők az egyház szociokulturális közegében erősebb szerepelvárással küzdenek. A lelkészi és családi feladatoknak való megfelelés terén nagyobb terhet élnek meg, mint férfi kollégáik.

A minta korfája megegyezik az alapsokaság korfájával, ami jól tükrözi, hogy a lelkészi kar utánpótlása hosszútávon nem biztosított. Ez oka a megnövekedett szolgálati terheknek, ami kihat a jelenlegi lelkipásztorok jóllétére. Az életkor alapján létrehozott korcsoportok kapcsán két erős állítás rajzolódik ki. Az idő előre haladtával a lelkipásztorok szubjektív jóllét mutatói jobbak. Bár ezt a jelenséget a nemzetközi

szakirodalom is ismeri (Orbe et al. 2025; Clarke et al., 2022), mégis ez egy olyan eredmény, ami mindenképpen további elemzést igényel. Három fontosabb tényezővel is lehet magyarázni az életkorral kapcsolatos megfigyeléseinket. Egyrészt a két rosszabb állapotban lévő korcsoport életfázis alapján több szempontból is megterhelő életszakaszban van. A 30 év alattiak a pályakezdők, felnőtt életük megalapozásának időszakában, valamint a tanulás és az első munkahely átmeneti időszakában vannak, míg a 41-50 éves korosztály az a generáció, amelyik többnyire még a gyermekeik nevelésében is aktívan részt kell vegyen, miközben a szüleire is egyre több figyelmet kell fordítania. Karrierépítés szempontjából is aktív időszakban vannak, és az életközépi krízis is jellemzően erre az időszakra esik. Az alacsonyabb elégedettség másik oka lehet, hogy a lelkipásztorok számára ez a két időszak az egyházi szolgálattal való „szembesülés” időszaka. A pályakezdés egyik feladata minden munkahelyi kontextusban az alkalmazkodás az új rendszerhez. Egyrészt tanulják az általuk addig elképzelt szerepet, másrészt rájuk szakad a közösség és a különböző közösségi tagok eltérő elvárása ezzel a szereppel kapcsolatban (Járay & Siba, 2024). Az egyházi szerep tanulásának és az alkalmazkodásnak időszaka, ami egybeesik a családalapítás időszakával. A 40 éves korosztály számára a reflexió és karrier-újratervezés időszaka. Harmadik meghatározó tényező a személyes beszélgetések alapján a generációs különbség. A 30 év alattiak már egy más generáció, számukra a lelkeszi szereppel járó sajátosságok egy része nehezen elfogadható. Míg az idősebb lelkészek számára a szolgálat egy folyamatos rendelkezésre állást jelent, addig az újabb generáció munkaidőben, munkaköri szabályokban gondolkodik. Mivel az egyházi rendszer továbbra is sok elemében a korábbi egyházi szerepek működtetését tartja fenn, a fiatalabb generáció nagyobb feszültséget él meg a szerepelvárások tekintetében. Erre az összefüggésre jut Randall is (2007), aki hangsúlyozza, hogy kutatásában nem a szolgálatban eltöltött évek, hanem az idősebb életkor mutattak negatív összefüggést a kiégés egyes alsóskáláival. Emellett azt feltételezzük, hogy azok az idősebb lelkészek, akik a szolgálatukban ki tudnak teljesedni, örömmel és elégedettséggel vannak jelen hivatásukban. Ez egy olyan erős jóllétre ható tényező, ami az öregedéssel járó egyéb nehézségeket is képes felülmúlni. Ugyanakkor azt is feltételezzük, hogy akik idősebb korukra hivatásukat túlnyomóan negatívan értékelik, azok kevésbé bevonhatók ilyen kutatásokba, bár nagy szükségük lehet az egyéni támogatásra. A másik fontos tanulság, hogy az életkorral járó normatív krízisek hatásai a

lelkészi jólléttel összefüggésben is kirajzolódnak, és ezekre az időszakokra külön figyelmet kell fordítani egyéni és rendszer szinten.

A családi élet kapcsán világos, hogy a családos, nagycsaládos lelkipásztorok vannak túlsúlyban. A családi életfázisok önmagukban sajátos kihívásokat hoznak, elsősorban az időgazdálkodás és a család-munka egyensúly területén, ami kihat a jóllétre is (Lee & Fung, 2022) Ugyanakkor eredményeinket erősítik a hasonló kutatások, hogy a családnak nagyon fontos támogató szerepe van a lelkészi hivatásban, nem csupán a házastárs, hanem a gyermekek részéről is. Emellett azonban a kutatásainkhoz hasonlóan mások is arra jutottak, hogy a lelkészek életében is a kisgyermekes lét megterhelőbb a többi családi életszakaszban lévőkhöz viszonyítva (Stewart-Sicking, 2006). A kisgyermekesek esetében a kettős terhelés, ami gyakran a pályakezdéssel is társul, a lelkipásztori életpályán belül megterhelő időszakot jelent. A gyermekek életkorával összefüggésben álló mindennapi többlet terhek a jóllét mutatókra is hatást gyakorolnak. A másik komoly tehertétel a mintára jellemző általános szociokulturális közegtől való eltérés. Önmagában a gyermektelenség okozhat stresszt a gyermekre vágyó pároknál. Ez kiemelten jelentkezik ott, ahol a minta nagyobb része nagycsaládos, többgyermekes család. Akinek nincs házastársa, gyermeke, könnyen peremhelyzetben találhatja magát a lelkipásztori közösségben, és a kihívásokkal is nehezebben néz szembe, mint a családos társai (Johnston et al., 2023)

### VI.2.3 A lelkipásztorok jóllétével összefüggésben lévő hivatásbeli jellemzőkből levonható következtetések

A szolgálatban töltött évek esetén hasonló a jólléttel való összefüggés, mint az életkornál. Ez abból is adódik, hogy a minta nagyobb részét olyanok alkotják, akik rögtön középiskolai tanulmányaik után kezdték meg teológiai tanulmányaikat, majd lelkészi szolgálatukat. Ami mégis fontos kiegészítést igényel, hogy a szolgálat kezdete, az első öt év egy komoly hullámzást mutat a mintánkban. Míg az első két évet nagyon pozitív szubjektív jóllét jellemzi, addig a 3-5 éve szolgálóknál egy erősen negatív változás figyelhető meg ezen mutatóknál (Járay & Siba, 2024). A pályakezdés tehát egy olyan időszak, amikor külön támogató figyelmet kéne kapnia a lelkipásztoroknak. Egy pontenciális időszaka lehet a jó, támogató, mentori kapcsolatok kialakításának. Erre az összefüggésre Randall is felhívja a figyelmet (2007). Ugyanakkor az eredményeinket

megerősíti és árnyalja az amerikai metodisták között végzett kutatás is, ami mutatja, hogy a pályakezdők ugyan rosszabb mutatókkal rendelkeznek, de nagy a szórás közöttük (Proeschold-Bell & Byassee, 2018), amit nagyban befolyásol a korábbi kapcsolati hálójuk jellegzetessége. Hasonló összefüggést mi is láttunk az elemzésnél. A másik megterhelő fázis a szolgálat közepén jelentkezik. Míg a pályakezdést az illúzióktól való elköszönés, a realitás megszokása teszi nehezzé, addig 15 év után inkább az újratervezés időszaka következik. A szolgálati idő közepén egyfajta számadás, és a következő életszakasz megtervezése, a lelkeszi identitás letisztítása a feladat. Mindkét folyamat sok energiát kíván.

A szolgálati hely kapcsán is láttunk eltérést a jóllétben. A lelkészek közel 40%-a kis településen szolgál. Az adataink azt mutatják, hogy az ő állapotuk kevésbé jó, mint a nagyobb településen szolgáló kollégáké. Ennek az összetettségét azonban szükséges tovább vizsgálni, hiszen a nemzetközi eredmények vizsgálati fókuszától függően eltérő következtetésre jutnak. A vidéki lelkészek adott esetben kisebb stressznek vannak kitéve (Miles & Proeschold-Bell, 2012; Francis & Ruteledge, 2008), ugyanakkor sokkal nehezebben kérnek segítséget szakembertől (Clark, 2005). De óvatosnak kell lennünk az eredmények összehasonlításával, hiszen mind a nemzeti, mind a felekezeti sajátosságok nagyon különböző kontextust teremtenek. A falusi lelkipásztori szolgálat számos elemében eltér a városi lelkipásztori élettől, ezért nehéz lenne ezeket az összefüggéseket egy-egy háttér változóval magyarázni. Hasonló következtetésekre jutnak más kutatásokban is. A komplexitásból adódóan inkább a kvalitatív kutatásoknak lehet jelentősége a mélyebb okok feltárásában. Az is fontos szempont, hogy egyes lelkészek kimondottan vidéki kistelepülésen szeretnének szolgálni, míg vannak, akik az életpályájuk egy pontján kerülnek ilyen szolgálati helyre, de hosszútávon máshol képzelik el a szolgálatukat. Nyilvánvalóan ez egy olyan tényező, ami határozottan befolyásolja az elégedettséget és a jóllétet.

A szolgálati hely kapcsán a fontos mutató, ami új szempontot hoz a lakóhelynél már megfigyeltékhez képest, az az aktuális helyen eltöltött évek száma. Itt a mintánkban egy ívet látunk (11. ábra), amit egy újabb szubjektív jóllétben való pozitív tendencia követ. Úgy tűnik tehát, hogy a szolgálatnak egy közegben, közösségben a lelkipásztor részéről van egy természetes életciklusa. Hasonló kérdést vizsgált egy kvalitatív kutatás, ahol a 10 megkérdezett lelkész ugyanarról a hullámról számolt be, mint a mi adataink, de a

hosszútávú elköteleződésben való kiteljesedést fogalmazták meg (Strunk et al. 2017). Ráadásul ez a közösségi életre is pozitívan hathat vissza (Green, 2002).

A következő fontos hatású dimenzió a szolgálati helyen a közösség mérete, korfája és ezeknek alakulása. Mivel a lelkészek ezeket a számokat, tendenciákat – sokszor függetlenül a település szociodemográfiai jellemzőitől – a szolgálatuk eredményességének tükrében értelmezik. Ezért a kisebb közösségekben szolgáltatók bár kisebb stressz szintet élnek meg, a szubjektív jóllétük elégedettségi és lelki egészségi mutatói rosszabbak, ami összecseng az amerikai metodisták között végzett kutatások eredményeivel (Proeschold-Bell & Byassee, 2018). Itt egyszerre van szükség az egyház és a lelképásztori kar szerepértelmezésének átgondolására. A társadalmi változásokra való reflexió nélküli hivatásértelmezés következménye lehet a hivatáskrizis.

A hivatásértelmezés másik fontos terepe az egyházi státusz kérdése. Ezek az adatok azt mutatják, hogy minden lelkészi státusznak megvannak a sajátos kihívásai. A legstabilabb egyházi háttérrel az önálló parókusi szolgálat jelenti, ugyanakkor ez nagyobb felelősséggel jár. Az intézményi lelkészek sokszor „másodlagosnak” ítélt helyzete a többiekhez képest nagyobb egzisztenciális kiszolgáltatottságot jelent, aminek hatása van a családi és házastársi életre, elégedettségre. A mintából az látszik, hogy a jóllét mutatók egy része szerint a parókusi lelkészek és a közegyházi státuszokkal rendelkezők jobban vannak, az intézményi lelkészek és helyettes lelkészek pedig az átlagnál rosszabb mutatókkal rendelkeznek. A gyülekezeti lelképásztori szolgálat hangsúlyozása és az egyéb szolgálatok kisebb megbecsültsége a teológiai képzés kezdetétől a nyugdíjazásig jelen van egyházunkban. Ez hatással lehet a jóllét mutatókra. Erre vonatkozó kutatások eddig nem igazán születtek. Akiknek több státuszuk van, azoknak szintén jobbak a jóllét mutatóik. Ez kölcsönösen egymásra ható összefüggés lehet, aminek egyrészt talán része a nagyobb egyházi integráltság, a biztosabb egzisztencia és a szolgálat területén való változatosság lehetősége. Másrészt azt is feltételezhetjük, hogy eleve azok kapnak a meglévő mellé új megbízást, akik jobban vannak. Az evangélikus mintában azonban azt látjuk, hogy a közegyházi szolgálattal járó teher inkább negatív hatású, míg az önnállóan vállalt plusz tevékenységek (pl.: pásztori feladatok lelkiségi mozgalmakban) inkább pozitív hatással vannak a lelkészekre.

Az utolsó, elemzésünkbe bevont mutató a szolgálati helyen a kollegiális kapcsolat megléte. Az látszik az eredményekből, hogy a szolgálatban való osztozás nagyobb jólléttel jár együtt, még akkor is, ha egyes esetekben a nem működő munkakapcsolatok, feszültségek jellemzőek. Valójában a jóllét legtöbb mutatójával szignifikáns összefüggést mutat a kollégák közvetlen, szolgálati helyen való jelenléte. Erre vonatkozóan kevés kutatási eredmény található. Általában a menedzsment, és probléma fókuszú vizsgálatok mentén vannak adatok a lelkészek együttműködéséről. Az amerikai methodista kutatásban azonban az látszik, hogy a megkérdezett beosztott lelkészeknek mindössze 7.9%-a szerint nem támogató a vezető lelkéssel való kapcsolata. A vezető lelkészek részéről pedig csak 3.6% ez az arány. A mi esetünkben a teljes mintában 9.9% ez az arány. Viszont 16.2% számol be valamilyen szintű feszültségről a lelkésztársával való kapcsolatban. Az empirikus tapasztalataink alapján azt feltételezem, hogy önmagában az a lehetőség, hogy nem minden feladat és felelősség csak a lelkész vállát nyomja, hogy meg tudja osztani ezeket egy kollégával, az a jóllétre jó hatással van. Önmagában a közös felelősség-hordozás, a szolgálatok, feladatok felelősségi körök és terhek megosztása nagyon erős támogatást jelent. Sokszor jelent problémát, hogy a lelképásztori szolgálat sajátos kihívásait igazán az érti, aki már megtapasztalta a saját életében. Nehezebb egy olyan házastársnak támogatón jelen lenni, aki maga még nem volt ebben a szerepben. Ebből adódhat, hogy nagyobb a házastársi elégedettség akkor, ha a pár mindkét tagja lelkész. Ezt erősen befolyásolja, a nem. A lelkész házastársak esetén sokszor a nők jobban viselik a család-munka kettős terhelését (Török & Bíró, 2023). Összességében még magasabb az elégedettségi szint, ha van más lelkész kolléga is, hiszen ebben az esetben a munkaterhek nem csak a házaspár között oszlanak meg. Ráadásul adott esetben könnyebben képes kivenni a szabadnapját, pihenőjét az a lelkész, akinek van a szolgálati helyén kollégája. Ezt az összefüggést mutatja más kutatás is (Hough et al., 2019)

A szolgálattal kapcsolatos egyéni mutatóknál a szabadnap jelentősége hangsúlyosan megmutatkozik. Ez egy objektíven mérhető mutató, ezért is fontos, hogy az eredmények megerősítik a jólléttel összefüggő szerepét. Míg a depresszióval gyengébb, a jólléttel erősebb összefüggést mutat, ami azt sejteti, hogy elsősorban preventív jelentősége lehet az egészségmegőrzésben. De egy 270 fős mintán végzett kutatás a lelkészek életében a pihenő idő hiányát az érzelmi kiemrültséggel és a deperszonalizációval találta szoros összefüggésben, ami figyelmeztet a depresszió veszélyére is (Chandler, 2009). De

legalább ennyire fontos a pozitív spirituális megküzdés és a jóllét összefüggése is (Ellison et al., 2009).

A szubjektívebb mutatóknál, a hasznosság érzésnél és a szolgálattal kapcsolatos büntudatnál még inkább valószínű, hogy a jólléttel való erős összefüggés mögött kölcsönös hatás áll. A korrelációnak feltehetően lehet akár teológiai meggyőződésben gyökerező olyan háttér tényezője, ami kihat a lelkipásztori szolgálat értelmezésére, és hatása megmutatkozik akár a jóllétben, akár ezekben a szubjektív érzésekben. Erre a lelkeségi összefüggésre reformátusok esetében más kutatásunkban is láttunk példát (Szabó-Jáki et al., 2025). Aki kevésbé érzi magát hasznosnak, vagy büntudata van amiatt, hogy nem tett eleget a hivatásában, az rosszabbul van. Különösen igaz ez akkor, ha a lelkész olyan feladatot delegál, ahol a saját illetékesség érzése is erősen megjelenik, mint például a mentálhigiénés segítségnyújtás (Boateng et al., 2024).

Az, hogy a szolgálat spirituálisan inkább pozitívan hat vissza a lelkészre, pozitív összefüggést mutat a jólléttel. Egyes kutatásokban ez a mutató volt a legerősebb összefüggésben a lelki jólléttel (Chandler, 2009). Egy másik kutatásunkban azt láttuk, hogy a spiritualitás terén a mások szeretetét vizsgáló faktor mutatta a legerősebb pozitív összefüggést a jólléttel, ami tovább erősíti azt a feltételezésünket, hogy ezen a téren is fontos jelntősége van a másokhoz való kapcsolódásnak (Szabó-Jáki et al., 2025). A lelkészi mintánban is azt feltételezem, hogy kölcsönösen hat egymásra a jóllét és a spirituális állapot. A hivatáshoz kapcsolódó feladatok a szoros istenkapcsolaton alapulnak. Akár az élethelyzetből adódó krízisek, akár az istenkapcsolatban jelentkező krízisek okozhatják, hogy a szolgálat kiüresedő tehertétellé válik. Mindkettő együttjárást mutathat a jóllét mutatókkal is. Ugyanakkor egy támogató istenkapcsolat védő hatású lehet a normatív és a nem normatív krízisek idején. Figyelemreméltó azonban, hogy egy longitudinális kutatás eredményei alapján lelkészek esetén a spirituális jóllét pozitív összefüggést mutatott az általános és a munkahelyi jólléttel, és negatívan függött össze a depresszióval a társas támogatottság szintjétől függetlenül (Milstein et al., 2020).

VI.2.4 A lelkipásztorok jóllétével összefüggésben lévő társas támogatásbeli jellemzőkből levonható következtetések

A lelkipásztori magány szinte evidenciaként jelenik meg a területet kutató szakemberek között.<sup>9</sup> Ráadásul a trend romló tendenciát mutat.<sup>10</sup> A magány megélése olyan állapot, ami az izoláltság érzését jól képes megragadni, függetlenül az objektív külső körülményektől, és szoros összefüggésben van a jólléttel (DuChene & Sundby, 2022). Bár más mintákkal nem tudtam összehasonlítani a lelkészek populációját, az látszik, hogy az általános magányérzés minden jóllét mutatóval erős negatív korrelációban van. Minél kevésbé magányos, annál jobbák a lelkész jóllét-mutatói. Az ok-okozati összefüggés itt sem levezethető az eredményekből. Ezzel együtt ez önmagában kiemeli a társas támogatás jelentőségét a lelkipásztorok életében. A konkrét kapcsolatok terén a vizsgálatok azt erősítik, hogy az erős kötések jellemzői mutatnak szoros összefüggést a lelkipásztori jólléttel. A lelkészeknek nehéz a közegükben baráti kapcsolatokat kialakítani, vagy a meglévő kapcsolatokat fenntartani. Míg a barátok száma kevésbé, addig a baráti kapcsolatok intenzitása sokkal inkább és lineárisan mozog együtt a jóllét-mutatókkal. Azzal együtt, hogy a statisztika itt sem enged következtetést az ok-okozati összefüggésre, elképzelhető, hogy a szorosabb baráti kapcsolatok ápolása pozitív hatással van a jóllétre. Ugyanakkor a kvalitatív elemzések megerősítik, hogy több tényező miatt is a lelkészek esetén kevés az igazán jó barátság, aminek fenntartása is nehézséget okoz (Staley et al., 2013).

