

**PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR
EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA**

**Doktori Iskola vezető:
Prof. Dr. Bódis József PhD, DSc**

**1. Program (PR-1)
Egészségtudomány határterületei
Programvezető:
Prof. Dr. Kovács L. Gábor PhD, DSc**

E-75.

**Az egészségügyben dolgozók munkával való elégedettségét és egészségi állapotát
meghatározó tényezők**

**ÖSSZEFÜGGÉSEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI
KIÉGETTSÉG, AZ ÁLTALUK ELSZENVEDETT AGRESSZIÓ
GYAKORISÁGA ÉS A MUNKAHELYI KONFLIKTUSAIK
KÖZÖTT**

Doktori (PhD) értekezés

IRINYI TAMÁS

Témavezető: Dr. habil. Lampek Kinga

Társ témavezető: Dr. Németh Anikó



Pécs

2018

BEVEZETÉS.....	4
1. ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS.....	7
1.1. Kiegész jelensége egészségügyi dolgozók körében.....	7
1.1.1. Kiegész meghatározásai, fogalmának fejlődése	7
1.1.2. A kiegész okai.....	8
1.1.3. A kiegész szakaszai, tünetei.....	9
1.1.4. Kiegész következményei	11
1.1.5. A kiegész megelőzése, lehetséges kezelési módjai.....	12
1.1.6. Egészségügyi dolgozók körében végzett hazai kutatások eredményei	14
1.2. Agresszió, erőszak az egészségügyben.....	16
1.2.1. Agresszióról általában.....	16
1.2.2. A munkahelyi agresszió, erőszak fogalmának meghatározásai	17
1.2.3. Agresszió típusai és előfordulási gyakorisága az egészségügyi dolgozók körében	18
1.2.4. Agresszió okai és annak körülményei.....	21
1.2.4.1. Agresszióhoz vezető okok a beteg és a hozzátartozó részéről	21
1.2.4.2. Agresszióhoz vezető okok a személyzet és a munkahely részéről.....	22
1.2.4.3. Az agresszió körülményei.....	24
1.2.5. Az agresszió következményei.....	24
1.2.6. Agresszió a magyar egészségügyben.....	27
1.2.7. A munkahelyi agresszió megelőzésének lehetőségei az egészségügyben	27
1.3. Munkahelyi konfliktus	29
1.3.1. A konfliktus meghatározásai.....	29
1.3.2. A konfliktusok okai.....	30
1.3.3. A konfliktusok típusai.....	31
1.3.4. Konfliktusok az egészségügyi teamen belül, és azok következményei	33
1.3.5. Konfliktuskezelés lehetséges módjai	35
1.4. Kiegész kapcsolata a munkahelyen megélt agresszióval és a munkahelyi konfliktussal	38
2. ÖNÁLLÓ KUTATÁS ISMERTETÉSE.....	40
2.1. Vizsgálat célja.....	40
2.2. Hipotézisek	40
2.3. Kutatási módszer.....	40
2.3.1. Kutatás lefolytatása	40
2.3.2. Mintaválasztás módja.....	41
2.3.3. A kutatásban használt mérőeszköz bemutatása.....	42
2.3.3.1. Munkahelyi bizonytalanság mérése	42
2.3.3.2. Kiegész mérése	42

2.3.3.3. Overt agresszió skála	43
2.3.3.4. Impact of Patient Aggression on Careers Scale (IMPACS).....	44
2.3.3.5. Intragroup Conflict Scale	44
2.3.4. Adatfeldolgozás és adatelemzés.....	45
3. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK	46
3.1. Vizsgálati minta bemutatása	46
3.1.1. Szociodemográfiai adatok.....	46
3.1.2. Munkahelyi jellemzők.....	47
3.2. Egyes kérdőívsomagok és saját kérdések vizsgálata.....	50
3.3. Maslach és Pines kérdőívsomagok vizsgálata.....	57
3.4. Hipotézisek vizsgálata	61
3.4.1. Első hipotézis	61
3.4.1.1. A Pines kiégési teszt összefüggése a Jehn-féle munkahelyi konfliktus skálával	61
3.4.1.3. A Pines kiégési teszt eredményeinek összefüggése a négy faktoros saját készítésű munkahelyi konfliktus kérdőív (3.2. fejezetben ismertette) eredményeivel.	67
3.4.1.4. A Maslach kiégési teszt eredményeinek összefüggése a négy faktoros saját készítésű munkahelyi konfliktus kérdőív eredményeivel	73
3.4.2. Második hipotézis	74
3.4.2.1. 2/a hipotézis vizsgálata	74
3.4.2.2. 2/b hipotézis vizsgálata	75
3.4.3. Harmadik hipotézis	76
3.4.3.1. 3/a hipotézis vizsgálata	77
3.4.3.2. 3/b hipotézis vizsgálata	84
3.4.4. Negyedik hipotézis.....	88
4. MEGBESZÉLÉS	90
IRODALOMJEGYZÉK	99
DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL	116
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS	117
MELLÉKLETEK JEGYZÉKE.....	118
1. sz. melléklet: Kérdőív	119
2. sz. melléklet: Táblázatok	130
3. sz. melléklet: Saját közlemények jegyzéke.....	138

BEVEZETÉS

Számos nemzetközi és hazai vizsgálat bizonyította, hogy az egészségügyi szakdolgozók körében gyakori jelenség a kiégés. Legtöbbször a segítő munka során átélt érzelmi megterhelés (*Pines és Aronson, 1981*), illetve félelem, depresszió, fáradtság szerepel a rizikófaktorok között (*Awa és mtsai, 2010*). Számos szociodemográfiai tényezőt is okként azonosítottak, úgy, mint a női nemet, fiatal életkort (*Hildingsson és mtsai, 2013*), egyesek a magasabb életkort (*Losa Iglesias és mtsai, 2010; Irinyi és Németh, 2012*). A pályájuk elején lévő ápolók gyakran stresszként élik meg a munkakezdést, mely hajlamosít a burnout megjelenésére (*Laschinger és Fida, 2014*). Egyes kutatók szerint az érzelmi kimerültség gyakoribb a házasságban élők körében (*Lin és mtsai, 2009; Al-Turki, 2010*), míg más kutatások az egyedülálló vagy özvegyek körében mutattak ki magasabb fokú kiégést a társas támogatás hiánya miatt (*Maslach, 2003; Ádám és mtsai, 2015b*). Az előbb említett okok mellett számos munkahelyi tényező is közrejátszik a jelenség kialakulásában. Ilyenek a fokozott felettesi ellenőrzés, rossz munkahelyi közösség (*Leiter és Shaughnessy, 2006*), megterhelő munkavégzés (*Khanna és Khanna, 2013*), sok túlóra (*Lee és mtsai, 2013*), rossz munkakörülmények, munkával való elégedetlenség (*Shanafelt és mtsai, 2014*), a megbecsülés érzésének hiánya (*Pines és Aronson, 1981*), a munkahelyi stressz (*Tziner és mtsai, 2015*), a több műszakban végzett munka (*Wisetborisut és mtsai, 2014*). Egyes betegellátó osztályokon is gyakrabban fordul elő ez a tünetegyüttes: sürgősségi (*Yao és mtsai, 2013*), intenzív és krónikus (*Pálfi, 2003*), onkológiai (*Asai és mtsai, 2007; Ostacoli és mtsai, 2010*). Mindezen okok következtében létrejön egy fáradtsággal, határozatlansággal, inaktivitással (*Kovács, 2006*), alvásproblémákkal, fizikai kimerültséggel (fejfájás, hátfájás, gyengeség, energiahány, elcsigázottság) járó tünetegyüttes (*Pikó és mtsai, 1995*), melyhez kapcsolódik a kétségbeesettség, reményvesztettség, érzelmi kiüresedettség, ingerlékenység, valamint gyakori a pesszimizmus és a negatív attitűdök is (*Major és mtsai, 2006*).

Az egészségügyben másik leggyakoribb, Magyarországon kevésbé kutatott terület a betegek és hozzátartozók által okozott agresszív cselekmények. Ez lehet fizikai agresszió, mely fizikai erőbehatással jár és legtöbbször valamilyen testi károsodást okoz (*Gerberich és mtsai, 2004; Pich és mtsai, 2010*), és lehet nem fizikai, mely a szexuális zaklatástól a szóbeli agresszióig terjed (*Winstanley és Whittington, 2004*;

Gerberich és mtsai, 2004; Pich és mtsai, 2010). Főleg a pszichiátriai osztályokon (*Merecz és mtsai, 2006; Magnativa, 2014*), sürgősségi, geriátriai és krónikus osztályon dolgozók veszélyeztetettek (*Camerino és mtsai, 2008*), valamint a verbális formája két-háromszor gyakrabban fordul elő, mint a fizikai (*Hills, 2008; Farrell és Shafiei, 2012; Lin és mtsai, 2015*). Létrejöttéhez számtalan ok vezethet a beteg és a hozzátartozó, valamint a munkahely részéről. Ezek között szerepel az alkohol vagy kábítószer okozta befolyásoltság, (*Farrell és Shafiei, 2012*), különböző mentális betegségek, (*Friedman, 2006*), hosszú várakozási idő (*Crilly és mtsai, 2004*), a szolgáltatással való elégedetlenség, rossz hír közlése (*Zampieron és mtsai, 2010*). A munkahely részéről a munkahelyi túlterhelés, (*Camerino és mtsai, 2008*), a szociális támogatás hiánya (*Demir és Rodwell, 2012*), ápolóhiány, csökkent autonómia, orvosokkal való rossz kapcsolat (*Roche és mtsai, 2010*), kiégés (*Hanson és mtsai, 2015*), fiatalabb életkor (*Kitaneh és Hamdan, 2012; Ivánka és mtsai, 2014a*). Az átélt agresszió következtében kialakulhat fájdalom, és szükség lehet orvosi kezelésre is (*Franz és mtsai, 2010*), előfordulhat stressz, félelem, fóbiák, alvászavar, csökkent önbecsülés (*Pál, 2004*), szerhasználat (alkohol, kábítószer), hiányzás a munkából, erőszak elkövetése, neheztelés és a „nem tudok ápolni” attitűd (*Bimenyimana és mtsai, 2009*). Romlik a pszichés jól-lét, gyakoribb a kiégés és a munkával való elégedetlenség is (*Waschglér és mtsai, 2013*), és zavart szenved az ápoló-beteg kapcsolat (*Ivánka és mtsai, 2014a*).

A dolgozat harmadik kutatott egysége a munkahelyi konfliktusok előfordulása. Az ápolók közötti konfliktust világszerte egy kiemelten fontos problémának azonosították az egészségügyben (*Vivar, 2006*), és számos okát térképezték fel külföldi kutatások. Ezen okok között szerepel a nem megfelelő kommunikáció (*Wilmot és Hocker, 2007*), a munkával való elégedetlenség, a magas munkahelyi stressz, a kiégés (*Wright, 2011*). A munkatársakkal való konfliktus jelentősen összefügg a kiégés elszemélytelenedés dimenziójával, a betegekkel, vagy azok családjával való konfliktus pedig az érzelmi kimerültség dimenzióval (*Fujiwara és mtsai, 2003*). Az ápolók leggyakrabban a főnökeiket és az ápoló kollégáikat azonosítják konfliktus forrásként (*Bishop, 2004*), de gyakori a kisgyermekes ápolók, és a gyermekkel még nem rendelkezők közötti konfliktus is (*Brinkert, 2010*). Az orvos és ápoló közötti konfliktusok is nagy számban előfordulnak, mely gyakran a hierarchiabeli különbségekből, szerepek tisztázatlanságából (*Kollár, 2016*), a szakmai tapasztalat különböző szintjéből ered (*Brinkert, 2010*). Az ápoló-orvos

konfliktus az egyetemi végzettségű ápolók esetében gyakoribb, mint az alacsonyabb végzettségű ápolók és orvosok között (*Kaitelidou és mtsai, 2012*). A munkahelyi konfliktus rombolólag hat az egyénre és a munkahelyre is. Okozhat stresszt, szorongást, ronthatja a munkateljesítményt (*Cruseu és Schruijer, 2010b*), fokozza a kiégést (*Nelson, 2012; Okhakhu és mtsai, 2014*), csökkenti a team teljesítményét és növeli a műhibák lehetőségét (*Okhakhu és mtsai, 2014*), a dolgozók pályaelhagyását, romlik a team-en belüli morál, a hírnév (*Brinkert, 2010*).

Nemzetközi szinten csak nagyon kevés felmérés foglalkozik a kiégés agresszióval és munkahelyi konfliktussal való kapcsolatával. Az eredményeket áttekintve megállapítható, hogy a kiégés által kevésbé érintett ápolók jobban tolerálják a betegek és a hozzátartozók agresszív viselkedését (*Whittington, 2002*), illetve a fizikai és nem fizikai agresszió a kiégés prediktív tényezőjének tekinthető (*Gascón és mtsai, 2013*). A NEXT Study eredményei is azt mutatják, hogy azon ápolók, akik munkahelyi erőszakról számoltak be, nagyobb fokú kiégésben szenvednek, mint azok, akik nem lettek erőszak áldozatai (*Estry-Behar és mtsai, 2008*). Az agressziót elszenvedő ápolók esetében a kiégés két dimenziója, az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció magasabb szintje mutatkozik (*Bernaldo-De-Quirós és mtsai, 2015*). A deperszonalizáció mértéke növekszik az elszenvedett agresszió mértékének megfelelően, a személyes teljesítmény szintje pedig csökken (*Merecz és mtsai, 2009*). Arról, hogy a kiégés a munkahelyi konfliktusok számának megemelkedését okozná, nem lelhető fel szakirodalom.

Egyetlen hazai felmérés sem található, mely a kiégés, munkahelyen átélt agresszió és a munkahelyi konfliktusok kapcsolatát vizsgálná egészségügyi szakdolgozók körében,

ezért a fent ismertetett adatokból kiindulva vizsgálatom célja felmérni a kiégés mértékének összefüggését a munkahelyi konfliktusok számával, azok típusaival. Vizsgálni kívánom továbbá, hogy a kiégés hajlamosít-e a betegek és a hozzátartozók felől érkező agresszív cselekmények átélésére, valamint a magasabb fokú munkahelyi bizonytalanság megélésére. A fentiekből következően dolgozatom hazai tekintetben hiánypótlónak tekinthető.

Az áttekintett szakirodalmak alapján az alábbi kutatási problémát fogalmaztam meg:

Hajlamosít-e a rossz lelkiállapot munkahelyi konfliktusok kialakulására, illetve a kiégett egészségügyi szakdolgozók szenvednek-e el több agressziót a betegektől és hozzátartozójuktól?

1. ELMÉLETI ÁTTEKINTÉS

Ebben a fejezetben három nagy, általam is vizsgált témakört kívánok bemutatni. Részletesen ismertetem a kiégés, a munkahelyen elszenvedett agresszív cselekmények, illetve a munkahelyi konfliktus fogalmát, okait, tüneteit, következményeit, a megelőzés módjait, illetve kitérek a hazai és nemzetközi, egészségügyi dolgozók körében végzett kutatások eredményeire is.

1.1. Kiégés jelensége egészségügyi dolgozók körében

A kiégés (burnout) terminológiáját először Herbert Freudenberger pszichoanalitikus használta 1974-ben pszichiátriai dolgozók körében, mely szerint a dolgozó fizikai és lelki kimerüléséről van szó (*Freudenberger, 1974*).

1.1.1. Kiégés meghatározásai, fogalmának fejlődése

Freudenberger szerint a kiégés *„Olyan krónikus emocionális megterhelés, stressz nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek”* (*Freudenberger, 1974*). Ezt a megfogalmazást Maslach módosította 1982-ben, mentális, fizikai és affektív tényezők szerepét írta le a kiégésben (*Maslach, 1982*). Maslach és munkatársai szerint a kiégés jele az, amikor a számunkra fontos, kihívásokkal teli munka egyre unalmasabbá, terhesebbé válik (*Maslach és mtsai, 2001*). A tünetegyüttest három dimenzió képezi: érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés (*Maslach és Jackson, 1986*). A kimerüléshez elhagyatottság érzés, reményvesztettség, negatív önértékelés és negatív attitűdök társulnak (*Major és mtsai, 2006*). *„Munkahelyi kiégésen ma olyan pszichológiai tünetcsoportot értünk, amely tartós, személyek közötti stresszkelző tényezőkre adott válaszként értelmezhető”* (*Kovács, 2006/982. old*). Pines és Aronson (1983) megfogalmazásában a kiégés fizikai, érzelmi és mentális kimerülés állapota, mely tipikusan hosszú ideig tartó, emberekkel végzett munka hatására alakul ki, illetve olyan szituációk hatására, melyek érzelmileg igénybe veszik az illetőt. *„Fizikai kimerülés és fáradtság, reménytelenség és tehetetlenség érzése, érzelmi kimerülés, negatív énkép és a munka, az élet és más emberek iránti negatív attitűdök jellemzik”* (*Pines és Aronson, 1983/264. old*). Ez a megfogalmazás is a

kiégés három komponensét azonosítja. A testi kimerülést alacsony energia, krónikus fáradtság és gyengeség jellemzi. Az érzelmi kimerülés a második összetevő, mely a tehetetlenség, reménytelenség és a „kelepcébe csalás” érzésével jár. A mentális kimerülés a harmadik komponens, melyet saját maga, a munka és az élet iránti negatív attitűdök kifejlődése jellemez (*Pines és Aronson, 1983. idézi Maslach és mtsai, 2001*).

1.1.2. A kiégés okai

Főként azon segítő szakmákban (egészségügyi dolgozók, pedagógusok) dolgozók körében alakul ki, akik munkájuk során erős érzelmi kapcsolatba kerülnek másokkal. Az érzelmek átélése lelki megterhelést okoz, és ha az egyén nem rendelkezik ezen megterhelés leküzdésére szolgáló megküzdési stratégiákkal, akkor megjelenik a kiégés (*Pines és Aronson, 1981*). Canadas és munkatársai arra a megállapításra jutottak, hogy az ingerlékenység, barátságosság, lelkiismeretesség és az extravertió (kifelé való fordulás) azok a személyiségi jegyek, melyek hajlamosítanak a kiégésre (*Canadas-De la Fuente és mtsai, 2015*). Az extravertió, barátságosság és nyitottság rizikó tényezőként való azonosítását egy teheráni felmérés is megerősítette, de itt a neuroticizmust és a lelkiismeretességet a kiégés elleni védő tényezőnek azonosították (*Anvari és mtsai, 2011*). Állapotszorongás (pillanatnyi szorongás), félelem, depresszió, pszichés distress, fáradtság, negatív érzelmek mind a burnout rizikófaktora lehetnek (*Awa és mtsai, 2010*).

Szociodemográfiai tényezők közül a női nemet és a fiatal életkort több kutatás is az okok között említi (*Hildingsson és mtsai, 2013; Aldrees és mtsai, 2013; Yao és mtsai, 2013*), míg mások a növekvő életkort tartják számon oki tényezőként (*Losa Iglesias és mtsai, 2010; Irinyi és Németh, 2012*). A frissen végzett ápolók magasabb fokú kiégettségéről több kutatás is beszámolt, melynek okaként a munkakezdésből fakadó stresszt, a beilleszkedés nehézségeit, a gyenge interperszonális kapcsolatokat említik meg (*Cho és mtsai, 2006; Laschinger és Fida, 2014*). A családi állapotot tekintve ellentmondásos eredményeket találhatunk. Egyes kutatók azt találták, hogy az érzelmi kimerültség gyakoribb a házasságban élők körében (*Lin és mtsai, 2009; Al-Turki, 2010*), míg más kutatások az egyedülállók vagy özvegyek körében mutattak ki magasabb fokú kiégettséget, mert esetükben hiányzik a társas támogatás (*Maslach, 2003; Ádám és mtsai, 2015b*). Szintén ellentmondás figyelhető meg a gyermeknevelés és a kiégés előfordulása között. Egyes kutatók a gyermekkel rendelkező ápolók esetében

számoltak be magasabb fokú érzelmi kimerültségről (*Moreira és mtsai, 2009*), míg mások a gyermekek kiégéssel szembeni védő hatását bizonyították (*Ayala és Carnero, 2013; Ádám és mtsai, 2015b*).

A jelenség létrejöttét gyakran munkahelyi tényezőkkel is magyarázzák, úgy mint fokozott felettesi ellenőrzés, erőfeszítés a munkahelyen, rossz munkahelyi közösség, közös értékek hiánya (*Leiter és Shaughnessy, 2006*), megterhelő munkavégzés (*Khanna és Khanna, 2013*), sok túlóra (*Lee és mtsai, 2013*), rossz munkakörülmények, munkával való elégedetlenség (*Shanafelt és mtsai, 2014*). A munkahelyi döntésekbe való beleszólás lehetőségének, illetve a megbecsülés érzésének hiánya csökkenti a munkával való elégedettséget, mely kiégéshez vezethet (*Pines és Aronson, 1981*). A munkahelyi stressz (*Tziner és mtsai, 2015*), a munkahelyen megélt érzelmi munka (*Kovács és Hegedűs, 2009*) és a több műszakban végzett munka is okként szerepel (*Poulsen és mtsai, 2011; Wisetborisut és mtsai, 2014*). A munkavégzés során a jutalom, elismerés hiánya nagyobb eséllyel idézi elő a kiégést, mint a megterhelő munkavégzés (*Mészáros és mtsai, 2013*). Khamisa és munkatársai feltárták továbbá, hogy a munkahelyi kommunikációval való elégedetlenség, a rossz menedzsment, az erőforrások elégtelensége és a biztonsági kockázatok szintén hozzájárulnak a kiégéshez (*Khamisa és mtsai, 2015*). A pályakezdő – kevesebb mint három éve dolgozó – ápolók körében kimutatták a munkahelyi megfélemlítés kiégésre gyakorolt hatását. Ez a megfélemlítés a kollégáktól ered, amikor is valakinek például a háta mögött beszélnek, lenézik (*Laschinger és mtsai, 2010*). A szabadidő hiánya és a kiégés között is szoros kapcsolat van (*Németh és mtsai, 2011*). A sürgősségi (*Yao és mtsai, 2013*), intenzív és krónikus (*Pálfı, 2003*), valamint onkológiai (*Asai és mtsai, 2007; Ostacoli és mtsai, 2010*) osztályon dolgozók körében gyakrabban fordul elő a burnout, és a haldokló betegek ápolása is növeli a rizikót (*Pavelková és Bužgová, 2015*).

1.1.3. A kiégés szakaszai, tünetei

Először az érzelmi kimerülés jelentkezik, amikor az egyén egyre fáradtabbá válik, egyre kevesebb energiát fektet munkájába. Ezután a deperszonalizáció szakasza következik, mely során a kollégákkal és a betegekkel való kapcsolatteremtés háttérbe szorul. Az utolsó fázisban bekövetkezik a teljesítmény romlása (*Ádám és mtsai, 2009*). Kialakulása egy 12 lépcsős folyamatként írható le, mely szakaszok között nincs éles határ, és személyiségtől függően eltérőek lehetnek. Az *első szakaszban*

bizonyítási kényszer jelentkezik, melyet a környezet is támogat, elismer. A **második szakasz** a fokozott erőfeszítés szakasza, melyben a feladatok egyre sürgetőbbé válnak, az illető nem tudja azokat delegálni másoknak. Mások szemében szorgalmasnak és célratörőnek látszik, de már jelentkezik a félelem, fáradtság, eredményesség csökkenésének az érzése. A **harmadik szakaszban** a személyes igények elhanyagolása jelentkezik, hazaviszik a munkát, eltűnnek életükből az érzelmek. A **negyedik szakaszban** a személyes igények és a konfliktusok elfojtása következik. Érzik, hogy jobban kellene vigyázni egészségükre. Fokozódik a kávé, kóla, energiatital fogyasztásának mértéke. Az **ötödik szakaszban** felborul értékrendjük. Régi kapcsolataikat (párkapcsolat és baráti) feladják, egyedüllét jellemzi őket, méginkább kötődnek a munkájukhoz. A **hatodik szakasz** a fellépő problémák tagadásának szakasza. Az elvégzendő feladatra fixálnak, a baráti látogatások teherré válnak, beszűkül a gondolatvilág, csak a munkához kapcsolódó információkat engedi be. Ezt követi a **visszahúzóds szakasza**, melyben a másokkal való eszme- és érzelemcsere elmarad, elmagányosodástól való félelem jelentkezik. Az állandó túlterheltség miatt kimerülés, különböző betegségek, tünetek ütik fel a fejüket (allergia, migrén, szemfájdalom). **Magatartás- és viselkedésváltozás szakasza** a nyolcadik, amikor minden külső véleményt kritikaként élik meg. A szeretetre közönyösen, visszahúzódsan reagálnak. Káros szenvedélyek (alkohol, drog, gyógyszer függőség) jelenhetnek meg. A **kilencedik** a deperszonalizáció szakasza. Az önérzékelő képesség elvész, megszűnik a belső világgal való kapcsolat, idegennek érzik testüket. Kialakul a **belső üresség**, amikor félelem, pánikrohamok, klausztofóbia jelentkezik. A **depresszió szakaszában** a fáradtság állandósul, nehezen tud felkelni, az élet értelmetlennek tűnik. Állandósul a fáradtság, szomorúság, reményvesztettség, végül bekövetkezik a **teljes kiégettség**, amikor szomatikus és pszichés zavarok jelentkeznek (Hézsér, 1996; Ónody, 2001; Kollár, 2014).

Brodsky és Edelwich négy fázist különített el, melyhez Becker a realizmus fázisát illesztette. Az első **az idealizmus** fázisa, melyben az egyén lelkesedik a munkáért, folyton tenni akar, azonnal eredményre törekszik. A magánélet és a munkahely közötti határ elmosódik. A **realizmus** fázisában együttműködés jellemző a kollégákkal, fontos a szervezet, a rá bízott kliens fejlődése, de megpróbál bizonyos távolságot tartani tőlük. Nyitott minden újdonságra. A **stagnálás** fázisát a munka iránti csökkent érdeklődés jellemzi, de a teljesítmény csak alig észrevehetően csökken. Lazul a munkatársakkal való kapcsolat, érzelmileg „elszürkül”. A

frusztráció fázisában megromlik a kliensekkel való kapcsolat, idegesítővé válnak. A szakmai tevékenységet minimalizálják, megkérdőjelezzik saját hivatásuk, feladatuk értékét, értelmét. Az utolsó az **apátia** fázisa, melyben kerüli a kollégáit, hangulata gyakran ellenséges (Kovács, 2006).

Jellemző esetükben a fáradtság, mely határozatlansághoz, inaktivitáshoz vezet, illetve elalvási nehézségek (Kovács, 2006), elégtelen alvás, rémálmok is jelentkeznek (Pikó és mtsai, 1995). A kiégés során jelentkező fizikai kimerültségnek számos jele lehet: fejfájás, hátfájás, gyengeség, energiahiány, elcsigázottság (Pikó és mtsai, 1995). Az érzelmi kimerültség során az illető kétségbeesett, reményvesztett, érzelmileg kiüresedettnek, ingerlékenynek, idegesnek, magányosnak érzi magát. A lelki kimerültség leggyakoribb tünete a pesszimizmus, negatív attitűdök (Major és mtsai, 2006).

1.1.4. Kiégés következményei

A kiégés következtében gyakran önértékelési problémák, krónikus szorongás, alvászavar, és különféle abúzusok jelentkeznek (kávé, nikotin, alkohol, gyógyszer), majd következményesen kimerültség, depresszió alakul ki (Fekete, 1991). Ha a lelki probléma súlyos méreteket ölt, megnövekszik a depresszió, az öngyilkosság esélye, illetve gyógyszer- és alkoholfogyasztásba menekülés lehet a következmény (Shanafelt és mtsai, 2003; Mion és mtsai, 2013).

Gyakoribbá válnak a műhibák (Shanafelt és mtsai, 2010), és a szövődmények (Prins és mtsai, 2009), mint például a katéter okozta fertőzések és a műtét utáni sebfertőzések (Cimiotti és mtsai, 2012), negatív hatása van a betegek ellátására is (Shanafelt és Dyrbye, 2012). Gyakoribbá válik a pályaelhagyás (Dewa és mtsai, 2014), illetve annak tervezése, valamint fokozódik a munka elvesztésétől való félelem is (Németh és Irinyi, 2012).

A burnout hatással van az egészségi állapotra, álmatlanság, depresszív tünetek jelentkezhetnek (Khamisa és mtsai, 2015). Honkonen és munkatársai a kiégést összefüggésbe hozták férfiak körében a kardiovaszkuláris megbetegedésekkel, a nők körében pedig a váz-izomrendszeri megbetegedésekkel (Honkonen és mtsai, 2006). Növekszik a cukorbetegség (Melamed és mtsai, 2006), az érlemeszesedés, az elhízás kockázata (Kitaoka-Higashiguchi és mtsai, 2009), nátha, influenza előfordulásának gyakorisága is (Pikó és mtsai, 1995). Pszichoszomatikus megbetegedések, úgy mint gyomorfekély, magas vérnyomás lehet a következmény (Pikó és mtsai, 1995). Ádám

és munkatársai a kiégést magas vérnyomás előrejelzőjeként azonosították (*Ádám és mtsai, 2015a*), de gyakoribbá válik a hát- és a nyakfájdalom is (*Peterson és mtsai, 2008*). Az egészségi állapot önértékelése rosszabb azoknál az egészségügyi dolgozóknál, akik nagyobb fokú kiégésben szenvednek (*Irinyi és Németh, 2012; Suner-Soler és mtsai, 2013*).

1.1.5. A kiégés megelőzése, lehetséges kezelési módjai

A prevenció első lépésének Pines és Aronson (1983) azt ajánlják, hogy az illető tudatosítsa magában azt, hogy a kiégés nem az ő személyiségének a gyengesége. A probléma beazonosítása után a „*mi a baj velem*” nézőpontról a fókusz a „*hogyan változtathatnám meg a munkakörnyezetem*”-re kell helyezni, és a változás lehetőségeit kell számba venni, mely egy bürokratikus nézőpontokkal rendelkező munkahelyen nagyon nehéz. Szükséges olyan új megküzdési stratégiákat is kifejleszteni, melyek segítenek megelőzni a kiégést. Ilyen lehet például a saját szociális kapcsolatrendszer, a kommunikáció minőségének javítása, a bürokratikus rendszerrel való hatékony megbirkózás, valamint a hatékony időmenedzsment (*Pines és Aronson, 1983*). A prevenció szempontjából nagyon fontos továbbá a támogató munkahelyi környezet, a team munka, a munkamegosztás és a részmunkaidős foglalkoztatás (*Linzer és mtsai, 2013*), valamint képzések, továbbképzések, tréningek is jó hatásúak lehetnek (*Pálfi és mtsai, 2007*). Gazelle és munkatársai a coaching szerepét vetik fel a kiégés kezelésében, mely segít megváltoztatni a negatív érzelmi mintákat, beleértve az önpusztító belső párbeszédet is. A coach-ok a klienst arra ösztönzik, hogy tudatosan az aktuális kognitív, érzelmi és fizikai tapasztalataikra fókuszáljanak (*Gazelle és mtsai, 2014*). Orvosok körében a coaching bizonyítottan javítja a kommunikációs képességeket is (*Egener, 2008*). A kognitív viselkedésterápia, meditáció, relaxáció, biofeedback-tréning, testmozgás növelése hatékony módszerek a stressz tünetek enyhítésére, és ez által a kiégés megelőzésére, csökkentésére (*Regehr és mtsai, 2014*).

Ismeretes a „mindfulness (tudatos jelenlét) meditáció” is, mely egyértelműen csökkenti a stresszt, és ez által a kiégést. Angol elnevezése a Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR), mely egy jellemtudatosság alapú stressz csökkentő programnak fordítható. Ez egy Buddhista alapokon nyugvó meditációs program, amit 1979-ben fejlesztettek ki a klinikai gyakorlat számára. Először testi és lelki betegségekben küzdő embereknél alkalmazták, majd egészséges embereknél is a

stressz csökkentésére. Három különböző technikát ötvöz: a „body scan” a figyelmet a teljes testre irányítja a lábtól a fejig, és a test különböző régióiban lévő érzésekre fókuszál tudatos légzéssel és relaxációval. Az „ülő meditáció” a figyelmet a légzésre, az emelkedő és süllyedő hasra irányítja, valamint hagyja, hogy a zavaró gondolatok átáramoljanak az elmén. A harmadik eleme a Hatha yoga, ami légző gyakorlatokat, egyszerű nyújtásokat tartalmaz, melynek célja, hogy erősítse és pihentesse a vázizom rendszert. Nyolc héten keresztül heti hat napon át, napi 45 perces otthoni gyakorlatként végzendő, melyet egy képzésen sajátítanak el a résztvevők (*Chiesa és Serretti, 2009*). A program hatékonysága hosszú távon is bizonyított. Krasner és munkatársai 12 hónappal a képzés után is azt tapasztalták, hogy hatékonyan csökkenti a kiégést (*Krasner és mtsai, 2009*). Nem csak a kiégés, hanem a depresszió, szorongás és a stressz csökkentésében is bizonyítottan hatékony (*Fortney és mtsai, 2013*).

Pavelková és Bužgová vizsgálatában résztvevő hospice ápolók szerint a kiégés megelőzésében hatékony lehet a munkatársakkal való szabadidős programok szervezése, a felettől kapott dicséret, több ápoló a munkahelyen, jutalom, továbbtanulási lehetőség és jobb munkakörülmények (*Pavelková és Bužgová, 2015*). A munkával való elégedettség magas szintje jelentősen csökkenti a stressz és a depresszió, ez által a kiégés lehetőségét (*Hegney és mtsai, 2014*). Egy lengyel kutatócsoport azt találta, hogy azon gyógytornászok, akik elégedettek a gyerekeikkel, családjukkal, egészségükkel, szabadidejükkel, valamint a barátaikkal, rokonaikkal és ismerőseikkel való kapcsolattal, kevésbé hajlamosak a kiégésre (*Sliwinski és mtsai, 2014*). Awa és munkatársai személy- és szervezatközpontú megoldási lehetőségeket vetnek fel, melyek alkalmasak a kiégés csökkentésére. A személyközpontú beavatkozások között a kognitív viselkedésterápiát, pszichoterápiát, tanácsadást, adaptív készség tréninget, kommunikációs tréninget, társas támogatást, relaxációs gyakorlatokat említenek. A szervezatközpontú beavatkozások között a munkafolyamatok átstrukturálását, munkateljesítmény értékelését, a műszakbeosztás módosítását sorolják fel lehetséges kiégés csökkentő tényezőként (*Awa és mtsai, 2010*). Major és munkatársai kezelési lehetőségként a társas támogatást, pozitív légkörű munkahelyet, a munkahelyi döntésekbe való beleszólás lehetőségét, megbecsülést, a Bálint-csoportot (esetmegbeszélő csoport, mely során érzelmek is felszínre kerülnek, értékek, célok tisztázására is alkalmas), kommunikációs és

stresszkezelő tréningeket, önismeret fejlesztését összegzik tanulmányukban (*Major és mtsai, 2006*).

Hazai viszonyok között ismeretes a pozitív pszichológiai módszereken alapuló kiegészítő megelőző tréning is, mely egyéni és illetve munkahelyi közösségek számára kínál egy és többnapos tréningeket (*Gyórfy és Girasek, 2015*). 2010-ben a Szegedi Tudományegyetemen indult egy 32 órás tréning a kiegészítő csökkentésére, melyen egészségügyi szakdolgozók vettek részt. Bálint-csoportos foglalkozást, szupervíziót, veszteségfeldolgozó-tréninget, stresszről és kiegészítőről szóló előadásokat tartalmazott. Ez a program jelentősen csökkentette a résztvevők kiegészítő mértékét (*Irinyi és Németh, 2011*). Egy, a Mátrai Gyógyintézet dolgozói körében végzett intervenció szintén sikeresnek bizonyult a kiegészítő csökkentésében. Ebben az intézményben az összes dolgozó egy nyolc napos tréningen vett részt, mely négy modul tartalmazott: szolgáltatás/ügyfélszolgálat, multikulturális alkalmazkodás, asszertív kommunikáció, konfliktuskezelés és stresszkezelés. Nem konkrétan a kiegészítő csökkentése volt a cél, mégis jótékony hatásúnak bizonyult arra nézve is (*Németh és mtsai, 2015a*).

1.1.6. Egészségügyi dolgozók körében végzett hazai kutatások eredményei

Több hazai kutatás is vizsgálta a kiegészítő jelenségét egészségügyi dolgozók körében. A kutatások nagy részében a Maslach Burnout Inventory-t alkalmazzák, mely a kiegészítést három dimenzióban (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, teljesítménycsökkenés) méri (*Maslach és Jackson, 1986*). Ok-okozati összefüggések feltárására alkalmas, illetve akkor használjuk, ha a kutatás szempontjából fontos az egyes dimenziók vizsgálata (*Kovács, 2006*). Kevésbé alkalmazott mérőeszköz a Kiegészítő Leltár (*Pines és Aronson, 1981*), mely a kiegészítő mértékének, előfordulási gyakoriságának vizsgálatára kiválóan alkalmas (*Kovács, 2006*), értékelési sajátosságaiból adódóan egyértelműen meghatározható, hogy ki az, akinél már jelentkeznek a kiegészítő tünetei, és ki az, akinél már beavatkozásra van szükség. Ezt a két fenti kérdőívet külföldön már összehasonlították, és azt találták, hogy a Maslach skála egy sokkal jobban használható vizsgálómódszer abban az esetben, amikor a három dimenzió különféle moderátor változókkal való kapcsolatát szeretnék vizsgálni. Pines és Aronson kérdőíve viszont egy gazdaságos eszköz a kiegészítő, és annak különböző változókkal való összefüggésének mérésére (*Stout és Williams, 1983*).

Pálfi felmérésében szereplő ápolók esetében a szociodemográfiai tényezők és a kiégés között nem talált kapcsolatot, de a munkahelyi körülmények (alacsony bérezés, túlmunka) és a külső elismerésre vonatkozó igény összefügg azzal. A kiégés szempontjából a megkérdezettek 33,9%-a van veszélyben, 5,5% kiégett és 0,9% gyógyításra szorul (Pálfi, 2006). 2005-ös felmérésében a burnout szempontjából veszélyeztetettek aránya 30,35%, a kiégették aránya 11,02%, a kezelésre szorulóké pedig 0,42%. Az iskolai tanulmányokat a kiégés védő tényezőjeként azonosította, és többek között azzal a magyarázattal, hogy az oktatásban való részvétel segít kiszakadni a munka jelentette hétköznapokból (Pálfi és mtsai, 2007). Feltárta továbbá a kiégés és a pályaelhagyás gondolatának szoros összefüggését, valamint azt, hogy az intenzív osztályon dolgozók sokkal veszélyeztetettebbek, mint a krónikus vagy egyéb osztályon dolgozó ápolók, mivel ők jelentős fizikai és pszichés megterhelésnek vannak kitéve (Pálfiné, 2008; Pálfi és mtsai, 2008).

Pikó Bettina szegedi felmérésében rámutatott arra, hogy a pszichoszomatikus tünetek összefüggnek a munkahelyi stresszel, így fontos indikátorai a kiégésnek. Kimutatta a munkával való elégedetlenség és a kiégés közötti erős kapcsolatot is (Piko, 2006).

Köbli és munkatársai Vas és Zala megyei ápolók körében végzett kutatása megállapította, hogy minél kiégettebbek, fáradtabbak az ápolók, annál többet dolgoznak, elszántan vetik magukat a munkába. A főállás mellett végzett egyéb másodállás védő tényezőként szerepel a kiégéssel szemben, viszont a jelenség gyakoribb azon ápolóknál, akik negatívan vélekednek hivatásukról (Köbli és mtsai, 2008).

Egy 2008-ban Csongrád megyében végzett reprezentatív felmérés leginkább a járó- és fekvőbeteg-ellátásban dolgozók körében észlelte a nagyobb fokú kiégést, illetve egyenes arányú összefüggést talált annak súlyossága és az egészségügyben eltöltött évek száma között. A válaszadók 22,9%-a mutatta a kiégés tüneteit. A burnout és az egészségi állapot rossz megítélése szintén összefügg ebben a vizsgálatban (Irinyi és Németh, 2010).

Németh és munkatársai egy stresszkezelő és regenerációs program keretein belül vizsgálták a Mátrai Gyógyintézet dolgozóit. Az ápolók, más egészségügyi végzettségűekhez képest jelentősen gyakrabban éreznek munkahelyi bizonytalanságot, mely szignifikáns összefüggést mutatott a burnouttal. A válaszadó ápolók 34,4%-a küzd valamilyen szintű kiégéssel. Feltárták továbbá a kiégés összefüggését a pszichoszomatikus tünetek meglétével, a saját egészségi állapot, és a

kortársakhoz viszonyított egészségi állapot rossz megítélésével (*Németh és mtsai, 2015b*).

Ádám és munkatársai budapesti egészségügyi szakdolgozók reprezentatív mintáján kutatta a kiégés előfordulását. A válaszadók közel 50%-ánál jelentkezett valamilyen szintű kiégés. Jelentős megállapításuk volt, hogy a kiégés előfordulása gyakoribb azon szakdolgozók körében, akiket már korábban kezeltek valamilyen pszichés megbetegedéssel. A magasabb életkor és az egészségügyben eltöltött több mint harminc év védő tényezőnek bizonyult a kiégéssel szemben, valamint a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók körében gyakoribb a jelenség (*Ádám és mtsai, 2015b*).

Egy 2015-ös, védőnők körében készült felmérés a kiégés összefüggését találta a havi túlóra mennyiségével, a munkahelyi stressz mértékével, a negatív jól-léttel, a pszichoszomatikus tünetek meglétével, a táppénzes napok számával, az alvászavarokkal és a nyugtatószedéssel. A válaszadók 22%-ánál jelentkeznek a kiégés tünetei, 17% pedig kezelésre szorul (*Németh, 2016a*).

1.2. Agresszió, erőszak az egészségügyben

„Agressziónak nevezünk minden olyan szándékos cselekvést, amelynek indítéka, hogy – nyílt vagy szimbolikus formában – valakinek vagy valaminek kárt, sérelmet vagy fájdalmat okozzon” (Ranschburg, 1995/90. old).

1.2.1. Agresszióról általában

Az agresszió egy szándékos viselkedés, mely fizikailag vagy verbálisan sérülést okoz más embernek, de irányulhat tárgy ellen is. Általában haragra adott válaszreakció, melyet drive-ként tanult válaszként emlegetnek a pszichológiában. A drive a *pszichoanalitikus elmélethez* köthető, mely szerint az agressziót valamilyen frusztráció váltja ki. Ha az egyént valami akadályozza célja elérésében, agresszív drive keletkezik, mely az illetőt arra motiválja, hogy károsítsa a frusztrációt okozó akadályt (*Dollard és mtsai, 1939; idézi Atkinson, 1997*). Az agresszió kifejeződésében nagy szerepet tulajdonítanak a tesztoszteronnak, mint férfi hormonnak. A *szociális tanuláselmélet* szerint az agresszió egy tanult válasz, tehát megfigyeléssel, utánzással tanulható. *„A frusztráció azon embereknél vált ki agressziót, akik az ellenséges helyzetekre agresszív viselkedéssel tanultak meg válaszolni” (Bandura, 1977; idézi Atkinson, 1997).*

1.2.2. A munkahelyi agresszió, erőszak fogalmának meghatározásai

Az agresszió, illetve erőszak számos elnevezése, fogalma található meg az ezzel foglalkozó tanulmányokban. Legtöbbször az agresszió (aggression), agresszív viselkedés (aggressive behavior) fordul elő, de használják a támadás (attack), erőszak (violence) szavakat is. *„A munkahelyi erőszak kategóriájába a külső erőszak, azaz a munkahelyhez nem tartozó személyek által gyakorolt bántalmazás, fenyegetés, fizikai vagy lélektani agresszió tartozik, amely veszélyezteti a munkavállalók egészségét, biztonságát vagy jó közérzetét”* (Pál, 2004).

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) megfogalmazása alapján az erőszak *„a fizikai erő vagy hatalom szándékos használata, fenyegetés vagy tényleges támadás saját maga, másik személy, csoport vagy közösség ellen, ami sérülést, halált, lelki sérülést, hibás fejlődést, nélkülözést eredményez, vagy megnöveli ezek esélyét”* (WHO, 2002/5. old). Steinmetz szerint az erőszak azzal a szándékkal végzett cselekmény, hogy más embernek sérülést okozzon (Steinmetz, 1986; idézi Rippon, 2000). A Munkahelyi Biztonság és Egészség Nemzetközi Szervezete (NIOSH) a következőként definiálja: *„A munkával kapcsolatos erőszak olyan erőszakos cselekmény, mely magában foglalja a fizikai támadást és a támadással való fenyegetést, amely a munkában vagy szolgálatban lévő személy felé irányul”* (NIOSH, 1996; idézi Gerberich és mtsai, 2004). Bandura megfogalmazásában a beteg agressziója egy olyan szándékos és céltudatos, ártalmas, megkárosító cselekvés vagy viselkedés az ápoló irányába, amit ő nem kívántnak vagy nem megfelelőnek ítél meg, és ez elkerülésre motiválja (Bandura, 1997; idézi Hills, 2008). Magnativa és Heponiemi a munkahelyi erőszakot egy *„erőszakos cselekménynek definiálja, mely közvetlenül a dolgozóra irányul, magába foglalja a fizikai támadást, a támadással való fenyegetést, a szóbeli bántalmazást, és hosszú távú következménye van a dolgozó egészségére és biztonságára nézve”* (Magnativa és Heponiemi, 2011). Egy másik megfogalmazás szerint: *„A munkával kapcsolatos erőszak magában foglal minden olyan cselekvést, ami összefügg a munkával, vagy olyan esemény, ami a munkakörnyezetben előfordul és magába foglalja a fizikai erő alkalmazását, vagy érzelmi visszaélést egy munkavállalóval, következményként fizikai és érzelmi sérülések alakulnak ki”* (Gerberich és mtsai, 2004). Az erőszak és az agresszió *„olyan esetek, amikor munkahelyi körülmények között a személyzetet bántalmazzák, fenyegetik vagy megtámadják”* (Franz és mtsai, 2010). Az agresszív viselkedést a

következésképpen írják le: „*A páciens viselkedése az ápoló felé, ami az ápolónak fizikai és mentális stresszt okoz*” (Sato és mtsai, 2013). Az eddig ismertetett fogalmakból látható, hogy az elnevezés ugyan különböző, de tartalmában mindegyik megegyezik. Egyöntetűen a munkahelyhez kötött fizikai és érzelmi sérüléseket említik, melyet okozhat közvetlenül a bántalmazás, vagy az azzal való fenyegetés, és elkövetőként pedig olyan embereket jelölnek meg, akik nem tartoznak a munkahelyhez, tehát a betegek, vagy a hozzátartozóik, eredményként pedig hosszú távú következményeket jeleznek.

Hanson és munkatársai (2015) tanulmányukban egészen konkrétan definiálják az egyes munkahelyi agresszió típusokat, egymástól elkülönült fogalmakat használnak. A munkahelyi agresszió fizikai agresszióra, vagy erőszakkal való fenyegetésre utal (pl.: valakinek a sarokba szorítása, ajtó becsapása, csapkodása, fegyverrel való fenyegetés). A szóbeli agressziót (pl.: kiabálás, sértegetés, lekicsinylés) külön kezelik a munkahelyi agressziótól. A munkahelyi erőszakot fizikai támadásként vagy fizikailag fenyegető viselkedésként írják le (pl.: ököllel vagy más tárggyal való megütés, rúgás, csípés, szándékosan erővel nekimenni valakinek). A szexuális zaklatás szexuális jellegű cselekmények előfordulása, amit támadásnak vagy megfélemlítésnek lehet tekinteni, de nem fizikai cselekvés (pl.: szexuális tartalmú megjegyzések, konkrét szexuális ajánlat). A szexuális agressziót szexuális természetű fizikai kontaktussal járó eseménynek nevezik (pl.: a személyes határok átlépése, az egyén szexuális célzattal történő megérintése) (Hanson és mtsai, 2015).

1.2.3. Agresszió típusai és előfordulási gyakorisága az egészségügyi dolgozók körében

Az egészségügyben elszenvedett agresszióknak több felosztása is ismeretes. Winstanley és Whittington (2004) három fő csoportot különít el. A fizikai agresszió egy fizikai erő használatával járó viselkedés, mely testi, szexuális vagy pszichés károsodást okoz az elszenvedőnek. Ilyenek a rúgás, pofon, szúrás, rángatás, lökés, csípés, szorítás. A második csoport a szóbeli fenyegetés vagy fenyegető viselkedés, mely fizikai erő vagy hatalom használatának ígéretét jelenti, ami fizikai, szexuális pszichés károsodástól vagy más negatív következményektől való félelmet eredményez. A harmadik csoport a sértegetés vagy rágalom, ami egy szóbeli viselkedés, mely megaláz, lealacsonyít valakit, vagy a tisztelet hiányát mutatja (Winstanley és Whittington, 2004). Gerberich és munkatársai (2004) másfajta módon

csoportosítja az erőszakot. **Nem fizikai** formája az erőszaknak a fenyegetés, szexuális zaklatás és a szóbeli bántalmazás. Fenyegetés akkor következik be, amikor valaki szavakat, gesztusokat vagy cselekedeteket használ megfélemlítő szándékkal. Szexuális zaklatásról akkor beszélünk, amikor valamilyen nem szívesen látott szexuális viselkedést (szavak vagy aktus) tapasztal valaki, mely egy ellenséges munkakörnyezetet teremt. Szóbeli bántalmazás, amikor egy másik személy kiabál, káromkodik, direkt más néven szólít vagy más szavakat használ azzal a szándékkal, hogy fájdalmat okozzon. **Testi támadás**ról akkor beszélünk, amikor valaki megüt, megcsap, megrúg, ellök, fojtogat, rángat, szexuálisan bántalmaz, vagy más fizikai kontaktusnak tesz ki egy másik embert, mellyel szándékosan megsebesíti őt (Gerberich és mtsai, 2004). Pich és munkatársai (2010) áttekintő tanulmányukban elkülönítették a szóbeli és a fizikai bántalmazás típusait. A szóbeli bántalmazáshoz tartozik a káromkodás, kiabálás, gúnyolódás, indokolatlan kritika, mások előtt nevetségessé tétel, a személy vagy családtagjának sérüléssel való fenyegetése, pletyka, szexuális célozgatás, gorombaság. A fizikai bántalmazás típusaihoz a lökdösést, megütést, fegyver használatát, rugdosást, karmolást, csapkodást, túszként tartást, fojtogatást, csipkedést, megfojtást, titokban követést sorolták (Pich és mtsai, 2010). Lash és munkatársai a verbális agresszió alábbi fajtáit különítik el: kiabálás, szidás, megfélemlítés, zaklatás, szexuális célozgatás (Lash és mtsai, 2006).

Az egészségügyi dolgozók ellen elkövetett agresszív cselekmények Világszerte számos kutatás alapjául szolgáltak. Vannak vizsgálatok, melyek kifejezetten az ápolókat, míg mások az egészségügyi dolgozók összességét kutatják. **Lengyelországban** pszichiátriai ápolókat hasonlítottak össze más osztályon dolgozó ápolókkal, és azt találták, hogy a pszichiátrián dolgozók 100%-a tapasztalt szóbeli, míg 79,5%-a fizikai támadást. Ezzel ellentétben a más osztályon dolgozó ápolók közül 89,5% élt át szóbeli, és 20,6% fizikai támadást. Ebben a felmérésben a pszichiátrián dolgozó ápolók esetében nem találtak összefüggést az agresszív viselkedés megélése és a kiegész, munkával való elégedettség, valamint a szubjektív jól-lét között, de a más osztályon dolgozóknál mérsékelt korreláció mutatkozott (Merecz és mtsai, 2006). **Irakban** vizsgált 116 ápoló 42%-a élt át fizikai erőszakot egy éves periódus alatt, és 14,3%-uk volt részese lőfegyveres támadásnak (AbuAlRub és mtsai, 2007). **Ausztráliában**, 300 ápoló közül a felmérést megelőző három hónapban 62,8% részesült verbális sértegetésben, 25,7% szóbeli fenyegetésben vagy megfélemlítésben, 10,4% fizikai fenyegetésben vagy megfélemlítésben, 3,1% pedig

tényleges fizikai erőszakban. Ezen elszenvedett cselekmények miatt az ápolók 2,9%-a volt 1-60 napig terjedően táppénzen (*Hills, 2008*). Egy másik ausztrál felmérésben 1495 ápolóból és szülésznőből négy hetes időtartam alatt 36% élt át valamilyen típusú agressziót a munkahelyén. Ebben a vizsgálatban a szóbeli bántalmazás kétszer olyan gyakran fordult elő, mint a fizikai (*Farrell és Shafiei, 2012*). Az Európa több országát vizsgáló NEXT Study felmérésben a válaszadók 22,7%-a szenvedett el agressziót egy hónapon belül betegektől vagy azok családtagjától, és az agresszió leggyakrabban a férfi ápolók, a fiatalabb és képzetlenebb személyzet ellen irányult, és azon ápolók ellen, akik nem a hazájukban dolgoznak ápolóként (*Camerino és mtsai, 2008*). A fiatalabb és kevésbé képzett ápolók szenvedtek el gyakrabban verbális agressziót egy **holland** kutatás eredményei szerint is, és azt tapasztalták, hogy az idősebb, jobban képzett ápolók jobban meg tudnak birkózni az agresszív szituációkkal, és ezen cselekményeknek kevésbé lesznek részesei (*Jonker és mtsai, 2008*). Franz és munkatársai által megkérdezett 123 **német** egészségügyi dolgozó (ápolási otthon és pszichiátriai klinika dolgozói) 70,7%-a tapasztalt fizikai, és 89,4%-a verbális agressziót a munkahelyén. Leggyakrabban sértegetés (92,2%), fenyegető gesztusok (59,2%), fenyegetés (55,2%) és ütés (47,4%) fordultak elő (*Franz és mtsai, 2010*). Egy **Olaszországban** készült felmérésben 275 ápolóból egy év alatt 13,4% szenvedett el fizikai erőszakot munkahelyén, és 42,5% volt az aránya összesen azoknak, akik valamilyen típusú erőszakos cselekményt átéltek (*Magnativa és Heponiemi, 2011*). Ugyancsak Olaszországban, 700 ápoló bevonásával készült felmérésben a válaszadók 49,4%-a élt át legalább egyszer agresszív cselekményt a munkahelyén egy éves periódus alatt. 40,5% egy, 30,9% két, 28,6% három alkalommal élt át ilyet, és a többségük (81,6%) szóbeli bántalmazásban részesült. A fizikai agresszió közül leggyakrabban (53%) a rúgás, ütés, valamint a pofon fordult elő (*Zampieron és mtsai, 2010*). Szintén itt, 698 egészségügyi dolgozó bevonásával készült felmérésben megállapították, hogy egy év alatt a válaszadók 24,6%-a élt át munkahelyén fizikai, 52,6% pedig nem fizikai agressziót (*Magnativa, 2014*). 441 **spanyol** egészségügyi dolgozó közül 87,2% részesült sértegetésben és fenyegetésben, 83,6% fenyegető viselkedésben, 42% rángatásban (*Bernaldo-De-Quirós és mtsai, 2015*). Gascón és munkatársai által vizsgált 1826 spanyol egészségügyi dolgozó 11%-át bántalmazták fizikálisan legalább egyszer, és 34,4%-át fenyegették meg legalább egyszer egy év alatt (*Gascón és mtsai, 2013*). **Amerikában**, Oregon Államban, házi betegápolók körében készült felmérésben a

válaszadók 51,5%-a tapasztalt szóbeli agressziót, 27,5% munkahelyi agressziót, 24,7% munkahelyi erőszakot, 27,6% szexuális zaklatást, 12,8% szexuális agressziót, összességében a válaszadók 61,3%-a tapasztalt egy év alatt valamilyen agresszív eseményt munkája során (*Hanson és mtsai, 2015*). **Kínában** 840 egészségügyi dolgozót vizsgálva a megkérdezettek 12,6%-a szenvedett el fizikai bántalmazást munkahelyén egy éves periódus alatt. Ezen bántalmazások 56,6%-a járt sérüléssel, és ezek közül 45,4% volt táppénzen a sérülés miatt 2-3 napot (*Xing és mtsai, 2015*). Egy másik kínai felmérésben 1404 közösségi ápolót vizsgáltak, és azt találták, hogy egy év alatt 51,6%-uk tapasztalt munkahelyi erőszakot, ezen belül érzelmi bántalmazást 46,23%, fenyegetést 23,08%, szóbeli szexuális zaklatást 10,54%, fizikai támadást 9,69%, szexuális támadást 4,34% szenvedett el (*Lin és mtsai, 2015*). **Brazília**nban 2943 alapellátásban dolgozó szakember vizsgálata során azt tapasztalták, hogy 44,9% szenvedett el munkája során sértegetést, 24,8% fenyegetést, 2,3% fizikai agressziót, és 29,5% volt tanúja erőszaknak a munkahelyen. Ezek az átélt negatív élmények jelentősen gyakrabban fordultak elő a depresszív tünetekkel illetve major depresszióval küzdő válaszadóknál (*da Silva és mtsai, 2015*). **Indiában** 249 egészségügyi dolgozóból 39% élte át munkahelyén az agresszió valamilyen formáját a vizsgálatot megelőző négy hétben, valamint a belgyógyászati osztályon dolgozók magasabb arányú bántalmazását találták (*Raveesh és mtsai, 2015*). Az előzően ismertetett kutatási eredményekből megállapítható, hogy a nem fizikai agresszió sokkal gyakrabban fordul elő, mint a testi bántalmazás.

1.2.4. Agresszió okai és annak körülményei

Az agresszióhoz számtalan ok vezethet a beteg és a személyzet részéről, melynek lehetnek előjelei is. Sokszor vannak olyan körülmények, melyek elősegítik az agresszív viselkedés kifejlődését.

1.2.4.1. Agresszióhoz vezető okok a beteg és a hozzátartozó részéről

Számtalan ok lehet a beteg illetve családtagja részéről annak, hogy az egészségügyi személyzet ellen fordul. Leggyakoribb ok az alkohol vagy kábítószer okozta befolyásoltság, mely egyébként is csökkenti a toleranciát különböző stressz helyzetekben (*Catlette, 2005; Farrell és Shafiei, 2012*). Különböző mentális betegségek, mint a skizofrénia, major depresszió, bipoláris affektívzavar két-háromszorosára növelik az agresszió rizikóját (*Friedman, 2006*). Sürgősségi

osztályon gyakori ok az agresszióra, ha a betegnek sokat kell várnia (*Crilly és mtsai, 2004*), illetve a szűk hely és a túlszűfolttság is ok lehet, mivel a folyosók tele vannak emberekkel, nagy a hőség és a zaj, amely növeli a feszültséget a páciensben (*Angland és mtsai, 2014*). Luck és munkatársai az agressziót megelőző viselkedést a „STAMP” mozaikszóval írták le. Mielőtt a beteg az ellátó személyzet ellen fordul, a következő jeleket lehet látni rajta: merev bámulás és szemkontaktus (**S**taring and eye contact), hangszín és hangerő felemelése (**T**one and volume of voice), szorongás (**A**nxiety), motyogás, dörögés (**M**umbling), járkálás (**P**acing) (*Luck és mtsai, 2007*). Szingapúrban sürgősségi osztályon dolgozó ápolókat vizsgálták interjú módszerével, és azt tapasztalták, hogy leggyakrabban az alkohol intoxiciált, deliráló betegek az agresszió elkövetői (*Tan és mtsai, 2015*). Egy idősotthonok ápolóit vizsgáló összegző tanulmányban megállapították, hogy leggyakrabban akkor következik be agresszív viselkedés az ápoló személyzettel szemben, amikor azok átlépi pácienseik személyes terét. Ilyen alkalmak a fürdetés, szájápolás, öltöztetés, ürítési szükségletek kielégítése, etetés, vagy éppen a betegmozgatás. A lakók pszichoszociális stressze is kiválthat agresszív viselkedést. Ilyen stressz keltő esemény a házastárs halála, vagy a lakó kívánságának megtagadása (*Zeller és mtsai, 2009*). A betegek részéről agressziót kiváltó ok lehet továbbá a szolgáltatással való elégedetlenség, rossz hír és a késedelmes ellátás (*Zampieron és mtsai, 2010*).

1.2.4.2. Agresszióhoz vezető okok a személyzet és a munkahely részéről

A munkahelyi túlterhelés, az időnyomás oka lehet annak, hogy egy ápoló, egészségügyi dolgozó agresszív cselekmény áldozata legyen (*Camerino és mtsai, 2008*). A szociális támogatás hiánya, vagy alacsony szintje a felettes és a munkatársak részéről szintén kedvez az erőszakos cselekmények átélésének. A munkahelyi igénybevétel magas szintje is jelentős okként szerepel, mivel nyomás alatt gyakrabban követnek el hibákat az ápolók, és ez kedvez az agresszióknak (*Demir és Rodwell, 2012*). Az alacsony munkahelyi szociális támogatás és a magas igénybevétel, ellenőrzés megnöveli a szóbeli agresszió esélyét (*Magnativa, 2014*). Azok az egészségügyi dolgozók, akik szóbeli erőszakot tapasztalnak munkájuk során, kevésbé érzik támogatónak, igazságosnak a munkahelyüket, nagyobb a munkával kapcsolatos stressz szintjük, illetve gyakrabban küzdenek pszichés problémákkal, mint más dolgozók (*Magnativa és Heponiemi, 2012*). A munkahelyi

igénybevétel és a túlterhelés a kommunikáció romlásához vezethet. Egy ír, sürgősségi ápolókat vizsgáló felmérésben a válaszadók kiemelték, hogy a becsületes és őszinte kommunikáció hiánya agresszív viselkedést vált ki a betegből és a hozzátartozójából (*Angland és mtsai, 2014*). Egy Ausztráliában végzett felmérés a kevésbé stabil munkahelyi környezetet találta erőszakot generáló oknak. Ennek a csökkent stabilitásnak az okaiként a kevés szakképzett ápolót, a megnövekedett munkamennyiséget, a beteg igényeiben bekövetkező váratlan változásokat, csökkent ápolói autonómiát, rossz kapcsolatot az orvosokkal, illetve a sok elhelyezésre váró beteget jelölték meg (*Roche és mtsai, 2010*). Amerikai otthonápolásban dolgozó ápolók esetében a munkahelyi erőszak vagy szexuális zaklatás valamilyen formájának megtapasztalása gyakrabban fordul elő azon ápolóknál, akik magasabb fokú munkahelyi stresszről, depresszióról, alvási problémákról, kiegészről számolnak be (*Hanson és mtsai, 2015*). A fáradtság, a stressz és a munkával való elégedetlenség szintén oki tényezőként szerepel (*Zampieron és mtsai, 2010*). Idősothonokban lehetnek olyan provokáló tényezők a személyzet részéről, melyek a lakókból agresszív viselkedést válthatnak ki, ilyen például az üdvözlés elmaradása. A munkahelyi tényezők szintén agresszív viselkedés indikátorai lehetnek, ilyenek a rohanás, a műszakok közötti rossz kommunikáció a lakók speciális szükségleteiről, valamint a munkamorál és a felelősség hiánya (*Zeller és mtsai, 2009*). A munkahelyi erőszak munkateljesítményre kifejtett negatív hatásában közvetítő szerepet tulajdonítanak az életminőségnek, vagyis a rossz életminőség összefügg az alacsony munkateljesítménnyel, így hajlamosít az agresszív események átélésére (*Lin és mtsai, 2015*). Vizsgálatok kimutatták, hogy a férfiak gyakrabban lesznek munkahelyi erőszak áldozatai, mint a nők (*Camerino és mtsai, 2008; Miedema és mtsai, 2009*), illetve a 40 évesnél fiatalabb és kevésbé tapasztalt egészségügyi dolgozók gyakrabban lesznek agresszív cselekmények áldozatai (*Ayranci és mtsai, 2006; Estryin-Behar és mtsai, 2008*). Az idősebb dolgozók jelentősen kevesebb erőszakot szenvednek el, mint a fiatalabb dolgozók (*Camerino és mtsai, 2008*). Mentális betegekkel foglalkozó ápolók közül a férfiak 1,7-szer gyakrabban tapasztalnak agresszív viselkedést, mint a nők, illetve a kevésbé tapasztalt és fiatal ápolók pedig szóbeli agressziót élnek át gyakrabban (*Kitaneh és Hamdan, 2012*). A fizikai agressziót és fenyegetést gyakrabban tapasztalják a férfiak, mint a nők (*Magnativa és Heponiemi, 2012*). Az egészségügyi személyzet részéről a kommunikáció az, ami a leggyakrabban agresszív viselkedést vált ki a betegből. Ebben legnagyobb

jelentősége a nonverbális kommunikációnak van. A szemkontaktus kerülése, a fentről le nézés (ülő vagy fekvő beteg mellett áll az egészségügyi dolgozó), a keresztbe font karok vagy lábak, a szigorú arcvonás, a hangos beszéd, idegen szavak használata mind agressziót válthatnak ki a betegből (*Ráczkevy-Deák, 2013*).

1.2.4.3. Az agresszió körülményei

Főként éjszakai műszakban gyakoribb az előfordulása (*Camerino és mtsai, 2008*), sürgősségi osztályt vizsgálva az esetek 37%-ában 15 és 23 óra között fordulnak elő ilyen esetek (*Crilly és mtsai, 2004*). Egyes betegellátó osztályokon gyakrabban fordul elő a jelenség, mint más osztályokon. A NEXT Study eredményei alapján a pszichiátrián, sürgősségi és geriátriai osztályon, valamint krónikus osztályokon fordul elő a leggyakrabban agresszív cselekedet a betegek és a hozzátartozók részéről (*Camerino és mtsai, 2008*). A pszichiátriai és sürgősségi osztályokon dolgozók veszélyeztetettségét több kutatás is feltárta (*Merecz és mtsai, 2006; Magnativa és Heponiemi, 2012; Magnativa, 2014*).

Gerberich és munkatársai (2004) azt találták, hogy a szóbeli erőszak elkövetői leggyakrabban 35-65 év közötti férfiak. A fizikai erőszakot is leggyakrabban férfiak követik el az egészségügyi személyzet ellen, de ők a 66 évesnél idősebb korosztályból kerülnek ki (*Gerberich és mtsai, 2004*). Más kutatók is alátámasztották, hogy az egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszak leggyakrabban férfiktól származik (*Gerberich és mtsai, 2004; Magnativa és Heponiemi, 2011; Farrell és Shafiei, 2012*). A szóbeli erőszak helyszíne leginkább a közös helyiségek, betegszoba, recepció és a nővérállomás, a fizikai erőszaké pedig a betegszoba, közös helyiségek (*Zampieron és mtsai, 2010*), de megemlítik még a folyosót, társalgót, vizsgáló helyiséget, liftet is helyszíneként (*Gerberich és mtsai, 2004*).

1.2.5. Az agresszió következményei

Az egészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszaknak számtalan következménye lehet a dolgozóra nézve. Az incidens után gyakran dühöt, haragot, csalódást, tehetetlenséget és szorongást éreznek. A fizikai bántalmazás után kialakulhat fájdalom, és szükség lehet orvosi kezelésre is (*Franz és mtsai, 2010*). Leggyakrabban a kar és a kéz, valamint annak ujjai sérülnek meg, majd az arc, a láb, a fej és a mellkas. A sérülés típusát tekintve leggyakrabban zúzódás, ideiglenes elszíneződés,

pofon jelek, vágás, karcolás, horzsolás és harapás látható a bántalmazott egyéneken (Gerberich és mtsai, 2004). A fizikai sérülésen kívül stressz, félelem, fóbiák, alvászavar, csökkent önbecsülés is kialakulhat (Pál, 2004). A bántalmazás után olyan negatív érzések jelentkeznek az ápolóknál, mint félelem, harag és csalódottság, kétségbeesés, tehetetlenség és reménytelenség, közöny, neheztelés, illetve olyan megküzdési mechanizmusok alakulnak ki, mint a szerhasználat (alkohol, kábítószer), hiányzás a munkából, erőszak elkövetése, neheztelés és a „nem tudok ápolni” attitűd (Bimenyimana és mtsai, 2009). A beteg agressziójának közvetlen hatása lehet az ápolóra, mely obszervációt igénylő fizikai károsodásokat foglal magába a zúzódáson, karmoláson, vágáson át a halálig. További hatásai lehetnek a krónikus fájdalom, rémálmok, tehetetlenség, boldogtalanság, harag, kiégés (érzelmi kimerülés és deperszonalizáció), elszigetelődés, a munkával való elégedetlenség és a pályaelhagyás (Winstanley és Whittington, 2002). Olyan hosszú távú pszichés következményei is lehetnek, mint a poszt traumás stressz betegség és a kiégés (Camerino és mtsai, 2008; Gillespie és mtsai, 2013), valamint idegesség érzése, önértékelés csökkenése, valamint visszatérő gondolatok arról, hogy mit kellett volna jobban csinálni (Tan és mtsai, 2015). A legtöbb agresszió Magnativa és Heponiemi (2011) szerint sem okoz fizikai sérülést. A szóbeli bántalmazásnak sokkal súlyosabb következményei vannak, mint a fizikainak, következményesen harag, félelem, szorongás, csalódottság és boldogtalanság alakul ki hosszú távon, illetve megnő a munkahely elhagyásának esélye. A verbális erőszakot elszenvedő ápolók sokkal gyakrabban számolnak be a munkahelyen igazságtalanságról, csökkent társas támogatásról, nagyobb stresszről, és több pszichés problémájuk van, mint másoknak (Magnativa és Heponiemi, 2011). 1489 spanyol ápolót vizsgáló felmérésben szoros összefüggést találtak az elszenvedett agresszív cselekedetek száma és a pszichés jólét romlása, a kiégés és a munkával való elégedettség csökkenése között (Waschgler és mtsai, 2013). Sato és munkatársai (2013) definiálták az agresszív viselkedés hatásának mértékét és típusát. Látható, hogy a legenyhébb, károsodást nem okozó következménytől a legsúlyosabbig – a betegellátásra való képtelenségig – terjedhetnek a következmények. (I. sz. táblázat)

I. sz. táblázat: Az agresszív viselkedés hatásai (Sato és mtsai, 2003)

Fizikai hatás	
1. szint	Agresszív viselkedés megtapasztalása sérülés vagy funkcionális károsodás nélkül.
2. szint	Agresszív viselkedés megtapasztalása, mely sérüléssel vagy funkcionális károsodással jár, de nincs szükség orvosi kezelésre.
3. szint	Agresszív viselkedés megtapasztalása, mely sérüléssel vagy funkcionális károsodással jár, orvosi kezelés szükséges.
Szellemi hatás	
1. szint	Agresszív viselkedés megtapasztalása, mely ideiglenesen okoz némi stresszt.
2. szint	Agresszív viselkedés megtapasztalása, mely folyamatos stresszt okoz és a sértett, ha lehet, kerüli a pácienssel való interakciót.
3. szint	Agresszív viselkedés megtapasztalása, mely folyamatos stresszt okoz, és a sértett képtelen a beteg további ellátására, vagy ideiglenesen álmatlanság vagy rossz étvágy lép fel.
4. szint	Agresszív viselkedés megtapasztalása, mely folyamatos stresszt okoz, és a sértett képtelen minden beteg ellátására, vagy rutinfeladatok kivitelezésére.