Az észlelt társas támogatás is alátámasztja, hogy a család nagyon erős támogató közeg. A házastárs és a szűk család jelentősége nagyon fontos, mint ahogy az is látszott, hogy a házastárssal és családi élettel való elégedettség is erős összefüggést mutatott a jólléttel. Más kutatások szerint az egyedülálló lelkészek egészségmutatói rosszabbak, ugyanakkor a munka-család egyensúly szintén összefügg a jólléttel (Lee & Fung, 2022), amiből arra következtethetünk, hogy bár a család támogató ereje fontos, a családtagok túlzott terhelése hosszútávon negatív hatással van. A családnak ezt a terhelését a baráti kapcsolatok képesek tompítani. Eredményeink is mutatják, hogy ahol a baráti kapcsolatok erősebbek, ott a családi élettel és házastárssal való elégedettség szintje is magasabb. Ehhez képest a gyenge kötések már nem olyan erősen függenek össze a jólléttel. A kollegiális

---

<sup>9</sup> Hartford Institute for Religion Research Releases New Clergy Wellness Report.  
<https://www.hartfordinternational.edu/news-events/news/hartford-institute-religion-research-releases-new-clergy-wellness-report>

<sup>10</sup> 7-Year Trends: Pastors Feel More Loneliness & Less Support  
<https://www.barna.com/research/pastor-support-systems/>

kapcsolatokból is a közeli, valós támogatás jelentősége az, ami igazán összefügg a lelki egészséggel és az elégedettség különböző mutatóival. Nehéz az objektív adatok alapján tudni, hogy a munkatársi jelenlét mennyire elegendő. Ez függhet a kapcsolat minőségétől, a munkatárs személyétől. Ugyanakkor, ha egy lelkész úgy érzi, hogy elegendő segítsége van a szolgálatában, az jobb jóllét mutatókkal jár együtt, továbbá összefügg a családdal való elégedettséggel is. Azt feltételezem, hogy az elegendő segítség szintén lehetőséget teremt a munka-magánélet egyensúly megteremtésére. David Eagle és munkatársai kutatásával egybehangzóan (Eagle et al., 2019) a mi adataink is megerősítik, hogy a társas támogatásnak inkább az észlelt dimenziója az, ami kimutathatóan összefügg a lelkipásztori jólléttel. Nem feltétlen a kollegiális kapcsolatok hatnak a lelki egészségre, sokkal inkább azoknak az észlelt támogató hatása. A mintánkban nagyobb jelentősége van annak, hogy a lelkész megélése szerint van-e elegendő segítsége, mint az esetleges valós kollegiális helyzet. Ebből az is következik, hogy fontos a lelkipásztoroknak tudni, hogy a különféle elakadásaikkal van hova fordulniuk.

A lelkészek életében a társas támogatás terén a szoros érzelmi kapcsolatok mutatják a legerősebb összefüggést a jólléttel. A család, a barátok jelentősége hangsúlyos minden más támogatási formához képest. A keresztábrákat és modelleket összehasonlítva közvetve arra következtetünk, hogy egyes támogató szerepek (pl.: lelkivezető: „Olyan személy, akivel a személyes istenkapcsolatomról tudok beszélni.”) a válaszadók megközelítésében sokszor nem professzionális segítők. Azt feltételezhetjük, hogy ez a személy a lelkész számára sok esetben a házastárs, vagy olyan lelkésztárs, aki egyben inkább a barát, mint a kolléga kategóriába kerül. Ezért, ha ezeket a hatásokat együtt vizsgáljuk, akkor például külön nem jelenik meg a lelkivezető hatása, miközben önmagában vizsgálva sokkal erősebb összefüggésben van a jóllét mutatókkal. Viszont a bejelölt segítések száma és a jóllét jobb kategóriájába kerülés között egyenes arányosság van, ami azt jelenti, hogy ez a hatás kumulatív, akkor is, ha adott esetben ugyanaz a személy, aki a szakmai és a spirituális segítséget nyújtja. Ez az evangélikus mintán végzett kutatásból is kitűnik (Járay et al., 2025). A depresszió esetében az összefüggés továbbra is igaz, de a református mintában nincs jelentős különbség azok között, akik kettő, vagy három szakmai segítséget említettek. Feltételezzük, hogy vannak azok a rossz állapotban lévő lelkészek, akik minden lehetséges segítséget próbálnak igénybe venni, de már ezek a preventív támogatások nem elég hatékonyak. Egy nagymintás amerikai

kutatás nagyon hasonló eredményekről számol be.<sup>11</sup> Az észlelt támogatás mellett a valós támogatás leginkább a közvetlen lelkész kolléga jelenlétében mutatkozik meg. Mikor mélyebben belekérdeztünk, hogy mennyire élük meg a kolléga jelenlétét támogatólag a hitükre, személyes életükre, szolgálatukra nézve, akkor azt láttuk, hogy ez a támogató hatás az észlelt szinten nem egyértelmű. A kolléga jelenléte leginkább a valós, gyakorlati támogatásban (pl.: feladatmegosztás, helyettesítés) mutatkozott meg.

A szakmai segítség terén a három vizsgált mutató külön-külön összefüggést mutatott a jólléttel, azonban a regressziós modellben a hatás széteszlott. Összességében a lelkészcsoporthoz támogató ereje nagyon kevésbé érvényesül. Sokkal jelentősebbek az egyéni kapcsolatok. Ennek a kérdőívben megjelenő differenciáltsága viszont már korántsem jelenik meg a válaszok alapján. Az evangélikus lelkészek között végzett kutatásunkban hasonló hangsúlyok rajzolódtak ki (Járay et al., 2025). Ugyanakkor az ottani eredményekben feltűnő különbség, hogy a támogató lelkészcsoporthoz a jólléttel való pozitív összefüggése szignifikáns, míg a református mintában ennek nincs szignifikáns bejósoló ereje a jóllét jobb kategóriába kerülés szempontjából. Azt feltételezem, hogy a személyes szakmai támogatásnak jelentős pozitív hatása van a lelképásztori jóllétre, azonban ez a „szakmai támogatás” sokszor barától, családtagtól, házaspártól jöhet, ami kiterjed a hivatásbeli kérdésekre, de a személyes istenkapcsolatra is. 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. Másrészt a lelkészi közösségek nem képesek a támogató közeget kialakítani. Az adataink alapján az evangélikus lelképásztorok lelkészi közösségei jobban képesek megteremteni ezt (Járay et al., 2025). Ennek sokféle oka lehet. Például a családiasabb közösség, ahol a lelkészek már teológus koruktól jobban ismerik egymást, vagy akár a kisebbségi lét a történelmi egyházak vonatkozásában. Mindenesetre a valódi okokat érdemes tovább kutatni.

---

<sup>11</sup> [https://www.covidreligionresearch.org/wp-content/uploads/2024/03/Challenges-Are-Great-Opportunities-Exploring-Clergy-Health-and-Wellness-compressed\\_1.pdf](https://www.covidreligionresearch.org/wp-content/uploads/2024/03/Challenges-Are-Great-Opportunities-Exploring-Clergy-Health-and-Wellness-compressed_1.pdf)

## VII. KÖVETKEZTETÉS

A megbeszélésben leírtakból kitűnik, hogy a nemzetközihez trendekhez hasonlóan a mi kutatásunkban is számtalan olyan összetett tényezőt lehet azonosítani, ami az eredmények óvatos, körültekintő interpretációját igényli. Az eredményekből adódnak lehetséges további kutatási irányok, emellett olyan cselekvési tervek, amik támogathatják a hivatásukban lévő lelkipásztorokat. Ebben a fejezetben röviden ezeket foglalom össze.

### VII.1. További kutatási irányok

Kvantitatív módszerrel a jelen kutatás rendszeres, hat évenkénti megismétlése a terv az egyház vezetése részéről is. Ez lehetővé tenné később az ok-okozati összefüggések, és az esetleges intervenciók hatásának a feltárását. Az ismételt kutatások tekintetében fontos lenne a területi sajátosságokat vizsgálni. Az országon belüli régiós különbségek is hatnak, valamint a történelemből adódó, a református egyházra jellemző területi és szociológiai jellemzők. Érdekes lenne kutatni a politikai viszonyulás, anyagi helyzet, szociokulturális közeg hatását is. A mérőeszközök közül érdemes lenne a felnőtt kötődést az érzelmi intelligenciát, a spiritualitást mérő kérdőívek beemelése a kutatásokba. A lelki egészség terén a MET kérdőív megtartása mellett a depresszió mérésére érdemes lenne új eszközt választani. Indokolt lehet egy lelkészek számára kialakított kiegészítő kérdőív magyar nyelvű validálása is. Ugyanilyen fontos terület lehet az egyházi szolgálóknál a *mattering*<sup>12</sup> kutatása, hiszen látjuk, hogy a nagyobb egyházi integráció sok esetben jár együtt jobb lelki egészségi mutatókkal (Flett, 2018). Emellett az intézményi lelkészek jóval nagyobb számban vannak, mint ahogy az a mintánkban megjelent, így a köztük végzett nagy mintás kutatás is indokolt. Cél a továbbiakban a határon túli lelkészek (Erdély, Felvidék) között végzett hasonló kutatás. Elindult az előkészítése a más felekezeti lelkipásztorok (baptista, adventista, katolikus) között végzett felméréseknek is. A baptista lelkészek között indokoltnak tűnik a lelkészek és házaspárjaik kóddal összeköthető kutatása, ahol az eredmények páronként összehasonlíthatóak. Mindenképpen további részletes kutatásra van szükség annak felfejtésére, hogy a lelkipásztori karon belül milyen működő támogatói kapcsolatok tudnak létrejönni és ezeknek mi az ismérve. Fontos továbblépés

---

<sup>12</sup> A *mattering* egy pszichológiai fogalom. A a szükségletünk, hogy mások észrevegyenek bennünket, reagáljanak ránk, számítsunk egy közösségben, kapcsolatban. Ez növeli önbecsülésünket és az önbizalmunkat.

lehetne egy alaposabb kapcsolati hálózatkutatás ennek a feltérképezésére. Egy másik lehetséges irány a lelkipásztorok körül lévő családtagok, barátok megélésének, terhelődésének vizsgálata. Külön fókuszra érdemes helyezni a házastársakra. A családi, házastársi elégedettség, a tőlük jövő társas támogatás, és a jóllét mutatók nagyon együtt mozognak, ezért a családi krízis komoly negatív hatással bír a lelkipásztorok életében.

Kvalitatív módszerrel érdemes tovább vizsgálni a nagy statisztikák mögötti összefüggéseket. Míg a nemek közti különbség a Török – Bíró kutatópárosnak köszönhetően alaposan vizsgált, addig az életkori sajátosságok kutatása interjú és fókuszcsoporthoz is indokolt, kiemelt figyelemmel a pályakezdő és a nyugdíj közeli lelkészekre. A reziliencia kutatás nagyon kedvelt az angolszász egyházi közegben. A meglévő támogató rendszerek fejlesztése, újak kialakítása indokolhat hasonló kutatást az itthoni közegben is. Külön figyelmet lehetne fordítani a lelkipásztori énképen belül az eredményesség és motiváció kutatására. Ezek olyan szubjektív mutatók, amiknek erős hatása van a lelkeszi hivatásban való kiteljesedésre.

A támogató rendszerek elindulása pedig indokoltá teszi azok hatásvizsgálatát, hogy a rendszer fejlesztése szakmai alapon történhessen.

## VII.2. Cselekvési tervek

Az egész lelkipásztori közösségben ezeknek az élethelyzeteknek a tudatosítása, az eredményekre való közös reflektálás az egyházmegyékben megtörtént. Önmagában ennek támogató ereje lehet, ha saját magukra és kollégáikra ilyen szemmel tekintenek. A kutatási eredményekre alapozva létrejött a Gyökössy Intézet, ahol több száz lelkipásztor vett már részt valamilyen segítő folyamatban (lelkigondozás, lelkivezetés, családterápia, párterápia, imádságos elvonulás, reziliencia képzés). Emellett szükséges az egészségtudatosság növelése, a lelkészek számára biztosított szűrések népszerűsítése és életmód tanácsadás (étkezés, mozgás) biztosítása, ehhez kapcsolódó programok indítása. Az egyházban sokféle lelkeségű lelkipásztor szolgál, ami miatt érdemes számukra ehhez illeszkedő a hivatásukat spirituálisan támogató programok, segítő szakemberek biztosítása minden lelkész számára a maga lelkeségéhez illeszkedően. Egy egy célcsoportra speciális támogató rendszer átgondolása is indokolt. Ilyenek a pályakezdők, akiknek szupervíziós csoport, és mentori segítség sokat jelenthet az első öt évben. A kis

gyermekesek és a pályájuk derekán lévő lelkészek számára a rövidebb elvonulások biztosítására van külföldi modell. Mivel nálunk a kistelepülések elnéptelenedése mindennapi tapasztalat, szükséges, hogy az egyház újraértelmezze ezeken a szolgálati helyeken a lelkipásztorok hivatását, küldetését, és ezt figyelembe tartva nyújtson támogatást nekik.

Fontos lenne olyan támogatói rendszer fejlesztése, ami a jelentős személyes kapcsolatokról leveszi a szükségtelen terheket. A házastársi kapcsolat túlzott terhelése magában hordozza a kockázatot, hogy egy kapcsolati konfliktus esetén a lelkész nem csak magánéletében, de hivatásában is magára marad. Az adataink alapján a lelkészi csoportok támogató ereje jelenleg egy kiaknázatlan terület. A jól működő lelkész csoport nagyon sok funkciót képes ellátni, jellemzi a kölcsönösség, és az erőforrások és terhek megoszlása. Ezek mind olyan jellemzők, amik indokolják egy komoly hálózati gondolkodás kialakítását. A kapcsolati háló megerősítése, fejlesztése egyéni, kis közösségi és egyházi szinten is indokolt. Ennek első lépése egy olyan szervezeti kultúra kialakítása, ami bizalmat épít a lelkipásztori közösségekben.

Végül gondolnunk kell arra a pár kitöltőre, akik válaszaiból nagyon nehéz lelkiállapot és egyéni krízis rajzolódik ki. Olyan közösségi kultúra kialakítását szorgalmazzuk, ahol a lelkipásztori közösség védőhálót alkot azon kollégák számára is, akik komoly problémával küzdenek, krízisben vannak. Ez a disszertáció, és a belőle kiinduló támogató rendszer a prevenció szemlélet kialakítását tűzi ki célul

## VIII. ÖSSZEGZÉS

Kutatásommal egy többtényezős egészség modell alapján a magyarországi református lelkészek helyzetét leíró szociodemográfiai, szolgálati mutatókat, a lelkészek jóllétét, az azzal összefüggésben lévő változókat vizsgáltam, különös tekintettel a társas támogatásra. A kutatást egy, az evangélikus lelkészek között végzett pilot kutatás előzte meg. Annak tapasztalata és a kutatócsoport közös munkája alapozta meg ennek a hiánypótló kutatásnak a létrejöttét. A motivációt a lelkészi kar részéről növelte az a törekvés, hogy az eredményekből levonható következtetésekre konkrét támogatói rendszer épüljön a jövőben. Ez egyben kutatói felelősséget is jelent. A disszertációmban leírt összefüggések egy részét képezik a teljes adatbázis alapján elvégezhető elemzéseknek. A cél, hogy ne csupán ezek az adatok hasznosulhassanak gyakorlati módon, hanem hogy folytassuk ezt a kutatást további elemzéssel, négy év múlva ismételt adatfelvétellel. Optimális esetben jó lenne a vizsgálatokat kiterjeszteni a határon túli lelkészekre, más felekezetekre, kibővítve új mérőeszközökkel és kutatási módszertannal.

Ennek a szükségességét a dolgozatban elemzett adatok jól mutatják. Egy olyan speciális hivatásról van szó, aminek a sajátos kihívásai sajátos támogatást tesznek szükségessé. Egy ilyen kvantitativ kutatásnak a jelentősége az összkép leírásában van. Rámutat olyan mintázatokra, témákra, fejlesztendő területekre, amikre egyéni, közösségi és rendszer szinten lehet keresni a megoldásokat.

Egyetemünk mottójában fontos a kutatás, oktatás, ellátás hármasa. Disszertációmmal szeretnék hozzájárulni ehhez a sokak által képviselt közös törekvéshez. Abban bízom, hogy akár lelkipásztor, akár egyházi vezető, akár gyülekezeti tag vagy kutató találkozik valamilyen formában az itt összefoglalt következtetésekkkel, inspirációt, motivációt, ötletet kap ahhoz, hogy a maga lehetőségei mentén tegyen önmaga hivatásáért, és a magyarországi lelkipásztorok jóllétéért, és ezen keresztül azoknak a közösségeknek a jóllétéért, akik között ezek a lelkészek végzik hivatásukat.

**Summary**

Based on a multi-factor health model, I investigated sociodemographic and ministry indicators describing the situation of Reformed pastors in Hungary, the well-being of pastors and related variables, with a special focus on social support. The research was preceded by a pilot study conducted among Lutheran pastors. The experience gained from that study, along with the collaborative work of the research group, laid the foundation for this much-needed research. The motivation among the clergy was further strengthened by the intention to build a concrete support system in the future, based on the conclusions that can be drawn from the results. This also entails a responsibility for the researcher. The correlations described in my dissertation are a part of the analysis that can be carried out on the basis of the complete database. The aim is not only to ensure that these data can be utilized in practice, but also to continue this research with further analyses and a repeated data collection in four years. Ideally, it would be beneficial to extend the studies to Hungarian pastors beyond the borders, to other denominations, and to expand them with new measurement tools and research methodologies.

The necessity of this is well demonstrated by the data analyzed in the dissertation. This is a special vocation, whose unique challenges require specific support. The significance of such quantitative research lies in its ability to describe the overall picture. It highlights patterns, topics and areas for development where solutions can be sought at individual, community and systemic levels.

With my dissertation, I would like to contribute to this endeavour represented by many. I hope that whether a pastor, church leader, congregation member or researcher encounters the conclusions summarized here, they will find inspiration, motivation, and ideas to contribute—within their own possibilities—to the well-being of pastors in Hungary, and through this, to the well-being of the communities among whom these pastors carry out their vocation.

IX. IRODALOMJEGYZÉK

- Abernethy, A. D., Grannum, G. D., Gordon, C. L., Williamson, R., & Currier, J. M. (2016). The Pastors Empowerment Program: A resilience education intervention to prevent clergy burnout. *Spirituality in Clinical Practice*, 3(3), 175–186. <https://doi.org/10.1037/scp0000109>
- Adams, C. J., Hough, H., Proeschold-Bell, R. J., Yao, J., & Kolkin, M. A. (2016). Clergy Burnout: A Comparison Study with Other Helping Professions. *Pastoral Psychology*, 66(2), 147–175. <https://doi.org/10.1007/s11089-016-0722-4>
- Adams, C., & Bloom, M. (2017). Flourishing in Ministry: Wellbeing at work in helping professions. *Journal of Psychology and Christianity*, 36(3), 254. <https://www.questia.com/library/journal/1P4-1979450859/flourishing-in-ministry-wellbeing-at-work-in-helping>
- Akpevwweoghene, A. P., & Jamabo, T. A. (2022). Self-motivation, empathy, social skill and job satisfaction among Anglican clergy of Bayelsa and Delta states. *EAS Journal of Psychology and Behavioural Sciences*, 4(2), 47–53. DOI:10.36349/easjpbs.2022.v04i02.002
- Albert, F., & Dávid, B. (1998). A barátokról. In T. Kolosi, I. G. Tóth, & Gy. Vukovich (Szerk.), *Társadalmi riport 1998* (pp. 257–276). TÁRKI.
- Albert, F. & Dávid, B. (2011). A hajléktalanság az emberi kapcsolatok szemszögéből: szakirodalmi áttekintés. In: Takács Károly (Szerk.) *Társadalmi kapcsolathálózatok*, 163–177. <https://unipub.lib.uni-corvinus.hu/4699/1/647793.pdf>
- Albert, F., & Dávid, B. (2018). Interpersonal relationships in Hungary – an overview. *Metszetek* 7(2), 72–93. <https://doi.org/10.18392/metsz/2018/2/6>
- Albert, Fruzsina (2014) *A férfiak és nők közti különbségek és hasonlóságok a barátságban*. REPLIKA. ISSN 0865-8188
- Albert, F., Dávid, B., & Tóth, G. (2020). Hány barátja van Önnek? A barátok számának alakulása három évtized alatt (1986–2018). *Socio.Hu Társadalomtudományi Szemle*, 10(3), 3–30. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2020.3.3>
- Albert, F., & Dávid, B. (2021). Interperszonális kapcsolatok Magyarországon. Társadalomtudományi Kutatóközpont <https://openarchive.tk.mta.hu/481/>
- Albert, F. (2022). *Emberi kapcsolatok–A személyes kapcsolathálózatok szociológiai szempontú elemzése*. Debreceni Egyetemi Kiadó
- Amankwa, E. (2023). Examining the Effects of Work-Life Balance on the Psychological and Physical Well-Being of Pastors in the United States. *E-Journal of Humanities, Art and Social Sciences*, 903–915. <https://doi.org/10.38159/ehass.2023481>
- Anshel, M. H., & Smith, M. (2013). The role of religious leaders in promoting healthy habits in religious institutions. *Journal of Religion & Health*, 53(4), 1046–1059. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9702-5>

- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The Convoy Model: Explaining Social Relations From a Multidisciplinary Perspective. *The Gerontologist*, 54(1): 82–92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
- Balog, P., & Dégi, L.Cs. (2005). A családi támogatottság szerepe a daganatos nők pszichoszociális sérülékenységének csökkentésében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 6(1), 17–34. <https://doi.org/10.1556/mental.6.2005.1.2>
- Bakacsi, Gy., 2015. *A szervezeti magatartás alapjai*. Semmelweis Kiadó.
- Barabási, A. L. (2003): *Behálózva. A hálózatok új tudománya*. Magyar Könyvklub.
- Baugess, D. W. (2002). *The relationship between mentoring, peer support and burnout in a population of Protestant clergy*. [Doctoral dissertation, Marywood University] ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/openview/925bb0381cc2302cc79f3974cd921bfa/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar>
- Beebe, R. (2007). Predicting burnout, conflict management style, and turnover among clergy. *Journal of Career Assessment*, 15(2), 257–275. <https://doi.org/10.1177/1069072706298157>
- Beck, J. H. (1997). *The effects of the number of roles, the time spent in different roles, and selected demographic variables on burnout and job satisfaction among Iowa Lutheran clergy*. [Doctoral dissertation, University of Iowa] ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/openview/1045de9d34c925f61b192f81a754fb9e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Ben-Ari, A., & Lavee, Y. (2005). Dyadic characteristics of individual attributes: attachment, neuroticism, and their relation to marital quality and closeness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 621–631. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.4.621>
- Benkő, Zs. (2016). Homo Sanus: az egészséggel megáldott ember. In.: Tarkó Klára, Benkő Zsuzsanna (szerk.) *"Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége": Személyek egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból*. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, 25–32.
- Berghammer, R. (2008). A fájdalom szerepe az életminőség alakulásában. In: Kopp M (Szerk.) *Magyar lelkiállapot*, 599–605.
- Berkman, L. F., & Glass, T. A. (2000). Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health. In *Social epidemiology*, 1(6) <https://doi.org/10.1093/oso/9780195083316.003.0007>
- Besterman-Dahan, K., Lind, J., & Crocker, T. (2013). “You never heard Jesus say to make sure you take time out for yourself”: Military chaplains and the stigma of mental illness. *Annals of Anthropological Practice*, 37(2), 108–129. <https://doi.org/10.1111/napa.12032>
- Bickerton, G. R., Miner, M. H., Dowson, M., & Griffin, B. (2015). Spiritual resources as antecedents of clergy well-being: The importance of occupationally specific variables. *Journal of vocational behavior*, 87, 123–133. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2015.01.002>
- Biru, B. M., Yao, J., Plunket, J., Hybels, C. F., Kim, E. T., Eagle, D. E., Choi, J. Y., & Proeschold-Bell, R. J. (2022). The Gap in Mental Health Service Utilization Among

- United Methodist Clergy with Anxiety and Depressive Symptoms. *Journal of Religion & Health*, 62(3), 1597–1615. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01699-y>
- Blanton, P. W. (1992). Stress in clergy families: Managing work and family demands. *Family Perspective*, 26(3), 315–330
- Boateng, A. C. O., Britt, K. C., Sebu, J., & Oh, H. (2024). An Examination of the Impact of Clergy-Involved Mental Health Activities for Their Congregants on Clergy Life Satisfaction, Happiness, and Perceptions of Having a Life Close to Ideal in the USA. *The journal of pastoral care & counseling : JPCC*, 78(3), 107–119. <https://doi.org/10.1177/15423050241268397>
- Bodai, Z., & Medve-Bálint, G. (2012). Intézményi bizalom a régi és az új demokráciákban. *Politikatudományi Szemle*, 21(2), 27–51. [http://epa.niif.hu/02500/02565/00070/pdf/EPA02565\\_poltud\\_szemle\\_2012\\_2\\_027-054.pdf](http://epa.niif.hu/02500/02565/00070/pdf/EPA02565_poltud_szemle_2012_2_027-054.pdf)
- Bourdieu, P. (1997). Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: Angelusz Róbert (Szerk.) *A társadalmi rétegződés komponensei* (pp. 156–177) Új Mandátum Kiadó
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2013). Symbolic capital and social classes. *Journal of classical sociology*, 13(2), 292–302. <https://doi.org/10.1177/1468795X12468736>
- Boszormenyi-Nagy, I.K. (1986). Between Give And Take: A Clinical Guide To Contextual Therapy (1st ed.). *Routledge*. <https://doi.org/10.4324/9780203776315>
- Böhnke, P. (2008): Are the poor socially integrated? The link between poverty and social support in different welfare regimes. *Journal of European Social Policy*, 18(2). 133–150. <https://doi.org/10.1177/0958928707087590>
- Brebner, J. B. (2001). Personality and stress coping. *Personality and Individual Differences*, 31(3), 317–327. [https://doi.org/10.1016/s0191-8869\(00\)00138-0](https://doi.org/10.1016/s0191-8869(00)00138-0)
- Brewster, C. E. (2012). The fate of the rural Anglican clergy: caring for more churches and experiencing higher levels of stress. In *BRILL eBooks* (pp. 149–169). [https://doi.org/10.1163/9789004228788\\_009](https://doi.org/10.1163/9789004228788_009)
- Brummet, B.H., Mark, D.B., Siegler, I.C., Williams, R.B., Babyak, M.A., Clapp-Channing, N.E., & Barefoot, J.C. (2005). Perceived social support as a predictor of mortality in coronary patients: effects of smoking, sedentary behaviour, and depressive symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 67(1), 40–45. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000149257.74854.b7>
- Buratti, S., Geisler, M., & Allwood, C. M. (2020). The Association between Prosocialness, Relational-Interdependent Self-construal and Gender in Relation to Burnout among Swedish Clergy. *Review of Religious Research*, 62(4), 583-602. <https://doi.org/10.1007/s13644-020-00420-3>
- Cacioppo, S., & Cacioppo, J. T. (2013). Do You Feel Lonely? You are Not Alone: Lessons from Social Neuroscience. *Frontiers for Young Minds*, 1(9), 6. <https://doi.org/10.3389/frym.2013.00009>
- Cacioppo, J. T., & Hawkey, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in cognitive sciences*, 13(10), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Cafferata, G. (2020). Gender, Judicatory Respect and Pastors' Well-Being in Closing Churches. *Review of religious research*, 62(2), 369-387. <https://doi.org/10.1007/s13644-020-00414-1>

- Carroll, J. W. (2006). *God's potters: Pastoral leadership and the shaping of congregations*. Wm. B. Eerdmans Publishing.
- Case, A. D., Keyes, C. L. M., Huffman, K. F., Sittser, K., Wallace, A., Khatiwoda, P., Parnell, H., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Attitudes and behaviors that differentiate clergy with positive mental health from those with burnout. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 48(1), 94–112. <https://doi.org/10.1080/10852352.2019.1617525>
- Chandler, D.J. Pastoral Burnout and the Impact of Personal Spiritual Renewal, Rest-taking, and Support System Practices. *Pastoral Psychol* 58, 273–287 (2009). <https://doi.org/10.1007/s11089-008-0184-4>
- Chen, E., Lam, P. H., Finegood, E. D., Turiano, N. A., Mroczek, D. K., & Miller, G. E. (2021). The balance of giving versus receiving social support and all-cause mortality in a US national sample. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(24), e2024770118.
- Clark, A. A. (2005). *Mental health referral patterns of rural pastors* (Publication No. 65(12-B), p. 6645) [Doctoral dissertation, ProQuest Dissertations Publishing]. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*.
- Clarke, M., Spurr, S., & Walker, K. (2022). The well-being and resilience of Canadian Christian clergy. *Pastoral psychology*, 71(5), 597–613. <https://doi.org/10.1007/s11089-022-01023-1>
- Clarke, M. A., Walker, K. D., Spurr, S., & Squires, V. (2022b). Clergy resilience: Accessing supportive resources to balance the impact of role-related stress and adversity. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 76(3), 210–223. <https://doi.org/10.1177/15423050221090864>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Coleman, J. S. (1994): Társadalmi tőke. In: Lengyel, Gy., Szántó, Z. (Szerk.) *A gazdasági élet szociológiája*, Budapest, AULA, 99–129.
- Connolly, J. (2023). *The Self-Care and Wellness Program for Pastors* [Doctoral dissertation, Regent University]. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/docview/2794464786?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>
- Cramer, K. M., & Barry, J. E. (1999). Conceptualizations and measures of loneliness: A comparison of subscales. *Personality and Individual Differences*, 27(3), 491–502. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2009.06.005>
- Creaven, A., Howard, S., & Hughes, B. M. (2012). Social support and trait personality are independently associated with resting cardiovascular function in women. *British Journal of Health Psychology*, 18(3), 556–573. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12001>
- Czakó, Á. & Sík, E. (2011) A hálózati tőke szerepe Magyarországon a rendszerváltás előtt és után. In: Varga V. A. (szerk.) *Társadalmi kapcsolathálózatok elemzése*. Budapest, BCE Szociológia és Társadalompolitika Intézet, 105–117.

- Darling, C. A., Hill, E. W., & McWey, L. M. (2004). Understanding stress and quality of life for clergy and clergy spouses. *Stress and Health, 20*(5), 261–277. <https://doi.org/10.1002/smi.1031>
- Davey, J. (1995). *Burnout: Stress in the ministry*. Gracewing Publishing.
- Davis, B. G. (2010). Preventing clergy burnout: assessing the value of a Mindfulness-Based intervention as part of a holistic clergy wellness program. [Doctoral dissertation, Chestnut Hill College]. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/docview/820745053/DA70B89359144AB7PQ/1?accountid=32048&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). *Self-determination theory*. Handbook of theories of social psychology, 416–436. Thousand Oaks, CA
- De Jager Meezenbroek, E., Garssen, B., Van Den Berg, M., Van Dierendonck, D., Visser, A., & Schaufeli, W. B. (2010). Measuring spirituality as a universal human experience: A review of Spirituality Questionnaires. *Journal of Religion & Health, 51*(2), 336–354. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9376-1>
- DeJoy, D. M., Wilson, M. G., Goetzl, R. Z., Ozminkowski, R. J., Wang, S., Baker, K., Bowen, H. M., & Tully, K. J. (2008). Development of the Environmental Assessment Tool (EAT) to measure organizational physical and social support for worksite obesity prevention programs. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 50*(2), 126–137. <https://doi.org/10.1097/jom.0b013e318161b42a>
- Dinesen, P. T. (2012). Parental transmission of trust or perceptions of institutional fairness: generalized trust of Non-Western immigrants in a High-Trust society. *Comparative Politics, 44*(3), 273–289. <https://doi.org/10.5129/001041512800078986>
- Doolittle, B. R. (2008). The Impact of Behaviors upon Burnout Among Parish-Based Clergy. *Journal of Religion & Health, 49*(1), 88–95. <https://doi.org/10.1007/s10943-008-9217-7>
- DuChene, M. K., & Sundby, M. (2022). *A Path to Belonging: Overcoming Clergy Loneliness*. Fortress Press.
- Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2019). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships, 36*(7), 2055–2073. <https://doi.org/10.1177/0265407518776134>
- Edwards, L., Bretherton, R., Gresswell, D. M., & Sabin-Farrell, R. (2020). The relationship between social support, spiritual well-being, and depression in Christian clergy: a systematic literature review. *Mental Health, Religion & Culture, 23*(10), 857–873. <https://doi.org/10.1080/13674676.2020.1838459>
- Ellison, C. G., Roalson, L. A., Guillory, J. M., Flannelly, K. J., & Marcum, J. P. (2009). Religious resources, spiritual struggles, and mental health in a nationwide sample of PCUSA clergy. *Pastoral Psychology, 59*(3), 287–304. <https://doi.org/10.1007/s11089-009-0239-1>
- Emslie, N. J. (2021). Clergy emotional intelligence: defining the construct in relation to role and context (Doctoral dissertation, University of Warwick). <http://webcat.warwick.ac.uk/record=b3748401>
- Engel, G. L. (1997). From biomedical to biopsychosocial: Being scientific in the human domain. *Psychosomatics, 38*(6), 521–528.

- Farkas, Z. (2013). A társadalmi tőke fogalma és típusai. *Szellem és Tudomány*, 4(2), 106–133. [https://www.researchgate.net/profile/Zoltan-Farkas/publication/316253357\\_A\\_tarsadalmi\\_toke\\_fogalma\\_es\\_tipusai/links/58f7a1554585158d8a6c171a/A-tarsadalmi-toke-fogalma-es-tipusai.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Zoltan-Farkas/publication/316253357_A_tarsadalmi_toke_fogalma_es_tipusai/links/58f7a1554585158d8a6c171a/A-tarsadalmi-toke-fogalma-es-tipusai.pdf)
- Faucett, J. M., Corwyn, R. F., & Poling, T. H. (2013). Clergy Role Stress: Interactive effects of role ambiguity and role conflict on intrinsic job satisfaction. *Pastoral Psychology*, 62(3), 291–304. <https://doi.org/10.1007/s11089-012-0490-8>
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., & Brustad, R. (2012). Factors associated with positive mental health in a Portuguese community sample: A look through the lens of Ryf's psychological well-being model. In V. Ollisah (Ed.), *Essential Notes in Psychiatry* (pp. 495–514). London, IntechOpen
- Flannelly, K. J., Weaver, A. J., Larson, D. B., & Koenig, H. G. (2002). A review of mortality research on clergy and other religious professionals. *Journal of Religion and Health*, 41(1) 57–68. <http://www.jstor.org/stable/27511580>.
- Flett, G. (2018). *The psychology of mattering: Understanding the human need to be significant*. Academic Press.
- Francis, L. J., & Rodger, R. (1994). The influence of personality on clergy role prioritization, role influences, conflict and dissatisfaction with ministry. *Personality and Individual Differences*, 16(6), 947–957. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90237-2](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90237-2)
- Francis, L. J., Hills, P., & Rutledge, C. J. F. (2008). Clergy work-related satisfactions in parochial ministry: The influence of personality and churchmanship. *Mental Health, Religion & Culture*, 11(3), 327–339. <https://doi.org/10.1080/13674670701288639>
- Francis, L. J., Robbins, M., & Wulff, K. (2013). Assessing the effectiveness of support strategies in reducing professional burnout among clergy serving in the Presbyterian Church (USA). *Practical Theology*, 6(3), 319–331. <https://doi.org/10.1179/1756073x13z.00000000021>
- Geraghty, K. J., & Esmail, A. (2016). Chronic fatigue syndrome: is the biopsychosocial model responsible for patient dissatisfaction and harm?. *British Journal of General Practice*, 66(649), 437–438. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X686473>
- Gildner, D. D. (2018). *Practicing sabbath: Improving clergy health and helping differentiate one's self from role, preventing one cause of clergy burnout*. [Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 79(12-A(E)), No Pagination Specified. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc15&AN=2018-48574-248>
- Gleason, M. E. J., & Iida, M. (2015). Social support. In M. Mikulincer, P. R. Shaver, J. A. Simpson, & J. F. Dovidio (Eds.), *APA handbook of personality and social psychology, Vol. 3. Interpersonal relations* (pp. 351–370). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14344-013>
- Gottlieb, B. H. (1983). *Social Support Strategies: Guidelines for Mental health practice*. Beverly Hills, CA Sage
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American journal of sociology*, 78(6), 1360–1380. <https://www.jstor.org/stable/2776392>

- Green, R. (2002). Healthy Church Growth Happens When Pastors Stay A Long Time. *Journal of the American Society for Church Growth*, 13(3), 67-78. Retrieved from <https://place.asburyseminary.edu/jascg/vol13/iss3/5>
- Grosch, W. N., & Olsen, D. C. (2000). Clergy burnout: An integrative approach. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 619–632. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(200005\)56:5<619::AID-JCLP4>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(200005)56:5<619::AID-JCLP4>3.0.CO;2-2)
- Gubi, P. M., Bubbers, S., Gardner, D., Mullally, W. J., & Mwenisongole, T. A. (2023). An evaluation of supervisees' perceptions of the benefits and limitations of pastoral/reflective supervision among Christian clergy in the UK. *Mental Health, Religion & Culture*, 26(3), 226–237. <https://doi.org/10.1080/13674676.2023.2231365>
- Haidet, P., O'Malley, K. J., Sharf, B. F., Gladney, A. P., Greisinger, A. J., & Street Jr, R. L. (2008). Characterizing explanatory models of illness in healthcare: development and validation of the CONNECT instrument. *Patient education and counseling*, 73(2), 232–239. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.07.007>
- Hajdu, G., & Sik, E. (2023). A kapcsolatok mennyisége és a velük való elégedettség mint a szubjektív jóllét forrása. *Szociológiai Szemle*, 33(1), 30–54. <https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.2023.1.3>
- Hamvas Béla (1987) A magány szociológiája. In.: *Hamvas Béla harminchárom esszéje*. Bölcsész Index, Budapest, 87–95. [https://mtda.hu/ADATTAR/cikktar/h\\_cikk/hamvas\\_bela\\_a\\_magany\\_szociologiaja.pdf](https://mtda.hu/ADATTAR/cikktar/h_cikk/hamvas_bela_a_magany_szociologiaja.pdf)
- Hanson, L. A. (2020). A quantitative correlational study of the Evangelical Lutheran Church in America senior pastor leadership style and church attendance. [Doctoral dissertation, University of Phoenix]. ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/openview/f483406d730a24af3a84a36c6ade7068/1?pq-origsite=gscholar&cbl=44156>
- Harmon, B. E., Strayhorn, S. M., West, N. T., Schmidt, M., Webb, B. L., Grant, L., & Smith, S. (2021). Strategies for designing clergy and spouse obesity-related programs. *American Journal of Health Promotion*, 35(3), 399–408. <https://doi.org/10.1177/0890117120960574>
- Hawkey, L. C. (2022). Loneliness and health. *Nature Reviews Disease Primers*, 8(1), 22. <https://doi.org/10.1038/s41572-022-00355-9>
- Heffner, K. L., Waring, M. E., Roberts, M. B., Eaton, C. B., & Gramling, R. (2011). Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1482–1488. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.03.016>
- Hefner, J., & Eisenberg, D. (2009). Social support and mental health among college students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(4), 491–499. <https://doi.org/10.1037/a0016918>
- Helgeson, V. S., and Gottlieb, B. H. (2000). Support groups. In: Cohen, S., Underwood, L.G., and Gottlieb, B. H. (Eds.) *Social Support Measurement and Intervention: A Guide for Health and Social Scientist*. Oxford University Press, 221–245. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.001.0001>

- Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The relationship assessment scale. *Journal of social and personal relationships*, 15(1), 137–142.
- Hill, E. W., & Raimondi, N. M. (2003). Understanding Boundary-Related stress in clergy families. *Marriage and Family Review*, 35(1–2), 147–166. [https://doi.org/10.1300/j002v35n01\\_09](https://doi.org/10.1300/j002v35n01_09)
- Hill, E. W., & McWey, L. M. (2004). Understanding stress and quality of life for clergy and clergy spouses. *Stress and Health*, 20(5), 261–277. <https://doi.org/10.1002/smi.1031>
- Hoge, D. R., & Wenger, J. E. (2005). *Pastors in transition: Why clergy leave local church ministry*. Wm. B. Eerdmans Publishing.
- Holleman, A. (2023). The resilience of clergywomen?: Gender and the relationship between occupational distress and mental health among congregational leaders. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 62(1), 89–107. <https://doi.org/10.1111/jssr.12817>
- Holleman, A., & Eagle, D. E. (2023). Is there a crisis in clergy health?: Reorienting research using a national sample. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 62(3), 580–604. <https://doi.org/10.1111/jssr.12859>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic review. *PLOS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Horton, K. D. (2006). *Effects of job stress, religious coping, and social support on clergy mental health: Longitudinal evidence from a national sample of Presbyterian clergy* [Doctoral dissertation, University of Texas at Austin].
- Hough, H., Proeschold-Bell, R. J., Liu, X., Weisner, C. C., Turner, E. L., & Yao, J. (2019). Relationships between Sabbath Observance and Mental, Physical, and Spiritual Health in Clergy. *Pastoral Psychology*, 68(2), 171–193. <https://doi.org/10.1007/s11089-018-0838-9>
- House, James S. and Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. In Sheldon Cohen, S. & Syme L. S. (Eds.), *Social Support and Health*: 83–108. New York, Academic Press.
- Huang, M. M. (2020). *The effects of work-family conflict on Chinese American clergy marital quality* (Publication No. 28090091). [Doctoral dissertation, Fuller Theological Seminary]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Hughes, S., Jaremka, L. M., Alfano, C. M., Glaser, R., Povoski, S. P., Lipari, A. M., Agnese, D. M., Farrar, W. B., Yee, L. D., Carson, W. E., Malarkey, W. B., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2014). Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: Longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology*, 42(1), 38–44. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.12.016>
- Idler, E. L. (2014). *Religion: the invisible social determinant*. Oxford University Press eBooks (pp. 1–24). <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199362202.003.0001>
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of health and social behavior*, 21–37.
- 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 közösség gyakorlása: A lelkipásztori hivatás megerősítésének útja a kapcsolódás által. *Embertárs*, 21(3) 300–313.
- Járay, M. (2023,b) A papok és lelkészek lelki egészségének és lelkigondozásának sajátos kihívásai: Példázat az elveszett pásztorról. *Sárospataki füzetek* 27(1). 33–45.
- Járay, M. & Siba, B. (2024). The Eagle’s Nest Effect in the Pastoral Career. *Studia Universitatis Babeş-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>
- Johnson, L. M. K. (2010). *Exploring the relationship between work, family and religion among clergy families* (Publication No. 3419839). [Doctoral dissertation, Loyola University Chicago]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/exploring-relationship-between-work-family/docview/756746279/se-2>
- Johnston, E. F., Headley, J., & Eagle, D. E. (2023). Pastoring in a Pandemic: Sources and Types of Social Support Used by United Methodist Clergy in the Early Period of the COVID-19 Pandemic. *Journal of Psychology and Theology*, 51(4), 459–476.
- Jolly, P. M., Kong, D. T., & Kim, K. Y. (2020). Social support at work: An integrative review. *Journal of Organizational Behavior*, 42(2), 229–251. <https://doi.org/10.1002/job.2485>
- Jones, L., & Plisco, M. K. (2021). The stories of women, by women, married to male ministry leaders. *Mental Health, Religion & Culture*, 24(10), 1037–1049. <https://doi.org/10.1080/13674676.2021.1990873>
- Joób, M. (2024). *A hallgatás terhe*. Luther Kiadó
- Josuttis, M. (2017) *A lelkész más*. Exit Kiadó
- Jud, G. J., Mills, E. W., & Burch, G. W. (1970). *Ex-pastors: Why men leave the parish ministry*. Pilgrim Press.
- Kahn, R.L., & Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In Baltes, P.B. & Brim O. (Eds.), *Life-span development and behavior* (Vol. 3, pp. 253-268). Academic Press, New York
- Kansiewicz, K. M., Sells, J. N., Holland, D., Lichi, D., & Newmeyer, M. (2022). Well-Being and Help-Seeking among Assemblies of God Ministers in the USA. *Journal of Religion & Health*, 61(2), 1242–1260. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01488-z>
- Kay, W. (2000). Role conflict and British pentecostal ministers. *Journal of Psychology and Theology*, 28(2), 119–124. <https://doi.org/10.1177/009164710002800204>
- Kmetty, Z., & Koltai, J. A. (2015). Kapcsolathálózatok mérése—elméleti és gyakorlati dilemmák, lehetőségek. *Socio.hu*, 2015(4), 34–49. [https://www.Socio.hu/Társadalomtudományi\\_Szemle/index.php/so/article/view/538](https://www.Socio.hu/Társadalomtudományi_Szemle/index.php/so/article/view/538)
- Kopp, M. (2005). Európai szövetség a depresszió ellen. *Mentálhygiéné és Pszichoszomatika*, 6(2), 147–152. <https://doi.org/10.1556/mental.6.2005.2.5>

- Kopp, M., Skrabski, Á., & Czakó, L. (1990). Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. [Recommended methodology for comparative mental health assessments]. *Végeken*, 1(2), 4–24.
- Kopp, M., Skrabski, Á., & Székely, A. (2004). Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5(2), 103–125. <https://doi.org/10.1556/mental.5.2004.2.1>
- Kovács, E., & Pikó, B. (2007). Nem hagyományos egészségvédő faktorok jelentősége: Család, társas támogatás, egészség. *Hippocrates*, 3, 91–94.
- Kömüves, S. (2017) Az engeli biopszichoszociális modell Tudományelméleti alappozícióból levezetett orvosi szereptartalom. *Metszetek*, 6(2). <https://www.proquest.com/scholarly-journals/az-engeli-biopszichoszociális-modell/docview/2545617287/se-2>
- Krause, N., & Wulff, K. (2004). Religious Doubt and Health: Exploring the potential dark side of religion. *Sociology of Religion*, 65(1), 35. <https://doi.org/10.2307/3712506>
- Kuhn, R. (2017). *Pastors' kids: Perceptions and experiences of family, friends, the Church, and God*. Paper presented at the Ambrose Research Conference, Ambrose University, Calgary, AB. [http://whdl.nbc.edu/sites/default/files/publications/EN\\_ARC\\_Kuhn\\_Pastors\\_kids.pdf](http://whdl.nbc.edu/sites/default/files/publications/EN_ARC_Kuhn_Pastors_kids.pdf).
- Kuhne, G. W., & Donaldson, J. F. (1995). Balancing ministry and management: An exploratory study of pastoral work activities. *Review of Religious Research*, 37(2) 147-163. <https://www.jstor.org/stable/3512398>
- La Placa, V., McNaught, A., & Knight, A. (2013). Discourse on wellbeing in research and practice. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), 116–125. <https://doi.org/10.5502/ijw.v3i1.7>
- Lakey, B., & Scoboria, A. (2005). The relative contribution of trait and social influences to the links among perceived social support, affect, and self-esteem. *Journal of Personality*, 73, 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00312.x>
- Lambert, L., Lomas, T., van de Weijer, M. P., Passmore, H. A., Joshanloo, M., Harter, J., ... & Diener, E. (2020). Towards a greater global understanding of wellbeing: A proposal for a more inclusive measure. *International Journal of Wellbeing*, 10(2). <https://doi.org/10.5502/ijw.v10i2.1037>
- Larson, J. S. (1999) The Conceptualization of Health. *Medical Care Research and Review*. 56(2), 123–136. <https://doi.org/10.1177/107755879905600201>
- Lee, C. (1988). Toward a social ecology of the minister's family. *Pastoral Psychology*, 36(4), 249–259. <https://doi.org/10.1007/BF01760100>
- Lee, C. (1992). *PK: Helping pastors' kids through their identity crisis*. Zondervan.
- Lee, C. (2007). Patterns of stress and support among Adventist clergy: Do pastors and their spouses differ?. *Pastoral Psychology*, 55(6), 761–771.
- Lee, A. A. (2017). *Ministry Longevity, Family Contentment, and the Male Clergy Family: A Phenomenological Study of the Experience of Ministry* (Publication No. 10599056). [Doctoral dissertation, Liberty University] ProQuest Dissertations & Theses Global. (1936041009). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/ministry-longevity-family-contentment-male-clergy/docview/1936041009/se-2>

- Lee, C., & Balswick, J. O. (1989). *Life in a glass house: The minister's family in its unique social context*. Grand rapids, Michigan, Ministry Resources Library.
- Lee, C., & Iverson-Gilbert, J. (2004). Demand, support, and perception in family-related stress among Protestant clergy. *Family relations*, 52(3), 249–257.
- Lee, H., & Fung, J. (2022). Associations between Work–Family Conflict, Psychological Distress, and Well-Being among Taiwanese clergy. *Journal of Psychology and Theology*, 51(1), 32–47. <https://doi.org/10.1177/00916471221099543>
- Lehr, F. (2006). *Clergy burnout: Recovering from the 70-hour work week... and other self-defeating practices*. Fortress Press. pp. 3–9.
- Leiter, M. P., Hakanen, J. J., Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Koskinen, A., & Väänänen, A. (2013). Organizational predictors and health consequences of changes in burnout: A 12-year cohort study. *Journal of Organizational Behavior*, 34(7), 959–973. <https://doi.org/10.1002/job.1830>
- Lenkey, I. (2018). „Két nap neked”. Program kis falvakban szolgáló lelkészek lelkigondozására. *Embertárs* 16 (2), 168–193.
- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C. J., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: Epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 869–878. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a>
- Levinger, G., & Huesmann, L. R. (1980). An 'Incremental exchange' perspective on the pair relationship. In Springer eBooks (pp. 165–188). [https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3087-5\\_8](https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3087-5_8)
- Lin, N. (2008). A network theory of social capital. *The handbook of social capital*, 50(1), 69.
- Lin, C., & Wang, K. T. (2021). Clergy-Specific Measures. *Journal of Psychology and Christianity*, 40(4), 370–373. <https://doi.org/10.1007/s11089-016-0722-4>
- Lindholm, G., Johnston, J., Dong, F., Moore, K., & Ablah, E. (2016). Clergy wellness: An assessment of perceived barriers to achieving healthier lifestyles. *Journal of religion and health*, 55, 97–109. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9976-2>
- Maes, M., Qualter, P., Lodder, G. M., & Mund, M. (2022). How (not) to measure loneliness: A review of the eight most commonly used scales. *International journal of environmental research and public health*, 19(17), 10816.
- Marler, P. L. (Ed.). (2013). *So much better : how thousands of pastors help each other thrive : The Sustaining Pastoral Excellence (SPE) Peer Learning Project*. Chalice Press.
- Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., & Ittész, A. (2014). Az Élettel való Elégedettség Skála magyar változatának (SWLS-H) pszichometriai jellemzői= Psychometric characteristics of the Hungarian version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS-H). *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303. <https://doi.org/10.1556/mental.15.2014.3.9>
- Martos, T., Sallay, V., Szabó, T., Lakatos, C., & Tóth-Vajna, R. (2014b). A Kapcsolati Elégedettség Skála magyar változatának (RAS-H) pszichometriai jellemzői= [Psychometric characteristics of the Hungarian version of the Relationship Assessment Scale (RAS-H)]. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 15(3), 245–258. <https://doi.org/10.1556>

- Martos, T. (2016). *Motiváció, értékek és társas kapcsolatok: az öndetermináció elméletének alapjai*. u-szeged.hu. [https://publicatio.bibl.u-szeged.hu/13361/1/KETEG\\_tkv\\_MS\\_u.PDF](https://publicatio.bibl.u-szeged.hu/13361/1/KETEG_tkv_MS_u.PDF)
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological review*, 50(4), 370.
- McKee, D. D., & Chappel, J. N. (1992). Spirituality and medical practice. *Journal of family Practicies*, 35(2), 201–205.
- McMinn, M. R., Lish, R. A., Trice, P. D., Root, A. M., Gilbert, N. B., & Yap, A. (2005). Care for Pastors: Learning from clergy and their spouses. *Pastoral Psychology*, 53(6), 563–581. <https://doi.org/10.1007/s11089-005-4821-y>
- McPherson, M., Smith-Lovin, L., & Cook, J. (2001). Birds of a Feather: Homophily in social networks. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 415–444. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.415>
- McWhirter, B. T. (1990). Factor analysis of the revised UCLA loneliness scale. *Current Psychological Research & Reviews*, 9(1), 56–68. <https://doi.org/10.1007/bf02686768>
- Meek, K. R., McMinn, M. R., Brower, C. M., Burnett, T. D., McRay, B. W., Ramey, M. L., ... & Villa, D. D. (2003). Maintaining personal resiliency: Lessons learned from evangelical protestant clergy. *Journal of Psychology and Theology*, 31(4), 339–347.
- Menninger, R. W. (1976). Psychiatry 1976: Time for a holistic medicine. *Annals of Internal Medicine*, 84(5), 603–604.
- Miething, A., Mewes, J., & Giordano, G. (2020). Trust, happiness and mortality: Findings from a prospective US population-based survey. *Social Science & Medicine*, 252, 112809. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112809>
- Miles, A., & Proeschold-Bell, R. J. (2012). Are rural clergy worse off? An examination of occupational conditions and pastoral experiences in a sample of United Methodist clergy. *Sociology of Religion*, 73(1), 23–45. <https://doi.org/10.1093/socrel/srr025>
- Milstein, G., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2020). A Prospective Study of Clergy Spiritual Well-Being, Depressive Symptoms, and Occupational Distress. *Psychology of Religion and Spirituality*, 12(4), 409–416. <https://doi.org/10.1037/rel0000252>
- Mims, S. L. (2019). Social support and emotion regulation: Keys to resilience for clergy (Publication No. 13885521)[Doctoral dissertation, Fuller Theological Seminary]. *ProQuest Dissertations and Theses Global*.
- Minaire, P. (1992). Disease, illness and health: theoretical models of the disablement process. *Bulletin of the world health organization*, 70(3), 373. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2393270/>
- Mirnics, Z., Vargha, A., Tóth, M., & Emőke, B. (2010). Cross-Cultural Applicability of FACES IV. *International Journal of Systemic Therapy*, 21(1), 17–33. <https://doi.org/10.1080/08975351003618577>
- Molina-Moore, A. A. (2024). *The moderating effect of social support on the relationship between occupational distress and somatic symptoms among Catholic clergy* [Doctoral dissertation, Walden University] ProQuest Dissertations Publishing. <https://www.proquest.com/openview/064525e57bb577cf6465bb2f9fdcc5bc/1?cbl=18750&diss=y&pq-origsite=gscholar>
- Morrow, E., Call, M. E., Ransco, M., Hofmann, K. M., & Locke, A. (2021). Sustaining Workforce Well-being: A model for supporting system resilience during the COVID-

- 19 Pandemic. *Global Advances in Health and Medicine*, 10, 216495612199181. <https://doi.org/10.1177/2164956121991816>
- Mudge, I. J. (2021). *Job Satisfaction and Well-Being in Clergy: A Quantitative Correlational Study* (Publication No. 28647454) [Doctoral dissertation, Grand Canyon University]. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/job-satisfaction-well-being-clergy-quantitative/docview/2564516598/se-2>
- Mueller, C. W., & McDuff, E. (2004). Clergy-Congregation mismatches and clergy job satisfaction. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 43(2), 261–273. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5906.2004.00231.x>
- Muskett, J. A., & Village, A. (2016). Action learning sets and social capital: ameliorating the burden of clergy isolation in one rural diocese. *Action Learning: Research and Practice*, 13(3), 219–234. <https://doi.org/10.1080/14767333.2016.1211091>
- Noronha, K., & Braganza, D. (2022). The Wellbeing of Clergy and Vowed Religious. *Pastoral Psychology*, 71(5), 667–677. <https://doi.org/10.1007/s11089-021-00961-6>
- Noullet, C. J., Lating, J. M., Kirkhart, M. W., Dewey, R., & Everly, G. S., Jr. (2018). Effect of pastoral crisis intervention training on resilience and compassion fatigue in clergy: A pilot study. *Spirituality in Clinical Practice*, 5(1), 1–7. <https://doi.org/10.1037/scp0000158>
- Ocsovszky, Z., Rafael, B., Martos, T., Csabai, M., Bagyura, Z., Sallay, V., & Merkely, B. (2020). A társas támogatás és az egészséges életmód összefüggései. *Orvosi Hetilap*, 161(4), 129–138. <https://doi.org/10.1556/650.2020.31625>
- Ohakwe, G. C., Imhonde, H. O., Chukwujekeu, V., Idiakheua, E. O., & Enike, T. C. (2020). Emotional Intelligence, Religious Orientation and Marital Satisfaction as Predictors of Psychological Well-Being and Life-Satisfaction Among the Anglican Clergy. *British Journal of Psychology Research*, 8(4), 1–30.
- Oláh, A., Nagy, H., Magyaródi, T., Török, R., Csengődi, M., & Vargha, A. (2018). Developing a new test of mental health, MHT, with five sub-scales. In 9th *European conference on positive psychology, book of abstracts* (pp. 408-409). Akadémiai Kiadó.
- Olson, D. H. (2011). FACES IV and the Circumplex Model: Validation study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(1), 64–80. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00175.x>
- Olson, J. S., Hummer, R. A., & Harris, K. M. (2017). Gender and Health Behavior Clustering among U.S. Young Adults. *Biodemography and Social Biology*, 63(1), 3–20. <https://doi.org/10.1080/19485565.2016.1262238>
- Orbe, J., Iwasaki, M., Isacco, A., Barry, C. M., Quigley, M., & Dimoff, J. (2025). Priests aging well: The role of gerotranscendence and its relationships with perceived health status, and life satisfaction among Catholic priests. *Journal of aging studies*, 72, 101301. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2024.101301>
- Oswald, R. M. (2005). *How to build a support system for your ministry*. Wipf and Stock Publishers.
- Paniagua, T. (2020). *Latino Pastors and Their Spouses' Marital Satisfaction and Its Predicting Factors*. (Publication No. 28261249) [Doctoral dissertation, Liberty