Egy hazai kutatás szerint, a fiatalabb dolgozók kevésbé tudják kezelni az agresszív betegeket, az incidens után gyakran zavart ápoló-beteg kapcsolatról számolnak be, kevésbé érzik magukat biztonságban munka közben, kerülik a kapcsolatot a bántalmazó beteggel, és ritkábban érznek sajnálatot, mint idősebb kollégáik. Jellemző továbbá, hogy az incidens után a munkáltatójuktól kevés segítséget kapnak, inkább munkatársaikra számíthatnak ezen a téren (Ivánka és mtsai, 2014a). A fizikai erőszak negatív hatással van az ápolók egészségére (a derékfájás majdnem duplája azon ápolókhoz képest, akiket nem bántalmaztak) (Miranda és mtsai, 2011) és jólétére (Gerberich és mtsai, 2004). A munkahelyre nézve is lehet negatív következménye annak, ha egy dolgozót erőszak ér. Gyakoribbá válnak a hiányzások, romlik a munkatársakkal való kapcsolat (Pál, 2004) a munkateljesítmény (Lin és mtsai, 2015), a munkával való elégedettség, csökken a munkahely iránti elkötelezettség szintje (Demir és Rodwell, 2012). Az érzelmi erőszak következménye lehet az, hogy az ápoló felmond, elhagyja munkahelyét (Roche és mtsai, 2010). Összegzőképpen elmondható, hogy a munkahelyen elszenvedett agresszióknak pszichés (félelem, szorongás, poszt traumás stressz, rémálmok), fizikai (különböző súlyosságú sérülések), kognitív (koncentrációkéesség zavara, fokozott óvatosság),

érzelmi (kiégés, zavarodottság érzése, sírás, depresszió, szorongás, zsibbadtság, öngyilkossági gondolatok, sebezhetőség), szociális (ápoló-beteg kapcsolat romlása, betegek elkerülése, romló kapcsolat a munkatársakkal és a családtagokkal, pályaelhagyás) következményei lehetnek.

1.2.6. Agresszió a magyar egészségügyben

Az 1997. évi CLIV. törvény 139. § alapján *„Az egészségügyi dolgozó [...] a betegellátással és a betegirányítással közvetlenül összefüggő feladatai tekintetében közfeladatot ellátó személynek minősül”*. A 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről 310. § (1) kimondja, hogy *„Aki hivatalos vagy külföldi hivatalos személyt [...] c) eljárása alatt, illetve emiatt bántalmaz, büntett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő”*. A 311. § leírja, hogy *„A 310. § szerint büntetendő, aki az ott meghatározott bűncselekményt közfeladatot ellátó személy ellen követi el”*. Ezekből az idézett törvényekből megállapítható, hogy Magyarországon zéró tolerancia van érvényben az egészségügyi dolgozókkal szemben elkövetett erőszakkal kapcsolatban, tehát ha egy beteg vagy hozzátartozója egészségügyi dolgozót bántalmaz, annak büntetőjogi következményei lesznek. Kevés hazai adat van arról, hogy a magyar egészségügyben évente mennyi erőszakos cselekményt élnek át a dolgozók. Az esetek egy részét nem is jelentik sem feletteseiknek, sem a hatóságoknak. A Rendőrség Bűnügyi Statisztikai Rendszere szerint 2015-ben 139 esetben volt a sértett felsőfokú képesítéssel rendelkező ápoló, 639 esetben szakápoló, 180 esetben orvos, 117 esetben általános egészségügyi asszisztens (*Bűnügyi Statisztikai Rendszer, 2015*). Eddig egyetlen felmérés készült a hazai egészségügyi szakdolgozók körében, mely az agresszió előfordulását kutatta. A 453 válaszadó közül 81,6% jelezte, hogy a beteg emelkedett hangon beszélt vele, fizikai bántalmazást (ruha megragadása, rángatás) 19,9% szenvedett el, fizikai sérülést (enyhe sérülés, funkcionális károsodás, de egészségügyi ellátásra nem volt szükség) pedig 21%. Az 50 év feletti válaszadók körében a fizikai és a verbális agresszió is jelentősen kevesebbszer fordul elő, mint fiatalabb kollégáik esetében (*Ivánka és mtsai, 2014a*).

1.2.7. A munkahelyi agresszió megelőzésének lehetőségei az egészségügyben

Nemzetközi tanulmányok sora bizonyítja, hogy az egészségügyi dolgozók nagy hányadát érinti a munkahelyi erőszak, agresszió, melynek elkövetői leggyakrabban a

betegek vagy hozzátartozóik. Ezen cselekményeknek számtalan testi és lelki következménye lehet, hosszú távú kihatásai az áldozatra és a munkahelyre is, ezért szükséges nagy hangsúlyt fektetni a prevencióra. Vizsgálat bizonyította a kommunikációs jártasság fejlesztésére szolgáló program hatékonyságát. Ennek a programnak a lényege többek között, hogy a résztvevőknek DVD-n vetítenek jó és rossz kommunikációt szemléltető példákat, melyeket közben elemeznek. Pozitív hatásaként meg kell említeni az agresszív események megtapasztalásának, az érzelmi distressznek a csökkenését illetve a mentális jóllét fokozódását (*Swain és Gale, 2014*). Szükséges olyan tréningek szervezése a dolgozók számára, ahol megtanulják, hogy melyek azok a jelek, amelyek az agresszív viselkedés bekövetkeztére utalnak, így megelőzhető a sérelem. Szükséges továbbá együttműködni a hatóságokkal a megelőzésben (Rendőrség, biztonsági szolgálat) (*Deák, 2011*). A megelőzésben fontos szerepet játszik a dolgozók közötti jó kommunikáció kifejlesztése. Erre mód lehet a csapatépítő tréningeken való részvétel, melynek hatására a munkakörnyezet javul, így megelőzhetőek a munkaközösségen belüli konfliktusok, ez által pozitív hatása lehet a betegek/hozzátartozók által elkövetett erőszak kivédésére is (*Colling, 2001; idézi Deák, 2011*). Nem csak a dolgozók közötti kommunikáció fejlesztése szükséges, hanem a betegekkel való kommunikációé is. Kommunikáció során a testhelyzetnek a páciens testhelyzetéhez kell igazodnia, tehát fekvő, ülő beteg mellé leülünk úgy, hogy 60 fokos nyílt háromszöget zárjunk be a beteggel. Fontos a szemkontaktus, az enyhén mosolygó, empátiát sugalló arckifejezés, a lágy hangnem és a szaknyelv használatának kerülése (*Ráczkevy-Deák, 2013*). Hazai viszonylatban egészségügyi szakdolgozók részére az ország több pontján szerveztek már egy napos továbbképzést, mely elméleti és gyakorlati részből állt. Az elméleti rész tartalmazta az agresszió multikauzalitását, kockázatelemzést, az agresszív viselkedés korai felismerését, kommunikációt, a beteggel szembeni kényszerítő intézkedések alapjait, az agresszív beteg farmakoterápiás kezelési lehetőségeit és az agresszió utáni teendőket. A gyakorlati rész kitért az agresszív viselkedés korai felismerésére, a verbális kommunikációra, a kiegészítésre és a stressz csökkentésére. Ez a képzési forma segítséget adhat az agresszív incidensek megelőzésében, számának csökkentésében (*Ivánka és mtsai, 2014b*).

1.3. Munkahelyi konfliktus

A munkahelyi konfliktus egyetlen munkahelyen sem elkerülhető. Az egészségügyben elég nagy a dolgozók egymásra utaltsága, mely kedvező miliő a konfliktusok kifejlődéséhez. *„A konfliktus akkor kezdődik, amikor az egyik fél észleli, hogy a másik fél negatív hatást gyakorol valamire, amely az ő számára fontos”* (Berényi és Juhász, 2012/43. old). Ez a fontos dolog lehet például erőforrás, előmeneteli lehetőség, döntési alternatíva, státusz, saját értékek, hiedelmek, meggyőződések, jogok. *„Konfliktus akkor keletkezik, ha erről a számunkra fontos dologról mások eltérően vélekednek, ugyanazt az erőforrást akarják megszerezni, vagy egyszerűen csak megakadályozni, hogy mi hozzáférjünk, [...]”* (Szegedi, 2014/323. old).

1.3.1. A konfliktus meghatározásai

A konfliktus a szociális és szervezeti élet normális és elkerülhetetlen következményének, valamint a működési zavar egyfajta bizonyítékának tekinthető (De Dreu, 2008). Számtalan meghatározása ismeretes. Thomas és Kilmann (1974) a konfliktust egy olyan szituációnak írták le, amely két emberre vonatkozik, akik érdekei összeegyeztethetetlennek tűnnek (Thomas és Kilmann, 1974). Rahim (2001) egy interaktív folyamatnak nevezi a konfliktust, mely két szociális entitás (pl. személyek, csoportok és szervezetek) között manifesztálódik, mint inkompatibilitás, nézeteltérés és az összhang hiánya (Rahim, 2001). Más megfogalmazásban, a konfliktus egy dinamikus folyamat, amely függő felek között következik be, amikor negatív érzelmi reakciókat tapasztalnak, és nézeteltérések támadnak közöttük a céljaik elérése során (Barki és Hartwick, 2004). *„Konfliktusnak nevezzük az egymásnak ellentmondó mozgatóerők, meggyőződések és érdekek feszültséggel teli ütközését. [...] keletkezhet akár egyetlen személyen belül is, [...] fönnállhat két vagy több személy, csoport vagy intézmény között”* (Berényi és Juhász, 2012/31. old). Egy másik megfogalmazás szerint *„Konfliktus [...] általában akkor keletkezik, ha az egymással kölcsönösen függő kapcsolatban lévő szereplőket, feleket egymást kizáró, vagy egymással nehezen összeegyeztethető célok vezérlik, így közöttük versengés, harc keletkezik”* (Tóth, 1999/143. old). A konfliktus során *„különféle érdekek, értékek, érzelmek, meggyőződések, viselkedésmódok kerülnek szembe egymással, méghozzá oly módon, hogy ezek a sokszor rejtett ellentétek nyilvánvalóvá válnak,*

napvilágra kerülnek” (Rudas, 2014/206. old). Csoporton belüli kapcsolati konfliktus akkor áll fenn, amikor összeférhetetlenség van a tagok között, ami magában foglalja a személyek közötti összecsapást, feszültséget és haragot (Jehn, 1995).

A konfliktus fogalmának tanulmányozása során fellelhetők kifejezetten a munkahelyi konfliktust leíró fogalmak is. „*A munkahelyi konfliktusok egy adott munkaszervezetben a munkavállalók, csoportok egymás közötti, a munkavállalók és a vezetés, a tulajdonos közötti együttműködési viszonyokból, a munkavégzés feltételeinek, következményeinek, szabályainak, a munkaszervezet szociotechnikai rendszerének eltérő megítéléséből eredő konfliktusok*” (Tóth, 2008/361. old). Áttekintve az összes fogalmat, jól látható, hogy mindegyik meghatározásban megtalálható az ellentét és a negatív érzelmek kérdésköre, tehát a konfliktust ezen két fő kulcsszóval lehet meghatározni.

1.3.2. A konfliktusok okai

Egy munkahelyi konfliktusnak számtalan oka lehet. Konfliktushoz vezethet a munkaterhelés, a felettesi elismerés hiánya (Bishop, 2004). A dolgozó részéről előfordulhat a *szerep kétértelműsége*, ez abból adódhat, hogy nem világos a feladat, a hatáskör. A konfliktus eredhet a főnök-beosztott érdekellentétéből is (*szaktekinély és hatalmi differenciák*), illetve abból, hogy a munkahelyen *változnak az elvárások* a munkavállalóval szemben, de erről nem tájékoztatják őt. Ha valakit *előléptetnek* munkahelyén, akkor konfliktus alakulhat ki a helyükön maradó tagok, és a kiemelt tag között. Előfordulhat az is, hogy *változás* történik *a célokban*, vagyis megváltoznak az egyéni és a közös tevékenység céljai, és ezt a változást nem tudja mindenki elfogadni. A konfliktus okaként meg kell említeni azt az esetet is, hogy ha egy munkára két vagy több embert jelölnek ki, akkor kialakulhat rivalizálás, vagy az is előfordulhat, hogy a feladatot senki sem végzi el (*munka és szerepátfedés*). Gyakran előfordul, hogy a *munkamódszerekben változás* következik be, és a dolgozók úgy érzik, hogy nem tudják elsajátítani az új módszereket, vagy túlságosan ragaszkodnak a régiekhez. Ez szintén konfliktus forrása lehet (Berényi és Juhász, 2012). Barki és Hartwick kétdimenziós keretét azonosította az interperszonális konfliktusoknak. Az első dimenzióban a nézeteltérést, interferenciát és a negatív érzelmeket azonosították három fő tulajdonságként, melyek általában összefüggnek a konfliktus helyzetekkel. A második dimenzió a kapcsolati konfliktusokat és a feladattal kapcsolatos konfliktusokat foglalja magába (Barki és Hartwick, 2004).

Kreitner és Kinicki a következő körülményeket azonosították a konfliktus hajlamosító tényezőinek: személyiség és/vagy érték különbségek, elmosódott határok a munkában, harc a korlátozott erőforrásokért, demokratikus vagy kollektív döntéshozatal, rossz kommunikáció, osztályok közötti verseny, ésszerűtlen elvárások (politika, szabályok, határidők, időbeli korlátozás), kielégítetlen és/vagy irreális elvárások (fizetés, előléptetés, munkaterhelés), bonyolultabb szervezeti felépítés, rendezetlen vagy elfojtott előzetes konfliktusok (*Kreitner és Kinicki, 2010*). Az egészségügyi ellátás egy összetett folyamat, többféle szakma közreműködését igényli, valamint gyakoriak a stressz szituációk, ezért az egészségügyi dolgozók körében gyakoribbak a konfliktusok is (*Leever és mtsai. 2010*).

1.3.3. A konfliktusok típusai

A konfliktusnak több típusa is ismeretes. Az egyik legegyszerűbb felosztás az intraperszonális (személyen belüli) és az interperszonális (személyközi) konfliktus. Az **intrapersonális** konfliktusnak három jellegzetes fajtája ismert: (1) a belénk rögzült szabályok, normák és az emberi vágyaink, ösztöneink között feszülő konfliktus; (2) az egyén tevékenységeinek szembekerülése a család, iskola, munkahely elvárásaival; (3) szerepek tisztázatlansága (nem tudja, hogy az adott szerepben hogyan viselkedjen), szerepzavar (az egyén „*nincs tisztában a vállalt és elvárt szerepe határaival*”). Az **interperszonális** konfliktusok bármilyen csoporton belül, a tagok között jönnek létre (*Rudas, 2014*). Rahim és Bonoma a személyközi konfliktust tovább bontotta csoporton belüli, valamint csoportok és szervezetek közötti konfliktusra (*Rahim és Bonoma, 1979*). Létezik továbbá a **konstruktív** (termékeny) konfliktus, melyet más néven jó konfliktusnak is neveznek, kimenetele mindkét fél számára pozitív. Az ilyen konfliktus fejleszti a problémamegoldó képességet, a kreativitást, csökkenti a feszültséget (*Berényi és Juhász, 2012*). Elősegíti a csoport céljainak elérését, növeli a teljesítményét, ötleteket generál, átláthatóvá teszi a hatalmi és erőviszonyokat, valamint a változásra, mint értékre tekint (*Mészáros, 2007*). A **destruktív** (terméketlen) konfliktus a másik fél teljes megsemmisítésére törekszik, tehát rossz konfliktusnak is nevezhető. Az ilyen konfliktus frusztrációt eredményez és rontja a csoport teljesítményét olyannyira, hogy a csoport szét is eshet (*Berényi és Juhász, 2012*). Védekező magatartáshoz vezet és megosztja a csoportvéleményt (*Mészáros, 2007*). A **laterális** konfliktus azonos szakmai szinten lévő emberek között alakul ki (pl. főnövér-főnövér), és

gyakran csak a felsőbb vezetés képes megoldani a problémát (Berényi és Juhász, 2012). A **vertikális** konfliktus különböző tekintélyű, hatalmú emberek között jön létre (pl. beosztott ápoló-főnővér) (Berényi és Juhász, 2012). Amikor „a szervezet egyes részei nem működnek eredményesen együtt”, **rendszerkonfliktus**ról beszélünk. Ebben az esetben az egyes részek között versengés alakul ki (Berényi és Juhász, 2012/33. old). A **kapcsolati** konfliktust erős érzelmek, téves észlelések, kommunikációs zavarok vezérik (Berényi és Juhász, 2012), és elhúzódó, rossz kommunikációban, vagy annak megszűnésében nyilvánul meg (Szeder, 2013). Az **értékkonfliktus** az egyes szereplők eltérő életfelfogásából ered, amikor is ugyan azt a dolgot másként ítélik meg (Berényi és Juhász, 2012). Ezt a konfliktust csak nehezen lehet kezelni, mivel a felek a rendelkezésre álló megoldási lehetőségeket is eltérően ítélik meg (Szeder, 2013). A **strukturális** konfliktus a források egyenlőtlen elosztásából, a hatalmi, földrajzi, fizikai tényezők egyenlőtlenségéből fakad (Berényi és Juhász, 2012). A felek céljai azonosak, de a kommunikáció elégtelensége miatt alig van információ áramlás, és így konfliktus keletkezik (Szeder, 2013). Az **információs eredetű** konfliktus az információhiányból, vagy azok félreértéséből fakad (Berényi és Juhász, 2012), melynek oka, hogy az egyik fél nem oszt meg valamilyen információt a másik féllel, vagy az nem jut el hozzá (Szeder, 2013). Beszélhetünk még **érdekkonfliktus**ról is, melynek oka az érdekellentét (Berényi és Juhász, 2012), kötődhet materiális vagy nem materiális javakhoz, illetve szerepelvárásokhoz is (Szeder, 2013). Ismeretes még **szükséglet alapú** konfliktus is, amikor bizonyos emberi szükségletek (fiziológiai, biztonság, megbecsülés, elismerés, önmegvalósítás, önértékelés) nem teljesülnek, illetve **szituatív** konfliktus, amikor egy szituáció hirtelen heves érzelmi reakciókat vált ki olyan felekből, akik előtte nem ismerték egymást (Szeder, 2013). Jehn (1995) a konfliktusnak két típusát említi meg: a kapcsolati és a feladat konfliktust. Kapcsolati konfliktusról akkor beszélünk, amikor összeférhetetlenség áll fenn a csoport tagjai között, ami magába foglalja a csoport tagjai közötti feszültséget, ellenségeskedést és bosszúságot. Feladat konfliktusról akkor beszélünk, amikor nincs egyetértés a csoport tagjai között az ellátandó feladatok tartalmát illetően, beleértve a nézőpontok, ötletek és vélemények különbözőségét (Jehn, 1995).

1.3.4. Konfliktusok az egészségügyi teamen belül, és azok következményei

Az egészségügyi szakemberek érzékenyek a konfliktusokra, mivel számtalan nyomással szembesülnek, miközben arra törekszenek, hogy minőségi ellátást nyújtsanak a betegeknek (*Patton, 2014*). Az ápolók közötti konfliktust világszerte egy kiemelkedően fontos problémának azonosították az egészségügyben (*Vivar, 2006*), és az elmúlt évtizedben úgy tűnik, hogy számuk növekedésnek indult valamennyi egészségügyi intézményben (*Nelson, 2012*). Ezen konfliktusok legfontosabb forrása a vezetési stílusbeli különbségek, a dolgozók felfogásában rejlő különbségek, a nem megfelelő személyiség, célbeli különbségek és az egyes munkacsoportok közötti versengés (*Kantek és Kavala, 2007*). A munkával való elégedettség alacsony szintje, a magas munkahelyi stressz és a kiégés kedveznek a munkahelyi konfliktusok létrejöttének (*Wright, 2011*). A munkatársakkal való konfliktus jelentősen összefügg a kiégés elszemélytelenedés dimenziójával, a betegekkel, vagy azok családjával való konfliktus pedig az érzelmi kimerültség dimenzióval (*Fujiwara és mtsai, 2003*). A jó kommunikáció az egészségügyi teamen belül fontos a munkafolyamatok, valamint az interperszonális kapcsolatok minősége szempontjából. A jó minőségű kommunikáció összefügg a jobb feladatteljesítéssel és a hatékonyabb interperszonális interakciókkal (*Cruseu és mtsai, 2010a*). A kommunikáció a konfliktus középpontja, és a nem megfelelő kommunikáció gyakran konfliktushoz vezet (*Wilmot és Hocker, 2007*). A magas stresszel járó munkahelyek, például a műtő, alkalmas közeg a verbális kommunikáció általi konfliktusteremtésre. A kommunikáció ezen fajtája magába foglalja a pletykát, a durva szavak használatát, a pletyka terjesztését, a kritizálást, civakodást és a megalázó megjegyzéseket (*Chippis és mtsai, 2013; Wright és mtsai, 2014*).

Vizsgálatok bizonyították, hogy az ápolók leggyakrabban a főnökeiket és az ápoló kollégáikat azonosítják konfliktus forrásként, és az ápoló kollégákkal való konfliktus okozza a legtöbb stresszforrást számukra (*Bishop, 2004*). Egy 277 ápoló bevonásával készült kanadai felmérés eredményei szerint a munkahelyi konfliktust közvetlenül befolyásolja a munkával kapcsolatos stressz és a munkával való elégedettség szintje. Azok az ápolók jelezték a munkahelyi konfliktusok nagyobb gyakoriságát, akik stresszesebbek, vagyis idegesnek és túlterheltnek érzik magukat, és nem érzik magukat a helyzet magaslatán a munkában (*Almost és mtsai, 2010*). Az ápolók közötti generációs különbségek is okozhatnak konfliktust (pl. kisgyermekes ápolók,

és a még gyermekkel nem rendelkezők közötti konfliktusok) (Brinkert, 2010). Gyakori az orvos és a szakdolgozó közötti kommunikációs zavar is, mely fakadhat az egyéni szerepek tisztázatlanságából, a kölcsönös bizalom és tisztelet hiányából, illetve a hierarchikus szerepek közötti eltérésekből (Kollár, 2016). Az ápoló-orvos konfliktusnak több oka is lehetséges még az előbb említetten kívül: eltérő szakmai döntések, eltérő célok, vagy nem világos célok, a szakmai tapasztalat különböző szintje (Nicolson és mtsai, 2005; Brinkert, 2010), valamint a nemek közötti nézeteltérések, mivel az ápolás inkább női szakma, az orvosok között bizonyos szakterületeken pedig több a férfi. Ide sorolható még az eltérő szocio-ökönómiai státusz és a képzettségbeli különbségek (Tabak és Koprak, 2007). Egy Görögországban készült felmérésben azt találták, hogy az orvosoknak gyakrabban van konfliktusuk a magasabb (egyetemi) végzettségű ápolókkal (Kaitelidou és mtsai, 2012).

Egyetlen hazai kutatás készült eddig az egészségügyben dolgozók egy szűk körében, mely a konfliktust vizsgálta. E szerint konfliktust okozhatnak a munka során fellépő veszteségek és ezek feldolgozása, az alá-fölérendeltségi viszonyok, a nem megfelelő minőségű kommunikáció, a szerepelvárásoknak való nem megfelelés, munkaszervezés, erőforrások (anyagi, tárgyi) hiánya, túlterheltség (Csupor és mtsai, 2017).

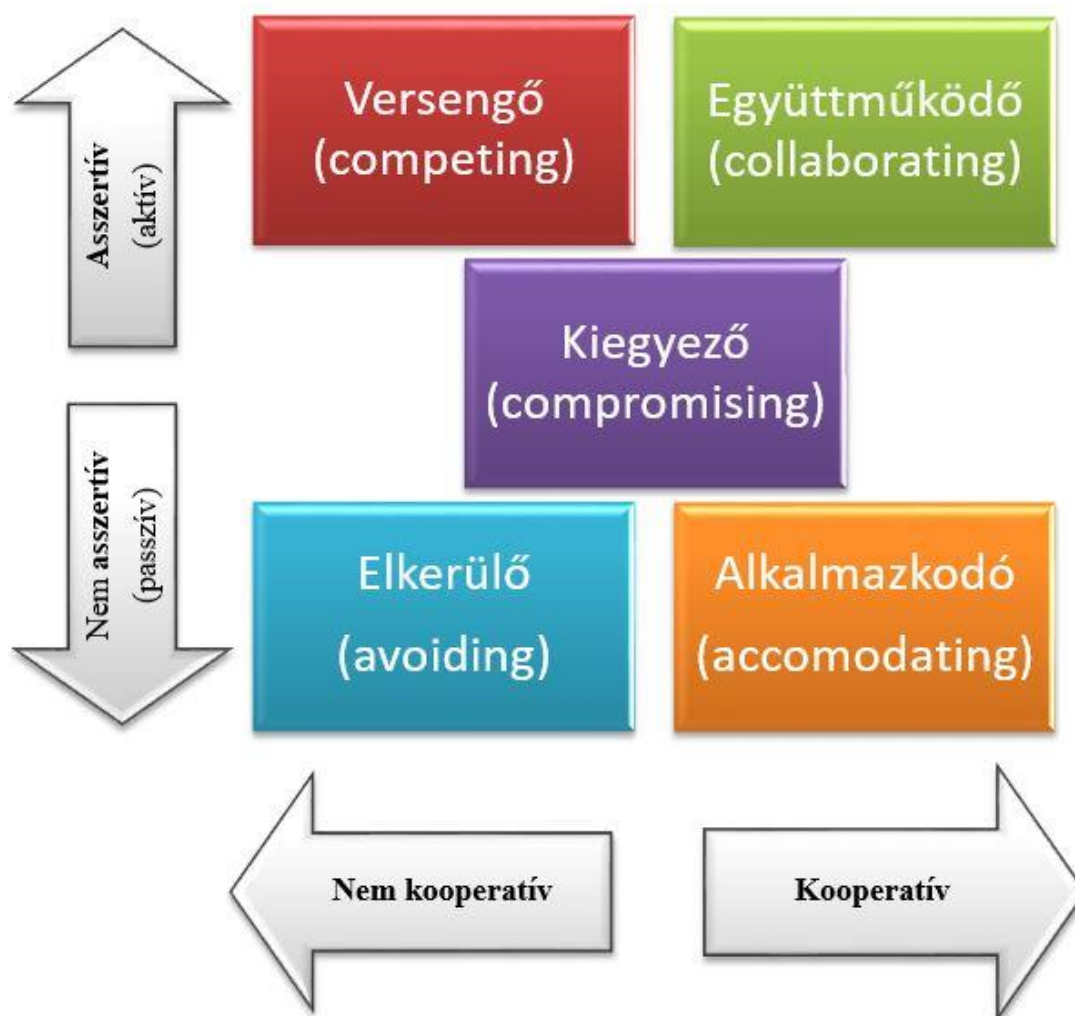
A konfliktusnak számos következménye lehet a munkacsoporton belül. Okozhat negatív érzelmeket, úgy, mint harag, elégedetlenség és cserbenhagyás érzése (Bishop, 2004), stressz és szorongás, ronthatja a munkateljesítményt, csökkenti az elégedettséget és az elkötelezettséget a csoport iránt (Cruseu és Schruijer, 2010b), fokozza a kiégést, csökkenti a team teljesítményét és növeli a műhibák lehetőségét (Okhaku és mtsai, 2014), valamint rombolja az önértékelést, és gyakoribbá válnak a hiányzások a munkából (Almost és mtsai, 2015). A konfliktus során kialakuló negatív érzelmek tovább rombolják a teamen belüli interperszonális kapcsolatokat, és ezáltal elvonják a csoporttagok figyelmét a munkáról (Cruseu, 2011). Egy másik felmérés szerint, az egészségügyi teamen belüli konfliktusok következménye lehet a kiégés, a magasabb fluktuáció, megnövekedett műhiba szám, a betegek elégedetlenné válnak, panaszkodnak, és a műhiba perek is gyakoribbá válnak (Nelson, 2012). A munkahelyi konfliktus a munkastressz forrásaként azonosítható, összefügg a munkával való elégedetlenséggel, az aktuális pozíció, illetve az állás elhagyásával

(Bishop, 2004). Kantek és Kavala (2007) szerint az egészségügyi szervezetekben a sikertelen konfliktus menedzsment az elsődleges oka a stresszes munkakörnyezetnek, a hatalmi játszmáknak, a betegek és a dolgozók elégedetlenségének, a rossz minőségű betegellátásnak és a megemelkedett költségeknek (Kantek és Kavala, 2007). Az egészségügyi teamen belüli konfliktusnak direkt és indirekt költségei is lehetnek. A direkt költségek közé sorolandó a perköltség, a dolgozók pályaelhagyása, kártérítési igények, megnövekedett ápolási kiadások és a betegek túlélési esélyének romlása. Az indirekt költségek közé sorolható a romló team morál, a hírnév romlása, a bomlasztó viselkedés előfordulásának megnövekedése, az érzelmi megpróbáltatások (Brinkert, 2010). Az indirekt költségek közé sorolható továbbá a szervezeti változások iránti motiváció csökkenése, a megromlott munkahelyi kapcsolatok, a megoldatlan feszültségek, melyek további konfliktusokhoz vezetnek, a személyzet bomlasztó viselkedésének növekedése (Cox, 2014). Ezekből az ismertetett következményekből jól látható, hogy az egészségügyi dolgozók közötti konfliktus nem csupán a két, szembenálló félre van hatással, hanem a személyeken belül is érzelmi változásokat okoz, illetve hosszú távú következményei, költségkihatásai is lehetnek az egészségügyi szervezetre nézve.

1.3.5. Konfliktuskezelés lehetséges módjai

A konfliktusok megoldására számtalan módszer létezik. Az, hogy az egyén milyen megküzdési stratégiát választ, nagymértékben függ a személyiségétől. A konfliktuskezelés legegyszerűbb modellje Rahim nevéhez köthető. A szerint osztályoz, hogy az egyén saját és mások érdekeit mennyire veszi figyelembe a konfliktuskezelés során. Az *integráló* stílus mindkét fél érdekeit egyformán veszi figyelembe, senkinek nem kell lemondani semmiről (nyertes-nyertes stratégia). Az *alkalmazkodó* stratégia csökkenti ugyan a konfliktus következtében kialakult feszültséget, de a személy feladja a saját érdekeit, ami belső feszültséget eredményez nála, így hosszú távon romboló hatású. A *domináns* stílust a versengés jellemzi, együttműködésre nem törekszik. Az egészségügyben ez igen gyakori a hierarchikus felépítés miatt. A *kompromisszumkereső* stratégia mindkét fél érdekeit figyelembe veszi, de lemondással is jár (Rahim, 1983). Thomas-Kilmann konfliktuskezelési sémája szerint öt konfliktuskezelő mód létezik. (1. sz. ábra)

1. ábra: Thomas-Kilmann modell (Thomas és Kilmann, 2010)



A **versengő** konfliktuskezelési mód asszertív és nem együttműködő, teljesítményorientált. Versenyhelyzetben a másik elnyomása a célja (Thomas és Kilmann, 2010), maximálisan önérvényesítő (Szegedi, 2014). A másik pozícióját szeretné megszerezni, illetve saját érdekeit érvényesíteni a másik kárára. Nem szeretne veszíteni, a másik fél szempontjait nem veszi figyelembe. Ennek a konfliktuskezelési módnak lesz győztese és vesztese. Gyakran használja a hatalmat, fenyegetést, érvelést a győzelem érdekében (Berényi és Juhász, 2012). Az **együttműködő** konfliktuskezelési módot alkalmazó egyén egyszerre öntudatos és együttműködő. Olyan megoldást próbál találni a problémára, mely mindkét fél számára kielégítő. A szembenálló felek közösen feltárják a nézeteltérés forrását, és közösen próbálnak megoldást találni rá (Thomas és Kilmann, 2010). Itt nincs vesztes, mindkét fél mérlegeli a másik szempontjait, és egy köztes, harmadik megoldás születik (Berényi

és Juhász, 2012). Eredményeképpen a kapcsolat megerősödhet, és kölcsönös tisztelet alakulhat ki (Szegeci, 2014). A **kiegyező**, kompromisszumos konfliktuskezelési módra jellemző a közepes együttműködés és alkalmazkodás. Mindkét fél számára elfogadható, kielégítő megoldás születik (Thomas és Kilmann, 2010), a céljukat elérik, de nem teljes mértékben. Nincs vesztes vagy győztes, mérlegelik a másik fél álláspontját (Berényi és Juhász, 2012). Egy korrekt megoldás születik, az ilyen konfliktuskezelési mód alkalmazásával fenntarthatók a kapcsolatok (Szegeci, 2014). Az **elkerülő** konfliktuskezelési módot alacsony önmegvalósítás és alacsony együttműködés jellemzi. Megpróbálja diplomatikusan elkerülni a konfliktust, vagy egyszerűen kivonul a fenyegető helyzetből (Thomas és Kilmann, 2010), nem vállalja nyíltan önmagát (Szegeci, 2014). Az ilyen típusú ember rossznak tekinti a konfliktust, felkavarja őt a feszültség. Mivel gyakran kilép a konfliktusból, az vagy megszűnik, vagy nélküle zajlik le (Berényi és Juhász, 2012). Az **alkalmazkodó** típus tökéletes ellentéte a versengőnek. Egy önfeláldozó magatartás, elhanyagolja a saját érdekeit a konfliktusban, inkább a másik érdekeit tartja szem előtt. Jellemzi az önzetlen nagylelkűség, szeretet, engedelmesség (Thomas és Kilmann, 2010). Hagyja, hogy a másik fél szempontjai érvényesüljenek, a konfliktust rossznak tartja (Berényi és Juhász, 2012).

Csupor és mtsai. azt találták, hogy a meginterjúvolt egészségügyi dolgozók esetében az elkerülő és a konfliktusmegoldásra törekvő (kompromisszumkereső) megküzdési stratégiák érvényesülnek. Az elkerülő stratégiát további két alcsoportra osztották: a **teljesen elkerülő** a konfliktust teljes egészében elkerüli, nem beszél róla. Sem a saját, sem mások érdekei nem érvényesülnek. Az **indirekt elkerülő** stratégia esetében másokkal beszéli meg a konfliktust, nem annak alanyával, vagy késlelteti annak kezelését (Csupor és mtsai. 2017).

130 madridi ápoló bevonásával készült vizsgálatban azt találták, hogy a válaszadók 27,7%-a a kiegyező, 26,2%-a a versengő, 23,1%-a az elkerülő, 18,5%-a az alkalmazkodó, és csupán 4,6%-a alkalmazza az együttműködő konfliktuskezelési módot munkahelyi konfliktusai során, valamint a 30 év alattiak jelentősen gyakrabban használják az elkerülő és az alkalmazkodó formát (Losa Iglesias és de Bengoa Vallejo, 2012). A kiegyező konfliktuskezelési mód magasabb munkával való elégedettséget és alacsonyabb kiegészítést, míg az elkerülő konfliktuskezelési mód kiegészítést és stresszt eredményez (Wright, 2011).

Az ápolási modellek alkalmazása, az olyan munkakörnyezet, ahol az ápolónak lehetősége van önálló munkavégzésre, valamint ha a vezetés és az együttműködés megfelelően működik a munkahelyen, ez kedvez a konstruktív konfliktus megoldásoknak, és egy ilyen munkakörnyezetben az ápolói munka is hatékonyabban végezhető (*Siu és mtsai, 2008*).

1.4. Kiegész kapcsolata a munkahelyen megélt agresszióval és a munkahelyi konfliktussal

Kevés felmérés készült arról, hogy a kiegész milyen kapcsolatban lehet a munkahelyi konfliktussal, illetve a betegektől vagy családtagjaiktól elszenvedett agresszióval. A talált vizsgálatok sem kifejezetten ezek feltárására készültek. Whittington pszichiátriai ápolók körében végzett vizsgálatában feltárta, hogy a betegek által tanúsított agresszív magatartást jobban tolerálják azok az ápolók, akik pszichésen jobb állapotban vannak, tehát kiégettség pontszámuk alacsony. Az érzelmileg kimerült ápoló nehezebben veszi fel a kapcsolatot a betegével, kevésbé érzi magát hatékonynak a munkában, ami hajlamossá teheti az agresszív viselkedéssel szemben való csökkent toleranciára (*Whittington, 2002*). Egy spanyol vizsgálatban, mely 1826 egészségügyi dolgozó bevonásával történt, a fizikai és nem fizikai erőszak szoros összefüggését találták a kiegészel, vagyis ezt a két agresszió típust a kiegész prediktív tényezőjének írták le (*Gascón és mtsai, 2013*). A NEXT Study is feltárta a kiegész összefüggését az agresszióval, mégpedig olyan szempontból, hogy azon ápolók, akik munkahelyi erőszakra számoltak be, nagyobb fokú kiegészben szenvednek mint azok, akik nem lettek erőszak áldozatai (*Estryn-Behar és mtsai, 2008*). Azon egészségügyi dolgozók, akik fizikai és szóbeli agressziót szenvedtek el a munkahelyükön, nagyobb fokú kiegészből szenvednek, az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció magasabb szintje mutatható ki náluk, mint azon dolgozóknál, akik semmilyen agresszióban nem részesültek. Akik több mint ötször éltek át szóbeli agressziót, azoknál szintén magasabb az érzelmi kimerülés és az elszemélytelenedés szintje (*Bernaldo-De-Quirós és mtsai, 2015*). A munkahelyen elszenvedett agresszió hatással van a kiegész több komponensére is. A deperszonalizáció mértéke növekszik az elszenvedett agresszió mértékének megfelelően, a személyes teljesítmény szintje pedig csökken. Ezek a hatások egyértelműen az agresszió következtében fellépő

kiégés megjelenését jelentik (*Merecz és mtsai, 2009*). A munkahelyi konfliktusok következményeként kialakulhat kiégés (*Nelson, 2012; Okhakhu és mtsai, 2014*), de arról, hogy a kiégés a munkahelyi konfliktusok számának megemelkedését okozná, nem lelhető fel szakirodalom.

Nem készült még hazánkban olyan felmérés, mely a kiégés mértéke alapján vizsgálná a munkahelyen elszenvedett agresszió gyakoriságát, illetve a munkahelyi konfliktusok előfordulását, ezért jelen dolgozat ezen a téren hiánypótlónak tekinthető.

2. ÖNÁLLÓ KUTATÁS ISMERTETÉSE

2.1. Vizsgálat célja

A kutatás célja volt felmérni a vizsgált mintában a kiégettség mértékét, és annak összefüggését a munkahelyi bizonytalansággal, a munkahelyen átélt agresszív cselekményekkel. Emellett célt volt megvizsgálni, hogy a kiégés kihat-e a munkahelyi konfliktusok gyakoriságára, valamint az iskolai végzettség szintje lehet-e protektív tényezője az agresszív cselekmények elszívésének.

2.2. Hipotézisek

1. Feltételezem, hogy a rossz lelkiállapotban lévő szakdolgozók gyakrabban kerülnek konfliktusba munkatársaikkal, mint a jó lelki egészségben lévők.
2. Feltételeztem, hogy a magas munkahelyi bizonytalanság összefügg a kiégéssel és a munkahelyi konfliktusokkal.
3. Feltételezem, hogy a súlyosan kiégett szakdolgozókat gyakrabban érik agressziós cselekmények a betegektől illetve a hozzátartozóktól, illetve ezeket kevésbé tudják feldolgozni, mint a jó lelkiállapotban lévők.
4. Feltételezem, hogy az agresszió érintettség mértékét befolyásolja az agressziót elszívő iskolázottsága.

2.3. Kutatási módszer

A vizsgálatban a kiégés mértékének esetleges összefüggését a munkahelyi bizonytalansággal, az elszívott agresszív cselekmények számával, és a munkahelyi konfliktusok gyakoriságával, empirikus úton, kvantitatív eszközzel vizsgáltam.

2.3.1. Kutatás lefolytatása

A felmérést 2016. június 29. és augusztus 31. között végeztem. A kérdőív a Google Drive segítségével készült, és on-line módon tettem hozzáférhetővé a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Csongrád megyei, valamint Országos Szervezetének közösségi oldalán. Ezen felül a MESZK területi elnökei felé is kéréssel fordultam, hogy a kérdőívet elektronikus úton terjesszék tagjaik között. A Csongrád Megyei Területi Szervezethez tartozó azon tagok, akik hírlevélre regisztráltak, e-mail-ben is megkapták a kérdőívet. A 2006.évi XCVII. törvény az

egészségügyben működő szakmai kamarákról kimondja, hogy „Az Országgyűlés az egészségügyi szakmák gyakorlóinak szakmai önkormányzathoz való jogát elismerve, annak érdekében, hogy az orvosok, a gyógyszerészek és az egészségügyi szakdolgozók

– közvetlenül és az általuk választott testületek, tisztségviselők útján, demokratikusan
– a törvény által meghatározott keretek között – önállóan intézzék szakmai ügyeiket,
– meghatározzák és a közérdekkel összhangban képviseljék szakmai, etikai, gazdasági és szociális érdekeiket,

– a Nemzeti Együttműködés Rendszerének keretei között társadalmi súlyuknak, szellemi tőkéjüknek megfelelő mértékben hozzájáruljanak az egészségpolitika alakításához, az egészségügyet érintő egyéb döntések meghozatalához, valamint a lakosság egészségügyi ellátásának javításához” (2006. évi XCVII. törvény). Ennek értelmében volt lehetőség a kamarai tagokat elektronikus úton felkeresni, és részvételüket kérni a kutatásban.

2.3.2. Mintaválasztás módja

A mintavétel nem véletlenszerű mintavételi eljárással, azon belül önkényes mintavétellel történt, azaz az egyszerűen elérhető alanyokra támaszkodtam. Ennek a mintavételi módszernek a gazdaságosság mellett az az előnye, hogy rövid idő alatt sok alanyt lehet elérni. A hátránya viszont, hogy reprezentativitást nem biztosít, tehát a következtetések nem általánosíthatók, csak a vizsgálatban résztvevőkre tehetők megállapítások. Másik hátránya, hogy a mintába csak olyan egészségügyi szakdolgozók kerülhettek be, akik e-mail címmel rendelkeznek, vagy a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara közösségi oldalain tagok. Csak olyan egészségügyi szakdolgozók válaszait fogadtam el, akik egészségügyi végzettsége a 63/2011. NEFMI rendeletben felsoroltak között megtalálható.

A vizsgálati személyeket a kérdőív elején található leírásban tájékoztattam a kutatás céljáról, a kérdőív kitöltéséről, az anonimitásról és az önkéntességről. A résztvevők a kérdőív kitöltésével hozzájárulásukat adták a válaszok felhasználásához.

A beválasztási kritériumok a következők voltak: legalább egy éves munkaviszony az egészségügyben, teljes állásban, magyarországi munkavégzés, illetve a 63/2011-es NEFMI rendeletben meghatározott egészségügyi szakdolgozói képesítés. Összesen 1341 kitöltés érkezett, ebből törlésre kerültek azok, akik nem feleltek meg a

beválasztási kritériumoknak, a nyugdíjasok, illetve azok, akik duplán töltötték ki a kérdőívet. Így az adatelemzés során 1201 válaszadó válaszait elemeztem.

2.3.3. A kutatásban használt mérőeszköz bemutatása

A saját szerkesztésű kérdőív első része szociodemográfiai és munkakörülményekre vonatkozó, saját készítésű kérdéseket tartalmazott. A többi kérdés speciális, a munkahelyi bizonytalanságot, kiégést, agressziót és konfliktust vizsgáló kérdés volt. Az alábbiakban ezeket részletesen ismertetem.

2.3.3.1. Munkahelyi bizonytalanság mérése

Ez a mérőeszköz Németh és munkatársai nevéhez fűződik. Hat, ötfokozatú kérdésből áll, melyek két alskálára, a belső bizonytalanság (előrelépési lehetőségek korlátozottsága, nem tudott elmenni továbbképzésekre, nem tudott magasabb végzettséget szerezni) és a külső bizonytalanság (munkatársak elvesztésétől, más osztályra/részlegbe helyezéstől és jövedelem-csökkenéstől való félelem) bonthatók. Mindkét alskála megbízhatósága elfogadható (Cronbach-alfa: 0,630; 0,776). A kérdéseket 1-5-ig terjedő Likert skálán lehetett pontozni (1=semmit; 2=keveset; 3=valamennyit; 4=sokat; 5=rendkívül sokat), magasabb pontszám nagyobb munkahelyi bizonytalanságot jelent (Németh és mtsai, 2013).

2.3.3.2. Kiégés mérése

A kiégés mérésére két kérdőívcsomagot is alkalmaztam. Az egyik a Maslach Burnout Inventory, mely Maslach és Jackson nevéhez fűződik (Maslach és Jackson, 1986). Magyar nyelvre Ádám Szilvia és mtsai. (2012) fordította és validálta hazánkban, valamint megalkották az érvényes ponthatárokat is. A kérdőív 22 kérdésből áll, melyeket 0-6-ig lehet pontozni (0=soha nem érzetem; 1=évente többször érzetem; 2=havonta egyszer érzetem; 3=havonta többször érzetem; 4=hetente egyszer érzetem; 5=hetente többször érzetem; 6=minden nap ezt érzem). A 22 kérdés három alskálára bontható. Az **érzelmi kimerülés** alskálába kilenc kérdés tartozik (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), összesen 54 pontot lehet elérni. Alacsony érzelmi kimerülésről beszélünk 18 pont alatt, közepesről 18-36 pontig, nagyról 36 pont felett. Az alskála megbízható (Cronbach-alfa: 0,90). A **deperszonalizáció** (elszemélytelenedés) alskálába 5 kérdés tartozik (5, 10, 11, 15, 22), összesen 30

pontot lehet elérni. Alacsony elszemélytelenedésről 10 pont alatt, közepesről 10-20 pont között, nagyról 20 pont felett beszélhetünk. Az alskála megbízható (Cronbach-alfa: 0,79). A két első alskálán minél több pontot ér el valaki, annál rosszabb lelkiállapotban van. Az utolsó, *személyes hatékonyság* alskálába 8 kérdés tartozik (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21), összesen 48 pontot lehet elérni. Ez az alskála fordítva mér, tehát magasabb pontszám jobb állapotot jelez. Alacsony személyes hatékonyságról beszélünk 16 pont alatt, közepesről 16-32 pont között, nagyról 32 pont felett. Az alskála megbízható (Cronbach-alfa: 0,71) (*Maslach és Jackson, 1986*). Ez a mérőeszköz ok-okozati összefüggések feltárására alkalmas, illetve akkor érdemes használni, ha a kutatás szempontjából fontos az egyes dimenziók vizsgálata (*Kovács, 2006*).

A másik kérdőívcsomagot Pines és Aronson alkották meg 1981-ben. 21 kérdést tartalmaz, melyeket 1-7-ig lehet pontozni (1=soha; 2=egyszer vagy kétszer; 3=ritkán; 4=néha; 5=gyakran; 6=általában; 7=mindig). A kiégés mértékét egy képlet segítségével kell meghatározni, és az így kapott átlagpontszám alapján csoportosítani a válaszadókat az alábbi négy csoportba: „örökös eufória” (1,9 pont alatt), „jól csinálja” (2–2,9 pont), „változtatás szükséges” (3–3,9 pont), „kezelés szükséges” (4 pont felett). A „változtatás szükséges” csoportba tartozók esetében már jelentkeznek a kiégés tünetei, a „kezelés szükséges” csoport tagjai már kiégetteknek tekinthetők (*Pines és Aronson, 1981*). A mérőeszköz hazai mintán még nem validált, de több itthoni kutatásban is sikeresen alkalmazták már (*Irinyi és Németh, 2010, 2011; Németh és mtsai, 2015a; Németh, 2016a*), és igen megbízhatónak bizonyult (Cronbach-alfa: 0,90) (*Németh, 2016b*). Ez a skála egy gazdaságos eszköz a kiégés, és annak különböző változókkal való összefüggésének mérésére (*Stout és Williams, 1983*), valamint kiválóan alkalmas a kiégés mértékének, előfordulási gyakoriságának vizsgálatára (*Kovács, 2006*).

2.3.3.3. Overt agresszió skála

Ez a 10 kérdésből álló mérőeszköz Yudofsky és munkatársai nevéhez fűződik (1986). A kérdések két csoportba oszthatók, az agresszív cselekmények verbális és fizikális mintázataiba. A verbális csoportba négy kérdés tartozik pl. „*A beteg emelkedett hangon beszélt velem*”, a fizikálisba pedig hat, pl. „*A beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott*”. Az egyes agresszió típusok egy bizonyos időtartam

alatti (pl. amióta az egészségügyben dolgozik) előfordulásának gyakoriságát kell bejelölni: soha, kevesebb mint 10 alkalommal, 10-20 alkalommal, 20 alkalomnál többször (*Yudofsky és mtsai, 1986*). Ezt a mérőeszközt hazánkban már alkalmazták egészségügyi szakdolgozók körében (*Ivánka és mtsai, 2014/a*).

2.3.3.4. *Impact of Patient Aggression on Careers Scale (IMPACS)*

Ezt, az agresszív incidens következtében kialakult negatív hatásokat mérő 10, Likert-típusú kérdést tartalmazó mérőeszközt Needham és munkatársai fejlesztették ki 2005-ben. Az egyes kérdéseket 1-5-ig lehet pontozni (1=soha; 2=ritkán; 3=néha; 4=gyakran; 5=majdnem mindig). Magasabb pontszám súlyosabb negatív emocionális hatást jelöl (*Needham és mtsai, 2005*). A 10 kérdés három alskálára bontható: kapcsolatromlás a beteg és az ellátó között (négy kérdés; Cronbach-alfa: 0,78), súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra (négy kérdés; Cronbach-alfa: 0,68), ellenséges érzelmek a külvilággal szemben (két kérdés; Cronbach-alfa: 0,60). A skálát magyarra Ivánka és munkatársai fordították tükörfordítással a Debreceni Egyetem Angol Tanszékének munkatársai segítségével, és ők alkalmazták először egészségügyi szakdolgozók körében (*Ivánka és mtsai, 2014/a*).

2.3.3.5. *Intragroup Conflict Scale*

A munkahelyi konfliktus mérésére nem találtam magyar nyelvre lefordított, és itthon alkalmazott mérőeszközt, ezért a Karen A. Jehn nevéhez fűződő skálát alkalmaztam. A szerző nem egészségügyi dolgozók körében használta ugyan a mérőeszközt, de terjedelménél fogva érdemesnek tartottam a kipróbálásra. Nyolc Likert-típusú kérdést tartalmaz, melyeket 1-5-ig lehet értékelni (1=egyáltalán nem; 2=ritkán; 3=néha; 4=gyakran; 5=állandóan). A nyolc kérdés két alskálára bontható: az első négy kérdés tartozik a kapcsolati konfliktus alskálába (Cronbach-alfa: 0,92), a második négy kérdés a feladat konfliktus alskálába (Cronbach-alfa: 0,87). A Cronbach-alfák alapján mindkét alskála megbízható. Magasabb elért pontszám gyakoribb munkahelyi konfliktust jelez (*Jehn, 1995*). A mérőeszközt tükörfordítással fordítottam magyarra.

2.3.4. Adatfeldolgozás és adatelemzés

Az adatfeldolgozást és adatelemzést IBM SPSS 23.0 for Windows statisztikai programmal végeztem. A leíró statisztikai módszerek közül átlagot, átlagtól való eltérést (SD), mediánt, minimumot és maximumot számoltam, valamint abszolút és relatív gyakoriságokat tüntettem fel. A matematikai statisztikai módszerek közül a következő próbákat alkalmaztam: faktoranalízis (KMO-index-szel és Bartlett teszttel kiegészítve) az egyes itemek alszkálákba való tömöríthetőségének vizsgálatára; Varimax rotáció az egyes itemek faktorokhoz való hozzárendeléséhez; Kolmogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk teszt a folytonos változók normalitásvizsgálatára; Wilcoxon próba nem normál eloszlású változók átlagainak összehasonlítására; Spearman-féle rangkorreláció a nem normál eloszlású folytonos változók korrelációjának vizsgálatára; Kruskal-Wallis próba; Mann-Whitney próba; Khipnégyzet próba; Bonferroni korrekció az első-fajú hiba kiküszöbölésére; Az eredményeket $p < 0,05$ esetén tekintettem szignifikánsnak.

Mindegyik alkalmazott Likert-skálánál a megbízhatóság tesztelésére kiszámoltam a Cronbach-alfákat is jelen felmérésre vonatkozóan, melyeket az adott kérdések elemzésekor mutatok be összevetve az adott kérdéscsomag eredeti forrásában feltüntetett értékekkel. Ha a Cronbach-alfa értéke 0,6-0,7 között van, akkor elfogadható, ha legalább 0,7, akkor megfelelő, míg 0,8 kiváló megbízhatóságot jelent. 0,85 fölötti érték pedig azt jelenti, hogy az adott skála már felesleges többletet tartalmaz (Fábián, 2014).

3. VIZSGÁLATI EREDMÉNYEK

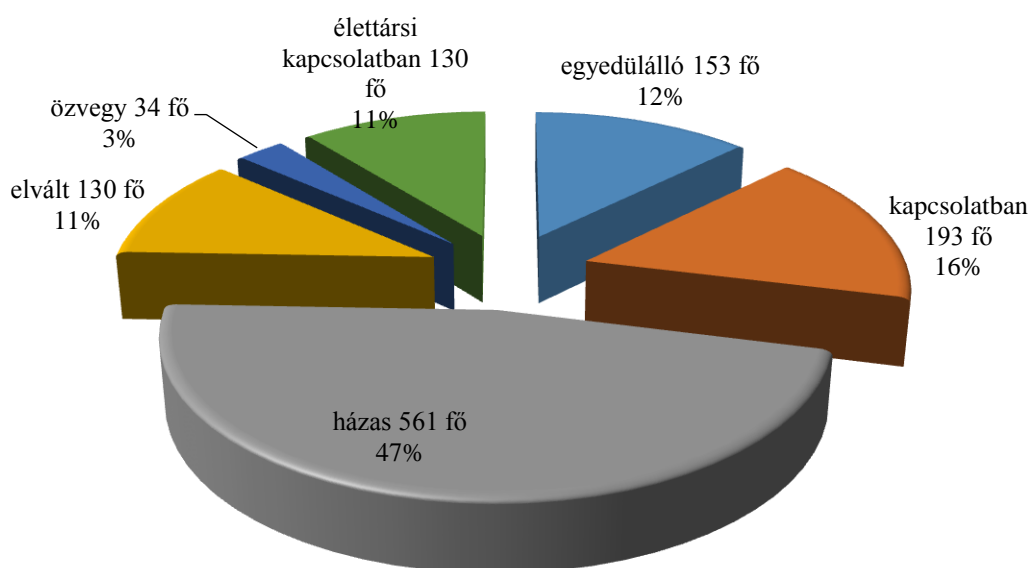
Az eredmények bemutatása fejezetben először ismertetem a minta szociodemográfiai és munkahelyi jellemzőit, majd az egyes mérőeszközök (kérdéscsomagok) és saját kérdések leíró statisztikai eredményeit, legvégül pedig a hipotézisek vizsgálatát.

3.1. Vizsgálati minta bemutatása

3.1.1. Szociodemográfiai adatok

Az 1201 válaszadó 92,5%-a (1111 fő) nő, 7,5%-a (90 fő) pedig férfi. Átlag életkoruk 43,16 év (Median=44 év; SD=9,283; Min=19; Max=65). 10,3% (124 fő) tartozik a 19-29 éves; 20,6% (248 fő) a 30-39 éves; 41,2% (495 fő) a 40-49 éves; 27,8% (334 fő) az 50 év feletti korosztályba. A családi állapotot tekintve a többség (46,7%) házas. (2. sz. ábra)

2. sz. ábra: Válaszadók családi állapot szerinti megoszlása (n=1201)

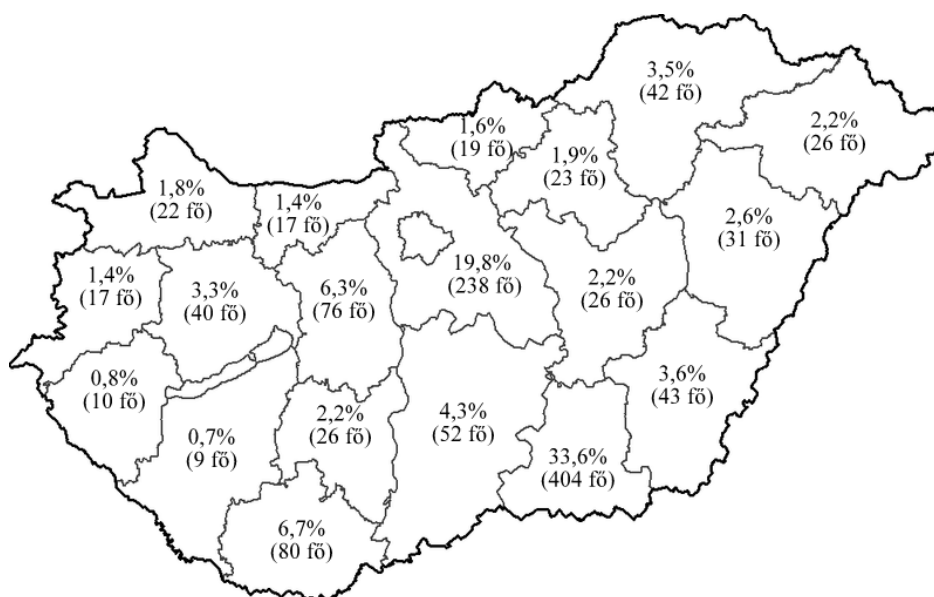


Az iskolai végzettséget tekintve 75,2% (903 fő) ápoló, 13,2% (158 fő) asszisztens, 3,2% (38 fő) védőnő, 1,5% (18 fő) gyógytornász, 1,3% (16 fő) szülésznő, 1,1% (13 fő) mentőtiszt, 0,9% (11 fő) dietetikus, és 3,7% (44 fő) rendelkezik egyéb egészségügyi képesítéssel, például gyógyászati segédeszköz forgalmazó, műtőssegéd, népegészségügyi ellenőr, egészségügyi menedzser, szakoktató, szaktanár, gyógymasszőr. A diplomások a minta 34,9%-át (419 fő) teszik ki.

Közülük 54,2% (227 fő) BSc ápoló, 21% (88 fő) MSc ápoló, - közülük egy fő rendelkezik doktori fokozattal is -, 9,1% (38 fő) védőnő, 4,1% (17 fő) gyógytornász, 3,1% (13 fő) mentőtiszt, 2,6% (11 fő) dietetikus, 1,2% (5 fő) egészségügyi szakoktató, 1% (4 fő) szülésznő BSc, 0,7% (3 fő) laboratóriumi analitikus BSc, okleveles egészségügyi menedzser MSc, 0,5% (2 fő) egészségügyi szaktanár, 0,2-0,2% (1-1 fő) egészségügyi szervező, népegészségügyi ellenőr, okleveles szociális munkás MSc, okleveles fizioterapeuta MSc, okleveles klinikai laboratóriumi kutató MSc, okleveles népegészségügyi szakember MSc, okleveles rehabilitációs szakember MSc.

A válaszadók megyék szerinti megoszlását a 3. sz. ábra szemlélteti. Jelentős többség (33,6%) Csongrád megyei, illetve 19,8% Pest megyei, a többi megyéből ennél lényegesen kevesebb válasz érkezett.

3. sz. ábra: Válaszadók megyék szerinti megoszlása (n=1201)



3.1.2. Munkahelyi jellemzők

A munkahelyi jellemzőket tekintve, a felmérésben résztvevők átlag 22,09 éve dolgoznak az egészségügyben (Median=24 év; SD=10,92; Min=1; Max:=46). Tíz évnél kevesebb ideje dolgozik az egészségügyben 17,7% (213 fő); 10-19 éve 18,6% (223 fő); 20-29 éve 33,8% (406 fő); 30 éve, vagy annál régebben pedig 29,9% (359 fő).

Az egészségügyi ellátás szintjét vizsgálva megállapítható, hogy 15,7% (188 fő) dolgozik az alapellátásban, 20,7% (249 fő) a járóbeteg-ellátásban, 62,4% (749 fő)

fekvőbeteg-ellátásban, és 1,2% (15 fő) gyógyszerértárban, akik egyik ellátási típusba sem sorolhatók be.

A munkaterületet taglaló kérdésre négy fő nem válaszolt. A leggyakoribb munkaterületek megoszlását a II. sz. táblázat mutatja be. Látható, hogy legnagyobb arányban a belgyógyászat, gyermekgyógyászat, intenzív ellátásban, pszichiátrián, sebészen dolgoznak a megkérdezettek. A táblázatban nem kaptak helyet a többi ellátási területen dolgozó válaszadók, de szinte az egészségügy minden területén dolgoznak (a teljesség igénye nélkül: fogászati rendelő, infektológia, diabetológia, dialízis, nefrológia, neurológia, vérellátás, reumatológia, tüdőgondozó, urológia, ápolási igazgatás, cytológia, hospice, ellenőrzés, epidemiológia, audiológia, haematológia, dietetika, diagnosztika, honvéd egészségügy, stb.).

II. sz. táblázat: Munkaterület megoszlása (n=1197)

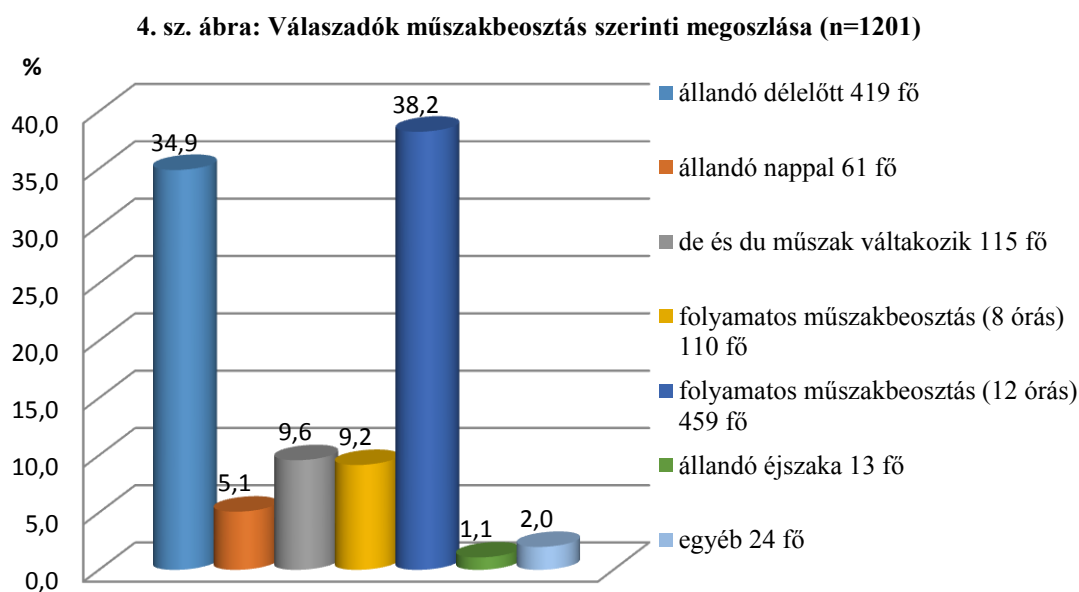
Munkaterület	%	fő
belgyógyászat	9,2	110
gyermekgyógyászat	7,6	91
intenzív ellátás	7,1	85
pszichiátria	6,9	83
sebészet	6,7	80
SBO	5,3	64
házi orvos mellett	5,2	63
szociális ellátás	4,6	55
rehabilitáció	4,5	54
szülészeti-nőgyógyászat	3,7	45
védőnői szolgálat	2,8	34
krónikus ellátás	2,7	32

Teljes állású közalkalmazotti munkaviszonyt jelölt meg 84,7% (1017 fő), teljes állású alkalmazotti munkaviszonyt 13,6% (163 fő), vállalkozó státuszt 1,6% (19 fő), valamint egy-egy fő szolgálati jogviszonyt és teljes állású kormánytisztviselői munkaviszonyt.

26,4% (317 fő) egyáltalán nem végez havonta túlórákat, a többi válaszadó átlag 25,9 órát túlórázik egy hónapban (SD=28,85; Min=1; Max=280). 76,8% (922 fő) dolgozik beosztottként, 20,9% (251 fő) középvezetőként, 2,3% (28 fő) felső vezetőként.

A műszakbeosztás elemzése során megállapítható, hogy 38,2% dolgozik folyamatos műszakbeosztásban, 12 órás munkarendben. Majdnem ugyanennyien dolgoznak állandó délelőtt (34,9%). Az állandó nappalos, a nyolc órás folyamatos munkarendet és a délelőtti és délutáni műszak váltakozását lényegesen kevesebben jelölték

meg. Az egyéb válaszlehetőséget is megjelölte 2%. Közülük 5-5 fő jelezte a 8 és 12 órás műszakok váltakozását és az ügyeleti munkarendet, 6 fő a kötetlen munkaidőt. Három fő változó munkaidőt jelölt meg, és további egy-egy válasz érkezett az alábbiakból: 10 és 12 órás műszak váltakozik, 11 és 12 órás műszak váltakozik, 9 és 12 órás műszak váltakozik, állandó délután, szombaton és délután behívás alapján. (4. sz. ábra)



A kérdőívet kitöltők 61,1%-ának (734 fő) nincs másodállása, 24,9% (299 fő) vállal az egészségügyben plusz munkát, 14% (168 fő) pedig az egészségügyön kívül teszi ezt.

A mérőeszköz tartalmazott két kérdést a havi tényleges, illetve igényelt szabadidő mennyiségére vonatkozóan, azonban a beérkezett válaszok között voltak irreálisan magas időmegjelölések, amik az eredményeket torzítják, ezért az itt feltüntetett eredmények tájékoztató jellegűek. A havi tényleges szabadidőt vizsgáló kérdésre („Havonta átlagban hány órát fordít szabadidős tevékenységre?”) 1159 fő válaszolt. Átlag 28,51 órát (Median=20; SD=30,660; Min=0; Max=253) töltenek havonta szabadidős tevékenységgel, illetve sokan szövegesen válaszoltak, és a következőket jelezték: „keveset, sokat, nem tudom, szinte semmit, változó, csak a pihenőnapok, amennyit csak lehet”. A havi ideálisnak tartott szabadidő mennyiségét vizsgáló kérdésre („Ön szerint hány óra szabadidős tevékenység lenne ideális havonta?”) 1135 fő válaszolt, és átlag 72,78 órát (Median=50; SD=72,185; Min=2; Max=1165) jelölték meg. Ennél a kérdésnél is érkeztek szöveges válaszok: „nem tudom, sok, több, minden műszak után 12-24 óra, arra van időnk, amire szakítunk”.

3.2. Egyes kérdőívcsomagok és saját kérdések vizsgálata

A 2.3.3. fejezetben bemutatam a kérdőívben alkalmazott kérdéssorozatokat, jelen fejezetben ezek tulajdonságait ismertetem a vizsgált mintára vonatkozóan.

A **munkahelyi bizonytalanság** mérésére alkalmazott, hat Likert-típusú kérdésből álló mérőeszközön a válaszadók által elért átlagpontszám 15,18 (Median=15; SD=5,053; Min=6; Max=30). A **külső bizonytalanság** alszáján elért átlagpontszám 8,27 (Median=8; SD=2,836; Min=3; Max=15), megbízhatósága jelen mintában nem elfogadható (Cronbach-alfa: 0,587). Leginkább a jövedelemcsökkenéstől való félelem van jelen a válaszadók körében (átlag: 3,35 pont), ezt követi a munkatársak elvesztésétől (átlag: 2,66 pont), majd az áthelyezéstől való félelem (átlag: 2,26 pont). A **belső bizonytalanság** alszáján elért átlagpontszám 6,91 (Median=7; SD=3,104; Min=3; Max=15), megbízhatósága megfelelő (Cronbach-alfa: 0,750). A belső bizonytalanság leginkább problémát okozó tényezője a továbbképzéseken való részvétel korlátozottsága (átlag: 2,44 pont), majd a továbbtanulás (átlag: 2,34 pont) és az előléptetés korlátozottsága (átlag: 2,13 pont). A külső bizonytalanság Cronbach-alfa értéke elmarad a korábban mért 0,630-as értéktől, a belső bizonytalanságé pedig megközelíti a korábbi 0,776-os értéket (*Németh és mtsai, 2013*).

A kiegészítés vizsgálatára alkalmazott **Maslach Burnout Inventory** első, *érzelmi kimerülés* alszáján elért átlagpontszám 20,89 (Median=20; SD=12,073; Min=0; Max=54), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,898). Az alacsony érzelmi kimerülés kategóriába a válaszolók 45,3%-a (544 fő), a közepes kategóriába 42,5%-a (510 fő), a nagy kategóriába pedig 12,3% (147 fő) tartozik. A *deperszonalizáció* alszáján elért átlagpontszám 6,8 (Median=5; SD=6,453; Min=0; Max=30), megbízhatósága megfelelő (Cronbach-alfa: 0,777). Az alacsony deperszonalizáció kategóriába tartozik a válaszadók többsége (72,5%; 871 fő), a közepes kategóriába 23,2% (279 fő), a nagy kategóriába pedig 4,3% (51 fő). A *személyes hatékonyság* alszáján elért átlagpontszám 31,03 (Median=32; SD=9,565; Min=0; Max=48), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,828). Alacsony személyes hatékonyság kategóriába tartozik a válaszadók 5,7%-a (68 fő), a közepes kategóriába 47,7%-a (573 fő), a nagy kategóriába pedig 46,6%-a (560 fő). A Cronbach-alfa értékek az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció alszáján szinte majdnem azonosak, míg a

személyes hatékonyság alskálán meghaladja az eredeti vizsgálatban kapott értékeket (0,90; 0,79; 0,71) (Maslach és Jackson, 1986).

A **Kiegészítő Lettár** (Pines és Aronson, 1981) esetében a skálán elért átlagpontszám 2,98 (Median=2,76; SD=1,20; Min=1; Max=6,71), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,889), mely érték majdnem megegyezik a korábban mért 0,90-es értékkel (Németh, 2016b). Az örökös eufória csoportba tartozik a válaszadók 23%-a (276 fő), a jól csinálja csoportba 32,8% (394 fő), a változtatás szükséges csoportba 22,9% (275 fő), a kezelés szükséges csoportba pedig 21,3% (256 fő). Ezekből az eredményekből megállapítható, hogy a válaszadók 44,2%-a valamilyen mértékben érintett a kiegészítő által.