- University]. <https://www.proquest.com/docview/2476120381?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true&sourcetype=Dissertations%20&%20Theses>
- Papp-Zipernovszky, O., Kékesi, M. Z., & Jámbori, S. (2017). A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 18(3), 230–262. <https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
- Pappas, K. (2016). *Toward a better understanding of the clergy couple*. Gorgias Press eBooks (pp. 287–294). <https://doi.org/10.31826/9781463237028-023>
- Pargament, K. I. (1999). The Psychology of Religion and Spirituality? Yes and No. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 9(1), 3–16. [https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0901\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327582ijpr0901_2)
- Pavot, W., & Diener, E. (2009). Review of the Satisfaction With Life Scale. In Diener, E. (Ed.), *Assessing Well-Being*, 39, (pp. 101–117). Springer Netherlands. [https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4\\_5](https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4_5)
- Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., Ellison, C. G., & Wulff, K. (2001). Religious Coping among the Religious: The Relationships between Religious Coping and Well-Being in a national sample of Presbyterian clergy, elders, and members. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 40(3), 497–513. <https://doi.org/10.1111/0021-8294.00073>
- Pearlin, L. I. (1985). Social structure and processes of social support. In Cohen, S. & Syme, S. L. (Eds.), *Social support and health* (pp. 43–60). Academic Press.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Perspectives on loneliness. In Peplau, L. A. & Perlman, D. (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy* (pp. 1–8). New York, Wiley.
- Pietkiewicz, I. J., & Bachryj, D. (2016). Help-seeking attitudes and coping strategies among Roman Catholic secular clergy. *Psychology of Religion and Spirituality*, 8(1), 13–24. <https://doi.org/10.1037/rel0000019>
- Piferi, R. L., & Lawler, K. A. (2006). Social support and ambulatory blood pressure: An examination of both receiving and giving. *International Journal of Psychophysiology*, 62(2), 328–336.
- Potts, D. J. (2021). Suffering in Silence: Examining the Silent Suffering of the Wives of Christian Clergy, Advocating for their Voice and Value. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 75(1), 51–59. <https://doi.org/10.1177/1542305020968050>
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2010). The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: a meta-analytic review. *Journal of Community Psychology*, 38(3), 403–417. <https://doi.org/10.1002/jcop.20371>
- Proeschold-Bell, R. J., & LeGrand, S. (2010). Physical health functioning among United Methodist clergy. *Journal of Religion & Health*, 51(3), 734–742. <https://doi.org/10.1007/s10943-010-9372-5>
- Proeschold-Bell, R.J., LeGrand, S., James, J. et al. (2011) A Theoretical Model of the Holistic Health of United Methodist Clergy. *Journal of Religion and Health* 50, 700–720. <https://doi.org/10.1007/s10943-009-9250-1>
- Proeschold-Bell, R. J., Miles, A., Toth, M., Adams, C. J., Smith, B. W., & Toole, D. (2013). Using Effort-Reward Imbalance Theory to understand high rates of depression and

- anxiety among clergy. *The Journal of Primary Prevention*, 34(6), 439–453. <https://doi.org/10.1007/s10935-013-0321-4>
- Proeschold-Bell, R. J., Yang, C., Toth, M., Corbitt Rivers, M., & Carder, K. (2014). Closeness to God among those doing God's work: A spiritual well-being measure for clergy. *Journal of religion and health*, 53, 878–894. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9682-5>
- Proeschold-Bell, R. J., Eisenberg, A., Adams, C., Smith, B., Legrand, S., & Wilk, A. (2015). The glory of God is a human being fully alive: Predictors of positive versus negative mental health among clergy. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 54(4), 702–721. <https://doi.org/10.1111/jssr.12234>
- Proeschold-Bell, R. J., & Byassee, J. (2018). *Faithful and fractured: Responding to the clergy health crisis*. Baker Academic Books.
- Putnam, R. D., Nanetti, R. Y., & Leonardi, R. (1994). *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*. Princeton University Press.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and schuster paperbacks.
- Randall, K. J. (2007). Examining the relationship between burnout and age among Anglican clergy in England and Wales. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(1), 39–46. <https://doi.org/10.1080/13674670601012303>
- Ray, D. L. (2023). *The Evolution of Calling: A Grounded Theory Study of How Evangelical Protestant Clergy Voluntarily Exit the Ministry in Midlife* (Publication No. 30525834). [Doctoral dissertation, Fielding Graduate University] Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2824578728). <https://www.proquest.com/dissertations-theses/evolution-calling-grounded-theory-study-how/docview/2824578728/se-2>
- Rogers, R. C. (2022). Examining the Relationship of Clergy Distress, Spiritual Well-Being, Stress Management and Irritation to Life Satisfaction among Black Pastors in the USA. *Journal of Religion & Health*, 62(3), 1578–1596. <https://doi.org/10.1007/s10943-022-01715-1>
- Rózsa, S., Szádóczky, E., & Füredi, J. (2001). A Beck depresszió kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán [Psychometric properties of the Hungarian version of the shortened Beck Depression Inventory]. *Psychiatria Hungarica*, 16(4), 384–402.
- Roozeboom, W. D. (2016). *Neuroplasticity, Performativity, and Clergy Wellness: Neighbor Love as Self-Care*. Lexington Books. pp. 73-114.
- Rudolph, E., & Barnard, A. (2023). The Cinderella of positive psychology: spiritual well-being as an emerging dimension of flourishing in pastoral work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 18(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2023.2170767>
- Rurik, I., Ungvári, T., Szidor, J., Torzsa, P., Móczár, C., Jancsó, Z., & Sándor, J. (2016). Elhízó Magyarország. A túlsúly és az elhízás trendje és prevalenciája Magyarországon, 2015. *Orvosi Hetilap*, 157(31), 1248–1255. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30389>

- Ruffing, E. G., Bell, C. A., & Sandage, S. J. (2020). PTSD symptoms in religious leaders: Prevalence, stressors, and associations with narcissism. *Archive for the Psychology of Religion*, 43(1), 21–40. <https://doi.org/10.1177/0084672420926261>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.141>
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Sacco, W. P., & Yanover, T. (2006). Diabetes and depression: the role of social support and medical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(6), 523–531. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9072-5>
- Sager, K., Duan, C., Lawrence, R., & Warlick, C. A. (2022). Examining Depression, Self-Stigma, Caregiver Role Identity, and Self-Compassion in Clergy Help-Seeking Attitudes. *Counseling and Values*, 67(2), 250–271. <https://doi.org/10.1163/2161007X-67020001>
- Schat, A. C. H., Kelloway, E. K., & Desmarais, S. (2005). The Physical Health Questionnaire (PHQ): Construct Validation of a Self-Report Scale of Somatic Symptoms. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(4), 363–381. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.363>
- 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>
- Scott, G., & Lovell, R. (2015). The rural pastors initiative: Addressing isolation and burnout in rural ministry. *Pastoral Psychology*, 64, 71–97. <https://doi.org/10.1007/s11089-013-0591-z>
- Seligman, M. E. P., & Csíkszentmihályi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.55.1.5>
- Shaw, M., Lukman, R., Simmons, L. W., & Reynolds, R. (2021). Clergy wholeness study: How occupational distress, depression, and social support inform the health of clergy. *Journal of pastoral care & counseling*, 75(1), 23–32.
- Siba, B. (2020). *Pasztorálteológia. A református lelkészi hivatás vizsgálata interjúk tükrében*. L'Harmattan Open Access.
- Smith, T. W., Eagle, D. E., & Proeschold-Bell, R. J. (2017). Prospective Associations Between Depressive Symptoms and the Metabolic Syndrome: the Spirited Life Study of Methodist Pastors in North Carolina. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(4), 610–619. <https://doi.org/10.1007/s12160-017-9883-3>
- Smith-Osborne, A., & Whitehill Bolton, K. (2013). Assessing resilience: A review of measures across the life course. *Journal of evidence-based social work*, 10(2), 111–126.

- 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
- Székely, B., Tóth, Z. N., & Késmárki-Gally, S. E. (2023). Motiváció az egyén és a szervezet szintjén. *Multidiszciplináris kihívások, sokszínű válaszok-Gazdálkodás-és Szervezéstudományi folyóirat*, (2), 200–238. <https://doi.org/10.33565/MKSV.2023.02.08>
- Székely, J. (2019) *Hivatás a hivatal árnyékában*. Exit Kiadó, Kolozsvár
- Staehr, J. K. (1998). *The use of well-being measures in primary health care-the DepCare project. World Health Organization, Regional Office for Europe: Well-Being Measures in Primary Health Care-the DepCare Project*. Geneva: World Health Organization.
- Staley, R. C., McMinn, M. R., Gathercoal, K., & Free, K. (2013). Strategies employed by clergy to prevent and cope with interpersonal isolation. *Pastoral Psychology*, 62(6), 843–857. <https://doi.org/10.1007/s11089-012-0473-9>
- Stewart-Sicking, J. (2006) Clergy and Emotional Well-being: Satisfied, Happy and Tense. In: Church Pension Group, The Episcopal Church Center, & CREDO Institute, Inc. (Eds.) *Called to Serve: A Study of Clergy Careers, Clergy Wellness, and Clergy Women*. <https://www.cpg.org/globalassets/documents/publications/called-to-serve-a-study-of-clergy-careers-clergy-wellness-and-clergy-women.pdf>
- Stuart-White, B., Vaughan-Wilson, J., Eatock, J., Muskett, J. A., & Village, A. (2018). Isolation among Rural Clergy: Exploring Experiences and Solutions in One Diocese. *Rural Theology*, 16(2), 65–79. <https://doi.org/10.1080/14704994.2018.1519916>
- Stephoe, A. (2019). Happiness and health. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 339–359. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044150>
- Stewart-Sicking, J. A., Ciarrocchi, J. W., Hollensbe, E. C., & Sheep, M. L. (2010). Workplace characteristics, career/vocation satisfaction, and existential well-being in Episcopal clergy. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(7), 715–730. <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.516428>
- Strunk, J., Milacci, F. & Zabloski, J. (2017) The Convergence of Ministry, Tenure, and Efficacy: Beyond Speculation Toward a New Theory of Pastoral Efficacy. *Pastoral Psychology* 66, 537–550. <https://doi.org/10.1007/s11089-017-0760-6>
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.8>
- Susánszky, É., Székely, A., Szabó, G., Szántó, Z., Klinger, A., Konkoly Thege, B., & Kopp, M. (2007) Methodological description of the Hungarian Epidemiological Panel (HEP) survey. [A HUNGAROSTUDY egészség panel (HEP) felmérés módszertani leírása.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8(4), 259–276. <https://doi.org/10.1556/mental.8.2007.4.1>
- Susánszky, É., Székely, B. A., & Székely, A. (2022). A Hungarostudy 2021 felmérés célkitűzései és módszertana. *Kapocs*, 5, 119–123.

- Tanner, M. N., Wherry, J. N., & Zvonkovic, A. M. (2012). Clergy who experience trauma as a result of forced termination. *Journal of Religion & Health, 52*(4), 1281–1295. <https://doi.org/10.1007/s10943-012-9571-3>
- Tay, L., Tan, K., Diener, E., & Gonzalez, E. M. (2012). Social Relations, Health Behaviors, and Health Outcomes: A survey and Synthesis. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 5*(1), 28–78. <https://doi.org/10.1111/aphw.12000>
- Taylor, S. E. (2011). *Social support: A review*. The Oxford handbook of health psychology, 1, 189–214.
- Tentama, F., Subardjo, S., & Dewi, L. (2020). The correlation between work motivation and job satisfaction of the academic staffs. *International Journal of Scientific and Technology Research, 9*(2), 2295–2297. <https://eprints.uad.ac.id/20123/1/The-Correlation-Between-Work-Motivation-And-Job-Satisfaction-Of-The-Academic-Staffs.pdf>
- Terluin, B., Barends, H., van der Horst, H. E., Dekker, J., & van der Wouden, J. C. (2022). Head-to-head comparison of somatic symptom scales: The Patient Health Questionnaire (PHQ-15) and the somatization scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ-S). *Journal of psychosomatic research, 162*, 111031. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111031>
- Terry, J. D., & Cunningham, C. J. L. (2019). The sacred and stressed: Testing a model of clergy health. *Journal of Religion & Health, 59*(3), 1541–1566. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00920-9>
- Terry, J. D., & Cunningham, C. J. (2021). Some rest for the weary? A qualitative analysis of clergy methods for managing demands. *Journal of religion and health, 60*(2), 1230–1247.
- Thoma, L. (2023). Mit kezdünk a lelkipásztori szerep narcisztikus alaphelyzetével?–Az önértékelés jelentősége a lelkipásztori hivatásban. *Sárospataki Füzetek, 1*, 57–72.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(3), 167–176. <https://doi.org/10.1159/000376585>
- Török, E., & Biró, E. (2021). Azonos elhívás, eltérő esélyek. *Szociológiai Szemle, 31*(4), 63–88. <https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.2021.4.3>
- Török, E., & Biró, E. (2023). Gendered Division of Work within Clergy Couples in Hungary. *Religions, 14*(1), 105. <https://doi.org/10.3390/rel14010105>
- Trihub, B. L., McMinn, M. R., Buhrow, W. C., & Johnson, T. F. (2010). Denominational support for clergy mental health. *Journal of Psychology and Theology, 38*(2), 101–110. <https://doi.org/10.1177/009164711003800203>
- Trull, T.J., & Phares, E.J. (2004). *Klinikai pszichológia. Budapest. Osiris Kiadó*
- Turton, D. W., & Francis, L. J. (2002). Assessing Ministerial Job Satisfaction: The Reliability of the Revised MJSS among Male Anglican Clergy. *Review of Religious Research, 44*(2), 169. <https://doi.org/10.2307/3512514>
- Umberson, D., & Donnelly, R. (2023). Social isolation: an unequally distributed health hazard. *Annual Review of Sociology, 49*(1), 379–399. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-031021-012001>

- Upenieks, L. (2023). Spiritually well, mentally well? Examining the early life religious antecedents of the Impact of Spiritual Well-Being on Mental Health among United Methodist clergy in North Carolina. *Journal of Religion & Health*, 62(4), 2656–2685. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01822-7>
- Upenieks, L., & Eagle, D. E. (2023). Divine Struggles among those doing God’s Work: A longitudinal assessment predicting depression and burnout and the role of social support in United Methodist clergy. *Sociology of Religion*. 85(1), 83–111. <https://doi.org/10.1093/socrel/srad014>
- Utasi, Á. (2006). *Éltető kapcsolatok: A kapcsolatok hatása a szubjektív életminőségre*. Új Mandátum Könyvkiadó
- Utasi, Á. (2011) A társadalmi integráció és szolidaritás alapjai: a bizalmas kapcsolatok. In Varga V. A. (Szerk.) *Társadalmi kapcsolathálózatok elemzése*, Budapest, BCE Szociológia és Társadalompolitika Intézet, 133–147.
- VanZile, A. (2006). The Impact of Seminary Choice and External Factors on Church Employment In: Church Pension Group, The Episcopal Church Center, & CREDO Institute, Inc. (Eds.) *Called to Serve: A Study of Clergy Careers, Clergy Wellness, and Clergy Women*. <https://www.cpg.org/globalassets/documents/publications/called-to-serve-a-study-of-clergy-careers-clergy-wellness-and-clergy-women.pdf>
- Vargha, A., Zábó, V., Török, R., & Oláh, A. (2020). A jóllét és a mentális egészség mérése: a Mentális Egészség Teszt [Measuring well-being and mental health: The Mental Health Test]. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 21(3), 281–322. <https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.014>
- Village, A., & Francis, L. J. (2021). Wellbeing and perceptions of receiving support among Church of England clergy during the 2020 Covid-19 pandemic. *Mental Health, Religion & Culture*, 24(5), 463–477. <https://doi.org/10.1080/13674676.2021.1906214>
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of internal medicine*, 127(12), 1097–1102. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008>
- Wade D.T., & Halligan P.W. (2017) The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*. 31(8), 995–1004. <https://doi.org/10.1177/0269215517709890>
- Wang, F., Gao, Y., Han, Z., Yu, Y., Long, Z., Jiang, X., Wu, Y., Pei, B., Cao, Y., Ye, J., Wang, M., & Zhao, Y. (2023). A systematic review and meta-analysis of 90 cohort studies of social isolation, loneliness and mortality. *Nature Human Behaviour*, 7(8), 1307–1319. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01617-6>
- Webb, B. L., & Chase, K. (2019). Occupational distress and health among a sample of Christian clergy. *Pastoral Psychology*, 68, 331–343. <https://doi.org/10.1007/s11089-018-0844-y>
- Weiner, B. K. (2008). Spine update: the biopsychosocial model and spine care. *Spine*, 33(2), 219–223. <https://doi.org/10.1097/BRS.0b013e3181604572>
- Wells, C. R., Probst, J., McKeown, R., Mitchem, S., & Whiejong, H. (2012). The relationship between work-related stress and boundary-related stress within the clerical

- profession. *Journal of Religion and Health*, 51, 215–230. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9501-9>
- Wicks, R. J. (2015). *Spiritual Resilience: 30 Days to Inner Strength*. Franciscan Media.
- Wills, T. A. (1991). Social support and interpersonal relationships. In M. S. Clark (Ed.), *Prosocial behavior* (pp. 265–289). Sage Publications, Inc.
- Yao, J., Steinberg, D., Turner, E. L., Cai, G. Y., Cameron, J. R., Hybels, C. F., ... & Proeschold-Bell, R. J. (2023). When Shepherds Shed: Trajectories of Weight-Related Behaviors in a Holistic Health Intervention Tailored for US Christian Clergy. *Journal of Religion and Health*, 63, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s10943-023-01910-8>
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Zimet, S.G., & Farley, D.K. (1988). The multidimensional scale of social support. *Journal of personality assessment*, 52(1), 30–41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- Zwingmann, C., Klein, C., & Büssing, A. (2011). Measuring Religiosity/Spirituality: Theoretical Differentiations and Categorization of Instruments. *Religions*, 2(3), 345–357.

## X. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

### **A disszertációhoz kapcsolódó közlemények:**

- 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 lelkipozásának 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 Babe-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, Márton (2023). Egészségügyi végzettségű intézményvezetők arányának vizsgálata a hazai szociális idősellátásban. *IME* 22(1) 19–23.
- 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 Babe-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica*, 70(1). 322–346

### **A disszertáció témájától független közlemények:**

- Joób, M., Jáki, Zs., Járay, M., Papp, Zs., Török, G. (2022) The Basic Pastoral-Psychological Aspects of the Mental Health Oriented Marriage and Family Pastoral Counselling Training. In: Joób, M. & Mucsi, Zs. (szerk.) *In the Presence : Studies in the Theory, Training and Practice of Pastoral Counselling* Antropos Mentálhygiénés Egyesület (pp. 181–211.)
- Joób, M., Jáki, Zs., Járay, M. Papp, Zs., Török, G. (2021) A mentálhygiénés házasság- és család-lelkigondozói továbbképzés alapvető pasztorálszichológiai szempontjai. *Embertárs* 19(3) 215–233.
- Járay, M., Török, G. (2020) Traumatizáló helyzetek kezelése iskolákban és más közösségekben: Krízisintervenciós szempontok felelős vezetőknek: Krízisintervenciós szempontok felelős vezetőknek. *Embertárs* 18(3) 240–250.