Az **Overt agresszió skála** (Yudofsky és mtsai, 1986) két kérdésben is szerepelt. Az első azt taglalta, hogy amióta az egészségügyben dolgozik a válaszoló, azóta körülbelül hányszor élte át az adott agresszív megnyilvánulást a betegről vagy a hozzátartozójától. Látható, hogy a válaszadók esetében a leggyakrabban tapasztalt agresszió típus a verbális agresszió, azon belül is az emelkedett hangnem (37,7%) és a csúnya szavak (24,8%). A fizikális agressziók közül inkább a tárgyra irányuló agresszió dominál (10,1%), a sérülést okozó bántalmazás lényegesen kevesebb. (III. sz. táblázat)

III. sz. táblázat: Átélt agresszív cselekmények száma az egészségügyben eltöltött évek alatt (n=1201)

Agresszió átélésének gyakorisága (%)				
	soha	kevesebb mint 10 alkalommal	10-20 alkalommal	20 alkalomnál többször
Verbális agresszió				
A beteg emelkedett hangon beszélt velem.	6,1	36,6	19,7	37,7
A beteg csúnya szavakkal illetett, vagy átkokat szórt rám.	23,6	38,1	13,4	24,8
A beteg megfenyegetett.	37,5	36,6	11,7	14,2
A beteg hangosan kiabált velem és egyértelművé tette, ha nem teszem, amit mond, fizikailag bántalmazni fog.	54,4	27,7	8,2	9,7
Fizikális agresszió				
A beteg agressziója tárgyra irányult.	44,6	35,3	10	10,1
A beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott.	63,5	26,9	5,2	4,3
A beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra.	72,7	23,1	2,7	1,5
A beteg közepes sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	93,3	5,8	0,3	0,6
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	97,3	2	0,2	0,4
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt kórházi befekvésre.	98,8	1,1	-	0,2

A felmérésben résztvevőknek csupán 4,4%-a (53 fő) jelezte, hogy amióta az egészségügyben dolgozik, még soha nem élt át agresszív eseményt munkája során. Ugyan ezt a kérdést megismételve, a kérdőív kitöltését megelőző 12 hónap történéseire is kíváncsi voltam. Az egyes agresszív cselekmények átélésében az egyes típusoknál ugyan az a csökkenő tendencia figyelhető meg, mint az előző kérdésnél. A verbális agresszió közül a leggyakrabban szintén az emelkedett hangnemet (13,1%) és a csúnya szavakat (9,3%) jelölték meg a válaszadók, a fizikális agresszió közül a tárgyra irányuló agressziót (2,3%) és a ruha megragadását (1,5%). (IV. sz. táblázat)

IV. sz. táblázat: Átélt agresszív cselekmények száma a kérdőív kitöltését megelőző 12 hónapban (n=1201)

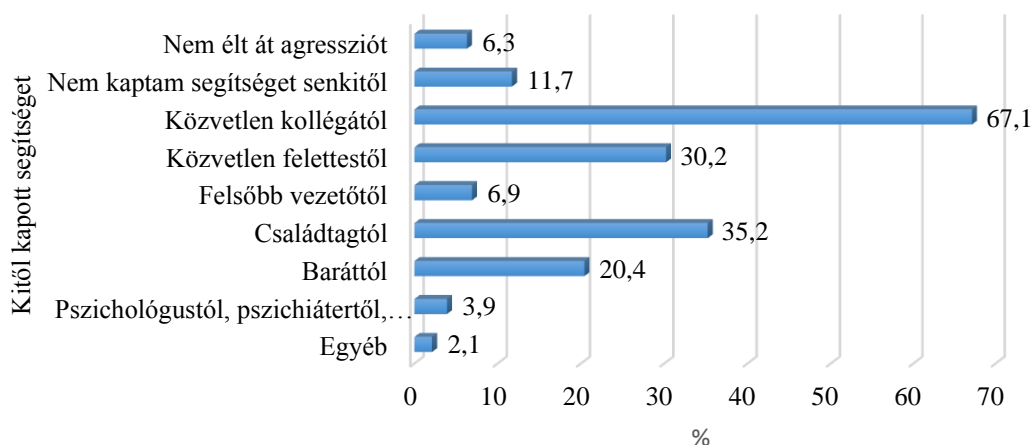
Agresszió átélésének gyakorisága (%)				
	soha	kevesebb mint 10 alkalommal	10-20 alkalommal	20 alkalomnál többször
Verbális agresszió				
A beteg emelkedett hangon beszélt velem.	21,6	51,9	13,5	13,1
A beteg csúnya szavakkal illetett, vagy átkokat szórt rám.	44,5	37,2	8,9	9,3
A beteg megfenyegetett.	60,7	27,5	6,5	5,3
A beteg hangosan kiabált velem és egyértelművé tette, ha nem teszem, amit mond, fizikailag bántalmazni fog.	70,6	21,1	4,8	3,4
Fizikális agresszió				
A beteg agressziója tárgyra irányult.	64,9	28,1	4,7	2,3
A beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott.	81,5	15,2	1,8	1,5
A beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra.	88,1	10,5	0,8	0,6
A beteg közepes sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	97,5	2	0,2	0,3
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	98,5	1,2	0,1	0,2
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt kórházi befekvésre.	99,1	0,7	0,2	0,1

Az agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás (**IMPACS**) (Needham és mtsai, 2005) vizsgálata során 1148 válaszadó válaszait vettem figyelembe, mivel az agresszív cselekmények átélésének vizsgálata során 53 fő jelezte, hogy amióta az egészségügyben dolgozik, nem élt át agressziót. A kapcsolatomlás a beteg és az ellátó között alszállán a válaszadók átlag 7,89 pontot értek el (Median=7; SD=4,142; Min=4; Max=20), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,868). A súlyos negatív emocionális hatás az ellátóra elnevezésű alszállán elért átlagpont 7,01 (Median=6; SD=3,039; Min=4; Max=20), megbízhatósága elfogadható (Cronbach-alfa: 0,696). A harmadik, ellenséges érzelmek a külvilággal szemben alszállán elért átlagpontszám 3,96 (Median=3; SD=2,146; Min=2; Max=10), megbízhatósága elfogadható (Cronbach-alfa: 0,669). A Cronbach-alfa értékek mindhárom alszállán esetében meghaladják Ivánka és munkatársai által mért értékeket (0,78; 0,68; 0,60) (Ivánka és mtsai, 2014/a).

A következő kérdés azt vizsgálta, hogy az elszennvedett agresszió következtében kitől kapott segítséget a válaszadó. Ennél a kérdésnél 852 válaszadó válaszait vettem

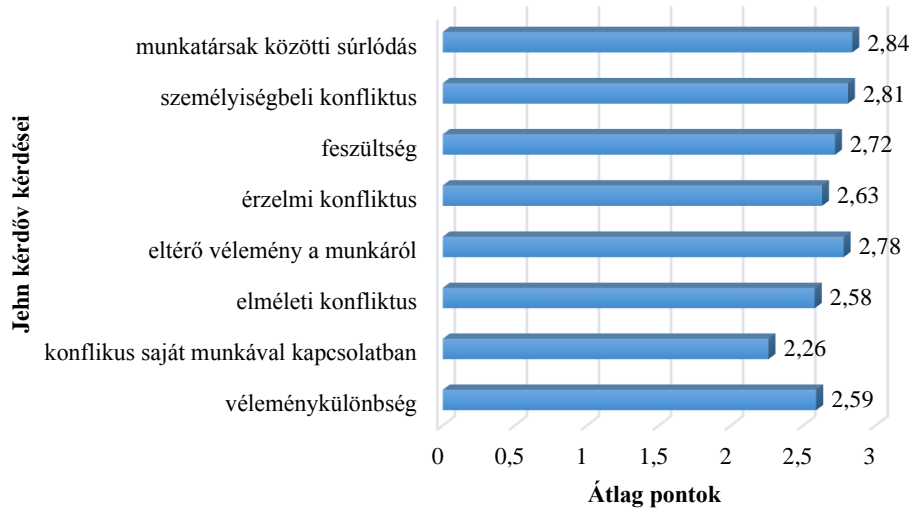
figyelembe, mivel nagyon sokan félreérthető választ adtak. A legtöbben közvetlen kollégájuktól kaptak segítséget (67,1%), utána következett a közvetlen családtag (35,2%) és a közvetlen felettes (30,2%). Szakember (pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés szakember) segítségét csak igen kevesen vették igénybe (3,9%). Egyéb lehetőséget is megjelölték néhányan, közülük hét fő azt válaszolta, hogy megoldotta maga a problémát, illetve 1-2 válasz érkezett az alábbi megjelölésekkel: nem érezte szükségét a segítség igénybevételének, alkoholhoz nyúlt, önfejlesztő könyveket olvasott és előadásokat hallgatott, bíróság, rendőrség, biztonsági szolgálat, saját maga által fizetett pszichológussal, „*mellettünk senki nem áll ki*”. Több válaszlehetőség is megjelölhető volt. (5. sz. ábra)

5. sz. ábra: Agresszív cselekmény után segítséget nyújtó személyek (n=852)



A munkahelyen belüli konfliktus mérésére szolgáló *Intragroup Conflict Scale* (Jehn, 1995) első, *kapcsolati konfliktus* alszkáláján átlag 11 pontot értek el a kitöltők (Median=11; SD=3,444; Min=4; Max=16), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,921). A második, *feladat konfliktus* alszkálán elért átlagpontoszám 10,2 (Median=10; SD=3,016; Min=4; Max=16), megbízhatósága kiváló (Cronbach-alfa: 0,856). Az első alszkála megbízhatósága megegyezik, a másodiké majdnem megegyezik a Jehn által mért értékekkel (0,92; 0,87). A válaszadók csupán 4,6%-a (55 fő) jelezte, hogy még soha nem élt át munkahelyi konfliktust a munkahelyén. A 6. sz. ábrából látható, hogy leggyakrabban a kapcsolati konfliktusok közül a munkatársak közötti súrlódás (2,84) és a személyiségbeli különbségekből fakadó konfliktusok (2,81) fordulnak elő a válaszadók körében, valamint az elvégzendő munkával kapcsolatos eltérő véleményekből fakadó konfliktusok (2,78).

6. sz. ábra: Jehn munkahelyi konfliktus skála értékei (n=1201)



A munkahelyi konfliktus vizsgálatára egy saját készítésű, munkahelyi tapasztalatokon alapuló, Likert-típusú, 14 kérdést tartalmazó mérőeszközt is alkalmaztam, mely az elmúlt 12 hónapban vizsgálta a munkahelyi konfliktus típusát, és annak átélési gyakoriságát. Az egyes kérdéseket 1-7-ig lehetett pontozni (1=soha; 2=egyszer-kétszer; 3=ritkán; 4=néha; 5=gyakran; 6=általában; 7=mindig).

Annak az 55 főnek, aki az előző kérdésben azt jelölte, hogy még soha nem élt át munkahelyi konfliktust, ezt a kérdést nem kellett kitölteni (n=1146). A munka gyakori, vagy annál sűrűbb kritizálása csupán a válaszadók 8-9%-át érinti. A vitás helyzetek inkább a közvetlen munkatársakkal fordulnak elő gyakrabban, az orvossal, közvetlen felettesel kevésbé. A válaszadókra jellemző, hogy konfliktus esetén többnyire meg tudják magukat védeni azzal az emberrel szemben, akivel konfliktusba kerültek. Az orvosok kevésbé hallgatják meg a dolgozó véleményét, mint a közvetlen felettes vagy a munkatársak. A válaszolók 49,9%-a valamilyen mértékben úgy érzi, hogy nem veszik figyelembe kérését a műszakbeosztás készítésekor. Munkahelyi vita esetén saját véleményét érvényre juttatni gyakran, vagy annál többször képes a megkérdezettek 48,6%-a. (V. sz. táblázat, 2. sz. melléklet)

Ezt a 14 kérdést további elemzésnek vettem alá, melyben a belső struktúrát vizsgáltam faktoranalízissel, vagyis azt, hogy a kérdőív itemei csoportosíthatók-e kisebb számú alskálába. A faktorelemzés feltétele, hogy az itemk között legyen szignifikáns korreláció, ezt a KMO-index-szel (Kaiser-Meyer-Olkin), és a Bartlett

teszttel vizsgáltam. A KMO index 0,784; és a Bartlett teszt eredménye ($p < 0,000$) is azt mutatja, hogy a változók között korreláció tapasztalható, tehát a faktorelemzés elvégezhető a 14 kérdésen.

A faktorelemzés során négy faktort sikerült beazonosítani, mely lefedi a teljes variancia 70%-át (70,605). Ezeket érdemes tovább vizsgálni (a többi sajátértéke 1 alatti, ezeket már nem vesszük figyelembe), mivel ez a négy faktor osztozik meg a 14 változón, és erre a négy faktorra, mint alskálákra is tekinthetünk (VI. sz. táblázat, 2. sz. melléklet)

Ezután varimax rotációval vizsgáltam, hogy melyik változó melyik faktorba tartozik. Az 2. sz. melléklet VII. sz. táblázatában láthatjuk a változók faktorhoz rendelését (rotált komponens mátrix). Az adott item ahhoz a faktorhoz tartozik, ahol a legnagyobb „súlyt” találunk. A táblázat az egyes változók faktorsúlyait mutatja, azt hogy milyen erősen kapcsolódik az adott változó az adott faktorhoz.

A faktorokat a hozzájuk tartozó változók alapján neveztem el, vagyis a 14 kérdésből az alábbi négy alskála hozható létre:

1. faktor: az önvédelemmel, önérvényesítéssel kapcsolatos=**önvédelem**: 7., 8., 9., és 14. itemek átlaga (átlag=2,33; SD=1,06);

2. faktor: a tekintéllyel (felettséssel, orvossal) kapcsolatos konfliktusokat jellemzi=**konfliktus tekintéllyel**: 1., 2., 4., 5. itemek átlaga (átlag=4,42; SD=1,82);

3. faktor: azt jellemzi, hogy az egyént mennyire veszik figyelembe=**figyelembevétel**: 10., 11., 12., 13., itemek átlaga (átlag=2,39; SD=1,24);

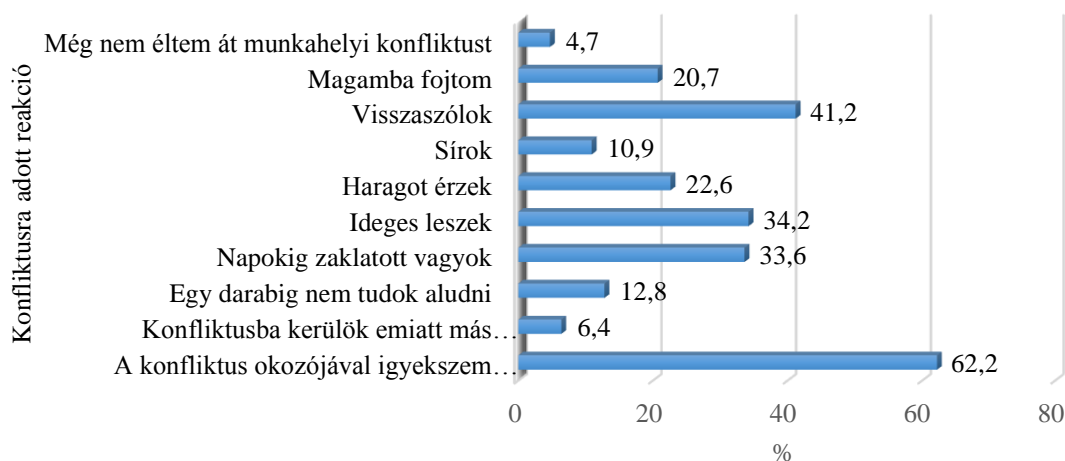
4. faktor: az egyenrangú konfliktusokat méri=**konfliktus egyenrangú munkatárssal**: 3., 6., itemek átlaga (átlag=2,59; SD=1,20).

Az egyes faktorokhoz tartozó kérdések átlaga alapján látható, hogy a konfliktustípusok között nincs jelentős különbség, de az „önvédelem” faktor átlaga magasabb a többinél. Ennek ellenőrzésére Wilcoxon-próbát alkalmaztam, mivel a páros t-próba feltételei (a változók magas mérési szintű, folytonos és normál eloszlásúak legyenek) nem teljesültek (mind a Kolmogorov-Smirnov, mind a Shapiro-Wilk teszt eredménye: $p < 0,001$). A három párhuzamosan elvégzett Wilcoxon-próba az „önvédelem” faktor másik háromhoz való viszonyát vizsgálja: konfliktus tekintéllyel – önvédelem ($p < 0,000$; $Z = -24,604$); figyelembevétel – önvédelem ($p < 0,000$; $Z = -23,214$); konfliktus egyenrangú munkatárssal – önvédelem ($p < 0,000$; $Z = -22,818$). Az eredményekből látható, hogy mindhárom konfliktustípus faktoránál szignifikánsan erősebb az önvédelem faktor. Ez az eredmény azt sejteti,

hogy a válaszadók kollégákkal való (hierarchiától függetlenül) konfliktusai nem jellemzők, illetve előfordulás esetén a válaszadók önvédelmi kompetenciái erősen működnek. Ez az eredmény alátámasztja az V. sz. táblázatban feltüntetett leíró statisztikai összefoglalót.

A kérdőív utolsó kérdése a munkahelyi konfliktusra való reakciót kutatta. 22 fő nem válaszolt, az eredményeket a 7. sz. ábra mutatja. A válaszadók jelentős többsége (62,2%) igyekszik mielőbb tisztázni a konfliktus okozójával a problémát, 41,2% visszazól. Emellett a válaszadók több mint 1/3-a reagál idegeskedéssel, és lesz napokig zaklatott. Több válasz is megjelölhető volt ennél a kérdésnél.

7. sz. ábra: Munkahelyi konfliktusra adott reakció (n=1179)



3.3. Maslach és Pines kérdőívesomagok vizsgálata

Mivel Pines és Aronson Kiegészítő Leltára nincs hazai körülmények között validálva, így a hipotézisek vizsgálata előtt elengedhetetlennek tartottam megvizsgálni azt, hogy aki a Maslach Burnout Inventory alapján kiégésben szenved, az a Pines kérdőív alapján is a kiégették csoportjába sorolható-e, vagyis azt, hogy a Pines kérdőív ugyan olyan jól mér-e, mint a Maslach.

Közvetlen összehasonlításra a keresztábra elemzés ad lehetőséget. A Maslach-féle alskálák kategória változatait egyesével vettem össze a Pines skála kategóriáival. Azt vizsgáltam eközben, hogy a Maslach alskála egyes kategóriáiba tartozó esetek mekkora része kap hasonló besorolást a Pines kategóriák szerint. Itt figyelembe kell venni, hogy négy Pines kategória van, míg Maslach változatban három. A Pines első

két kategóriája azonban tekinthető a „nem patológiás” résznek, akiknél a kiégés még nem jelentkezik.

A Maslach „érzelmi kimerülés” alszálájának összevetése a Pines kategóriákkal

Az elvégzett keresztábla elemzésből megállapítható, hogy az „alacsony” érzelmi kimerülés kategóriába tartozó 544 személy 88,9%-a, 484 (252+232) fő, a Pines szerinti „örökös eufória” vagy a „jól csinálja” kategóriákba tartozik. Hasonlóan magas azonos besorolást találunk a „közepes” érzelmi kimerülés kategóriában. Az ide tartozó 510 személy 40%-a (204 fő) a Pines „változtatás szükséges” kategóriájába, míg 31%-a (158 fő) a „jól csinálja” kategóriába tartozik. Még meggyőzőbb, hogy a „nagy” érzelmi kimerülésű kategóriába tartozó 147 személy 83%-a a Pines szerint is a legsúlyosabb „kezelés szükséges” kategóriában található. (VIII. sz. táblázat, 2. sz. melléklet)

A két kategorizálás összefüggését a χ^2 -próba megerősíti. A két változó nem független egymástól ($\chi^2=769,874$, $p<0,000$). A változók kapcsolatának erősségét az alábbi mérőszámok is megerősítik: Kendall-féle tau-b: 0,643; Kendall-féle tau-c: 0,643; Gamma: 0,871; Spearman korreláció: 0,704, a szignifikancia mind a négy esetben $p<0,000$.

Összegzésként megállapítható, hogy a Maslach „érzelmi kimerülés” kategoriális alszálája és a Pines besorolás kategoriális változata szignifikáns kapcsolatban van egymással. Az „érzelmi kimerülés” három kategóriájába besorolt egyének 88,9%-a, 71%-a, illetve 83%-a a kimerülés kategóriáknak megfelelő Pines kategóriában található. Az összegzés másképp azt jelenti, hogy az egyének kb. 80%-át mindkét kiégés mérő eszköz azonos módon értékeli.

A Maslach „deperszonalizáció” alszálájának összevetése a Pines kategóriákkal

Az elvégzett keresztábla elemzésből látható, hogy az „alacsony” deperszonalizáció kategóriába tartozó 871 fő 70,4%-a (613 fő) a Pines szerinti „örökös eufória” és „jól csinálja” kategóriákba tartozik. A „közepes” deperszonalizáció csoportba tartozó 279 főből 34,8% (97 fő) sorolható a Pines szerinti „változtatás szükséges” és 45,5% (127 fő) a „kezelés szükséges” csoportba. A „nagy” deperszonalizáció kategóriába tartozó 51 fő 11,8%-a (6 fő) tartozik a „változtatás szükséges” és 84,3%-a (43 fő) a „kezelés szükséges” csoportba. Az eredményekből megállapítható, hogy a deperszonalizáció tekintetében „közepes” kategóriában lévő személyek Pines szerinti kategória

besorolása inkább a „kezelés szükséges” felé tolódik és nem a „változtatás szükséges” kategóriába összpontosul. (IX. sz. táblázat, 2. sz. melléklet)

Jelen esetben is megerősíti a két kategorizálás összefüggését a χ^2 -próba. A két változó nem független egymástól ($\chi^2=383,020$, $p<0,000$). A változók kapcsolatának erősségét az alábbi mérőszámok is megerősítik: Kendall-féle tau-b: 0,476; Kendall-féle tau-c: 0,397; Gamma: 0,783; Spearman korreláció: 0,524, a szignifikancia mind a négy esetben $p<0,000$.

Megállapítható tehát, hogy a Maslach „deperszonalizáció” kategoriális alszála és a Pines besorolás kategoriális változata szignifikáns kapcsolatban van egymással. A „deperszonalizáció” 3 kategóriájába besorolt egyének 70,4%-a, 52,7%-a, illetve 84,3%-a a kimerülés kategóriáknak megfelelő Pines kategóriában található. Ez az alszála is összhangban van a Pines skálával, de a megfelelés kissé gyengébb, mint az „érzelmi kimerülés” esetében.

A Maslach „személyes hatékonyság” alszála összehasonlítása a Pines kategóriákkal

A harmadik, „személyes hatékonyság” alszála negatív korrelációban van a másik két skálával (a korrelációs viszonyokat később mutatom be). A kiégést dominánsan jellemző „érzelmi kimerülés”-hez képest ennek magas értéke épp csökkenti a kiégés lehetőségét. A keresztábra elemzés eredményei azt mutatják, hogy a Maslach-féle „alacsony” személyes hatékonyság kategóriába tartozó 68 fő válaszadó 58,9%-a tartozik a Pines-féle „változtatás szükséges” és „kezelés szükséges” csoportokba, míg a „közepes” személyes hatékonyság kategóriába tartozó 573 válaszadó közül összesen 60,9% tartozik ugyanezen két Pines kategóriába. A „nagy” személyes hatékonyság a kiégés védőfaktorának tekinthető. Az ebbe a kategóriába tartozó 560 válaszadó 74,6%-a Pines két, kiégés által nem érintett kategóriájába tartozik. (X. sz. táblázat, 2. sz. melléklet)

Az elvégzett χ^2 -próba itt is megerősíti a két kategorizálás összefüggését, a két változó nem független egymástól ($\chi^2=215,263$, $p<0,000$). A változók kapcsolatának erősségét a következőkben felsorolt mérőszámok is alátámasztják: Kendall-féle tau-b: -0,360; Kendall-féle tau-c: -0,345; Gamma: -0,538; Spearman korreláció: -0,401, a szignifikancia mind a négy esetben $p<0,000$.

Az eredményeket összegezve megállapítható, hogy a Maslach „személyes hatékonyság” kategoriális alszála és a Pines besorolás kategoriális változata szignifikáns (negatív) kapcsolatban van egymással.

Ezek után megvizsgáltam a Maslach-i alszála egymáshoz való viszonyát is. Az elvégzett Spearman-féle rangkorrelációs elemzés rámutatott, hogy a Maslach alszála közül az „érzelmi kimerülés” és a „deperszonalizáció” közepes, pozitív, szignifikáns kapcsolatban van ($r=0,561$, $p<0,000$), míg az „érzelmi kimerülés” ($r=-0,231$, $p<0,000$) és a „deperszonalizáció” ($r=-0,217$, $p<0,000$) gyenge, negatív, szignifikáns kapcsolatban van a „személyes hatékonyság” változóval. Az igazán kielégített személy tehát az első két skálán magas, a harmadik skálán alacsony eredménnyel rendelkezik.

A súlyos esetek azonos kezelésének tesztelése

Megvizsgáltam azt is, hogy a Maslach szerint súlyos kiegészéssel rendelkező egyének a Pines kategóriákban hogyan oszlanak el (Feltételezés szerint náluk az „érzelmi kimerülés” és a „deperszonalizáció” nagy, és a „személyes hatékonyság” alacsony értékkel bír.). Azt vártam, hogy legnagyobb részben a „kezelés szükséges” kategóriákban találhatók ezen személyek.

Az adatbázisban többféle adatszűrést eszközöltem. Először azok a személyek maradnak vizsgálatban, akik „érzelmi kimerülés” és „deperszonalizáció” értéke magas, és a „személyes hatékonyság” alacsony. Két ilyen személyt találtam, mindkettő a „kezelés szükséges” Pines kategóriában van. Ez a szám azonban kevés a biztos eredményhez, ezért enyhítettem a szűrés feltételein; azok maradtak benn, akiknél az „érzelmi kimerülés” és „deperszonalizáció” érték magas, és a „személyes hatékonyság” alacsony, vagy közepes. Itt már 9 személy található, közülük 77,8% (7 fő) a „kezelés szükséges”, 22,2% (2 fő) pedig a „változtatás szükséges” kategóriába kerül a Pines szerinti mérésben. Tovább enyhítve a feltételeket, még több személy ellenőrizhető. Az enyhítés során az „érzelmi kimerülés” kategóriát változatlanul a magas értéken tartjuk, hiszen a szakirodalom szerint önmagában jól jelzi a kiegészést. A másik két alszála kevésbé érzékeny a kiegészésre ezért itt engedünk és a közepes értéket is bevesszük mindkét alszálánál. Ezzel a könnyítéssel 86 személy Pines szerinti besorolását ellenőrizhetjük. Az eredmények azt adták, hogy a Maslach szerinti magas „érzelmi kimerülés”, közepes, vagy magas „deperszonalizáció” és alacsony, vagy

közepes „személyes hatékonyság” jellemzőkkel bíró személyek 89,5%-a a Pines besorolásban a „kezelés szükséges” értéket kapta, 9,3%-uk a „változtatás szükséges” és csupán 1,2%-uk került a „jól csinálja” besorolás alá. Ezen eredmények megerősítik azt a feltételezést, hogy a Pines-féle Kiegészítő Leltár is ugyan olyan biztonsággal méri a kiégést, mint a Maslach, tehát akik a Maslach-féle kiégést mérő eszköz szerint kiégetteknek tekinthetők, azok a Pines szerint is szenvednek a burnout-tól.

3.4. Hipotézisek vizsgálata

Az áttekintett irodalmak alapján négy hipotézist fogalmaztam meg, melyek elemzését az alábbiakban mutatom be.

3.4.1. Első hipotézis

Feltételezem, hogy a rossz lelkiállapotban lévő szakdolgozók gyakrabban kerülnek konfliktusba munkatársaikkal, mint a jó lelki egészségben lévők.

3.4.1.1. A Pines kiegészítő teszt összefüggése a Jehn-féle munkahelyi konfliktus skálával

Első lépésként megvizsgáltam a két skála normalitását, és egyik sem mutatott normál eloszlást. Az elvégzett Kolmogorov-Smirnov próba (Pines: $p < 0,000$; $z = 0,088$; Jehn: $p < 0,000$; $z = 0,061$) és a Shapiro-Wilk teszt mindkét skálánál szignifikanciát mutatott ($p < 0,000$). Emiatt a Pines és a Jehn skálák közötti összefüggést Spearman-féle rangkorrelációval elemeztem, melynek eredménye, hogy a két változó pozitív korrelációban van egymással ($r = 0,390$; $p < 0,000$), tehát a kiégés Pines-féle összpontszáma pozitívan korrelál a munkahelyi konfliktusok erősségével. Vagyis elmondható, hogy minél kiégettebb a válaszadó, annál gyakoribb a munkahelyi konfliktus is.

Mivel a Pines-féle Kiegészítő Leltár négy csoportba sorolja a válaszadókat a kiégés átlagpontszám alapján, így ezekkel a csoportokkal is elvégeztem az elemzést, melyre elsőként Kruskal-Wallis próbát alkalmaztam. Ennek eredménye azt adta, hogy a négy kiegészítő kategória súlyossága szerint egyre nagyobb a Jehn-féle összpontszám rangszám átlaga (Mean Rank - továbbiakban MR): „örökös eufória” MR=414,74 (n=276); „jól csinálja” MR=557,41 (n=394); „változtatás szükséges” MR=672,79 (n=275); „kezelés szükséges” MR=791,78 (n=256); Chi-Square=175,507; $p < 0,000$.

Az eredmények alapján látható, hogy a négy kategória közül legalább az egyikben lévő vizsgálati személyek munkahelyi konfliktus Jehn-féle mutatója szignifikánsan eltér a többi csoporttól. Felvetődik a kérdés, hogy a kiégés melyik csoportjának mediánja tér el melyik csoportétól? Mivel a két vizsgált skála nem normál eloszlású, ezért páronkénti Mann-Whitney próbát végeztem Bonferroni korrekcióval (a szignifikancia értéket megszorozzuk az összehasonlítandó csoportok számával – 4 –, és az így kapott értéket vetjük össze a 0,05-ös szignifikancia szinttel).

Szignifikáns eltérést kaptam az „örökös eufória” (MR=287,27) és a „jól csinálja” (MR=369,28) kategóriák között a Jehn-féle munkahelyi konfliktus mértékében (U=41061,0; Z=-5,408; $p<0,000$). A „jól csinálja” csoport magasabb rangszám átlaggal rendelkezik a munkahelyi konfliktusok mértékében, mivel a Bonferroni korrekció után is szignifikáns marad a különbség ($p<0,000\times 4<0,000$).

Szintén szignifikáns eltérést kaptam a „jól csinálja” (MR=307,7) és a „változtatás szükséges” (MR=374,11) kategóriák között a Jehn-féle munkahelyi konfliktus mértékében (U=43420,0; Z=-4,379; $p<0,000$). A „változtatás szükséges” csoport magasabb rangszám átlaggal rendelkezik a munkahelyi konfliktusok mértékében, mivel a Bonferroni korrekció után is szignifikáns marad a különbség ($p<0,000\times 4<0,000$).

A „változtatás szükséges” (MR=237,06) és a „kezelés szükséges” (MR=297,08) kategóriák összevetése esetében is szignifikáns eltérést kaptam (U=27242,5; Z=-4,511; $p<0,000$). A „kezelés szükséges” csoport magasabb rangszám átlaggal rendelkezik a munkahelyi konfliktusok mértékében, mivel a Bonferroni korrekció után is szignifikáns marad a különbség ($p<0,000\times 4<0,000$). Az eredmények alapján elmondható, hogy minél rosszabb lelki állapotban van valaki a Pines-féle kiégési skála szerint, annál konfliktusosabban éli meg a munkahelyét.

3.4.1.2. A Maslach-féle kiégési teszt eredményeinek összefüggése a Jehn-féle munkahelyi konfliktus skálával

A vizsgálatot a Maslach kérdőív mindhárom alszálájára (azok kategória változatát használva) elvégeztem, függő változóként a Jehn munkahelyi konfliktus, független változóként a három alszálát szerepeltettem.

Érzelmi kimerültség alskála

Elsőként Kruskal-Wallis próbát végeztem, mely alapján megállapítható, hogy a három „érzelmi kimerültség” kategória súlyossága szerint egyre nagyobb a Jehn-féle összpontszám rangszám átlaga: „alacsony érzelmi kimerültség” kategória MR=496,45; n=544; „közepes érzelmi kimerültség” kategória MR=664,09; n=510; „nagy érzelmi kimerültség” kategória MR=768,67; n=147. Látható, hogy a csoportok elemszáma nem egyenlő megoszlású (a 3. csoportban jóval kevesebb személy található, mint a másik kettőben), ennek ellenére nagyságrendi különbségről nem beszélünk. A Kruskal-Wallis próba eredménye, hogy az „érzelmi kimerültség” alskála három kategóriájába tartozók munkahelyi konfliktus mértékében szignifikáns különbség található (Chi-Square=100,836; $p < 0,000$).

Mivel a Kruskal-Wallis próba nem rendelkezik post hoc teszttel, így itt is a szintén nem paraméteres Mann-Whitney próbák alkalmazásával végeztem többszörös páronkénti összehasonlítást, szem előtt tartva a Bonferroni korrekciót.

„Érzelmi kimerültség” alskála alacsony és közepes kategóriájának összehasonlítása

Az „érzelmi kimerültség” alacsony (MR=454,95) és közepes (MR=604,89) kategóriájába tartozó személyek Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=99250,5$; $Z=-8,003$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy az alacsonyabb érzelmi kimerültségű egyének munkahelyi konfliktus mutatója szignifikánsan alacsonyabb a minta közepes érzelmi kimerültségű emberek alkotta csoportjához képest.

„Érzelmi kimerültség” alskála közepes és nagy kategóriájának összehasonlítása

Az „érzelmi kimerültség” közepes (MR=314,7) és nagy (MR=378,6) kategóriájába tartozó személyek Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=30193,5$; $Z=-3,601$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy a közepes érzelmi kimerültségű egyének munkahelyi konfliktus mutatója szignifikánsan alacsonyabb a minta magas érzelmi kimerültségű emberek alkotta csoportjához képest. Itt azonban meg kell jegyezni, hogy a magas kiegészítő mutatóval rendelkezők csoportjának elemszáma jóval alacsonyabb a közepes mutatóval rendelkezőkhöz képest.

„Érzelmi kimerültség” alskála alacsony és nagy kategóriájának összehasonlítása

Az „érzelmi kimerültség” alacsony (MR=314,1) és nagy (MR=464,07) kategóriájába tartozó személyek Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=22628,0; Z=-8,094; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy az alacsony érzelmi kimerültségű egyének munkahelyi konfliktus mutatója szignifikánsan alacsonyabb a minta magas érzelmi kimerültségű emberek alkotta csoportjához képest. Itt is szükséges megjegyezni, hogy a nagy érzelmi kimerültség mutatóval rendelkezők csoportjának elemszáma jóval alacsonyabb az alacsony mutatóval rendelkezőkhöz képest.

Összegzésként megállapítható, hogy minél súlyosabb a kiégés érzelmi kimerültség dimenziója, annál gyakoribb a munkahelyi konfliktusok előfordulása a válaszadók körében.

Deperszonalizáció alskála

A „deperszonalizáció” alskála elemzéséhez szintén elsőként Kruskal-Wallis próbát végeztem. Megállapítható, hogy a három „deperszonalizáció” kategória súlyossága szerint egyre nagyobb a Jehn-féle összpontszám rangszám átlaga: „alacsony deperszonalizáció” kategória MR=543,14; n=871; „közepes deperszonalizáció” kategória MR=734,54; n=279; „nagy deperszonalizáció” kategória MR=858,62; n=51. Az eredményeket azonban óvatosan kell kezelni, mivel a három kategóriába tartozó válaszadók száma komoly nagyságrendi eltéréseket mutat. A Kruskal-Wallis próba eredménye, hogy a „deperszonalizáció” alskála három kategóriájába tartozók munkahelyi konfliktus mértékében szignifikáns különbség található (Chi-Square=93,978; $p<0,000$).

A deperszonalizáció alskála három kategóriájának összehasonlítását szintén a nem paraméteres Mann-Whitney próbák alkalmazásával végeztem, szem előtt tartva a Bonferroni korrekciót.

„Deperszonalizáció” alskála alacsony és közepes kategóriájának összehasonlítása

A „deperszonalizáció” alacsony (MR=530,67) és közepes (MR=715,47) kategóriájába tartozó személyek Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=82454,0; Z=-8,1; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy az alacsonyabb deperszonalizáció

csoportba tartozó egyének munkahelyi konfliktus mutatója szignifikánsan alacsonyabb a minta közepes deperszonalizáció csoportjába tartozó válaszadókhoz képest.