## XI. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Az egész doktori folyamat alatt a társas támogatás számtalan formáját éltem át sok egyén és közösség által, ami segítette ennek a dolgozatnak az elkészülését. A legapróbbtól a legnagyobbig nagyon hálás vagyok, ezért hadd legyen most itt abc sorrendben az ő nevük:

Albert Fruzsina, Alongside Ministry, Andics Attila, Andics Ági, Apjok Jolán, Asztalos Detti, Bálicity Csaba, Bernhardt Dóra, Bóné Veronika, Böjttábor\_2025\_május, Danis Ildikó, Dávid Bea, Dávid Beáta, David Van Dyke, Diego Martinez Roman, Drajkó Péter, Doktoris évfolyamom, Dunakeszi Református Egyházközség, Dupont Kinga, Egyházi Fejlesztők, Fabók Ágnes, Fenyő Ágnes, Fodorné Szlovensák Katalin, Frey Tamás, Fülöpné Fejős Henriett, Grunda Dávid, Gyökössy Endre Intézet „Lelkipásztorok lelkiegészségéért” munkacsoport és adminisztratív munkatársak, Hajdú Zoltán Levente, Hegedűs Rita, James Cornwell, Járay Ákos, Járay Csanád, Járay Gyula, Járay Liliom, Járay Vajk, Járayné Tomka Dóra, Jinda Csaba, Johann Gyula, Joób Máté, Kairos imakör, Kardos Csongor, Károlyi Lilla, Kenese, Kodácsy Tamás és Eszter, Komolafe Cindarella, Kosztká Júlia, Kovács Endi, Kozák Anna, Lázár Lacey, Lelkigondozói képzés munkatársai, Lente Bogi, Lukács J. Ágnes, Makó Alida, Marlok Zsuzsa, Mátra csoport, Magyar Evangélikus Egyház püspökei, Mentálhigiéné Intézet Munkatársai, MRE Zsinati Elnöki Tanács (2023), Mucsi Zsófi, Nagy Tamás, Némethné Schutzmann Réka, Némethné Tóth Szilvi, Orbán Horváth Éva, PETRA Counselling School munkatársai, Pásztor Tóni, Péntekestifoci\_Huzella, Pilinszki Attila, Semsey Gábor, Shivam and Jamie Desai, Siba Balázs, Sípos Írisz, Szásziné Fehérváry Anikó, Szerdaestifoci\_Göd, Szerdai imakör, Szikszai Bálint, Terri és Bob Watson, Tésenyi Tímea, Thoma Laci, Tomcsányi Teodóra, Tomka Eszter, Tomka Gábor, Tomka János, Tomka Maya, Tóth Gergő, Török Gábor, Török Szabolcs, Van Dyke Family, Wheaton College munkatársai, Zarándok imakör.

Hálás vagyok nekik és Istennek értük.

MELLÉKLETEK

**Melléklet: Kérdőív**

**KÉRDŐÍV**

**Társas támogatás, jóllét és spiritualitás a  
lelkipásztorok körében**

**2023.04.13.**

**Nyitó lap**

Köszönjük, hogy megkezdi a kérdőív kitöltését!

Hét blokkba rendeződnek a kérdések:

1. általános adatok
2. egyházi szolgálat
3. hitélet
4. fizikai egészség
5. társas kapcsolatok
6. család
7. lelki egészség

A kérdőív kitöltése várhatóan 45 percet vesz igénybe.

A kérdőív anonim!

### Nyilatkozat

Kijelentem, hogy a vizsgálatban önként veszek részt. A vizsgálat jellegéről annak megkezdése előtt kielégítő tájékoztatást kaptam. Tudomásul veszem továbbá, hogy adataimat bizalmasan kezelik. Hozzájárulok ahhoz, hogy a vizsgálat során a rólam felvett, személyem azonosítására nem alkalmas adatok más kutatók számára is hozzáférhetőek legyenek.

A fentiekkel egyetértek, megkezdem a kitöltést.

## Automatikus mentés felkérés

### **Javasoljuk, hogy kapcsolja be az automatikus mentés funkciót!**

Mivel a kérdőív kitöltése várhatóan meghaladja a 20 percet, ezért erősen javasoljuk, hogy kapcsolja be már most az automatikus mentés funkciót! A bekapcsolás révén Önnek biztosan nem fognak elveszni a válaszai sem egy véletlen technikai hibát követően, sem pedig amiatt, ha Önnek bármilyen okból más teendője akadna. **A mentést követően Ön mindig ott folytathatja a kérdőív kitöltését, ahol éppen abbahagyta!**

A mentés bekapcsolása során Ön **tetszőleges** felhasználónevet és jelszót adhat meg! Amennyiben pedig egy email címet is megad, akkor a folytatáshoz szükséges linket és felhasználónevet e-mailben is megküldjük Önnek! *(E-mail emlékeztető nélkül az eredeti kérdőív linke kattintva is bármikor visszatöltheti korábbi válaszait, a lap alján található "Félbehagyott kérdőív visszatöltése" gombra kattintva!)*

Kérjük, az adatok megadásakor vegye figyelembe, hogy adatbiztonsági okokból a **JELSZÓ nem pótolható** - ezért kérjük, olyat adjon meg, amelyet könnyen meg tud jegyezni-, másrészt lehetőleg ne adjon meg olyan felhasználónevet, vagy e-mail címet, amely alapján Önt egy illetéktelen hozzáférés esetén könnyen azonosítani lehetne!

E-mail cím megadása esetén Ön hozzájárulását adja, hogy az adott kitöltés lezárásáig ezt az adatot a Református Egyház a kérdőívtől elkülönülten tárolja és arra emlékeztetőt küldjön! *(A kitöltés, de legkésőbb a kutatás lezárultát követően, ezen adatok automatikusan törlődnek!)*

Mentés bekapcsolása most!

*Amennyiben most mégsem kívánja bekapcsolni a mentést, erre később is lehetősége lesz, minden kérdésblokk alján a "Később folytatom" gombra kattintva!*

### **Illetve még egy segítség: Kérjük, ne használja a böngésző vissza gombját!**

Meggondolta magát egy választ illetően? Nem gond! A kérdőív kitöltése során Önnek mindig van lehetősége egy korábbi válaszát módosítani! Ehhez a kérdőív alján található "**Vissza**" gombot kell csak megnyomnia, és bármelyik korábbi válaszához visszatérhet, míg a böngésző visszagombjával **elnavigál** az oldalról!

**Köszönjük!**

## I. Általános adatok

D1. Neme:           **1, Nő**           2, Férfi

D2. Életkora:

1. 26 év alatt
2. 26–30 év között
3. 31–35 év között
4. 36–40 év között
5. 41–45 év között
6. 46–50 év között
7. 51–55 év között
8. 56–60 év között
9. 61–65 év között
10. 66–70 év között
11. 71–75 év között
12. 75 év fölött
99. Nem válaszolok

D3. Az Ön családi állapota:

1. nőtlen/hajadon
2. házasságban él
3. élettársi kapcsolatban él
4. elvált és különélő
5. elvált és új házasságban él
6. özvegy
7. egyéb:.....
99. nem válaszolok

D4. Ön lelkészcsaládból származik? (Szülei vagy nagyszülei között van lelképásztor?)

1. igen
2. nem
99. nem válaszolok

D5. Milyen településen él?

1. falu, község
2. kisváros
3. város
4. megyei jogú város
5. főváros
99. nem válaszolok

D5a. Ez a település valamelyik nagyváros vagy Budapest agglomerációjához tartozik?

1. igen
2. nem
99. nem válaszolok

## II. Egyházi szolgálat

*Ebben a blokkban a lelkipásztori szolgálatával kapcsolatos adottságokra és személyes megélésére kérdezzük rá.*

*Amennyiben több szolgálati helye van, arra vagy azokra nézve töltsse ki ennek a blokknak a kérdéseit, amely(ek) az Ön számára a legmeghatározóbb(ak) a feltett kérdés kapcsán.*

EJ1. Mi a mostani egyházi státusza? (Többet is bejelölhet.)

1. parókus lelkész
2. megválasztott, de nem vezető lelkész
3. beosztott lelkész (a püspök rendeli ki)
4. segédlelkész
5. helyettes lelkész
6. exmisszus
7. intézményi lelkész
8. missziói lelkész
9. egyéb szolgálati terület: .....
99. Nem válaszolok

EJ2. Eddig hány évet töltött lelkészi szolgálatban?

- 0 Kevesebb mint egy év
- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6-10
- 7 11-15
- 8 16-20
- 9 21-25
- 10 26-30
- 11 31-40
- 12 41-50
- 13 50-nél több
- 99 Nem válaszolok

EJ3. Dolgozott a lelkészi szolgálat előtt vagy azt megszakítva más, nem egyházi jellegű, teljes állású munkában?

1. igen
2. nem
99. nem válaszolok

EJ3a. Hány évet dolgozott a lelkészi szolgálat előtt vagy azt megszakítva más, nem egyházi jellegű, teljes állású munkában?

- 1 0-1
- 2 2-5

- 3 5-10  
 4 10-nél több  
 99. nem válaszolok
- EJ4. Mióta dolgozik a jelenlegi helyén?  
 0 Kevesebb mint egy éve  
 1 1  
 2 2  
 3 3  
 4 4  
 5 5  
 6 6-10  
 7 11-15  
 8 16-20  
 9 21-25  
 10 26-30  
 11 31-40  
 12 41-50  
 13 50-nél több  
 99 Nem válaszolok
- EJ5. Hányadik szolgálati helye ez Önnek?  
 1 1  
 2 2  
 3 3  
 4 4  
 5 5  
 6 6  
 7 7  
 8 8  
 9 9  
 10 10, vagy annál több  
 99. nem válaszolok
- EJ6. Hány szolgálati hely tartozik Önhöz? (A gyülekezeteket, a gyülekezettől független egyházi munkákat és az intézményeket is számolja bele.)  
 1 1  
 2 2  
 3 3  
 4 4  
 5 5-10  
 6 Több mint 10  
 7 egyéb.....  
 99. nem válaszolok
- EJ7. A gyülekezeti/intézményi lelkeszi szolgálat mellett van félállásban egyéb szolgálata vagy nem egyházi állása?  
 1. igen  
 2. nem  
 99. nem válaszolok
- EJ8. Körülbelül hány ember felé végzi munkáját?  
 1 1-50

- 2 51-100
- 3 101-150
- 4 151-200
- 5 201-250
- 6 251-300
- 7 301-500
- 8 500-1000
- 9 1000-nél több

9999. nem válaszolok

EJ9. Van olyan közegyházi szolgálati terület, amelyben részt vesz? (például egyházmegyei vagy -kerületi, ifjúsági vagy missziós szolgálat stb.)

- 1. igen
- 2. nem

99. nem válaszolok

EJ9a. Jelölje egy tízfokú skálán, hogy jelenleg ezt inkább feladatként éli meg, vagy inkább feltölti Önt? 1 – csak feladat, 10 – csak feltöltődés

99. nem válaszolok

EJ10. Van más olyan közösség vagy mozgalom, amely fontos az Ön számára, és amelyben részt is vesz? (például Bibliaszövetség, KIE, SDG, Sófár stb.)

- 1. igen
- 2. nem

99. nem válaszolok

EJ0a. Esetleg megnevezné-e?

---

EJ10b. Jelölje egy tízfokú skálán, hogy jelenleg ezt inkább feladatként éli meg, vagy inkább feltölti Önt? 1 – csak feladat, 10 – csak feltöltődés

99. nem válaszolok

EJ11. Milyen településtípuson van az Ön fő szolgálati helye?

- 1. falu, község
- 2. kisváros
- 3. város
- 4. megyei jogú város
- 5. főváros

99. nem válaszolok

EJ11a. Ez a település valamelyik nagyváros vagy Budapest agglomerációjához tartozik?

- 1. igen
- 2. nem

99. nem válaszolok

EJ12. A szolgálati helye olyan településen van, ahol a népesség...

- 1. növekszik
- 2. stagnál
- 3. csökken

99. nem válaszolok

EJ13. Az Ön gyülekezetének létszáma (Intézményi lelkészeknél nem releváns)

- 1. jelenleg inkább növekszik
- 2. jelenleg inkább stagnál, és nem cserélődik

3. jelenleg inkább stagnál, de cserélődik
  4. jelenleg inkább csökken
99. nem válaszolok

EJ14. Jellemző az Ön gyülekezetére, hogy inkább előregedő? (Intézményi lelkészeknél nem releváns.)

1. jellemző
  2. nem jellemző
99. nem válaszolok

EJ15. Vannak közvetlen munkatársai a szolgálatban?

1. egyedül vagyok
  2. alkalmanként van segítségem
  3. nincs elegendő segítségem
  4. elegendő segítségem van
99. nem válaszolok

EJ16. Van a szolgálati helyén lelkésztársa?

1. igen
  2. nem
99. nem válaszolok

EJ17. A házastársa egyben az Ön lelkésztársa is?

1. igen és nincs más lelkésztársam (UGORJON 18a-ra)
2. igen és van másik lelkésztársam is
3. nem

99. nem válaszolok

EJ17a. Mennyire érzi támogatónak a lelkésztársával/lelkésztársaival való kapcsolatot a szolgálata szempontjából?

(Kérjük, ennél a kérdésnél arra a lelkésztársára gondoljon, aki nem házastársa!)

1. nagyon nehezíti
2. kis mértékben nehezíti
3. nem releváns
4. nagyon támogató
5. teljes mértékben támogató

99. nem válaszolok

EJ17b. Mennyire érzi támogatónak a lelkésztársával/lelkésztársaival való kapcsolatot a családi élete szempontjából?

(Kérjük, ennél a kérdésnél arra a lelkésztársára gondoljon, aki nem házastársa!)

1. nagyon nehezíti
2. kis mértékben nehezíti
3. nem releváns
4. nagyon támogató
5. teljes mértékben támogató

99. nem válaszolok

EJ17c. Mennyire érzi támogatónak a lelkésztársával/lelkésztársaival való kapcsolatot a lelki élete szempontjából?

(Kérjük, ennél a kérdésnél arra a lelkésztársára gondoljon, aki nem házastársa!)

1. nagyon nehezíti
2. kis mértékben nehezíti
3. nem releváns
4. nagyon támogató

5. teljes mértékben támogató  
99. nem válaszolok

EJ17d. Mennyire érzi feszültnek a lelkésztársával/lelkésztársaival való kapcsolatot?  
(Kérjük, ennél a kérdésnél arra a lelkésztársára gondoljon, aki nem házastársa!)

1. egyáltalán nem
2. kis mértékben
3. valamennyire
4. nagyon
5. teljes mértékben

99. nem válaszolok

EJ18a. Mennyire érzi jónak a házastársával való munkakapcsolatukat a családi életükre nézve?

1. egyáltalán nem
2. kis mértékben
3. valamennyire
4. nagyon
5. teljes mértékben

99. nem válaszolok

EJ18b. Mennyire érzi jónak, támogatónak a házastársával való munkakapcsolatukat a szolgálatukra nézve?

1. egyáltalán nem
2. kis mértékben
3. nagyon
4. teljes mértékben

99. nem válaszolok

EJ18c. Mennyire érzi jónak, támogatónak a házastársával való munkakapcsolatukat a lelki életükre nézve?

1. egyáltalán nem
2. kis mértékben
3. valamennyire
4. nagyon
5. teljes mértékben

99. nem válaszolok

EJ19. Most gondoljon általánosságban a lelképásztori szolgálatára! Ez alapján válaszoljon a következő kérdésekre!

Az alábbi állítások utáni szám bekarikázásával jelezze, hogy mennyire ért egyet azok tartalmával!	Nem érték egyet	Inkább nem érték egyet	Egyetérték meg is	Inkább egyetérték	Egyetérték	Nem válaszolok
EJ19.1. Olyan dolgokat kell tennem, amelyeket máshogyan kellene csinálni.	1	2	3	4	5	99

EJ19.3. Valamilyen szabályt meg kell szegnem ahhoz, hogy el tudjak végezni egy feladatot.	1	2	3	4	5	99
EJ19.3. Egymással összeegyeztethetetlen dolgokat kér tőlem két vagy több ember.	1	2	3	4	5	99
EJ19.4. Olyan dolgokat csinállok, amelyeket valaki hajlamos elfogadni, mások pedig nem.	1	2	3	4	5	99
EJ19.5. Felesleges feladatokon dolgozom.	1	2	3	4	5	99
EJ19.6. Két vagy több olyan csoporttal dolgozom, amelyek igencsak különbözőképpen működnek.	1	2	3	4	5	99
EJ19.7. Úgy kapok feladatokat, hogy nem áll rendelkezésemre elegendő munkaerő az elvégzésükhöz.	1	2	3	4	5	99
EJ19.8. Úgy kapok feladatokat, hogy nincsenek elegendő erőforrások és anyagok az elvégzésükhöz.	1	2	3	4	5	99

EJ20. Összességében mennyire tartja önmagát a társadalom fontos, hasznos tagjának? Értékelje 0-tól 10-ig, ahol 0: egyáltalán nem fontos/hasznos, 10: kifejezetten fontos, hasznos.

EJ20a. Mit gondol, hogy a szolgálati területén általánosságban a külső elvárások szintjén (gyülekezet/szolgálati terület tagjai) mennyi időben várják azt, hogy a rendelkezésükre álljon?

Azt mondaná, hogy...

1. Minden időmben, a hét minden napján 24 órában.
2. Közel teljes időmben, még egy szabadnapot sem igazán elfogadva.
3. Az időm legnagyobb részében, a 40 órás munkahétén túl is jelentős időben, de a szabadnap elfogadható számukra.
4. Valahol heti 40–50 óra között.
5. Heti 40 órában.
6. Kevesebb, mint heti 40 órában.

99. nem válaszolok

EJ20b. Önmagától mennyi időt vár el a szolgálatban töltött idő szempontjából?

Azt mondaná, hogy...

1. Minden időmben, a hét minden napján 24 órában.
2. Közel teljes időmben, még egy szabadnapot sem igazán elfogadva.
3. Az időm legnagyobb részében, a 40 órás munkahéten túl is jelentős időben, de a szabadnap elfogadható számomra.
4. Valahol heti 40–50 óra között.
5. Heti 40 órában.
6. Kevesebb, mint heti 40 órában.
99. nem válaszolok

EJ20c. Mennyi időt tölt a szolgálatával?

1. Minden időmet, a hét minden napján 24 órát.
2. Közel teljes időmet, még egy szabadnapot sem igazán elfogadva.
3. Az időm legnagyobb részét, a 40 órás munkahéten túl is jelentős időt, de a szabadnap elfogadható számomra.
4. Valahol heti 40–50 óra között.
5. Heti 40 órában.
6. Kevesebb, mint heti 40 órában.
99. nem válaszolok

EJ21. Kivesz-e minden héten legalább egy szabadnapot, amikor nem foglalkozik semmilyen szolgálattal?

1. mindig
2. többnyire igen
3. többnyire nem
4. soha
99. nem válaszolok

EJ22. Az utóbbi évben mennyi volt a legtöbb szabadság, amit egyhuzamban töltött, szolgálat nélkül? (Becsült szám is elegendő.)

1. 2 napnál kevesebb
2. 2–4 nap
3. 1 hét
4. 10 nap
5. 2 hét
6. 2 hétnél több
99. nem válaszolok

EJ23. A heti rendszeres szabadnapokat nem számolva, mennyi volt az utóbbi évben az összes szolgálat nélküli szabadsága? (Becsült szám is elegendő.)

1. 0–5 nap
2. 6–14 nap
3. 15–21 nap
4. 21+ nap
99. nem válaszolok

EJ24. Amikor szüksége van betegszabadságra ki veszi-e?

1. Nem volt szükség rá.
2. Volt rá szükségem, de nem akartam kivenni.
3. Volt rá szükségem, de nem tudtam kivenni.
4. Volt rá szükségem, és kivettem.

99. nem válaszolok

EJ25. Hivatása gyakorlatában az Ön számára melyek a lelkipásztori hivatás legnehezebb terhei? (Legfeljebb 3 választ jelöljön meg!)

1. egy-egy munkaterület ellátása
2. a hit megélésének kontrolláltsága
3. a családi élet és a szolgálat összeegyeztetése
4. a folyamatos szellemi leterheltség
5. a szolgálatokkal járó lelki teher
6. a presbiterekkel való együttműködés
7. a magányosság érzése
8. egyéb: .....

99. nem válaszolok

EJ26. Jellemzően hová fordul segítségért, ha hivatásában nehézségei támadnak? (Több választ is megjelölhet, de legfeljebb hármat!)

1. felettesemhez
2. lelkésztársamhoz
3. barátomhoz
4. egy családtaghoz
5. más, segítő foglalkozású szakemberhez
6. szakirodalmat olvasok
7. senkihez

99. nem válaszolok

EJ27. Kérjük, írja ide, mi az a három dolog, amely leginkább erőt ad, feltöltődést jelent Önnek a munkájában, szolgálatában.

EJ27.1

.....

EJ27.2

.....

EJ27.3

.....

EJ28. Kérjük, írja ide, mi az a három dolog, amely leginkább kimeríti, frusztrálja a munkájában, szolgálatában.

EJ28.1

.....

EJ28.2

.....

EJ28.3

.....

EJ29. Ha egyetlen dolgot meg tudna változtatni a munkájában/szolgálatában, mi volna a legsürgetőbb, legfontosabb?

.....  
.....

EJ30. Az elmúlt évben mennyire volt büntudata amiatt, hogy szolgálati területén nem tett eleget a feladatainak?

1. egyáltalán nem
2. kicsit
3. közepesen
4. nagyon
5. kifejezetten
99. nem válaszolok

**A következő kérdések az Ön szolgálati helyén megtapasztalt társas támogatásról szólnak.**

EJ31a. Kérjük, jelölje meg, hogy az alábbiak mennyire vannak jelen a munkája során. 1: egyáltalán nem, 7: teljes mértékben

	<i>1-Egyáltalán nem</i>							7 - Teljes mértékben	<i>Nem válaszolok</i>
EJ31.a.1 másoktól kapott visszajelzés	1	2	3	4	5	6		7	99
EJ31.a.2 megbecsülés	1	2	3	4	5	6		7	99
EJ31.a.3 elismerés	1	2	3	4	5	6		7	99
EJ31.a.4 lehetőség szabadságra menni, amikor szükséges	1	2	3	4	5	6		7	99
EJ31.a.5 a feladatok megosztása	1	2	3	4	5	6		7	99
EJ31.a.6 a felelősség megosztása	1	2	3	4	5	6		7	99
EJ31.a.7 érzelmi támogatás	1	2	3	4	5	6		7	99

EJ31b. Kérjük jelölje meg, hogy milyennek éli meg általánosságban a kapcsolatát a következő személyekkel, csoportokkal. 1: nagyon rossz, 7: nagyon jó

	1 - Nagy rossz						7 - Nagy jó	Nem válaszolok/ Nem releváns
EJ31.b.1. felettesek	1	2	3	4	5	6	7	99
EJ31.b.2. gondnok	1	2	3	4	5	6	7	99
EJ31.b.3. presbitérium	1	2	3	4	5	6	7	99
EJ31.b.4. munkatársi közösség	1	2	3	4	5	6	7	99
EJ31.b.5. lelkipásztori közösség	1	2	3	4	5	6	7	99
EJ31.b.6. gyülekezet vagy rám bízott közösség	1	2	3	4	5	6	7	99

EJ32. Hogyan érzi? Ön/Önök anyagilag... (Kérjük, csak egy választ adjon meg.)

1. gondok nélkül élnek.
  2. beosztással jól kijönnek.
  3. éppen hogy kijönnek a havi jövedelmükből.
  4. hónapról hónapra anyagi gondjaik vannak.
99. nem válaszolok

### III. Hitélet

*Sokféle módon mérik a hitéletet, spiritualitást, ám ezek nagy része nehezen értelmezhető a lelkipásztori szolgálatot végzők szemszögéből. Ebben a blokkban olyan kérdések vannak, amelyek a későbbi közös tervezést alapozhatják meg.*

*A válaszokat lelki utunk egyes szakaszaiban más és más módokon adhatjuk meg, ezért célszerű a szűkítés: a válaszok megadásakor induljon ki az utolsó 3 év tapasztalatából. Ha éppen most él meg változást, akkor a kialakuló, új megélés alapján válaszoljon. A kérdésekre adható válaszok közül azt válassza ki, amely személyes tapasztalatára leginkább igaz vagy jellemző, illetve, amikor szükséges, kettőt is választhat.*

SP1. Hogy érzi, mi teszi Önt leginkább alkalmassá a lelkipásztori szolgálatra, miként élte ezt meg az elmúlt hároméves időszakban?

1. bibliai és teológiai felkészültségem
2. az egyháztól/gyülekezettől kapott megbízásom
3. lelki és testi egyensúlyom
4. a Lélek megelevenítő ereje

5. egyéb: ...
99. nem válaszolok

SP2. Mit jelent Ön számára a gyakorlatban az a felhívás, hogy „Legyen gondod önmagadra...” (1Tim 4,16)?

1. Ezen még nem gondolkodtam el.
2. Azt, hogy erkölcsösen éljek és a feladataimat szorgalmasan elvégezzem.
3. Azt, hogy a kapcsolatomban Istennel folytonos legyen, és szolgálatom ebből fakadjon.
4. Azt, hogy a fizikai, érzelmi és kapcsolati téren jelentkező szükségeimről való gondoskodást komolyan vegyem.
5. Egyéb: .....
99. nem válaszolok

SP3. Hogyan hat a Biblia olvasása az Istennel megélt kapcsolatának elmélyülésére?

1. Az írott ige számomra legtöbbször munkaeszköz, rám személyesen kevésbé hat.
2. Nem mindig szól hozzám, ami időnként zavar is.
3. Legtöbbször olyan számomra, mint egy zseblámpa fénye az éjjeli úton: perspektívát ad.
4. Amikor imádságosan olvasok, akkor a Lélek megelevenít.
5. egyéb:...
99. nem válaszolok

SP4. Az esetek többségében hogyan olvassa a Bibliát?

1. Főként a napi igéket olvasom, olyan vezérfonál segítségével, mint például a Bibliaolvasó Kalauz, és azok alkalmazását keresem.
2. Mostanában leginkább tanulmányozom a Szentírást, az exegézis szabályait követve elemzem az igeszakaszokat.
3. Főként imádságosan olvasom, melynek lényeges része a szövegekről történő elmélkedés.
4. Leginkább másként szoktam.
99. nem válaszolok

SP4b. Kérjük nevezze meg, hogyan szokta!

.....

SP5. Az imádság formái közül melyik alakítja leginkább az Istennel megélt közösségét?

1. rendszeresen tartott egyéni csendesség
2. az istentiszteleten elhangzó nyilvános imádság
3. imaközösség
4. éneklés
5. egyéb imaformák (pl. a természetben való imádkozás). Kérjük, nevezze meg!
6. Az imádságnak nincs érezhető hatása a lelki életemre.
99. nem válaszolok

SP6. Részt vesz-e tervezetten olyan beszélgetésekben, amelyek célja kifejezetten az istenkapcsolatának mélyülése?

1. Az elmúlt három évben rendszeresen.
2. Ezekben alkalmilag van részem.

3. Nem voltak ilyenek, feltéve, hogy a problémák vagy feladatok kapcsán felmerülő szükségekre irányuló beszélgetéseimet most figyelmen kívül hagyom.

SP6a. Ön kezdeményezte ezeket a beszélgetéseket?

1. igen
2. nem

99. nem válaszolok

SP6b. Szeretné, ha lenne lelki kísérője, akivel rendszeresen beszélhet az istenkapcsolatáról?

1. van lelki kísérőm
2. szeretném, ha lenne lelki kísérőm
2. nem szeretnék lelki kísérőt

99. nem válaszolok

SP7. Az Istennel megélt közösségében milyen szerepet játszik a mértékletesség vagy az önmegtartóztatás gyakorlása?

1. Az önmegtartóztatás önigazultságához és gőghöz vezet, mi szabadok vagyunk a törvénytől: nem sokra tartom.
2. A mértékletesség és az önmegtartóztatás emlegetése egészségtelen bűnközpontúsághoz vezethet, ezért nem törekszem rá.
3. Míg önmagam megfegyelmzését az Isten iránti szeretet hajtja, addig helyes, de mástól szigorúan elvárni nem jó.
4. Bizonyos formáinak a gyakorlását, mint pl. a böjt vagy az áldozatos adakozás, segítőnek találtam.
5. A mértékletességnek az a formája, amit én magam gyakoroltam és segítőnek találtam. Éspedig....

.....  
99. nem válaszolok

SP8. Mit tesz azért, hogy döntéseit egyre inkább Isten Lelkéhez, Isten vezetéséhez igazítsa?

1. Isten akaratának és saját kívánságaimnak a különválasztásában életemnek ebben a szakaszában a Szentírás ismerete teljesen elég.
2. Azzal a kérdéssel, hogy miként tegyek különbséget Isten és saját lelkem vágyai között, tudatosan még nemigen foglalkoztam.
3. Az utóbbi időben oly távol érzem magam Istentől, hogy most nem találok Őt, ezért nemigen tudok válaszolni, leginkább megújulásra vágyom.
4. A kérdésben számomra minden a helyén van, nincs szükségem növekedésre.
5. Az a vágyam, hogy a Szentlélek vezetésére és erejére egyre nagyobb mértékben hagyatkozzam, és látom, hogy a fejlődés érdekében miben léphetnék előrébb.
6. Az a vágyam, hogy a Szentlélek vezetésére és erejére egyre nagyobb mértékben hagyatkozzam, de azt, hogy ez számomra mit jelenthet a gyakorlatban, nem látom.

99. nem válaszolok

SP9. Szokott-e elvonulni a nyilvános szolgálattól kifejezetten az istenkapcsolat ápolása érdekében, tehát minden egyéb oktatástól, szolgálattól, feladatvégzéstől vagy probléma megoldástól függetlenül?

1. Előfordult már
2. Nem voltam ilyenem.

SP9a. Milyen gyakran? .....

SP9b. Szívesen részt venne ilyen elvonuláson?

1. igen
2. nem

99. nem válaszolok

SP9c. Milyen hosszú időt töltene egy ilyen elvonuláson?

1. 1-2 napot
2. 3-4 napot
3. 5-7 napot

99. nem válaszolok

SP10. Történt-e már olyan, hogy Istent igen távolinak élte meg, némának, és nemcsak néhány napon át, hanem esetleg hetekig, hónapokig vagy akár több évig?

1. Nem éltem át ilyet.
2. Igen, történt.

99. nem válaszolok

SP10a. Amikor távolinak élte meg Istent, akkor mi segített abban, hogy ismét közelebb kerüljön?"

1. Egy olvasmány.
2. Emberek jelenléte/szavai.
3. Személyes élmény.
4. Magamra maradtam, nem kaptam érdemi segítséget.
5. Más...

99. nem válaszolok

SP11. A Szentíráson kívül szokott-e kifejezetten azért olvasni valamit, hogy az Istennel megélt kapcsolata épüljön vagy mélyüljön?

1. Nem, csak akkor olvasok, ha valamire készülök.
2. Szoktam, kizárólag református hitmélyítő irodalmat.
3. Szoktam, keresem a lelkiség klasszikusait, ideértve az egyetemes keresztyénség forrásait is.
4. Érdekelne olyan lista, amely az egyetemes keresztyén lelkiség néhány kiemelten javasolt olvasmányait sorolja fel.

99. nem válaszolok

SP12. Mire lenne szüksége ahhoz, hogy lelkileg eleven maradjon és betöltse a hivatását?

Legfeljebb három dolgot nevezzen meg konkrétan, saját szavaival!

.....  
.....  
.....

#### **IV. Fizikai egészség**

*Lelkipásztori szolgálatunkra nézve fontos, hogy azt jó egészségi állapotban tudjuk végezni. A következő kérdések állapotfelmérő jellegűek, az esetleges fejlesztendő területekre vonatkoznak.*

FE1. Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?

1. nagyon rossznak
2. rossznak
3. közepesnek
4. jónak
5. kiválónak

99. nem válaszolok

FE2. Mekkora a testmagassága?

FE2a. Ismerem a testmagasságom: \_\_ cm

FE2b. csak megközelítőleg ismerem a testmagasságom: \_\_ cm

Amennyiben nem szeretné megadni, úgy kérjük írjon 999-et!

FE3. Hány kiló az Ön testsúlya?

FE3a. Ismerem a testsúlyom: \_\_ kg

FE3b. csak megközelítőleg ismerem a testsúlyom: \_\_ kg

Amennyiben nem szeretné megadni, úgy kérjük írjon 999-et!

FE4. Úgy érzi, hogy Ön:

1. nagyon túlsúlyos
2. kicsit túlsúlyos
3. megfelelő a súlya
4. kicsit sovány
5. nagyon sovány

99. nem válaszolok

FE5. Ön szerint általában mennyire egészségesen étkezik?

1: egyáltalán nem, 7: teljes mértékben

FE6. Jelen időszakban vannak-e testi fájdalmai?

1. igen

2. nem

99. nem válaszolok

FE7. Ezek a fájdalmak Önt a napi tevékenységében?

1. nem korlátozzák
2. enyhén korlátozzák
3. nagyon korlátozzák

99. nem válaszolok

FE8. Az alábbiakban egy listát közlünk olyan problémákról és panaszokról, amelyek időnként előfordulnak az embereknél. Kérjük, gondosan olvassa el az egyes állításokat, és jelölje be azt a válaszlehetőséget, amely leginkább megfelel annak, amit az utóbbi egy hónapban tapasztalt: 1 soha; 2 ritkán; 3 gyakran; 4 nagyon gyakran

	1 soha	2 ritkán	3 gyakran	4 nagyon gyakran	99 nem válaszolok
FE8.1. fejfájás	1	2	3	4	99

FE8.2. energiahány	1	2	3	4	99
FE8.3. idegesség, feszültség, hangulati zavar	1	2	3	4	99
FE8.4. emésztési probléma	1	2	3	4	99
FE8.5. szív-érrendszeri probléma	1	2	3	4	99
FE8.6. légzőszervi probléma	1	2	3	4	99
FE8.7. mozgásszervi, ízületi probléma	1	2	3	4	99
FE8.8. posztcovid tünetek	1	2	3	4	99
FE8.9. egyéb	1	2	3	4	99

FE9a. Ön Milyenek ítéli meg alvásának teljes időtartamát az elmúlt egy hónapban?

1. megfelelő
2. kissé elégtelen
3. kifejezetten elégtelen
4. nagyon elégtelen
99. nem válaszolok

FE9b. Ön Milyenek ítéli meg alvásának átlagos minőségét az elmúlt egy hónapban (függetlenül attól, hogy mennyi ideig aludt)?

1. megfelelő
2. kissé rosszabb
3. kifejezetten rossz
4. nagyon rossz
99. nem válaszolok

FE10. Ön Milyenek ítéli meg nappali közérzetét?

1. megfelelő
2. kissé rossz
3. kifejezetten rossz
4. nagyon rossz
99. nem válaszolok

FE11. Szed-e bármilyen pszichofarmakont (altató, nyugtató, szorongáscsökkentő, teljesítményfokozó)?

1. naponta többször
2. naponta egyszer
3. hetente 4–6 napon
4. hetente 2–3 napon

5. havonta 4–5-ször
6. havonta egyszer vagy ritkábban
7. soha
99. nem válaszolok

FE12. Melyik állítás igaz Önre:

1. soha nem dohányzott
2. korábban dohányzott, de már nem
3. most is dohányzik
99. nem válaszolok

FE12b. Hány éve dohányzik? \_\_\_\_\_ éve

FE12c Azokon a napokon, amikor cigarettát használ, általában hány szál cigarettát szív el egy nap?

Ha változó, akkor adja meg a legjellemzőbb, leggyakoribb értéket:  
\_\_\_\_\_ szál/nap

FE13a Milyen gyakran iszik alkoholtartalmú italt?

1. soha
2. havonta vagy kevesebbszer
3. havonta kétszer–négyszer
4. hetente kétszer–háromszor
5. hetente négyszer vagy többször
99. nem válaszolok

FE13b Hány egységnyi italt fogyaszt egy tipikus napon, amikor iszik?

(Egy egységnyi alkohol van: 2cl égetett szeszesitalban, 1dl borban, 1 pohár sörben, 1 koktélnban.)

1. 1–2 egységnyi
2. 3–4 egységnyi
3. 5–6 egységnyi
4. 7–9 egységnyi
5. 10 vagy több egységnyi
99. nem válaszolok

## V. Társas kapcsolatok

*A lelkipásztori hivatás mindennapjaiban nagy kihívást jelent a személyes kapcsolatok építése, ápolása. A következő kérdések erre vonatkoznak.*

TK1. Hány barátja van?

TK2. Általában mennyire van ideje ápolni a baráti kapcsolatait?

1. kielégítő módon és időben
2. változó
3. kevéssé
4. egyáltalán nem
99. nem válaszol

TK3. Összességében mennyire érzi magát magányosnak? Jelölje egy tízfokú skálán, ahol 1: egyáltalán nem, 10: teljes mértékben.

TK4. Mennyire igazak Önre az alábbi állítások!

Válaszoljon 1-től 5-ig, ahol az 5-ös azt jelenti, hogy teljes mértékben igaz, az 1-es azt, hogy egyáltalán nem igaz!

	<b>1 - Egyálta lán nem</b>	<b>2 - Inkáb b nem</b>	<b>3 - Is-is</b>	<b>4 - Inkáb b igen</b>	<b>5 - Teljes mérték ben</b>	<b>99 - Nem válaszol ok</b>
TK4.1. Van legalább egy fontos személy a környezetemben, akire számíthatok, ha szükségem van rá.	1	2	3	4	5	99
TK4.2. Van legalább egy fontos személy a környezetemben, akivel meg tudom osztani az örömeimet és a bánatomat.	1	2	3	4	5	99
TK4.3. A családomra mindig számíthatok.	1	2	3	4	5	99
TK4.4. Megkapom a családomtól azt az érzelmi segítséget és támogatást, amelyre szükségem van.	1	2	3	4	5	99
TK4.5. Számíthatok a barátaimra, amikor a dolgok rosszra fordulnak.	1	2	3	4	5	99
TK4.6. Tudok a problémáimról beszélni a családommal	1	2	3	4	5	99
TK4.7. Vannak barátaim, akikkel megoszthatom az örömeimet és a bánatomat.	1	2	3	4	5	99
TK4.8. Van legalább egy olyan fontos személy az életemben, aki törődik az érzéseimmel.	1	2	3	4	5	99
TK4.9. A családom szívesen segít a döntéseim meghozatalában.	1	2	3	4	5	99
TK4.10. Meg tudom beszélni a problémáimat a barátaimmal.	1	2	3	4	5	99

TK5. Általánosságban Ön mit mondana? Azt, hogy a legtöbb emberben meg lehet bízni, vagy inkább azt, hogy nem lehetünk elég óvatosak az emberi kapcsolatokban?  
(0: nem lehetünk elég óvatosak, 10: a legtöbb ember megbízható)

TK6. Személyes problémáinak megoldásánál Ön jellemzően mennyire számíthat az alábbiak segítségére? (1: egyáltalán nem; 7: teljes mértékben; nincs ilyen)

	1- egyáltalán nem						7 - Teljes mérték- ben	Nem releváns / Nem válaszolok
TK6.1. közvetlen munkatársaim	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.2. egyházi felettesem	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.3. lelkipásztor kollégáim	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.4. gyülekezeti tagok/akik felé a szolgálatom irányul	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.5. házastársam/párom	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.6. szűk család (szülők, testvérek)	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.7. tágabb család	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.8. barát(ok)	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.9. szomszédok	1	2	3	4	5	6	7	99
TK6.10. segítő szakember	1	2	3	4	5	6	7	99

TK7. Munkahelyi, hétköznapi problémáinak megoldásánál Ön jellemzően mennyire számíthat az alábbiak segítségére? (1: egyáltalán nem, 7: teljes mértékben; nincs ilyen)

	1- egyáltalán nem						7 - Teljes mérték- ben	Nem releváns / Nem válaszolok
TK7.1. közvetlen munkatársaim	1	2	3	4	5	6	7	99

TK7.2. egyházi felettesem	1	2	3	4	5	6	7	99
TK7.3. lelkipásztor kollégáim	1	2	3	4	5	6	7	99
TK7.4. gyülekezeti tagok/akik felé a szolgálatom irányul	1	2	3	4	5	6	7	99
TK7.5. házastársam/párom	1	2	3	4	5	6	7	99
TK7.6. szűk család (szülők, testvérek)	1	2	3	4	5	6	7	99
TK7.7. tágabb család	1	2	3	4	5	6	7	99
TK7.8. barát(ok)	1	2	3	4	5	6	7	99
TK7.9. szomszédok	1	2	3	4	5	6	7	99
TK7.10. segítő szakember	1	2	3	4	5	6	7	99

TK8. Tart-e kapcsolatot a közelben szolgáló lelkipásztor-társaival?