„Deperszonalizáció” alskála közepes és nagy kategóriájának összehasonlítása

A „deperszonalizáció” közepes (MR=159,07) és nagy (MR=200,66) kategóriájába tartozó válaszadók Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=5321,5$; $Z=-2,867$; $p=0,004$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p=0,004 \times 3 = 0,012$). Megállapítható, hogy a közepes deperszonalizációjú egyének munkahelyi konfliktus mutatója szignifikánsan alacsonyabb a minta nagy deperszonalizációjú válaszadók alkotta csoportjához képest. Itt azonban meg kell jegyezni, hogy a magas deperszonalizáció mutatóval rendelkezők csoportjának elemszáma kevesebb, mint 1/5-e a közepes mutatóval rendelkezőkhöz képest.

„Deperszonalizáció” alskála alacsony és nagy kategóriájának összehasonlítása

A „deperszonalizáció” alacsony (MR=448,47) és nagy (MR=683,96) kategóriájába tartozó személyek Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=10865,0$; $Z=-6,147$ $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy az alacsony deperszonalizációjú válaszadók munkahelyi konfliktus mutatója szignifikánsan alacsonyabb a minta nagy deperszonalizációjú emberek alkotta csoportjához képest. Itt is szükséges megjegyezni, hogy a magas deperszonalizációs mutatóval rendelkezők csoportjának elemszáma jóval alacsonyabb az alacsony mutatóval rendelkezőkhöz képest.

Összegzésként megállapítható, hogy a munkahelyi konfliktus Jehn-féle mutatója annál erősebb, minél magasabb deperszonalizáció kategóriában van a személy. Azonban szükséges ezt az eredményt óvatosan kezelni, mivel a három kategóriába tartozó válaszadók száma nagy aránytalanságot mutat.

Személyes hatékonyság alskála

A „személyes hatékonyság” alskála fordítva mér, tehát a magasabb pontszám jobb állapotot jelent. Elsőként itt is a Kruskal-Wallis próbát végeztem, mely alapján megállapítható, hogy a három „személyes hatékonyság” kategóriában szignifikánsan eltér a Jehn-féle összpontszám rangszám átlaga: „alacsony személyes hatékonyság” kategória MR=647,17; n=68; „közepes személyes hatékonyság” kategória

MR=659,15; n=573; „nagy személyes hatékonyság” kategória MR=535,89; n=560. Itt is szükséges megemlíteni, hogy a három csoportba tartozó válaszadók elemszáma nagy eltérést mutat, mégpedig az alacsony „személyes hatékonyság” csoportba tartozók elemszáma a kirívóan alacsony. A Kruskal-Wallis próba a következő eredményt hozta: a „személyes hatékonyság” alskála három kategóriájába tartozók munkahelyi konfliktus mértékében szignifikáns különbség található (Chi-Square=37,140; $p < 0,000$).

Ezek után szintén nem paraméteres Mann-Whitney próbákkal végeztem el a többszörös páronkénti összehasonlítást Bonferroni korrekcióval.

„Személyes hatékonyság” alskála alacsony és közepes kategóriájának összehasonlítása

A „személyes hatékonyság” alacsony (MR=318,65) és közepes (MR=321,28) kategóriájába tartozó személyek Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai nem térnek el jelentős mértékben egymástól ($U=19322,5$; $Z=-0,111$; $p=0,912$), tehát ezen két csoport között nincs szignifikáns különbség a munkahelyi konfliktusok Jehn-féle mérőszámában.

„Személyes hatékonyság” alskála közepes és nagy kategóriájának összehasonlítása

A „személyes hatékonyság” közepes (MR=624,87) és nagy (MR=507,78) kategóriájába tartozó személyek Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=127279,5$; $Z=-6,030$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható tehát, hogy a közepes és nagy személyes hatékonyságú kategóriába tartozó egyének munkahelyi konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a közepes személyes hatékonyság csoportba tartozók esetében jelentősen gyakoribb a munkahelyi konfliktus.

„Személyes hatékonyság” alskála alacsony és nagy kategóriájának összehasonlítása

A „személyes hatékonyság” alacsony (MR=363,01) és nagy (MR=308,61) kategóriájába tartozó személyek Jehn-féle munkahelyi konfliktus értékének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=15741,0$; $Z=-2,388$; $p=0,019$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után már nem áll fenn ($p=0,019 \times 3 = 0,057$), tehát nincs jelentős különbség az alacsony és nagy személyes hatékonyságú csoportok munkahelyi konfliktusának előfordulásában. Szükséges megjegyezni, hogy az alacsony személyes hatékonyság mutatóval

rendelkezők csoportjának elemszáma jóval alacsonyabb az nagy mutatóval rendelkezőkhöz képest.

Összegzésként megállapítható, hogy a nagy személyes hatékonyság kategóriában lévők szignifikánsan kevesebb pontszámmal rendelkeznek a munkahelyi konfliktus Jehn-féle skáláján, mint a közepes személyes hatékonysággal rendelkezők, tehát a magas személyes hatékonyság negatívan befolyásolja a munkahelyi konfliktusok számát. A vizsgálat eredménye nem megbízható az egyenlőtlen elemszám eloszlás miatt.

3.4.1.3. A Pines kiegészi teszt eredményeinek összefüggése a négy faktoros saját készítésű munkahelyi konfliktus kérdőív (3.2. fejezetben ismertetve) eredményeivel.

A négy faktoros munkahelyi konfliktust jellemző kérdőív négy alszkalája közül egyik sem normál eloszlású, mivel az elvégzett Kolmogorov-Smirnov és Shapiro-Wilk tesztek mindenhol a $p < 0,000$ értéket adták. Ebből következően ismét nemparaméteres próbákkal dolgoztam. Az elvégzett Kruskal-Wallis próba azt mutatja, hogy mind a négy faktor esetében szignifikáns ($p < 0,000$) különbség tapasztalható a Pines egyes kategóriáiban elért rangszám átlagok között. (XI. sz. táblázat, 2. sz. melléklet) A részleteket most is páronként elvégzett Mann-Whitney-próbával tárom fel, alkalmazva a Bonferroni korrekciót (a 4 csoport 6 összehasonlítást igényel, ezért a p értékeket 6-tal szorozzuk).

A négy faktor a Pines „örökös eufória” és „jól csinálja” kategóriái mentén

Az „örökös eufória” (MR=268,38) és a „jól csinálja” (MR=342,36) kiegész kategóriákba tartozó személyek **tekintéllyel való konfliktus** alszkalán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=35681$; $Z=-5,047$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „jól csinálja” kategóriába tartozó egyének tekintéllyel való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „jól csinálja” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön valamilyen tekintéllyel (pl. felettessel, orvossal).

Az „örökös eufória” (MR=330,32) és a „jól csinálja” (MR=301,61) kiegész kategóriákba tartozó személyek **önvédelem** alszkalán elért rangszám átlagai nem térnek el szignifikánsan egymástól ($U=42453$; $Z=-1,949$; $p=0,051$), tehát nincs

jelentős különbség az „örökös eufória” és a „jól csinálja” kategóriába tartozó egyének önvédelmi mutatójában, melyet konfliktus esetén tanúsítanak.

Az „örökös eufória” (MR=266,85) és a „jól csinálja” (MR=343,36) kiégés kategóriákba tartozó személyek *figyelembevétel* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=35303,5; Z=-5,238; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „jól csinálja” kategóriába tartozó egyének figyelembevétel mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „jól csinálja” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban érzik úgy, hogy munkahelyükön akár a felettesek, akár a munkatársak nem veszik figyelembe őket.

Az „örökös eufória” (MR=281,07) és a „jól csinálja” (MR=334) kiégés kategóriákba tartozó személyek *egyenrangúval való konfliktus* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=38829,5; Z=-3,636; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „jól csinálja” kategóriába tartozó egyének egyenrangúval való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „jól csinálja” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön egyenrangú munkatársaikkal (pl. ápoló kollégáikkal).

Összegzésként megállapítható, hogy a Pines szerinti „örökös eufória” csoportba tartozó egyének jelentősen ritkábban kerülnek konfliktusba feletteseikkel és kollégáikkal, valamint kevésbé érzik úgy, hogy nem veszik figyelembe őket munkahelyükön, mint a „jól csinálja” kategóriába tartozó egyének.

A négy faktor a Pines „örökös eufória” és „változtatás szükségése” kategóriái mentén

Az „örökös eufória” (MR=197,32) és a „változtatás szükségése” (MR=315,11) kiégés kategóriákba tartozó személyek *tekintéllyel való konfliktus* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=18060; Z=-9,016; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „változtatás szükségése” kategóriába tartozó egyének tekintéllyel való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „változtatás szükséges” kiégés kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön valamilyen tekintéllyel (pl. feletessel, orvossal).

Az „örökös eufória” (MR=285,04) és a „változtatás szükséges” (MR=233,94) kiegészítő kategóriákba tartozó személyek *önvédelem* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=26651; Z=-3,895; p<0,000), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (p<0,000×6<0,000). Az „örökös eufória” és a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének önvédelmi mutatójában jelentős különbség van, vagyis az „örökös eufória” kategóriába tartozó egyének képesek inkább megvédeni magukat munkahelyi konfliktus esetén.

Az „örökös eufória” (MR=207,21) és a „változtatás szükséges” (MR=305,96) kiegészítő kategóriákba tartozó személyek *figyelembevétel* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=20512,5; Z=-7,587; p<0,000), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (p<0,000×6<0,000). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének figyelembevétel mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban érzik úgy, hogy munkahelyükön akár a felettesek, akár a munkatársak nem veszik figyelembe őket.

Az „örökös eufória” (MR=210,95) és a „változtatás szükséges” (MR=302,5) kiegészítő kategóriákba tartozó személyek *egyenrangúval való konfliktus* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=21439,5; Z=-7,058; p<0,000), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (p<0,000×6<0,000). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének egyenrangúval való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön egyenrangú munkatársaikkal (pl. ápoló kollégáikkal).

Összegzésként elmondható, hogy mindegyik faktornál szignifikáns különbség van a Pines 1 és 3 csoportja alapján. A szignifikancia értékek (p<0,000) Bonferroni szerinti 6-tal való szorzása után is szignifikáns a különbség. Az „örökös eufória” csoportban lévők esetében szignifikánsan alacsonyabb a tekintéllyel, és egyenrangúval való konfliktus, illetve a nem figyelembe vettégek élménye, továbbá magasabb az önvédelmi képesség, mint a „változtatás szükséges” kategóriába tartozóknál.

A négy faktor a Pines „örökös eufória” és „kezelés szükséges” kategóriái mentén

Az „örökös eufória” (MR=176,63) és a „kezelés szükséges” (MR=323,9) kiegészítő kategóriákba tartozó személyek *tekintéllyel való konfliktus* alskálán elért rangszám

átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=12928,5$; $Z=-11,429$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének tekintéllyel való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „kezelés szükséges” kiégés kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön valamilyen tekintéllyel (pl. felettesel, orvossal).

Az „örökös eufória” ($MR=282,42$) és a „kezelés szükséges” ($MR=220,2$) kiégés kategóriákba tartozó személyek *önvédelem* alszáján elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=23579$; $Z=-4,816$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Az „örökös eufória” és a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének önvédelmi mutatójában jelentős különbség van, vagyis a „kezelés szükséges” kiégés kategóriába tartozó egyének kevésbé képesek magukat megvédeni munkahelyi konfliktus esetén.

Az „örökös eufória” ($MR=179,23$) és a „kezelés szükséges” ($MR=321,35$) kiégés kategóriákba tartozó személyek *figyelembevétel* alszáján elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=13574$; $Z=-11,056$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének figyelembevétel mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban érzik úgy, hogy munkahelyükön akár a felettesek, akár a munkatársak nem veszik figyelembe őket.

Az „örökös eufória” ($MR=183,13$) és a „kezelés szükséges” ($MR=317,53$) kiégés kategóriákba tartozó személyek *egyenrangúval való konfliktus* alszáján elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=14540$; $Z=-10,491$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” és a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének egyenrangúval való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön egyenrangú munkatársaikkal (pl. ápoló kollégáikkal).

Összegzés: Mindegyik faktornál szignifikáns különbség van a Pines 1 és 4 csoportja alapján. A szignifikancia értékek ($p<0,000$) Bonferroni szerinti 6-tal való szorzása

után is szignifikáns a különbség. Az „örökös eufória” csoportban lévők esetében szignifikánsan alacsonyabb a tekintéllyel, és egyenrangúval való konfliktus, illetve a nem figyelembe vetttség élménye, továbbá magasabb az önvédelmi képesség, mint a „kezelés szükséges” kategóriába tartozók esetében.

A négy faktor a Pines „jól csinálja” és „változtatás szükséges” kategóriái mentén

A „jól csinálja” (MR=295,96) és a „változtatás szükséges” (MR=361,03) kiégés kategóriákba tartozó személyek *tekintéllyel való konfliktus* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=40325; Z=-4,391; p<0,000), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (p<0,000×6=0,000). Megállapítható, hogy a „jól csinálja” és a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének tekintéllyel való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „változtatás szükséges” kiégés kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön valamilyen tekintéllyel (pl. felettesel, orvossal).

A „jól csinálja” (MR=340,49) és a „változtatás szükséges” (MR=298,39) kiégés kategóriákba tartozó személyek *önvédelem* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=43922,5; Z=-2,832; p=0,005), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (p=0,005×6=0,030). A „jól csinálja” és a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének önvédelmi mutatójában jelentős különbség van, vagyis a „változtatás szükséges” kiégés kategóriába tartozó egyének kevésbé képesek magukat megvédeni munkahelyi konfliktus esetén.

A „jól csinálja” (MR=303,03) és a „változtatás szükséges” (MR=351,09) kiégés kategóriákba tartozó személyek *figyelembevétel* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=42989,5; Z=-3,243; p=0,001), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (p=0,001×6=0,006). Megállapítható, hogy a „jól csinálja” és a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének figyelembevétel mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban érzik úgy, hogy munkahelyükön akár a felettesek, akár a munkatársak nem veszik figyelembe őket.

A „jól csinálja” (MR=297,52) és a „változtatás szükséges” (MR=358,85) kiégés kategóriákba tartozó személyek *egyenrangúval való konfliktus* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=40910,5; Z=-4,163;

$p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy a „jól csinálja” és a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének egyenrangúval való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „változtatás szükséges” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön egyenrangú munkatársaikkal (pl. ápoló kollégáikkal).

Összegezve az eredményeket elmondható, hogy mindegyik faktornál szignifikáns különbség van a Pines 2 és 3 csoportja alapján. A szignifikancia értékek ($p = 0,000 - 0,005$) Bonferroni szerinti 6-tal való szorzása után is szignifikáns a különbség. A „jól csinálja” csoportban lévők esetében szignifikánsan alacsonyabb a tekintéllyel, és egyenrangúval való konfliktus, illetve a nem figyelembe vetttség élménye, továbbá magasabb az önvédelmi képesség, mint a „változtatás szükséges” kategóriába tartozók esetében.

A négy faktor a Pines „változtatás szükséges” és „kezelés szükséges” kategóriái mentén

A „változtatás szükséges” ($MR = 235,29$) és a „kezelés szükséges” ($MR = 288,24$) kiégés kategóriákba tartozó személyek **tekintéllyel való konfliktus** alkálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U = 27010,5$; $Z = -4,027$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy a „változtatás szükséges” és a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének tekintéllyel való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „kezelés szükséges” kiégés kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön valamilyen tekintéllyel (pl. felettséssel, orvossal).

A „változtatás szükséges” ($MR = 268,89$) és a „kezelés szükséges” ($MR = 252,64$) kiégés kategóriákba tartozó személyek **önvédelem** alkálán elért rangszám átlagai nem térnek el szignifikánsan egymástól ($U = 31788$; $Z = -1,232$; $p = 0,218$), vagyis a „változtatás szükséges” és a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének önvédelmi mutatójában nincs jelentős különbség, tehát munkahelyi konfliktus esetén ugyan olyan mértékben képesek magukat megvédeni.

A „változtatás szükséges” ($MR = 224,88$) és a „kezelés szükséges” ($MR = 299,26$) kiégés kategóriákba tartozó személyek **figyelembevétel** alkálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U = 24221,5$; $Z = -5,650$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll

($p < 0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy a „változtatás szükséges” és a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének figyelembevétel mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban érzik úgy, hogy munkahelyükön akár a felettesek, akár a munkatársak nem veszik figyelembe őket.

A „változtatás szükséges” (MR=234,43) és a „kezelés szükséges” (MR=289,15) kiégés kategóriákba tartozó személyek *egyenrangúval való konfliktus* alskálán elért rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=26780$; $Z=-4,183$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy a „változtatás szükséges” és a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének egyenrangúval való konfliktus mutatója között szignifikáns különbség van, vagyis a „kezelés szükséges” kategóriába tartozó egyének jelentősen gyakrabban kerülnek konfliktusba munkahelyükön egyenrangú munkatársaikkal (pl. ápoló kollégáikkal).

Összegzés: Az önvédelem kivételével mindegyik faktornál szignifikáns különbség van a Pines 3 és 4 csoportja alapján. A szignifikancia értékek ($p < 0,000$) Bonferroni szerinti 6-tal való szorzása után is szignifikáns a különbség (az „önvédelem” kivételével). A „változtatás szükséges” csoportban lévők esetében szignifikánsan alacsonyabb a tekintéllyel, és egyenrangúval való konfliktus, illetve a nem figyelembe vetttség élménye, mint a „kezelés szükséges” kategóriába tartozók esetében.

3.4.1.4. A Maslach kiégési teszt eredményeinek összefüggése a négy faktoros saját készítésű munkahelyi konfliktus kérdőív eredményeivel

Spearman-féle rangkorreláció számítással vetem össze a Maslach-féle kiégés kérdőív három alskáláját, mint folytonos változót a négy faktoros, saját készítésű munkahelyi konfliktus kérdőív változóival.

Az érzelmi kimerülés alskála pozitív, szignifikáns kapcsolatban van a tekintéllyel való konfliktus ($r=0,340$; $p < 0,000$), a figyelembevétel ($r=0,317$; $p < 0,000$) és az egyenrangúval való konfliktus ($r=0,283$; $p < 0,000$), és negatív, de szignifikáns kapcsolatban az önvédelem alskálával ($r=-0,099$; $p=0,001$).

A deperszonalizáció alskála ugyancsak pozitív, szignifikáns kapcsolatban áll a tekintéllyel való konfliktus ($r=0,370$; $p < 0,000$), a figyelembevétel ($r=0,371$; $p < 0,000$)

és az egyenrangúval való konfliktus ($r=0,334$; $p<0,000$), és negatív, de szignifikáns kapcsolatban az önvédelem alskálával ($r=-0,116$; $p<0,000$).

A személyes hatékonyság alskála negatív, szignifikáns kapcsolatban van a tekintéllyel való konfliktus ($r=-0,192$; $p<0,000$), a figyelembevétel ($r=-0,237$; $p<0,000$) és az egyenrangúval való konfliktus ($r=-0,175$; $p<0,000$), és pozitív, szignifikáns kapcsolatban az önvédelem alskálával ($r=0,232$; $p<0,000$).

Összegezve megállapítható, hogy minél erősebb a kiégettség, annál jellemzőbbek a munkahelyi konfliktusok, illetve minél erősebb a személyes hatékonyság, annál inkább kevésbé jellemzőek a munkahelyi konfliktusok. Az önvédelem annál erőteljesebb, minél alacsonyabb a kiégés szintje, illetve annál erősebb, minél erősebb a személyes hatékonyság.

Mind a Jehn-féle munkahelyi konfliktust, mind a saját, munkahelyi konfliktus mérésére szerkesztett kérdéssorozatok elemzése alátámasztják azt a feltételezést, hogy minél kiégettebb valaki, annál gyakrabban kerül konfliktusba a munkahelyén kollégáival, felettesével, így ***első hipotézisem igazolást nyert.***

3.4.2. Második hipotézis

Feltételeztem, hogy a magas munkahelyi bizonytalanság összefügg a kiéeggel és a munkahelyi konfliktusokkal.

A hipotézist szükséges kettébontani:

2/a hipotézis: A magas munkahelyi bizonytalanság összefügg a kiéeggel.

2/b hipotézis: A magas munkahelyi bizonytalanság összefügg a munkahelyi konfliktusokkal.

3.4.2.1. 2/a hipotézis vizsgálata

Munkahelyi bizonytalanság összevetése a Maslach Burnout Inventory-val

A munkahelyi bizonytalanság összeredményét és a két alskálát is külön-külön összevettem a kiégés Maslach-féle alskáláival. Mivel a bizonytalanság intervallum szintű, a Maslach alskáláknál is az össz-értékeket megjelenítő változatot használtam, nem pedig a kategoriális változatot. Azt néztem meg, hogy van-e lineáris kapcsolat a munkahelyi bizonytalanság és a kiégés között. Mivel ezek a változók nem normál eloszlásúak, így a lineáris kapcsolat vizsgálatára a Spearman-féle rangkorreláció elemzést végeztem.

A korrelációs táblázatból látható (XII. sz. táblázat, 2. sz. melléklet), hogy mindegyik bizonytalanság skála (külső, belső, össz.) szignifikáns lineáris kapcsolatban van mindegyik kiégés alskálával. A „személyes hatékonyság” alskálával mindhárom bizonytalanság skála negatív korrelációban van. Ez azt jelenti, hogy a kisebb „személyes hatékonyság” értékkel rendelkező személyek magasabb munkahelyi bizonytalansággal rendelkeznek. Megjegyzendő, hogy a bizonytalanság és a kiégés közötti kapcsolat gyenge ugyan (a korrelációs együtthatók alacsony értéket vesznek fel: 0,162; -0,296; illetve -0,166; -0,222), de szignifikáns ($p < 0,000$). A linearitás létezik tehát a két tulajdonság között: a munkahelyi bizonytalanság gyenge, pozitív, szignifikáns kapcsolatban van a kiégés mértékével.

Munkahelyi bizonytalanság összevetése a Pines-féle Kiégés Leltárral

Mivel a Pines-féle kiégés pontszámai sem mutatnak normál eloszlást a vizsgált mintában, így itt is a Spearman-féle rangkorrelációt végeztem el a linearitás vizsgálatához. A korrelációs mátrixból látható (XIII. sz. táblázat, 2. sz. melléklet), hogy a munkahelyi bizonytalanság a kiégés Pines szerinti mérésével is gyenge, pozitív, szignifikáns ($p < 0,000$) kapcsolatban van. Szembeötlő, hogy a korrelációs együtthatók (0,317; 0,322; 0,382) magasabbak, mint a Maslach esetében. Ennek az lehet az oka, hogy a Maslach komponensekre (alskálákra) bontja a kiégés értékelését, míg a Pines összegzett eredményt hordoz, egy változóban hordozza a teljes hatást. A Pines eredménnyel tehát szorosabb a munkahelyi bizonytalanság kapcsolata.

A második hipotézisem ezen része igazolást nyert, vagyis a munkahelyi bizonytalanság összefügg a kiégéssel (a munkahelyi bizonytalanság magas szintje nagyobb fokú kiégéssel jár együtt).

3.4.2.2. 2/b hipotézis vizsgálata

Munkahelyi bizonytalanság kapcsolata a Jehn-féle munkahelyi konfliktussal

A belső és külső munkahelyi bizonytalanság és a Jehn-féle munkahelyi konfliktus két alskálája sem normál eloszlású, ezért a közöttük lévő kapcsolat feltárására Spearman-féle rangkorreláció elemzést alkalmaztam. A külső munkahelyi bizonytalanság alskála gyenge pozitív, de szignifikáns kapcsolatban van a Jehn-féle kapcsolati ($r=0,140$; $p < 0,000$) és feladat konfliktus ($r=0,145$; $p < 0,000$) alskálákkal. Ugyan ez mondható el a belső bizonytalanság alskáláról is: kapcsolati konfliktus ($r=0,166$; $p < 0,000$) és feladat konfliktus ($r=0,196$; $p < 0,000$). Minél nagyobb tehát a

munkahelyi bizonytalanság, annál több konfliktust élnek át munkahelyükön a válaszadók.

Munkahelyi bizonytalanság kapcsolata a saját, négy faktoros munkahelyi konfliktust mérő kérdéssorozattal

A vizsgált változók ennél a kérdésnél sem normál eloszlásúak, ezért ebben az esetben is a Spearman-féle rangkorreláció elemzéssel végeztem a változók közötti összefüggések vizsgálatát. A külső bizonytalanság gyenge pozitív, de szignifikáns kapcsolatban van a tekintéllyel való konfliktus ($r=0,207$; $p<0,000$), a figyelembevétel mellőzése ($r=0,209$; $p<0,000$) és az egyenrangúval való konfliktus ($r=0,128$; $p<0,000$) faktorokkal, az önvédelemmel viszont nem áll összefüggésben ($r=-0,052$; $p=0,080$).

A munkahelyi belső bizonytalansággal mind a négy faktor gyenge (bár az előző vizsgálatban szereplő Jehn-félénél valamivel erősebbek ezek a kapcsolatok) szignifikáns kapcsolatban van: tekintéllyel való konfliktus ($r=0,199$; $p<0,000$), figyelembevétel mellőzése ($r=0,279$; $p<0,000$) és az egyenrangúval való konfliktus ($r=0,165$; $p<0,000$). Az önvédelemmel negatív a kapcsolat ugyan, de a mértéke elenyészően kicsi ($r=-0,072$; $p=0,015$). Minél nagyobb a munkahelyi belső és külső bizonytalanság, annál jellemzőbbek a konfliktusok, illetve annál intenzívebb az érzés, hogy az egyéni vélemény nem számít, illetve minél nagyobb a belső bizonytalanság, annál kevésbé működik az önvédelem munkahelyi konfliktus esetén. Második hipotézisem ezen része is igazolódott.

Az eredmények alapján megállapítható, hogy a munkahelyi bizonytalanság magas szintje együtt jár a kiégés magas szintjével, illetve minél nagyobb a munkahelyi bizonytalanság, annál gyakrabban részesei munkahelyi konfliktusoknak a válaszadók, így *második hipotézisem igazolódott.*

3.4.3. Harmadik hipotézis

Feltételezem, hogy a súlyosan kiégett szakdolgozókat gyakrabban érik agressziós cselekmények a betegektől illetve a hozzátartozóktól, illetve ezeket kevésbé tudják feldolgozni, mint a jó lelkiállapotban lévők.

A hipotézist szükséges kettébontani:

3/a hipotézis: A súlyosan kiégett szakdolgozókat gyakrabban érik agressziós cselekmények a betegektől.

3/b hipotézis: A súlyosan kiégett szakdolgozók nehezebben tudják feldolgozni az agresszív cselekményeket, mint a kevésbé kiégett kollégáik.

3.4.3.1. 3/a hipotézis vizsgálata

A hipotézis elemzéséhez az Overt agresszió skálát (*Yudofsky és mtsai, 1986*), mint függő változót vettem össze a két, kiégetést mérő skálával. Az agresszió skálára ordinális változóként tekintettem, mivel a kérdőívben kategóriák vannak jelölve a válaszadás lehetőségeként, melyek minden item esetében növekvő érintettséget jeleznek, így ezek 1-4-ig terjedő ordinális mérési szintű skálát biztosítanak (ordinális szintű az a skála, ahol az egymást követő értékek között a kisebb/nagyobb reláció értelmezhető). Ezen a skálán lehet tartalmat adni az átlagnak, hiszen pl.: a 2,3 átlag egy item esetében azt jelenti, hogy 10 alkalom alatti agressziós esemény a jellemző, de vannak ezt meghaladó, 20 eseményt el nem érő vizsgálati személyek. Ez a skála a kérdőív 19. (amióta az egészségügyben dolgozik) és 20. (az elmúlt 12 hónapban) kérdésében is szerepel. Az összegzést kétféle módon végeztem el:

- átlag létrehozása a verbális alskálára, fizikai alskálára, illetve az összes eseményre
- összegzés létrehozása a verbális alskálára, fizikai alskálára, illetve az összes eseményre

Első lépésként megvizsgáltam az Overt agresszió skálát, mely 2×3 alskálával van jelen: teljes, verbális, fizikai (amióta az egészségügyben dolgozik, illetve az elmúlt 12 hónapban). Az elvégzett egymintás Kolmogorov-Smirnov próba mindegyik alskála esetében szignifikáns ($p < 0,000$), tehát nem követnek normál eloszlást. Az agressziót megjelenítő változók egymáshoz való viszonyának vizsgálata során a fizikai és a verbális agresszió alskálák összevetését végeztem el az „Amióta az egészségügyben dolgozik” (19. kérdés) és az „Elmúlt 12 hónapban” (20. kérdés) esetében külön-külön, Wilcoxon-próbával. Mindkét esetben azt kaptam, hogy a verbális és fizikai alskálák által mért eredmények szignifikánsan különböznek egymástól (pl.: K19 esetében $z = -28,996$, $p = 0 < 0,025$ (!). A reláció a verbális agressziót összegző alskálát jellemzőbbnek tartja (19. kérdés esetében $Z = -28,996$, $p < 0,000$; 20. kérdés esetében $Z = -26,827$, $p < 0,000$) mindkét esetben. Ez a rangszám átlagok esetében is jól látható, mivel a 19. kérdésnél 1201 válaszadóból 1109 esetében magasabb a verbális agresszió rangszám átlaga (581,11), mint a fizikai

agresszióé (89,55). A 20. kérdésnél is hasonló eredményre jutottam: 951 válaszadó esetében magasabb a verbális agresszió rangszám átlaga (498,65), mint a fizikai agresszióé (102,54). Összegzésként elmondható, hogy a válaszadók esetében a verbális agresszió meghatározóbb, mint a fizikai agresszió.

Az alap hipotézisek vizsgálatához el kell dönteni, hogy melyik agresszió változó töltse be a függő változó szerepét. Mint a fentiekből látható, a verbális agresszió gyakoribb, érdemes ezt használni. További kérdés, hogy a verbális agresszió melyik változóban erősebb; az eddigi, egészségügyben eltöltött munkaidő, illetve az elmúlt 12 hónap alatt. Ennek eldöntésére Wilcoxon próbát alkalmaztam. A kérdőív 19. kérdésének (agresszió átélése, amióta az egészségügyben dolgozik) adataiban gyakoribb az agresszió ($Z=-24,025$, $p<0,000$), mint a 20. kérdés adataiban (agresszió az elmúlt 12 hónapban) ($Z=-25,278$, $p<0,000$), tehát a számításoknál a 19. kérdés agresszió skálái jönnek szóba. Érdemes a 19. kérdés összes agressziót tartalmazó változóját használni, mert abban a verbális és a – minimális ugyan, de létező – fizikai agresszió is megjelenik. Ezt alátámasztja a lenti ismételt Wilcoxon próba is ($Z=-28,996$, $p<0,000$).

A hipotézis ellenőrzése

Az eddigi elemzésekből következően függő változónak az Overt agresszió skála 19. kérdésben összesített verzióját érdemes alkalmazni a hipotézis vizsgálatához.

Pines-féle kiégés összevetése az agresszióval

A kiégés négy kategóriájának összevetését az Overt agresszió skála 19. kérdésben összesített verziójával először Kruskal-Wallis próbával végeztem, mivel nem normál eloszlású változóról van szó. Az „örökös eufória” csoportba tartozó 276 válaszadó rangszám átlaga 461,01; a „jól csinálja” csoportba tartozóké ($n=394$) 566,85; a „változtatás szükséges” csoport tagjaié ($n=275$) 663,75; a „kezelés szükséges” csoportba tartozóké ($n=256$) pedig 737,08. A rangszám átlagokból látható, hogy szignifikáns eltérés mutatható ki az egyes kiégettségi csoportok között az agresszió érintettségben ($\text{Chi-Square}=97,698$, $p<0,000$). Mindezek után a kategóriák közötti viszonyt Mann-Whitney próbákkal vizsgáltam (Bonferroni korrekcióval), mely az alábbi eredményeket hozta.

Az „örökös eufória” és a „jól csinálja” csoportok agresszió érintettségének összevetése

Az „örökös eufória” (MR=300,98) és a „jól csinálja” (MR=359,68) csoportba tartozó válaszadók agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=44844,5$; $Z=-3,881$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb a „jól csinálja” csoporthoz képest.

Az „örökös eufória” és a „változtatás szükséges” csoportok agresszió érintettségének összevetése

Az „örökös eufória” (MR=227,67) és a „változtatás szükséges” (MR=324,5) csoportba tartozó válaszadók agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=24612$; $Z=-7,161$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a „változtatás szükséges” csoporté.

Az „örökös eufória” és a „kezelés szükséges” csoportok agresszió érintettségének összevetése

Az „örökös eufória” (MR=209,36) és a „kezelés szükséges” (MR=328,11) csoportba tartozó válaszadók agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=19556$; $Z=-8,926$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy az „örökös eufória” csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a „kezelés szükséges” csoporté.

A „jól csinálja” és a „változtatás szükséges” csoportok agresszió érintettségének összevetése

A „jól csinálja” (MR=312,43) és a „változtatás szükséges” (MR=367,34) csoportba tartozó válaszadók agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=45281$; $Z=-3,626$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy a „jól csinálja” csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a „változtatás szükséges” csoporté.

A „jól csinálja” és a „kezelés szükséges” csoportok agresszió érintettségének összevetése

A „jól csinálja” (MR=289,74) és a „kezelés szükséges” (MR=380,53) csoportba tartozó válaszadók agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek

egymástól ($U=36343,5$; $Z=-6,037$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$). Megállapítható, hogy a „jól csinálja” csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a „kezelés szükséges” csoporté.

A „változtatás szükséges” és a „kezelés szükséges” csoportok agresszió érintettségének összevetése

A „változtatás szükséges” ($MR=247,91$) és a „kezelés szükséges” ($MR=285,43$) csoportba tartozó válaszadók agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=30225$; $Z=-2,821$; $p=0,005$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p=0,005 \times 6 = 0,030$). Megállapítható, hogy a „változtatás szükséges” csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb a „kezelés szükséges” csoportéhoz képest.

A fenti eredményekből megállapítható, hogy a kiégettség Pines-féle kategóriái szerint minél intenzívebb a kiégettségi szint, annál jellemzőbb az agresszióban való érintettség a munkahelyen.

Maslach-féle kiégés összevetése az agresszióval

Érzelmi kimerülés

A Maslach Burnout Inventory érzelmi kimerülés alszála alapján három kategória jön létre: alacsony $n=544$ ($MR=504,75$); közepes $n=510$ ($MR=656,84$); nagy $n=147$ ($MR=763,45$). Ezek elemszáma nem egyenletes eloszlású, mivel a „nagy” csoportba jóval kevesebb válaszadó került, mint a másik kettőbe. Kruskal-Wallis próbával elemezve azt találtam, hogy ezen alcsoportokba tartozó emberek agresszióra vonatkozó mutatójának eredményében szignifikáns eltérés tapasztalható ($\text{Chi-Square}=87,819$, $p<0,000$). A kategóriák közötti viszonyt Mann-Whitney próbákkal tártam fel. Azt vártam, hogy az alacsony, közepes és nagy érzelmi kimerültségű csoportok mindegyike szignifikánsan különbözik a többitől, továbbá, hogy a magasabb kiégettségű kategóriában magasabb lesz az agresszió érintettség.

Az alacsony és közepes érzelmi kimerültségű csoport agresszió érintettségének összevetése

Az „érzelmi kimerültség” alacsony ($MR=461,92$) és közepes ($MR=597,46$) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=103042,0$; $Z=-7,246$; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll

($p < 0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy az alacsony érzelmi kimerültségű csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb a közepes érzelmi kimerültségű csoporthoz képest.

A közepes és nagy érzelmi kimerültségű csoport agresszió érintettségének összevetése

Az „érzelmi kimerültség” közepes (MR=314,89) és nagy (MR=377,97) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=30287,0$; $Z=-3,557$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy a nagy érzelmi kimerültségű egyének agresszió érintettsége szignifikánsan magasabb a minta közepes érzelmi kimerültségű emberek alkotta csoportjához képest.