1. Csak a szükséges gyűléseken.
  2. Kis körben találkozunk pár kollégával.
  3. Igyekszem minél több találkozón részt venni.
- 99 - nem válaszolok

TK8a. A velük való kapcsolatot mennyire érzi támogatónak a személyes életére nézve? (1: egyáltalán nem támogató, 8: nagyon támogató; 99 - nem válaszolok)

TK8b. A velük való kapcsolatot mennyire érzi támogatónak a hivatására nézve? (1: egyáltalán nem támogató, 8: nagyon támogató; 99 - nem válaszolok)

TK8c. A velük való kapcsolatot mennyire érzi támogatónak az istenkapcsolatára nézve? (1: egyáltalán nem támogató, 8: nagyon támogató)

TK9. Van-e lelki vezetője? (olyan személy, akivel együtt a személyes istenkapcsolatára rá tud tekinteni)

1. Van,
  2. Nincs,
- 99 nem válaszolok

TK9b Az elmúlt évben milyen gyakran beszélt vele?

1. egyszer sem
  2. 1–2 alkalommal
  3. 3–5 alkalommal
  4. havonta
  5. havonta többször
- 99 nem válaszolok

TK9c Igényelné-e, hogy legyen?

1. igen
  2. nem
- 99 nem válaszolok

TK10a Van-e valaki, aki rendszeres tanácsadással segíti szolgálatát?

1. Igen
  2. Nem
99. nem válaszolok

TK10b Az elmúlt évben hány alkalommal beszélt vele?

1. egyszer sem
  2. 1–2 alkalommal
  3. 3–5 alkalommal
  4. havonta
  5. havonta többször
- 99 nem válaszolok

TK10c Igényelné-e, hogy legyen?

1. igen
  2. nem
- 99 nem válaszolok

TK11a Részt vett-e az elmúlt évben bármilyen lelkipásztori csoportban, amely rendszeresen találkozott a személyes hivatás és a szolgálat támogatása céljából?

1. Igen
  2. Nem
99. nem válaszolok

TK11b Milyen gyakran vett részt a találkozókön?

1. 1–2 alkalommal
  2. 3–5 alkalommal
  3. havonta
  4. havonta többször
99. nem válaszolok

TK11c Igényelné-e, hogy legyen ilyen csoport?

1. Igen
  2. Nem
99. nem válaszolok

TK12. Részt vett-e/vesz-e bármilyen hivatását, lelki életét támogató képzésen?

1. Igen
  2. Nem
99. nem válaszolok

TK12a Ha igen, akkor min?

.....

## VI. Család

*Világszerte a lelkipásztori hivatásban az egyik legnagyobb kihívást a családi élet őrzése jelenti. Ebben a részben az aktuális helyzetére, megélésére kérdezzük rá.*

CS1. Van gyermeke?

1. igen
2. nem

99 nem válaszolok

CS2. Hány gyermeke van? *(Kérjük írjon 99-es értéket, amennyiben nem kíván erre a kérdésre válaszolni!)*

.....  
CS3. Hány éves(ek) a gyermeke(i)? *(Kérjük írjon 99-es értéket, amennyiben nem kíván erre a kérdésre válaszolni!)*

CS3.1 Legfiatalabb gyermek életkora: .....éves

CS3.2 Legidősebb gyermek életkora: .....éves

CS4. Van SNI-s vagy sérült gyermek a családjukban?

1. van

2. nincs

99 nem válaszolok

CS5. Szüneteltette-e lelkészi jogviszonyát gyermeke(i) születése után?

1. igen

2. nem

99 nem válaszolok

CS6. Hányan élnek egy háztartásban? (Saját magát, illetve az eltartottakat és az idős szülőket is beleértve.) *(Kérjük írjon 99-es értéket, amennyiben nem kíván erre a kérdésre válaszolni!)*

..... FŐ

CS7. A szüleivel kapcsolatban jelölje meg az Ön helyzetét leginkább leíró választ! (Ha különbözik a két szülővel való kapcsolata, akkor az Ön számára szorosabb kapcsolatra gondoljon!)

1. A szüleim már meghaltak.

2. Él még egy szülőm/élnek még a szüleim, és a támogatásukra szorulok.

3. Él még egy szülőm/élnek még a szüleim, és a támogatásomra szorul(nak).

4. Él még egy szülőm/élnek még a szüleim, és kölcsönösen támogatjuk egymást.

5. Él még egy szülőm/élnek még a szüleim, de nem nagyon tartjuk a kapcsolatot.

99. nem válaszolok

CS8. Mennyire tartja igaznak önmagára az alábbi állításokat? (5 teljesen igaz; 1 egyáltalán nem igaz. A közbülső értékekkel árnyálhatja a választ.) Tehát mennyire ért egyet azzal, hogy...

CS8.1 Képes ellátni azokat a feladatokat, melyeket a munkájában és a családjában elvárnak Öntől.	1 2 3 4 5 99
CS8.2 Jól megfelel a munkájában és a családi életében legfontosabb/döntő szerepet játszó emberek elvárásainak.	1 2 3 4 5 99
CS8.3 Az Önhöz közel álló emberek azt mondanák Önről, hogy jól megtalálja az egyensúlyt a munkája és családja között.	1 2 3 4 5 99
CS8.4 Képes eleget tenni a főnöke és a családja Önnel szemben támasztott elvárásainak.	1 2 3 4 5 99
CS8.5 A munkatársai és a családtagjai azt mondanák Önről, hogy megfelel az elvárásaiknak.	1 2 3 4 5 99

CS8.6 A munkatársai és a családtagjai visszajelzései alapján az Ön számára világos, hogy mind a munkahelyi, mind a családi kötelezettségeit egyaránt el tudja látni.	1 2 3 4 5 99
CS8.7 A munkáját szereti, örömet leli benne.	1 2 3 4 5 99

CS9. Jelenleg mennyire érzi magát hatékonynak és sikeresnek a munka és a család közötti egyensúly megteremtésében? Kérem, válaszoljon egy 1-től 10-ig terjedő skálán, ahol az 1 azt jelenti, hogy egyáltalán nem hatékony, a 10 pedig azt, hogy teljes mértékben hatékony.

99 nem válaszolok

CS10. Mit tud a legnehezebben összeegyeztetni lelkipásztori hivatásában és családi életében? Állítsa sorrendbe a következő állításokat, olyan módon, hogy balról jobbra áthelyezi az egyes szempontokat, és felülről lefelé elhelyezi azokat. Felül legyen az, amit legnehezebben tud összeegyeztetni! Ezt megteheti olyan módon, hogy egyes tételekre duplán kattint, de akár meg is "foghatja" és áthelyezheti őket.

1. az időbeosztást
2. a felkészülést a szolgálatokra
3. a hitvallásos összetartozást
4. a szolgálati lakás és gyülekezet kapcsolatát
5. családom jelenlétét a gyülekezetben
6. egyéb, éspedig: .....

CS11. A következő kérdések az Ön családi életére vonatkoznak. Minden oszlopban jelölje meg, hogy mennyire elégedett a családjának működésével a megadott szempont szerint. (1 nagyon elégedetlen; 2 némileg elégedetlen; 3 általában elégedett; 4 nagyon elégedett; 5 tökéletesen elégedett)

	1 nagyon elégedetlen	2 némileg elégedetlen	3 általában elégedett	4 nagyon elégedett	5 tökéletesen elégedett	99 Nem releváns / nem válaszolok
CS11.1. a családtagok közötti összetartással	1	2	3	4	5	99
CS11.2. azzal, ahogy a családom képes kezelni a stresszhelyzeteket	1	2	3	4	5	99
CS11.3. azzal, amennyire a családom képes a rugalmasságra	1	2	3	4	5	99
CS11.4. azzal, ahogy a családtagok képesek megosztani egymással a pozitív élményeket	1	2	3	4	5	99

CS11.5. a családtagok közötti kommunikáció minőségével	1	2	3	4	5	99
CS11.6. a családom konfliktusmegoldási képességével	1	2	3	4	5	99
CS11.7. a családként együtt töltött idő mennyiségével	1	2	3	4	5	99
CS11.8. a problémák megvitatásának módjával	1	2	3	4	5	99
CS11.9. a kritika méltányosságával a családban	1	2	3	4	5	99
CS11.10. azzal, ahogy a családtagok törődnek egymással	1	2	3	4	5	99
CS11.11. a házastársam iránti kapcsolatommal	1	2	3	4	5	99

CS12. A következő kérdések az Ön párjára (házastársa, jegyese stb.), illetve a vele való kapcsolatra fognak vonatkozni! Kérjük, tehát most gondoljon arra a személyre, akit Ön a párjának tekint!

1. Nincs ilyen személy
  2. Van ilyen személy
- 99 nem válaszolok

CS12a. Kérjük, válaszoljon az alábbi kérdésekre a párjával kapcsolatban. (1 kevéssé, 5 nagyon)

	1- kevéssé	2	3	4	5 - nagyon	Nem releváns / nem válaszolok
CS12a.1. Általában véve mennyire elégedett Ön a kapcsolatukkal?	1	2	3	4	5	99
CS12a.2. Összehasonlítva másokéval, mennyire jó az Önök kapcsolata?	1	2	3	4	5	99
CS12a.3. Milyen gyakran gondol arra, hogy bár el se kezdte volna ezt a kapcsolatot?	1	2	3	4	5	99

CS12a.4. Milyen mértékben felel meg a kapcsolatuk az Ön eredeti elvárásainak?	1	2	3	4	5	99
CS12a.5. Mennyire felel meg párja az Ön igényeinek?	1	2	3	4	5	99
CS12a.6. Mennyire szereti a párját?	1	2	3	4	5	99
CS12a.7. Mennyire sok probléma van az Önök kapcsolatában?	1	2	3	4	5	99

CS13. Van-e rendszeresen olyan idő, amit a párjával kettesben, a kapcsolatuk építésére tudnak fordítani?

1. naponta
  2. hetente egyszer-kétszer
  3. pár hetente
  4. havonta
  5. pár havonta
  6. jelenleg nincs
- 99 nem válaszolok

CS14. Van-e mostanában harmónia, intimitás Ön és a párja között?

1. régóta van
  2. egy ideje van
  3. egy ideje nincs
  4. régóta nincs
- 99 nem válaszolok

CS15. Szokott-e mostanában együtt imádkozni a párjával?

1. igen
  2. általában
  3. ritkán
  4. nem
- 99 nem válaszolok

CS16. Hitben mennyire érzi, hogy egységben van a párjával?

1. teljes mértékben
2. többé-kevésbé
3. nem igazán

99 nem válaszolok

## VII. Lelki egészség

*A lelkipásztori szolgálat sokszor nagyobb lelki megterheléssel jár, mint azt sokan gondolnák. A következő kérdések az elmúlt időszakra jellemző aktuális lelkiállapotot mérik fel. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Lehetőleg válaszoljon gyorsan. Írja be azt, ami először eszébe jut.*

LE1. Arra kérjük, minden állítás esetében jelölje, hogy milyen mértékben ért vele egyet.

1 - Egyáltalán nem értek egyet, 10 - Teljes mértékben egyetértek

LE1.1 Az életkörülményeim kitűnőek.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
LE1.2 Elégedett vagyok az életemmel.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
LE1.3 Eredményesnek érzem magam a lelkeszi szolgálatomban	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
LE1.4 Elégedett vagyok a jelenlegi szolgálati helyemmel/pozíciómmal	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
LE1.5 Elégedett vagyok a lelki életemmel.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
LE1.6 Elégedett vagyok a teológiában való fejlődésem lehetőségeivel.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99
LE1.7 Elégedett vagyok az anyagi helyzetemmel.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 99

## LE2. Mennyire volt jellemző az elmúlt két hétben az, hogy...

	1- teljesen jellemző	2- jellem ző	3 - alig jellem ző	4 - egyáltalán nem jellemző	99 - nem válaszo lok
LE2.1 vidám és jókedvű volt.	1	2	3	4	99
LE2.2 nyugodt és ellazult volt.	1	2	3	4	99
LE2.3 aktív s élénk volt.	1	2	3	4	99
LE2.4 ébredéskor friss és kipihent volt.	1	2	3	4	99
LE2.5 a napjai tele voltak az Ön számára érdekes dolgokkal.	1	2	3	4	99

LE3. Kérem, mondja meg a felsorolt állításokról, hogy mennyire jellemzőek  
mostanában Önre az ott megfogalmazott érzések és gondolatok.

	1- teljesen jellemző	2- jellem ző	3 - alig jellemz ő	4 - egyáltalán nem jellemző	99 - nem válaszo lok
LE3.1 Minden érdeklődését elvesztette mások iránt.	1	2	3	4	99
LE3.2 Semmiben sem tud dönteni többé.	1	2	3	4	99
LE3.3 Több órával korábban ébred, mint szokott, és nem tud újra elaludni.	1	2	3	4	99

LE3.4 Túlságosan fáradt, hogy bármit is csináljon.	1	2	3	4	99
LE3.5 Annyira aggódik a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tud gondolni.	1	2	3	4	99
LE3.6 Semmiféle munkát nem képes ellátni.	1	2	3	4	99
LE3.7 Úgy látja, hogy a jövője reménytelen és a helyzete nem fog változni.	1	2	3	4	99
LE3.8 Mindennel elégedetlen vagy közömbös.	1	2	3	4	99
LE3.9 Állandóan hibáztatja önmagát.	1	2	3	4	99

LE4. Mindent összevetve, mennyire mondaná magát boldognak? (1: egyáltalán nem, 6: nagyon)

LE5/I Az utolsó blokkban két részletben állításokat olvashat, amelyek az emberek általános életérzését, jellemző tulajdonságait és életfelfogását írják le.

Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Legyen olyan őszinte, amennyire csak tud, és jelezze minden tételnél, hogy milyen mértékben jellemző Önre az adott állítás.

(1 egyáltalán nem jellemző; 2 nem jellemző; 3 kicsit jellemző; 4 jellemző; 5 nagyon jellemző; 6 teljes mértékben jellemző)

LE5.1 Mindennapjaimban érezhetően több az öröm, mint a bánat.

LE5.2 Könnyen válok türelmetlenné.

LE5.3 Könnyen fel tudom eleveníteni a múlt kellemes emlékeinek örömét.

LE5.4 Nehéz idők után hamar magamhoz térek.

LE5.5 Gyakran vannak olyan ötleteim, amelyekhez mások eredményesen tudnak kapcsolódni és továbbgondolkodásra készíti őket.

LE5.6 A stresszes eseményeket nehezen viselem.

LE5.7 Mások szerint is jó problémamegoldó vagyok.

LE5.8 Hirtelen természetű vagyok. Előbb cselekszem, utána gondolkodom.

LE5.9 Sikeresen el tudom érni a magam elé kitűzött célokat.

LE5/II A második részében az utolsó blokknak még további 8 állítást olvashat! Kérjük, továbbra is jelezze minden tételnél, hogy milyen mértékben jellemző Önre az adott állítás.

(1 egyáltalán nem jellemző; 2 nem jellemző; 3 kicsit jellemző; 4 jellemző; 5 nagyon jellemző; 6 teljes mértékben jellemző)

LE5.10 Szeretem elraktározni az átélt örömteli idők emlékét, hogy később felidézhessem őket.

LE5.11 A lelki megrázkódtatások után elég gyorsan felépülök.

LE5.12 Jókedvre tudom hangolni magam, ha elképzelem, milyen lesz egy közelgő boldog idő.

LE5.13 Rendszerint eltart egy ideig, amíg továbblépek életem egy-egy nehéz pillanatán.

LE5.14 Lelkiállapotom jónak mondható.

LE5.15 Jó vagyok az olyan munkákban, ahol új és eredeti ötletek kellenek.

LE5.16 Ideges leszek, ha valami nem úgy alakul, ahogy terveztem.

LE5.17 Gyakran jók a megsejtéseim arról, hogyan gondolkoznak és éreznek az emberek.

LE6A Mi az, ami a hétköznapijában feltöltődést jelent? (Hobby, szabadidős elfoglaltság stb.)

.....  
.....  
.....

LE6B Van-e, ami a lelkipásztori szolgálatában feltöltődést jelent?

.....  
.....  
.....

#### Záró kérdések

A kérdőív legvégén arra szeretnénk kérni Önt, hogy adjon esélyt számunkra, hogy egy esetleges jövőbeli kutatás során a most megadott válaszait a későbbiekkel **valószínűségi alapon** összekapcsolhassuk! Ahhoz, hogy az egyes válaszokat összekapcsoljuk, egy olyan kódra van szükségünk, amelyre Ön biztosan emlékezni fog, ám az Ön személyének azonosítására nem alkalmas.

A válaszadás nem kötelező.

Z1. Kérjük, emlékezzen vissza, hogy amikor iskolába kezdett járni 6-7 éves korában, akkor milyen címen lakott! Amennyiben nem emlékszik rá, akkor arra a lakcímre gondoljon, amelyre kisiskolás gyermekkorát követően elsőként emlékszik.

**Z1.1** Kérjük, adja meg a lakcímhez tartozó házsám utolsó 2 számjegyét! Pl.: Arany János utca 126. -> 26 vagy Petőfi utca 1. -> 01 vagy Fő út 16. 2. emelet 4. -> 24 vagy 1234. Hrsz. -> 34

**Z1.2** Kérjük, gondoljon Édesapja születéskori első keresztnévére. Adja meg ennek az utolsó karakterét!

Pl.: Béla -> a

Kiss József István -> f

Kovács Attila Ferenc -> a

**Z1.3.** Kérjük, gondoljon Édesanyja születéskori első keresztnévére. Adja meg ennek az utolsó karakterét!

Pl.: Margit -> t

Kiss Erzsébet Eszter -> t

Kovács Ilona -> a

**Z2.** Van-e olyan releváns kérdés, vagy fontos szempont, megjegyzés, amire nem kérdeztünk rá, és szívesen kiegészítené vele a kérdőívet?

.....  
.....

**Köszönjük, hogy kitöltötte a kérdőívet! Kérjük, figyelje a visszacsatolás alkalmainak hirdetését 2023 őszén, amikor beszámolhatunk az eredményekről és beszélgethetünk a kirajzolódó helyzetekről.**