Az alacsony és nagy érzelmi kimerültségű csoport agresszió érintettségének összevetése

Az „érzelmi kimerültség” alacsony (MR=315,33) és nagy (MR=459,48) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=23302,0$; $Z=-7,794$; $p < 0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p < 0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy a nagy érzelmi kimerültségű egyének agresszió érintettsége szignifikánsan magasabb a minta alacsony érzelmi kimerültségű emberek alkotta csoportjához képest. Összegzésként elmondható, hogy a magasabb érzelmi kimerültséggel rendelkezők csoportjának magasabb az agresszió érintettsége.

Deperszonalizáció

A „deperszonalizáció” alszáján szintén három kategória jön létre: alacsony $n=871$ (MR=549,95); közepes $n=279$ (MR=717,76); nagy $n=51$ (MR=834,05). Ezek elemszáma nem egyenletes eloszlású, mivel a „nagy” csoportba jóval kevesebb válaszadó került, mint a másik kettőbe. Kruskal-Wallis próbával elemezve azt találtam, hogy ezen alcsoportokba tartozó emberek agresszióra vonatkozó mutatójának (rangszám átlag) eredményében szignifikáns eltérés tapasztalható (Chi-Square=73,894, $p < 0,000$). A kategóriák közötti viszonyt jelen esetben is Mann-Whitney próbákkal tártam fel. Azt vártam, hogy az alacsony, közepes és nagy deperszonalizációjú csoportok mindegyike szignifikánsan különbözik a többitől,

továbbá, hogy a magasabb kiégettségű kategóriában magasabb lesz az agresszió érintettség.

Alacsony és közepes deperszonalizációval rendelkezők agresszió érintettségének viszonya

A „deperszonalizáció” alacsony (MR=536,28) és közepes (MR=697,94) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=87344,5; Z=-7,095; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy az alacsony deperszonalizációjú csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb a közepes deperszonalizációjú csoporthoz képest.

Alacsony és nagy deperszonalizációval rendelkezők agresszió érintettségének viszonya

A „deperszonalizáció” alacsony (MR=449,67) és nagy (MR=663,48) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=11919,5; Z=-5,591; $p<0,000$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 3 < 0,000$). Megállapítható, hogy az alacsony deperszonalizációjú csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb a nagy deperszonalizációjú csoporthoz képest.

Közepes és nagy deperszonalizációval rendelkezők agresszió érintettségének viszonya

A „deperszonalizáció” közepes (MR=159,82) és nagy (MR=196,57) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól (U=5530; Z=-2,533; $p=0,011$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p=0,011 \times 3 = 0,033$). Megállapítható, hogy a közepes deperszonalizációjú csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a nagy deperszonalizációjú csoporté.

Összegzésként megállapítható, hogy minél magasabb a deperszonalizáció, annál inkább érintett a válaszadó a munkahelyi agresszióban.

Személyes hatékonyság

A „személyes hatékonyság” alszáján is három kategória jön létre: alacsony $n=68$ (MR=531,19); közepes $n=573$ (MR=635,76); nagy $n=560$ (MR=573,91). Ezek elemszáma nem egyenletes eloszlású, mivel az „alacsony” csoportba jóval kevesebb válaszadó került, mint a másik kettőbe. Kruskal-Wallis próbával elemezve azt

találtam, hogy ezen alcsoportokba tartozó emberek agresszióra vonatkozó mutatójának (rangszám átlag) eredményében szignifikáns eltérés tapasztalható (Chi-Square=11,987, $p=0,002$). A kategóriák közötti viszonyt itt is Mann-Whitney próbákkal tártam fel. Azt vártam, hogy az alacsony, közepes és nagy személyes hatékonyságú csoportok mindegyike szignifikánsan különbözik a többitől, továbbá, hogy a magasabb személyes hatékonyságú kategóriában alacsonyabb lesz az agresszió érintettség.

Alacsony és közepes személyes hatékonysággal rendelkezők agresszió érintettségének viszonya

A „személyes hatékonyság” alacsony (MR=271,72) és közepes (MR=326,85) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=16131$; $Z=-2,327$; $p=0,020$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után már nem áll fent ($p=0,020 \times 3 = \mathbf{0,060}$), tehát az alacsony és közepes személyes hatékonysággal rendelkezők agresszió érintettsége nem különbözik jelentősen egymástól.

Alacsony és nagy személyes hatékonysággal rendelkezők agresszió érintettségének viszonya

A „személyes hatékonyság” alacsony (MR=293,97) és nagy (MR=316,99) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai nem térnek el szignifikánsan egymástól ($U=17644$; $Z=-0,991$; $p=0,322$), tehát nincs lényeges különbség e két csoport agresszió érintettségében.

Közepes és nagy személyes hatékonysággal rendelkezők agresszió érintettségének viszonya

A „személyes hatékonyság” közepes (MR=595,91) és nagy (MR=537,42) kategóriájába tartozó személyek agresszió érintettségének rangszám átlagai szignifikánsan eltérnek egymástól ($U=143875,5$; $Z=-3,016$; $p=0,003$), mely szignifikáns eltérés a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p=0,003 \times 3 = \mathbf{0,009}$), tehát a közepes személyes hatékonysággal rendelkezők agresszió érintettsége jelentősen nagyobb, mint a nagy személyes hatékonysággal rendelkezőké.

A Kruskal-Wallis próba által kimutatott szignifikáns különbséget a fentiek szerint egyedül a közepes és nagy személyes hatékonysággal rendelkező csoportok közötti különbség okozza. A nagy személyes hatékonysággal rendelkező egyedek csoportjának szignifikánsan kisebb az agresszió érintettsége.

Harmadik hipotézisem első fele, vagyis az, hogy minél kiégettebb valaki, annál több agresszió éri a betegektől vagy a hozzátartozóktól, igazolást nyert, bár azt meg kell jegyezni, hogy itt a Pines Kiegész leltár biztosabb eredményt hozott, mint a Maslach-féle kiegész kérdőív, mivel ez utóbbinál az egyes csoportokba tartozó esetszámok között nagy számbeli eltérés volt kimutatható.

3.4.3.2. 3/b hipotézis vizsgálata

A harmadik hipotézisem második felének vizsgálata során az agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatást mérő skálát (IMPACS) (Needham és mtsai, 2005) tekintettem függő változónak, ezt vettem össze a kiegész Pines és Maslach mérőeszközeinek kategorizált adataival.

A kiegész Pines-féle kategorizált változóinak összevetése az IMPACS-al

Elsőként Kruskal-Wallis próbát végeztem, mely mindhárom IMPACS alskála esetében jelzi, hogy a 4 kategória közül, legalább az egyik lényegesen eltér a többitől (IMPACS 1. alskála: $\chi^2=176,399$, $p<0,000$; IMPACS 2. alskála: $\chi^2=170,143$, $p<0,000$; IMPACS 3. alskála: $\chi^2=234,001$, $p<0,000$). Az összegző táblázatban látható, hogy mindegyik alskála esetében a „kiégettebb” kategóriába tartozó emberek IMPACS alskála szerinti rangszám átlaga magasabb. (XIV. sz. táblázat, 2. sz. melléklet)

A Kruskal-Wallis próba Post Hoc tesztje a páronkénti Mann-Whitney próba. A Pines-féle négy kategória összes lehetséges párosítását ellenőrizni kell: 1-2; 1-3; 1-4; 2-3; 2-4; 3-4. Ez hat darab Mann-Whitney próbát igényel. A szignifikanciát csak akkor fogadhatjuk el, ha a p értékének 6-szorosa is 0,05 alatt lesz. A reláció pedig akkor nyer igazolást, ha a p 6-szorosa 0,025 alatt lesz. Ezek azonban mindegyik esetben teljesülnek az alábbi adatok tanúsága szerint.

Az „örökös eufória” és a „jól csinálja” csoportok összevetése az IMPACS alskálákon

Az IMPACS 1. alskálája (kapcsolatromlás az ellátó és a bántalmazó beteg között) esetében a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=345,77) szignifikánsan ($U=36940,5$; $Z=-5,146$; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=272,94), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$).

Az IMPACS 2. alskálája (súlyos negatív emocionális hatás) esetében a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=347,66) szignifikánsan (U=36227,5; Z=-5,415; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=270,13), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000\times 6<0,000$).

Az IMPACS 3. alskálája (ellenséges érzelmek a külvilággal szemben) esetében a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=346,39) szignifikánsan (U=36706,0; Z=-5,531; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=272,01), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000\times 6<0,000$).

Az „örökös eufória” és a „változtatás szükséges” csoportok összevetése az IMPACS alskálákon

Az IMPACS 1. alskálája esetében a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=316,26) szignifikánsan (U=19360,5; Z=-8,806; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=203,72), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000\times 6<0,000$).

Az IMPACS 2. alskálája esetében a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=307,70) szignifikánsan (U=21655,5; Z=-7,413; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=212,76), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000\times 6<0,000$).

Az IMPACS 3. alskálája esetében a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=321,24) szignifikánsan (U=18026,0; Z=-9,885; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=198,47), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000\times 6<0,000$).

Az „örökös eufória” és a „kezelés szükséges” csoportok összevetése az IMPACS alskálákon

Az IMPACS 1. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=328,26) szignifikánsan (U=12458,5; Z=-11,977; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=176,55), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000\times 6<0,000$).

Az IMPACS 2. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=329,25) szignifikánsan (U=12213,5; Z=-12,094; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=175,58), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$).

Az IMPACS 3. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=336,02) szignifikánsan (U=10535,0; Z=-13,447; $p<0,000$) magasabb az „örökös eufória” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=168,98), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$).

A „jól csinálja” és a „változtatás szükséges” csoportok összevetése az IMPACS alskálákon

Az IMPACS 1. alskálája esetében a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=365,56) szignifikánsan (U=39380,0; Z=-4,917; $p<0,000$) magasabb a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=293,68), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$).

Az IMPACS 2. alskálája esetében a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=349,18) szignifikánsan (U=43771,0; Z=-2,997; $p<0,000$) magasabb a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=305,30), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$).

Az IMPACS 3. alskálája esetében a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=373,65) szignifikánsan (U=37212,5; Z=-5,972; $p<0,000$) magasabb a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=287,95), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$).

A „jól csinálja” és a „kezelés szükséges” csoportok összevetése az IMPACS alskálákon

Az IMPACS 1. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=392,20) szignifikánsan (U=27353,5; Z=-8,935; $p<0,000$) magasabb a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=261,86), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll ($p<0,000 \times 6 < 0,000$).

Az IMPACS 2. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=393,99) szignifikánsan (U=26909,5; Z=-9,123; p<0,000) magasabb a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=260,69), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (**p<0,000×6<0,000**).

Az IMPACS 3. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=408,00) szignifikánsan (U=23436,0; Z=-10,874; p<0,000) magasabb a „jól csinálja” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=251,50), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (**p<0,000×6<0,000**).

A „változtatás szükséges” és a „kezelés szükséges” csoportok összevetése az IMPACS alskálákon

Az IMPACS 1. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=286,46) szignifikánsan (U=26298,0; Z=-4,123; p<0,000) magasabb a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=232,63), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (**p<0,000×6<0,000**).

Az IMPACS 2. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=297,67) szignifikánsan (U=23518,5; Z=-5,786; p<0,000) magasabb a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=222,26), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (**p<0,000×6<0,000**).

Az IMPACS 3. alskálája esetében a „kezelés szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlaga (MR=292,11) szignifikánsan (U=24897,0; Z=-4,985; p<0,000) magasabb a „változtatás szükséges” csoportba tartozó egyének rangszám átlagánál (MR=227,40), mely szignifikancia a Bonferroni korrekció elvégzése után is fennáll (**p<0,000×6<0,000**).

Összegzésként megállapítható, hogy a Pines-féle kiégettségi mutató szerint magasabb értékkel bíró vizsgálati személyek mindhárom IMPACS alskála értékei szignifikánsan magasabbak, mint a kiégettség tekintetében alacsonyabb besorolással bíró személyek értékei. Ebben az esetben ez azt jelenti, hogy minél kiégettebb valaki, agresszió átélése esetén annál inkább jellemző rá, hogy megromlik a kapcsolata a beteggel, negatív érzelmi hatás következik be, illetve ellenségessé válik a külvilággal szemben.

A kiegészés Maslach-féle kategorizált változóinak összevetése az IMPACS-al

A Maslach kérdőív három alskálájában három kategória található, ezeket vetem össze az IMPACS három alskálájával. A változók nem normál eloszlása miatt Spearman-féle rangkorrelációs vizsgálatot végeztem, mivel sejthető, hogy a kiegészés és az érzelmi hatás mértéke között lineáris kapcsolat áll fenn. A korrelációs mátrixban látható (XV. sz. táblázat, 2. sz. melléklet), hogy a Maslach-féle kérdőív érzelmi kimerülés és deperszonalizáció alskálája pozitív, szignifikáns, míg a harmadik, személyes hatékonyság alskála negatív, szignifikáns kapcsolatban van az IMPACS kérdőív mindhárom alskálájával. Az érzelmi kimerülés esetében IMPACS 1. alskála: $r=0,382$; $p<0,000$; 2. alskála: $r=0,321$; $p<0,000$; 3. alskála: $r=0,428$; $p<0,000$. A deperszonalizáció esetében IMPACS 1. alskála: $r=0,366$; $p<0,000$; 2. alskála: $r=0,326$; $p<0,000$; 3. alskála: $r=0,406$; $p<0,000$. A személyes hatékonyság esetében IMPACS 1. alskála: $r=-0,218$; $p<0,000$; 2. alskála: $r=-0,133$; $p<0,000$; 3. alskála: $r=-0,192$; $p<0,000$.

Összegzésként megállapítható, hogy minél erőteljesebb az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció az egyénnél, agresszió átélése esetén reakcióként annál inkább jellemző rá a beteggel való kapcsolat megromlása, a negatív emocionális hatás és a külvilággal való ellenségesség megélése. Minél erősebb a személyes hatékonyság, annál kevésbé jellemző az egyénre az agresszió átélése utáni negatív állapot.

A harmadik hipotézisem második fele, mely szerint a súlyosan kiégett szakdolgozók nehezebben tudják feldolgozni az agresszív cselekményeket, mint a kevésbé kiégett kollégáik, igazolást nyert.

A fenti eredmények megerősítik azt a feltételezést, hogy a súlyosan kiégett szakdolgozókat gyakrabban érik agressziós cselekmények a betegektől illetve a hozzátartozóktól, illetve ezeket kevésbé tudják feldolgozni, mint a jó lelkiállapotban lévők, így ***harmadik hipotézisem igazolást nyert.***

3.4.4. Negyedik hipotézis

Feltételezem, hogy az agresszió érintettség mértékét befolyásolja az agressziót elszenvedő iskolázottsága.

Több nemzetközi kutatásban is azt találtam, hogy a jobban képzett ápolók, egészségügyi dolgozók ritkábban lesznek elszenvedő alanyai agresszív cselekményeknek (*Camerino és mtsai, 2008; Jonker és mtsai, 2008*), ezért feltételeztem azt, hogy esetleg a diploma megléte védőfaktor lehet az agresszív

cselekményekkel szemben. A felmérésben résztvevőknek pontosan meg kellett nevezni legmagasabb egészségügyi végzettségüket, és az így megadott válaszokból két csoportot hoztam létre: diplomás (n=419) és nem diplomás (n=782) csoport. Ez képezte az elvégzett Mann-Whitney teszt független változóját, a függő változót pedig az Overt agresszió skála azon összegzéssel létrehozott változója, melyet a 3. hipotézis vizsgálatához is alkalmaztam.

Az elvégzett statisztikai próba eredménye azt hozta, hogy a diplomával nem rendelkezők (MR=608,99) egy kicsivel gyakrabban lesznek agresszív cselekmények áldozatai, mint a diplomások (MR=586,09), de szignifikáns összefüggést nem sikerült kimutatni a két változó között (U=157581,5; Z=-1,093; p=0,274). Megállapítható tehát, hogy jelen felmérésben az agresszió érintettség nem függ attól, hogy a szakembernek van-e diplomája vagy sem, tehát a **negyedik hipotézisem nem igazolódott**.

4. MEGBESZÉLÉS

Kutatásom célja volt felmérni a kiégettség mértékét, és annak összefüggését a munkahelyi bizonytalansággal, a munkahelyen átélt agresszív cselekményekkel. Emellett céлом volt megvizsgálni a kiégés esetleges összefüggését a munkahelyi konfliktusokkal, illetve, hogy az iskolai végzettség szintje lehet-e protektív tényezője az agresszív cselekmények elszenvetésének.

Első lépésként megvizsgáltam az egyes változók (kérdőívcsomagok) tulajdonságait a vizsgált mintára vonatkozóan. A *munkahelyi bizonytalanság* vizsgálata során azt találtam, hogy a külső bizonytalanság sokkal inkább jelen van a válaszadók körében, mint a belső bizonytalanság, leginkább a jövedelem csökkenéstől, az áthelyezéstől és a munkatársak elvesztésétől való félelem van jelen a kollégáknál, a belső bizonytalansági tényezők közül pedig a továbbképzéseken való részvétel korlátozottsága. Ugyan ezen tényezők dominanciáját sikerült bizonyítani egy korábbi kutatásban, de ott csupán 29 ápoló eredményeit elemezték (*Németh és mtsai. 2015b*). A fizetés-csökkenéstől való félelem még mindig központi szerepet játszik az egészségügyi dolgozók körében, annak ellenére, hogy az elmúlt időszakban már történtek törekvések a bérrendezésre. Feltételezhetően ennek az eredménynek az lehet az oka, hogy többségében ápolók töltötték ki a kérdőívet, akik körében előfordulhat, hogy a munkahely különböző pótlékokkal egészíti ki a fizetést, és esetlegesen ennek a megvonásától tarthatnak. Ugyancsak a többségében ápolói válaszadás lehet az oka a továbbképzéseken való részvétel korlátozottságától való félelemnek is, mivel ők többműszakos munkarendben dolgoznak, ami megnehezíti a továbbképzésekre való eljutást, különösen igaz ez a kötelező szakmacsoportos továbbképzésekre, amit csak bizonyos időközönként szerveznek.

A *kiégés* vizsgálatára két mérőeszközt is alkalmaztam. A Maslach Burnout Inventory (*Maslach és Jackson, 1986*) eredményei alapján a válaszadók több mint felénél (54,8%) észlelhető az érzelmi kimerülés valamilyen foka, ugyanakkor a deperszonalizáció a válaszadók közel $\frac{3}{4}$ -nél az alacsony kategóriában található. A személyes hatékonyság – mely a kiégés protektív tényezője – csak elenyésző hányadnál (5,7%) volt magas. A Pines-féle Kiégés Leltár (*Pines és Aronson, 1981*) eredményei alapján a kérdőívet kitöltők 44,2%-a valamilyen mértékben kiégett. Korábbi, ugyanezzel a Pines kérdőívvel végzett felmérésekben a kiégettek még alacsonyabb hányadban szerepeltek (*Irinyi és Németh, 2010; 2012*), így egyértelmű,

hogy a kiégés egy jelen lévő, és egyre növekvő tendenciát mutató probléma a hazai egészségügyi dolgozók körében. A felmérésben talált magas aránynak szintén oka lehet az, hogy ápolók voltak jelentős többségben a kitöltők között, és szakirodalmak is bizonyítják, hogy ápolók körében gyakoribb a burnout megjelenése (*Pines és Aronson, 1981*).

Kutatásom egyik fő célja volt, hogy megvizsgáljam a Pines-féle Kiégés Leltár alkalmazhatóságát, mivel ez a mérőeszköz nincs hazai körülmények között validálva. A validálás, annak szigorú előírásai miatt jelen kutatásban nem kivitelezhető, de a Maslach kérdőívvel összevetve megállapítható, hogy aki az egyik kérdéssorozat szerint kiégett, az vajon a másik szerint is a kiégett kategóriába tartozik-e? Statisztikai próbák sorozata alátámasztotta az előzetes feltételezést, miszerint a Pines-féle kérdőív is ugyan olyan biztonsággal és pontossággal méri a kiégést, mint a Maslach Burnout Inventory, ezért érdemes lenne a jövőben megfontolni ennek a validálását is hazai mintán, mivel amellet, hogy egy gazdaságos eszköz a kiégés mérésére, amellet alkalmas különböző változókkal való összefüggések mérésére is (*Stout és Williams, 1983*). Emellet segítségével vizsgálható a kiégés mértéke, előfordulási gyakorisága, míg a Maslach Burnout Inventory inkább ok-okozati összefüggések feltárására alkalmas (*Kovács, 2006*).

Vizsgáltam az **agresszív cselekmények** átélési gyakoriságát is két kérdésben. Az első azt taglalta, hogy amióta az egészségügyben dolgozik a válaszadó, milyen gyakorisággal volt agresszív esemény elszenvedője, a második pedig ugyan ezt a kérdést, csak a kérdőív kitöltését megelőző 12 hónapra vonatkozóan. Elenyésző hányad (4,4%) válaszolta azt, hogy még nem élt át ilyen jellegű eseményt munkája során. Mindkét kérdés eredményeiből kitűnik, hogy jelen felmérésben is a verbális agresszió különböző típusai fordulnak elő leggyakrabban, szemben a fizikális agresszióval. A kérdőív kitöltését megelőző 12 hónapban a válaszadók 78,4%-a tapasztalta, hogy a beteg emelkedett hangon beszélt vele, illetve más verbális agresszív cselekményt tanúsított felé. Ivánka és mtsai. (2014a) kutatásában ez az arány 81,6% volt. Zampieron és mtsai. (2010) 81,6%-ot találtak egy éves periódus alatt a verbális agresszió vonatkozásában, Amerikában viszont ennél lényegesen kevesebbet (51,5%) (*Hanson és mtsai, 2015*). 40,3%-át a válaszadóknak legalább egyszer megfenyegették a kitöltést megelőző egy éves periódus alatt, Bernaldo-De-Quirós és mtsai. (2015) szerint ez az arány 87,2%, míg más kutató csupán 34,4%-ot

talált (*Gascón és mtsai, 2013*). Kínában 23,08% ez az arány (*Lin és mtsai, 2015*), Németországban pedig 55,2% (*Franz és mtsai, 2010*). A fizikális agresszió többnyire tárgyra irányuló volt, a tényleges fizikális bántalmazás közül a ruha megragadása és az enyhe sérülés elszenvedése volt a leggyakoribb, akár csak egy korábbi, hazai felmérésben (*Ivanka és mtsai, 2014a*). A szakirodalom szerint belgyógyászati (*Raveesh és mtsai, 2015*), pszichiátriai, sürgősségi (*Merecz és mtsai, 2006; Magnativa és Heponiemi, 2012; Magnativa, 2014*), geriátriai és krónikus osztályokon (*Camerino és mtsai, 2008*) dolgozók szenvednek el leggyakrabban agressziót. Jelen felmérésben résztvevők többségében ápolók, közülük jelentős hányadot képviselnek a belgyógyászaton, pszichiátrián, sürgősségi osztályon dolgozók, ahol az agresszióknak való kitettség fokozottabb, mint más osztályokon. Többek között ez is oka lehet annak, hogy a felmérésben ilyen nagy arányú agresszió átélést találtam.

Az **agresszív cselekmény következtében kialakult negatív emocionális hatás** leginkább az agresszív beteggel való kapcsolat romlásában nyilvánul meg, akár csak Bimenyimana és mtsai. felmérésében (2009) de jelentős még a súlyos negatív érzelmi hatás megélése is. Más kutatók is bizonyították az agresszió következtében kialakuló negatív érzelmi hatást (*Bimenyimana és mtsai, 2009; Franz és mtsai, 2010*).

Jelentős eredménynek tudható be, hogy leginkább közvetlen kollégáiktól kaptak segítséget az agressziót elszenvedett válaszolók, ugyanakkor szükséges felhívni a figyelmet, hogy a közvetlen felettes segítségnyújtása csak az agressziót elszenvedettek közel 1/3-ánál volt megfigyelhető. Ennek oka nem ismeretes, de feltételezhető, hogy sokszor az agresszió ténye rejtve marad a közvetlen munkahelyi vezető előtt, és ezért nem tud kollégáinak segítséget nyújtani.

Kutattam továbbá a **munkahelyi konfliktusok** előfordulásának gyakoriságát is. Ez a terület hazánkban még nincs feltárva egészségügyi szakdolgozók körében, így egy magyarra fordított kérdéscsomagot (*Jehn, 1995*), és egy saját szerkesztésű skálát alkalmaztam ennek a területnek a feltérképezésére. Az első mérőeszköz eredményei alapján azt találtam, hogy a kitöltők körében a kapcsolati konfliktus dominál a munkahelyeken, de a feladatkonfliktus gyakorisága csak kevéssel marad el ettől. Csupor és mtsai. (2017) interjú felmérésükben a feladatkonfliktus jelentőségét hangsúlyozzák, de hasonló jelentőséget tulajdonítottak a kapcsolati konfliktusoknak

is. A válaszadóknak mindösszesen 4,6%-a nem élt még át munkája során konfliktust. A saját szerkesztésű skála 14 kérdése saját munkahelyi tapasztalatokon alapult, igyekeztem feltüntetni minden olyan helyzetet, ami konfliktusforrás lehet a munkahelyen. Az eredményekből az látszik, hogy leginkább az orvos vagy a közvetlen munkatárs kritizálja az elvégzett munkát, a vitás helyzetek inkább a közvetlen munkatársakhoz köthetők, illetve az orvos és a közvetlen felettes az, aki nem hallgatja meg a véleményt. Ezek az eredmények tükrözik a mai egészségügyi ellátórendszer hierarchikus viszonyait, ahol még az orvost mindig az ápoló/szakedző felett rangban magasabb szintű embernek tekintik. További eredmény, hogy konfliktushelyzetekben az önvédelmi funkciók igen jól működnek, azaz a dolgozó képes magát megvédeni. Az általam megalkotott skálát további vizsgálatnak vettem alá, és a 14 kérdés egy négy alskálát tartalmazó mérőeszközzé alakítottam. A négy skála a következő: önvédelem, konfliktus tekintéllyel, konfliktus egyenrangúval, figyelembevétel.

A munkahelyi konfliktusra adott reakciók közül leginkább a helyzet tisztázása és a visszafordulás dominál, de gyakoriak a negatív érzelmi töltetű következmények, úgy mint az idegeskedés, napokig tartó zaklatottság és a harag. Nagyon gyakori, hogy a munkahelyi konfliktus negatív érzelmeket okoz az egyénben (*Bishop, 2004*), stressz, szorongás alakulhat ki (*Cruseu és Schruijer, 2010b*).

Vizsgáltam a kiégés és a munkahelyi konfliktus kapcsolatát is. Azt feltételeztem, hogy a rossz lelkiállapotban lévő szakdolgozók gyakrabban kerülnek konfliktusba munkatársaikkal, mint a jó lelki egészségben lévők (***1. hipotézis***). A Pines-féle kiégésleltár és a Jehn-féle munkahelyi konfliktus teszt összevetéséből származó eredmények egyértelműen alátámasztották ezt a feltételezést. Azt találtam, hogy minél kiégettebb a válaszadó, annál gyakrabban kerül konfliktusba munkahelyén. Természetesen ok-okozati összefüggést itt nem lehet feltárni, nem tudjuk azt megmondani, hogy a kiégettség miatt kerül valaki gyakrabban munkahelyi konfliktusba, vagy fordítva, vagy éppen az egyén személyiségéből fakad a konfliktusos viselkedés. Feltételezhető azonban, hogy a rossz lelkiállapot az okozója a konfliktusnak, hiszen egy kiégett dolgozó már beszűkült, állandósul a fáradtság, reményvesztettség (*Kollár, 2014*). Az érzelmi kimerültség és a deperszonalizáció magas szintje szintén együtt jár a munkahelyi konfliktusok megemelkedett számával, a magas személyes hatékonyság viszont védőfaktoraként tekinthető a munkahelyi

konfliktusokkal szemben. Azonban szükséges azt megjegyezni, hogy a Maslach-féle kérdéssorozat eredményeit óvatosan kell kezelni az egyes kategóriákba eső igen eltérő esetszámok miatt. A munkahelyi konfliktus egyben a kiégés fokozójának is tekinthető (*Okhaku és mtsai, 2014*), így még tovább rombolja az egyén lelkiállapotát és társas kapcsolatait.

A munkahelyi konfliktus mérésére megalkotott, saját készítésű, 14 kérdésből álló skála négy faktorát is összevettem a kiégést mérő tesztekkel, és azt találtam, hogy minél kiégettebb a válaszadó, annál gyakoribb a tekintéllyel és az egyenrangúval való konfliktus, valamint a nem figyelembe vetttség élménye, illetve annál kevésbé működnek konfliktus esetén az önvédelmi mechanizmusok. Valószínű, ezen eredmények abból fakadnak, hogy a kiégettség egy mentálisan kimerült állapotot jelent (*Freudenberger, 1974; Pines és Aronson, 1983*), és ebben a kimerült állapotban az egyén hajlamosabb lesz konfliktusba kerülni más személyekkel, illetve ez a kimerültség megakadályozza abban, hogy megvédje saját magát konfliktus esetén. Ezen eredmények alapján első hipotézisem igazoltnak tekintem.

Mivel a munkahelyi bizonytalanság jelen van a szakdolgozók mindennapjaiban (*Németh és mtsai. 2013*), ennek lelkiállapottal való összefüggését is kutatni szerettem volna. Feltételeztem, hogy a magas munkahelyi bizonytalanság összefügg a kiégettséssel és a munkahelyi konfliktusokkal (**2. hipotézis**). Alacsony személyes hatékonysággal rendelkező válaszadók esetében a munkahelyi bizonytalanság szintje magasabb, illetve ugyan ez tapasztalható akkor, ha a deperszonalizáció és az érzelmi kimerülés szintje magas. A Pines-féle kérdőívvel összevetve a munkahelyi bizonytalanságot, még szorosabb kapcsolat rajzolódott ki a kiégés és a munkahelyi bizonytalanság magas szintje között. Természetesen itt sem ok-okozati összefüggés feltárásáról van szó, csupán feltételezni lehet, hogy a kiégett szakdolgozó lelkiállapotából fakadóan a munkahelyén is egyfajta bizonytalanságot él meg. A munkahelyi bizonytalanság kiégettséssel való kapcsolatát kis elemszámú mintán korábban már *kimutatták (Németh és mtsai. 2015b)*.

Az összefüggés a munkahelyi konfliktus esetében is igazolódott. Megállapítható, hogy minél nagyobb a munkahelyi bizonytalanság, annál több konfliktust élnek át a munkahelyükön a válaszadók, illetve a felettséssel és az egyenrangúval való konfliktus, valamint a figyelembe nem vetttség élménye is gyakoribb. A belső bizonytalanság magas szintje esetén pedig kevésbé működnek az egyén önvédelmi mechanizmusai, amiket munkahelyi konfliktus esetén tanúsít. A hipotézis első

felében megismerhettük, hogy a nagyobb munkahelyi bizonytalansággal rendelkező egyén egyébként is rossz lelkiállapotban van, ez a negatív, fásult állapot kedvező miliőt teremthet a munkahelyi konfliktusoknak. Ezen eredmények alapján második hipotézisem is igazolódott.

A kutatás központi témája a munkahelyen elszenvedett agresszió volt, mivel az egészségügyben nagyon gyakori, hogy a betegek vagy hozzátartozóik bántalmazzák a dolgozókat (*Merecz és mtsai, 2006; Franz és mtsai, 2010*). Hazánkban ez a terület még kevésbé feltérképezett, így feltételeztem azt, hogy a súlyosan kiégett szakdolgozókat gyakrabban érik agressziós cselekmények a betegektől illetve a hozzátartozóktól, illetve ezeket kevésbé tudják feldolgozni, mint a jó lelkiállapotban lévők (**3. hipotézis**). Az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció magas szintje összefüggést mutat az agresszív események átélésének gyakoriságával, a személyes hatékonyság magas szintje pedig protektív tényezőként szerepel. Winstanley és Whittington (2002) azt találták, hogy a munkahelyen elszenvedett agresszió következtében fokozódik az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció, azonban jelen felmérésben nem lehet megmondani, hogy az agresszió következtében alakult ki a kiégés, vagy fordítva. Ugyanakkor feltételezhető, hogy a kiégett dolgozó fogékonyabb az agresszió átélésére lelkiállapotából fakadóan, de erre pontos választ csak egy longitudinális kutatás adhat. A nemzetközi szakirodalomban számtalan példát találhatunk, ahol az agresszió következményeként írják le a kiégést (*Camerino és mtsai, 2008; Gillespie és mtsai, 2013; Waschglér és mtsai, 2013*).

További jelentős eredmény, hogy minél erőteljesebb az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció, annál inkább jellemző a bántalmazó beteggel való kapcsolat megromlása, a negatív emocionális hatás és a külvilággal való ellenségesség megélése. A személyes hatékonyság magas szintje itt is protektív tényezőként szerepel. Mivel a kiégés jelen eredmények alapján összefügg a munkahelyen átélt agresszióval, illetve az azt követő negatív állapottal, így harmadik hipotézisem is igazolódott.

Mivel külföldön már bizonyították, hogy a jobban képzett egészségügyi dolgozók ritkábban lesznek agresszió áldozatai a munkahelyükön (*Camerino és mtsai, 2008; Jonker és mtsai, 2008*), és a személyes tapasztalataim is ezt mutatják, így érdekesnek tartottam ezt a kérdést megvizsgálni. Feltételeztem, hogy az agresszió érintettség mértékét befolyásolja az agressziót elszenvedő iskolázottsága (**4.**

hipotézis). Magasabb végzettségűeknek a főiskolai vagy egyetemi diplomával rendelkezőket tekintetem, és azt találtam, hogy egy picivel ugyan a diplomával nem rendelkezők gyakrabban lesznek agresszió áldozatai. Ennek az eredménynek több valószínűsíthető oka is lehet. A mintában szereplő diplomások 42,8%-a közép- vagy felső vezető, ők nyilvánvalóan kevesebbet találkoznak betegekkal, így kevesebb a valószínűsége az agresszió megtapasztalásának. Másik feltételezhető ok, hogy a diplomások 48%-a állandó délelőtti, és ebben a műszakban bizonyítottan kisebb az esélye az agresszió előfordulásának (*Crilly és mtsai, 2004; Camerino és mtsai, 2008*). A fenti eredmény nem szignifikáns, így ezen hipotézisem elvettem.

Ezen eredmények birtokában legfontosabb feladatnak tartom a kiégés prevencióját és kezelését. A prevenció szempontjából nagyon fontos a támogató munkahelyi környezet, a team munka, a munkamegosztás (*Linzer és mtsai, 2013*), valamint képzések, továbbképzések, tréningek (*Pálfői és mtsai, 2007*), munkatársakkal való szabadidős programok szervezése, jutalom, továbbtanulási lehetőség (*Pavelková és Bužgová, 2015*).

A pozitív pszichológiai módszereken alapuló kiégés megelőző tréning hazánkban elérhető, és hatékony segítséget kínál a megelőzéshez (*Györffy és Girasek, 2015*). A kezelésben szerepet játszhat különféle stressz csökkentő módszerek elsajátítása, mint például az autogén tréning, relaxáció, azon kívül a rendszeres testmozgás, melyek bizonyítottan alkalmasak a stressz tünetek enyhítésére, és ez által a kiégés megelőzésére, csökkentésére (*Regehr és mtsai, 2014*). Ezeket a módszereket pszichológus, autogén tréner segítségével minden munkahelyen ingyenesen tanulhatnak meg az arra igény tartó szakdolgozók.

Ezen kívül a munkahelyi vezetők is hathatós segítséget nyújthatnak a kiégés csökkentésére például azzal, hogy lehetőséget adnak a dolgozónak arra, hogy beleszólhasson például a műszakbeosztás készítésébe, mely szintén preventív jellegű a kiégés szempontjából (*Awa és mtsai, 2010*).

A kezelésre a Bálint-csoport is alkalmas (*Major és mtsai, 2006*), mely bizonyítottan csökkenti a kiégetség mértékét (*Irinyi és Németh, 2011*).

Fontosnak tartom továbbá az agresszióra való felkészítést a dolgozóknak. Erre is alkalmas lehet például egy több napos továbbképzés, ahol kommunikációs tréningben vehetnének részt a dolgozók, valamint megtanulhatnák azt, miként reagáljanak egy

agresszív beteg vagy hozzátartozó viselkedésére, illetve mik azok a jelek, amelyekből már lehet következtetni arra, hogy egy beteg rövidesen agresszív lesz, így meg tudnák előzni a dolgozók, hogy részesei legyenek az agresszív cselekménynek. A kommunikációs tréninget külföldi kutatók is ajánlják az agresszió megelőzésére (Swain és Gale, 2014). Hazai viszonylatban már szerveztek olyan továbbképzést, mely az agresszió megelőzésére szolgált (tartalma: agresszió multikauzalitása, kockázatelemzés, agresszív viselkedés korai felismerése, kommunikáció, agresszív viselkedés korai felismerése, verbális kommunikáció) (Ivánka és mtsai, 2014b) ezt a továbbképzési sorozatot lehetne folytatni, és terjeszteni az egész országban, hogy minél több egészségügyi szakdolgozóhoz eljuthasson. Ezekben a továbbképzéseken a résztvevők jelezték, hogy a kiégettséget illetve a konfliktusok csökkennének, ha „mindenki a kompetencia határait betartaná”, „a képzettségből adódó szakmai tudás alkalmazható lenne a betegellátásban”.

Fontosnak tartom továbbá a munkahelyi bizonytalanság csökkentését is, mivel ennek jelentőségét is sikerült most bizonyítani. Erre alkalmas lehet például a szakdolgozók továbbtanulásának, továbbképzéseken való részvételének támogatása, valamint rendszeres informálása a munkahelyen zajló esetleges változásokról, átszervezésekről.

Fontos a munkahelyi konfliktusok hatékony kezelési módjának megtanítása is, hogy a dolgozók mielőbb rendezzék az egymás közötti nézeteltéréseket, mivel a kiegyező konfliktuskezelési mód növeli a munkával való elégedettséget és csökkenti a kiégetést (Wright, 2011), így többszörösen jótékony hatású.

A szakdolgozói hivatás társadalmi-erkölcsi-anyagi elismerésének növekedése pozitívan befolyásolná a dolgozók önbecsülését, amely a kiégettséget csökkenthetné, illetve a kommunikációs interakcióban a kommunikációs félresiklást és emiatti konfliktusok gyakoriságát csökkenthetné.

A kutatás korlátai között meg kell említeni, hogy keresztmetszeti vizsgálat volt, mely egy időpontban tükrözi a válaszadók állapotát, így ok-okozati összefüggések, időbeliség feltárására nem alkalmas. További korlátként kell megemlíteni az on-line kérdézt, melynek az a hátránya, hogy csak azok az emberek tudják kitölteni a kérdőívet, akik rendszeresen használják az internetet, illetve közösségi oldalon tagok. Ez a fajta kérdés megakadályozza, hogy idősebb válaszadók is nagyobb számban képviselve legyenek, vagy nincsenek minden nap internet közelben.

A kutatás folytatásaként érdemes lenne csak ápolók körében vizsgálni, hogy egy homogénebb vizsgálati csoport legyen, így árnyaltabb képet lehetne kapni a munkahelyen elszenvedett agresszióról, annak összefüggéseiről a kiégéssel, munkahelyi bizonytalansággal. Nagyobb hangsúlyt kellene helyezni az egyes betegellátó osztálytípusok közti különbségek feltérképezésére, a mintát célzottan kellene kiválasztani, hogy minden szakterületről egyenlő arányban legyenek képviselve az ápolók. Erre alkalmasabb lenne a papír alapú kérdőív. Érdemes lenne a jövőben az ok-okozati viszonyokat is feltárni, melyre egy longitudinális kutatás alkalmas lenne. Ezen kutatás keretei között fel lehetne tárni például az agresszió körülményeit is, hogy mi vezetett hozzá, milyen napszakban történt.

IRODALOMJEGYZÉK

1. AbuAlRub, R.F., Khalifa, M.F., Habbib, M.B. (2007): *Workplace violence among Iraqi hospital nurses*. Journal of Nursing Scholarship, 39 (3), 281-288.
2. Ádám, Sz., Mészáros, V. (2012): *A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében*. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13 (2), 127-143.
3. Ádám, Sz., Torzsa, P., Györffy, Zs., Vörös, K., Kalabay, L. (2009): *Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében*. Orvosi Hetilap, 150 (7), 317-323.
4. Ádám, Sz., Cserhádi, Z., Mészáros, V. (2015a): *A magyar egészségügyi szakdolgozók körében megfigyelhető gyakori kiégés és depresszió megnövelheti számos betegség megjelenésének az esélyét*. Ideggyógyászati Szemle, 56 (9-10), 301-309.
5. Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K., Cserhádi, Z., Mészáros, V. (2015b): *A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezőik feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében*. Orvosi Hetilap, 156 (32), 1288-1297.
6. Al-Turki, H.A. (2010): *Saudi Arabian nurses are the prone to burnout syndrome?* Saudi Medical Journal, 31 (3), 313-316.
7. Aldrees, T.M., Aleissa, S., Zamakhshary, M., Badri, M., Sadat Ali, M., (2013): *Physician well-being: prevalence of burnout and associated risk factors in a tertiary hospital, Riyadh, Saudi Arabia*. Annals of Saudi Medicine, 33 (5), 451-456.
8. Almost, J., Doran, D.M., McGillis Hall, L., Laschinger, H.K.S. (2010): *Antecedents and consequences of intra-group conflict among nurses*. Journal of Nursing Management, 18 (8), 981-992.
9. Almost, J., Wolf, A.C., Stewart-Pine, A., McCormick, L.G., Strachan, D., D'Souza, C. (2015): *Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review*. Journal of Advanced Nursing, 72 (7), 1490-1505.
10. Angland, S., Dowling, M., Casey, D. (2014): *Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study*. International Emergency Nursing, 22 (3), 134-139.

11. Anvari Akhavan, M.R., Kalali, N.S., Gholipour, A. (2011): *How does personality affect on job burnout?* International Journal of Trade, Economics and Finance, 2 (2), 115-119.
12. Asai, M., Morita, T., Akechi, T., Sugawara, Y., Fujimori, M., Akizuki, N., Nakano, T., Uchitomi, Y. (2007): *Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: a cross-sectional nationwide survey in Japan.* Psycho-Oncology, 16 (5), 421-428.
13. Ayala, E., Carnero, A.M. (2013): *Determinants of burnout in acute and critical care military nursing personnel: a cross-sectional study from Peru.* PLOS ONE 8 (1), e54408.
14. Ayrançi, U., Yenilmez, C., Balci, Y., Kaptanoğlu, C. (2006): *Identification of violence in Turkish health care settings.* Journal of Interpersonal violence, 21 (2), 276-296.
15. Awa, W.L., Plaumann, M., Walter, U. (2010): *Burnout prevention: A review of intervention programs.* Patient Education and Counseling. 78 (2), 184-190.
16. Bandura, A. (1977): *Aggression: A Social Learning Analysis.* Engelwood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. In: Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. (1997): *Pszichológia.* Osiris Kiadó, Budapest, 1997. 327.
17. Bandura, A. (1997): *Self-efficacy: The exercise of control.* WHFreeman & Co., New York. In: Hills, D. (2008): *Relationships between aggression management training, perceived selfefficacy and rural general hospital nurses' experiences of patient aggression.* Contemporary Nurse, 31 (1), 20-31. In: Hills, D. (2008): *Relationships between aggression management training, perceived selfefficacy and rural general hospital nurses' experiences of patient aggression.* Contemporary Nurse, 31 (1), 20-31.
18. Barki, H., Hartwick, J. (2004): *Conceptualizing the construct of interpersonal conflict.* International Journal of Conflict Management, 15 (3), 216-244.
19. Berényi, A., Juhász, B.Sz. (2012): *Stressz, konfliktus, munkahely, megküzdés.* Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központ, Debrecen, 30-51. www.ommf.gov.hu/letoltes.php?d_id=5573 Elérés ideje: 2017.03.31.
20. Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A.T., Gómez, M.M. (2015): *Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey.* International Journal of Nursing Studies, 52 (1), 260-270.

21. Bimenyimana, E., Poggenpoel, M., Myburgh, C., van Niekerk, V. (2009): *The lived experience by psychiatric nurses of aggression and violence from patients in a Gauteng psychiatric institution*. *Curationis*, 32 (3), 4-13.
22. Bishop, S.R. (2004): *Nurses and conflict: Workplace experiences*. M.N. dissertation, University of Victoria (Canada), Victoria, BC. http://dspace.library.uvic.ca:8080/bitstream/handle/1828/669/bishop_2004.pdf?sequence=1 Elérés ideje: 2016.05.29.
23. Brinkert, R. (2010): *A literature review of conflict communication causes, costs, benefits and interventions in nursing*. *Journal of Nursing Management*, 18 (2), 145-156.
24. Camerino, D., Estryng-Behar, M., Conway, M.P., van der Heijden, B.I.J.M., Hasselhorn, H-M. (2008): *Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study*. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (1), 35-50.
25. Canadas-De la Fuente, G.A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Canadas, G.R., De la Fuente, E.I. (2015): *Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession*. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (1), 240-249.
26. Catlette, M.A. (2005): *A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers*. *Journal of Emergency Nursing*, 31 (6), 519-525.
27. Chiesa, A., Serretti, A. (2009): *Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis*. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15 (5), 593-600.
28. Chipps, E., Stelmaschuk, S., Albert, N. M., Bernhard, L., & Holloman, C. (2013): *Workplace Bullying in the OR: Results of a Descriptive Study*. *AORN Journal*, 98 (5), 479-493.
29. Cho, J., Laschinger, H.K.S., Wong, C. (2006): *Workplace empowerment, work engagement and organizational commitment of new graduate nurses*. *Nursing Leadership*, 19 (3), 43-60.
30. Cimiotti, J.P., Aiken, L.H., Sloane, D.M., Wu, E.S. (2012): *Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection*. *American Journal of Infection Control*, 40 (6), 486-490.
31. Colling, R.L. (2001): *Hospital and healthcare security*. Fourth Edition. Butterworth-Heinemann, Boston, 13.34. In: Deák, G. (2011): *Hospital security-*

- preventing and managing workplace violence in health care sector. Academic and Applied Research in Military Science, 10 (1), 161-171.*
32. Cox, K.B. (2014): *The new Intragroup Conflict Scale: Testing and psychometric properties.* Journal of Nursing Measurement, 22 (1), 59-76.
 33. Crilly, J., Chaboyer, W., Creed, D. (2004): *Violence towards ED nurses by patients.* Accident and Emergency Nursing, 12 (2), 67-73.
 34. Cruseu, P.L., Kenis, P., Raab, J., Brandes, U. (2010a): *Composing effective teams through team-dating.* Organization Studies, 31 (7), 873-894.
 35. Cruseu, P.L., Schrujfer, S.G.L. (2010b): *Does conflict shatters trust or does trust obliterate conflict? Revisiting the relationship between team diversity, conflict and trust.* Group Dynamics: Theory, Research and Practice, 14 (1), 66-79.
 36. Cruseu, P.L. (2011): *Intra-group conflict and teamwork quality: The moderating role of leadership styles.* Administrative Sciences, 1 (1), 3-13.
 37. Csupor, É., Kuna, Á., Pintér, J.N., Kaló, Zs., Csabai, M. (2017): *Konfliktustípusok és konfliktuskezelés magyar egészségügyi dolgozók körében.* Orvosi Hetilap, 158 (16), 625-633.
 38. da Silva, A.T.C., Tourinho Peres, M.F., de Souza Lopes, C., Schraiber, L.B., Susser, E., Menezes, P.R. (2015): *Violence at work and depressive symptoms in primary health care teams: a cross-sectional study in Brazil.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 50 (9), 1347-1355.
 39. Deák, G. (2011): *Hospital security-preventing and managing workplace violence in health care sector.* Academic and Applied Research in Military Science, 10 (1), 161-171.
 40. De Dreu, C.K. (2008): *The virtue and vice of workplace conflict: food for (pessimistic) thought.* Journal of Organizational Behavior, 29 (1), 5-18.
 41. Demir, D., Rodwell, J. (2012): *Psychosocial antecedents and consequences of workplace aggression for hospital nurses.* Journal of Nursing Scholarship, 44 (4), 376-384.
 42. Dewa, C.S., Loong, D., Bonato, S., Thanh, N.X., Jacobs, P. (2014): *How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review.* BMC Health Services Research, 14 (1), 325-334.
 43. Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H., Sears, R.R. (1939): *Frustration and aggression.* New Haven: Yale University Press. In: Atkinson,

- R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bem, D.J. (1997): *Pszichológia*. Osiris Kiadó, Budapest, 1997. 325.
44. Egener, B. (2008): *Addressing physicians impaired communication skills*. Journal of General Internal Medicine, 23 (11), 1890-1895.
45. Estryng-Behar, M., van der Heijden, B.I.J.M., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P.M., Hasselhorn, H-M., the NEXT Study group (2008): *Violence risk in nursing – results from the European 'NEXT' Study*. Occupational Medicine, 58 (2), 107-114.
46. Fábrián, G. (2014): *Alkalmazott kutatás módszertan*. http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_alkalmazott_magyar/8_sklk_reliabilits_megbzhatsg.html Elérés ideje: 2017.05.15.
47. Farrell, G.A., Shafiei, T. (2012): *Workplace aggresszion, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study)*. International Journal of Nursing Studies, 49 (11), 1423-1431.
48. Fekete, S. (1991): *Segítő foglalkozások kockázatai. Hefter szindróma és burnout jelenség*. Psychiatria Hungarica, 6 (1), 17-29.
49. Fortney, L., Lucterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., Rakel, D. (2013): *Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: A pilot study*. Annals of Family Medicine, 11 (5), 412-420.
50. Franz, S., Zeh, A., Schablon, A., Kuhnert, S., Nienhaus, A. (2010): *Aggression and violence against health care workers in Germany – a cross sectional retrospective survey*. BMC Health Services Research, 10 (51) <http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-10-51> Elérés ideje: 2016.10.25.
51. Freudemberger, H.J. (1974): *Staff Burn-out*. Journal of Social Issues, 30, 159-165.
52. Friedman, R.A. (2006): *Violence and mental illness – how strong is the link?* The New England Journal of Medicine, 355 (20), 2064-2066.
53. Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., Kishi, R. (2003): *Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan*. Journal of Occupational Medicine, 45 (5), 313-320.
54. Gascón, S., Leiter, M.P., Andrés, E., Santed, M.A., Pereira, J.P., Cunha, M.J., Albesa, A., Montero-Martín, J., García-Campayo, J., Martínez-Jarreta, B. (2013):

- The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout.* Journal of Clinical Nursing, 22 (21-22), 3120-3129.
55. Gazelle, G., Liebschutz, J.M., Riess, H. (2014): *Physician burnout: coaching a way out.* Journal of General Internal Medicine, 30 (4), 508-513.
56. Gerberich, S.G., Church, T.R., McGovern, P.M., Hansen, H.E., Nachreiner, N.M., Geisser, M.S., Ryan, A.D., Mongin, S.J., Watt, G.D. (2004): *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study.* Occupational and Environmental Medicine, 61 (6), 495-503.
57. Gillespie, G.L., Bresler, S., Gates, D.M., Succop, P. (2013): *Posttraumatic stress symptomatology among emergency department workers following workplace aggression.* Workplace Health and Safety, 61 (6), 247-254.
58. Györfly, Zs., Girasek, E. (2015): *Kiegészítés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek?* Orvosi Hetilap, 156 (14), 564-570.
59. Hanson, G.C., Perrin, N.A., Moss, H., Laharnar, N., Glass, N. (2015): *Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study.* BMC Public Health, 15 (11), 145-168.
60. Hegney, D.G., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., Aoun, S., Francis, K., Drury, V. (2014): *Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results.* Journal of Nursing Management, 22 (4), 506-518.
61. Hézszer, G. (1996): *Miért? Rendszerelmélet és lelkipozíciói gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok.* Budapest, Kálvin Kiadó, p. 318.
62. Hildingsson, I., Westlund, K., Wiklund, I. (2013): *Burnout in Swedish midwives.* Sexual and Reproductive Health, 4 (3), 87-91.
63. Hills, D. (2008): *Relationships between aggression management training, perceived self-efficacy and rural general hospital nurses' experiences of patient aggression.* Contemporary Nurse, 31 (1), 20-31.
64. Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., Lönnqvist, J. (2006): *The association between burnout and physical illness in the general population – results from the Finnish Health 2000 Study.* Journal of Psychosomatic Research, 61 (1), 59-66.
65. Irinyi, T., Németh A. (2010): *Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére.* Nővér, 23 (5), 23-31.

66. Irinyi, T., Németh, A. (2011): *Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei*. IME, 10 (1), 25-28.
67. Irinyi, T., Németh, A. (2012): *A szakdolgozói társadalmat járványszerűen megfertőző kór neve: kiégés*. Növér, 25 (5), 12-18.
68. Ivánka, T., Irinyi, T., Rudisch, T. (2014a): *Agresszív cselekmények előfordulásának vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében*. Növér, 27 (2), 19-25.
69. Ivánka, T., Irinyi, T., Rudisch, T., Babonist, T. (2014b): *Agresszió megelőzését célzó továbbképzés egészségügyi szakdolgozók körében*. Növér, 27 (4), 11-17.
70. Jehn, K.A. (1995): *A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict*. Administrative Science Quarterly, 40 (2), 256-282.
71. Jonker, E.J., Goossens, P.J.J., Steenhuis, I.H.M., Oud, N.E. (2008): *Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15 (6), 492-499.
72. Kaitelidou, D., Kontogianni, A., Galanis, P., Siskou, O., Mallidou, A., Pavlakis, A., Kostagiolas, P., Theodorou, M., Liaropoulos, L. (2012): *Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece*. Journal of Nursing Management, 20 (4), 571-578.
73. Kantek, F., Kavala, I. (2007): *Nurse-nurse manager conflict: How do nurse managers manage it?* The Health Care Manager, 26 (2), 147-151.
74. Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., Ilic, D. (2015): *Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12 (1), 652-666.
75. Khanna, R., Khanna, R. (2013): *Is medicine turning into unhappy profession?* Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine, 17 (1), 2-6.
76. Kitaneh, M., Hamdan, M. (2012): *Workplace violence against physicians and nurses in Palestinian public hospitals: a cross-sectional study*. BMC Health Services Research, 12, 469-477.
77. Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., Miura, K., Sakurai, M., Ishizaki, M., Kido, T., Naruse, Y., Nakagawa, H. (2009): *Burnout and risk factors for arteriosclerotic disease: follow-up study*. Journal of Occupational Health, 51, 123-131.
78. Kollár, Cs. (2014): *A munkahelyi kiégés (burnout szindróma) elméleti megközelítése, kutatási irányai és közgazdaságtudományi aspektusa*. Fluentum, 1

- (3). http://www.fluentum.hu/fluentum_I_3_drkollarcsaba.pdf Elérés ideje: 2016.03.26.
79. Kollár, J. (2016): *Kommunikáció az egészségügyi teamen belül: orvosok és szakdolgozók*. Orvosi Hetilap, 157 (17), 659-663.
80. Kovács, M. (2006): *A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében*. Lege Artis Medicinae, 16 (11), 981-987.
81. Kovács, M., Hegedűs, K. (2009): *Érzelmi munka, érzelmi disszonancia és a kiégés összefüggései az egészségügyi dolgozók körében*. Nővér, 22 (5), 3-12.
82. Köbli, M., Nagy, L., Pálfiné, Sz.I. (2008): *Kiégés szindróma vizsgálata ápolók körében*. Nővér, 21 (6), 11-20.
83. Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B., Mooney, C.J., Quill, T.E. (2009): *Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians*. JAMA, 302 (12), 1284–1293.
84. Kreitner, R., Kinicki, A. (2010): *Organizational behavior* (9th ed.). New York, NY: McGraw-Hill. In: Patton, C.M. (2014): *Conflict in health care: a literature review*. The Internet Journal of Healthcare Administration, 9 (1), 1-11.
85. Laschinger, H.K.S., Grau, A.L., Finegan, J., Wilk, P. (2010): *New graduate nurses' experiences of bullying and burnout in hospital settings*. Journal of Advanced Nursing, 66 (12), 2732-2742.
86. Laschinger, H.K.S., Fida, R. (2014): *New nurses burnout and workplace wellbeing: The influence of authentic leadership and psychological capital*. Burnout Research, 1 (1), 19-28.
87. Lash, A.A., Kulakac, O., Buldukoglu, K., Kukulu, K. (2006): *Verbal abuse of nursing and midwifery students in clinical settings in Turkey*. The Journal of Nursing Education, 45 (10), 396-403.
88. Lee, R.T., Seo, B., Hladkyj, S., Lovell, B.L., Schwartzmann, L. (2013): *Correlates of physician burn-out across regions and specialties: a meta-analysis*. Human Resources for Health, 11 (48), 1-16.
89. Leever, A.M., Hulst, M.V., Berendsen, A.J., Boendemaker, P.M., Roodenburg, J.L., Pols, J. (2010): *Conflicts and conflict management in the collaboration between nurses and physicians – A qualitative study*. Journal of Interprofessional Care, 24 (6), 612-624.

90. Leiter, M.P., Shaughnessy, K. (2006): *The areas of worklife model of burnout: tests of mediation relationships*. Ergonomia, 28 (4), 327-341.
91. Lin, F., St. John, W., McVeigh, C. (2009): *Burnout among hospital nurses in China*. Journal of Nursing Management, 17 (3), 294-31.
92. Lin, W-Q., Wu, J., Yuan, L-X., Zhang, S-C., Jing, M-J., Zhang, H-S., Luo, J-L., Lei, Y-X., Wang, P-X. (2015): *Workplace violence and job performance among community healthcare workers in China: The mediator role of quality of life*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 12 (11), 14872-14886.
93. Linzer, M., Levine, R., Meltzer, D., Poplau, S., Warde, C., West, C.P. (2013): *10 blood steps to prevent burnout in general internal medicine*. Journal of General Internal Medicine, 29 (1), 18-20.
94. Losa Iglesias, M.E., Becerro de Bengoa Vallejo, R., Salvadores Fuentes, P. (2010): *The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: a cross-sectional questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies, 47 (1), 30-37.
95. Losa Iglesias, M.E., de Bengoa Vallejo, R.B. (2012): *Conflict resolution styles in the nursing profession*. Contemporary Nurse, 43 (1), 73-80.
96. Luck, L., Jackson, D., Usher, K. (2007): *STAMP: components of observable behaviour that indicate potential for patient violence in emergency departments*. Journal of Advanced Nursing, 59 (1), 11-19.
97. Magnativa, N., Heponiemi, T. (2011): *Workplace violence against nursing students and nurses: An Italian experience*. Journal of Nursing Scholarship, 43 (2), 203-210.
98. Magnativa, N., Heponiemi, T. (2012): *Violence towards health care workers in a public health care facility in Italy: a repeated cross-sectional study*. BMC Health Services Research, 12 (1), 108-116.
99. Magnativa, N. (2014): *Workplace violence and occupational stress in healthcare workers: A chicken-and-egg situation- results of a 6-year follow-up study*. Journal of Nursing Scholarship, 46 (5), 366-376.
100. Major, J., Röss, K., Hulesch, B., Túry, F. (2006): *A kiégés jelensége az orvosi hivatásban*. Lege Artis Medicinae, 16 (4), 367-373.
101. Maslach, C. (1982): *Burnout: The cost of caring*. New Jersey, Prentice Hall Inc.

102. Maslach, C., Jackson, S.E. (1986): *Maslach burnout inventory manual (2nd ed)*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
103. Maslach, C., Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. (2001): *Job burnout*. Annual Review of Psychology, 52, 397-422.
104. Maslach, C. (2003): *Burnout: cost of caring*. ISHK, Los Altos, CA. [https://books.google.hu/books?hl=hu&lr=&id=Pigg1p-hJhgC&oi=fnd&pg=PP2&dq=24.%09Maslach,+C.+\(2003\):+Burnout:+cost+of+caring.+ISHK,+Los+Altos,+CA.&ots=Dbt2cfY3tE&sig=oKSSWRjGzot74Oww6B6IdgsMIQQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.hu/books?hl=hu&lr=&id=Pigg1p-hJhgC&oi=fnd&pg=PP2&dq=24.%09Maslach,+C.+(2003):+Burnout:+cost+of+caring.+ISHK,+Los+Altos,+CA.&ots=Dbt2cfY3tE&sig=oKSSWRjGzot74Oww6B6IdgsMIQQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false) Elérés ideje: 2016.02.14.
105. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Shapira, I. (2006): *Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons*. Psychosomatic Medicine, 68 (6), 863-869.
106. Merez, D., Rymaszewska, J., Moscicka, A., Kiejna, A., Jarosz-Nowak, J. (2006): *Violence at the workplace – a questionnaire survey of nurses*. European Psychiatry, 21 (7), 442-450.
107. Merez, D., Drabek, M., Moscicka, A. (2009): *Aggression at the workplace – psychological consequences of abusive encounter with coworkers and clients*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 22 (3), 243-260.
108. Mészáros, A. (szerk.) (2007): *Kommunikáció és konfliktusok kezelése a munkahelyeken*. ELTE Eötvös Kiadó Kft. 286.
109. Mészáros, V., Cserháti, Z., Oláh, A., Perczel Forintos, D., Ádám, Sz. (2013): *A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében – lehetőségek a kiégés és a depresszió megelőzésének szolgálatában*. Orvosi Hetilap, 154 (12), 449-454.
110. Miedema, B., Easley, J., Fortin, P., Hamilton, R., Tatemichi, S. (2009): *Disrespect, harassment, and abuse: All in a day's work for family physicians*. Canadian Family Physician, 55 (3), 279-285.
111. Mion, G., Libert, N., Journois, D. (2013): *Burnout-associated factors in anesthesia and intensive care medicine. 2009 Survey of the French Society of Anaesthesiology and Intensive Care*. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 32 (3), 175-188.

- 112.Miranda, H., Punnett, L., Gore, R., Boyer, J. (2011): *Violence at the workplace increases the risk of musculoskeletal pain among nursing home workers*. Occupational and Environmental Medicine, 68 (1), 52-57.
- 113.Moreira, D.S., Magnago, R.F., Sakae, T.M., Magajewski, F.R. (2009): *Prevalence of burnout syndrome in nursing staff in a large hospital in the south of Brazil*. Caderos de Saúde Pública, 25 (7), 1559-1568.
- 114.Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R.J.G., Dassen, T., Haug, H-J., Fischer, J.E. (2005): *The Impact of Patient Aggression on Careers Scale: instrument derivation and psychometric testing*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19 (3), 296-300.
- 115.Nelson, H.W. (2012): *Dysfunctional health service conflict causes and accelerants*. The Health Care Manager, 31 (2), 178-191.
- 116.Németh, A., Irinyi, T., Lampek, K. (2011): *A szabadidő megítélésének összefüggései különböző testi és lelki problémákkal*. Nővér, 24 (2), 3-10.
- 117.Németh, A., Irinyi, T. (2012): *Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében*. Nővér, 25 (3), 19-26.
- 118.Németh, A., Lampek, K., Domján, N., Betlehem, J. (2013): *The well-being of Hungarian nurses in a changing health care system*. South Eastern Europe Health Sciences Journal, 3 (1), 8-12.
- 119.Németh, A., Bársonyné, K.K., Lantos, K. (2015a): *Stresszkezelő és regenerációs program hatása egészségügyi munkavállalókra*. IME, 14 (1), 27-30.
- 120.Németh, A., Lantos, K., Bársonyné, K.K. (2015b): *Munkahelyi bizonytalanság hatása a kiégésre és az egészségre ápolók körében*. Nővér, 28 (2), 11-16.
- 121.Németh, A. (2016a): *Védőnők kiégtségének összefüggése különböző szociodemográfiai, egészségi és életmódbeli tényezőkkel*. Védőnő, 26 (4), 35-40.
- 122.Németh, A. (2016b): *Orvosok kiégtségének összefüggése az egészséggel, életérzéssel, alváskörülményekkel*. Orvosi Hetilap, 157 (16), 623-630.
- 123.Nicolson, P., Burr, J., Powell, J. (2005): *Becoming an advanced practitioner in neonatal nursing: psycho-social study of the relationship between educational preparation and role development*. Journal of Clinical Nursing, 14 (6), 727-738.
- 124.Okhakhu, E.E., Okhakhu, A.L., Okhakhu, J.O.O. (2014). *Managing organizational conflicts: a phenomenological study of nurse/physician conflicts in Nigerian hospitals and their impact on managed care delivery*. Journal of Entrepreneurship & Organization Management, 3 (2), 115-120.

- 125.Ostacoli, L., Cavallo, M., Zuffranieri, M., Negro, M., Sguazzotti, E., Luigi Picci, R., Tempia, P., La Ciura, P., Furlan, P.M. (2010): *Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices*. Palliative and Supportive Care, 8 (4), 427-432.
- 126.Ónody, S. (2001): *Kiegészi tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei*. Új Pedagógiai Szemle, 51 (5), 80-85.
- 127.Pál, A. (2004): *A munkával összefüggő stressz, valamint a munkahelyi megfélemlítés és erőszak összefüggései*. Foglalkozás-Egészségügy, 9 (5), 1-15.
- 128.Pálfi, F. (2003): *Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? – A kiegész veszélyei az ápolók körében*. Nővér, 16 (6), 3-4.
- 129.Pálfi, F. (2006): *„Amikor már kihűlt a láng” – A kiegész vizsgálata ápolók körében*. IME, 4 (10), 31-35.
- 130.Pálfi, F., Vranesicsné, H.I., Németh, K., Betlehem, J. (2007): *Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiegész szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban*. Nővér, 20 (4), 3-13.
- 131.Pálfiné, Sz.I. (2008): *Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiegészre*. Orvosi Hetilap, 149 (31), 1463-1469.
- 132.Pálfi, I., Németh, K., Kerekes, Zs., Kallai, J., Betlehem, J. (2008): *The role of burnout among Hungarian nurses*. International Journal of Nursing Practice, 14 (1), 19-25.
- 133.Patton, C.M. (2014): *Conflict in health care: a literature review*. The Internet Journal of Healthcare Administration, 9 (1), 1-11.
- 134.Pavelková, H., Bužgová, R. (2015): *Burnout among healthcare workers in hospice care*. Central European Journal of Nursing and Midwifery, 6 (1), 218-223.
- 135.Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., Nygren, A. (2008): *Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers*. Journal of Advanced Nursing, 62 (1), 84-95.
- 136.Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., Kable, A. (2010): *Patient-related violence against emergency department nurses*. Nursing and Health Sciences, 12 (2), 268-274.

- 137.Pikó, B., Barabás, K., Boda, K. (1995): *Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében*. Orvosi Hetilap, 136 (31), 1667-1671.
- 138.Piko, B. (2006): *Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire study*. International Journal of Nursing Studies, 43 (3), 311-318.
- 139.Pines, A.M., Aronson, E. (1981): *Burnout: from Tedium to personal growth*. New York City: The Free Press, 17-20. Book
- 140.Pines, A.M, Aronson, E. (1983): *Combating Burnout*. Children and Youth Services Review, 5 (3), 263-275.
- 141.Poulsen, M.G., Poulsen, A.A., Khan, A., Poulsen, E.E., Khan, S.R. (2011): *Work engagement in cancer workers in Queensland: the flip side of burnout*. Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology, 55 (4), 425-432.
- 142.Prins, J.T., van der Heijden, F.M., Hoekstra-Weebers, J.E., Bakker, A.B., van de Wiel, H.B.M., Jacobs, B., Gazendem-Donofrio, S.M. (2009): *Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors*. Psychology, Health and Medicine, 14 (6), 654-666.
- 143.Rahim, M.A., Bonoma, T.V. (1979): *Managing organizational conflict: A model for diagnosis and intervention*. Psychological Reports, 44, 1323-1344.
- 144.Rahim, M.A. (1983): *A measure of styles of handling interpersonal conflict*. Academy of Management Journal, 26 (2), 368-376.
- 145.Rahim, M.A. (2001): *Managing conflict in organizations*. (3rd ed.), Westport, CT: Quorum Books.
- 146.Ranschburg, J. (1995): *Félelem, harag, agresszió*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1995. 90.
- 147.Raveesh, B.N., Leppint, P., Lanka Sri, V.K., Turner, J., Krishna, M. (2015): *Patient and visitor violence towards staff on medical and psychiatric wards in India*. Asian Journal of Psychiatry, 13, 52-55.
- 148.Ráczkevy-Deák, G. (2013): *Empatikus kommunikáció és konfliktuskezelés az egészségügyben*. Hadtudományi Szemle, 6 (2), 133-146.
- 149.Regehr, C., Galancy, D., Pitts, A., LeBlanc, V.R. (2014): *Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202 (5), 353-359.

- 150.Roche, M., Diers, D., Duffield, C., Catling-Paull, C. (2010): *Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes*. Journal of Nursing Scholarchip, 42 (1), 13-22.
- 151.Rudas, J. (2014): *A konfliktusokról*. In: Dávid, I., Fülöp, M., Pataky, N., Rudas, J. (2014): *Stressz, megküzdés, versengés, konfliktusok*. Magyar Tehetségsegítő Szervezetek Szövetsége, 205-223.
- 152.Sato, K., Wakabayashi, T., Kiyoshi-Teo, H., Fukahori, H. (2013): *Factors associated with nurses' reporting of patients' aggressive behavior: A cross-sectional survey*. International Journal of Nursing Studies, 50 (10), 1368-1376.
- 153.Shanafelt, T.D., Solan, J.A., Habermann, T.M. (2003): *The well-being of physicians*. American Journal of Medicine, 114 (6), 513-519.
- 154.Shanafelt, T.D., Balch, C.M., Bechamps, G., Russel, T., Dyrbye, L., Satele, D., Colicott, P., Novotny, P.J., Solan, J., Freischlag, J. (2010): *Burnout and medical errors among American surgeons*. Annals of Surgery, 251 (6), 995-1000.
- 155.Shanafelt, T., Dyrbye, L. (2012): *Oncologist burnout: causes, consequences, and responses*. Journal of Clinical Oncology, 30 (11), 1235–1241.
- 156.Shanafelt, T.D., Gradishar, W.J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Horn, L., Clark, B., Hanley, A.E., Chu, K., Phippen, J., Sloan, J., Raymond, M. (2014): *Burnout and career satisfaction among US oncologists*. Journal of Clinical Oncology, 32 (7), 678-686.
- 157.Siu, H., Laschinger, H.K.S., Finegan, J. (2008): *Nursing professional practice environments: setting the stage for constructive conflict resolution and work effectiveness*. Journal of Nursing Administration, 38 (5), 250-257.
- 158.Sliwinski, Z., Starczynska, M., Kotela, I., Kowalski, T., Kryś-Noszczyk, K., Lietz-Kijak, D., Kijak, E., Makara-Studzinska, M. (2014): *Life satisfaction and risk of burnout among men and women working as physiotherapists*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health, 27 (3), 400-412.
- 159.Steinmetz, S.K. (1986): *The violent family*. Lystad, M. (Ed). (1986): Violence in the home: Interdisciplinary perspectives, (pp. 51-67). Philadelphia, PA, US: Brunner/Mazel, xxxv, 322. In: Rippon, T.J. (2000): *Aggression and violence in health care professions*. Journal of Advanced Nursing, 31 (2), 452-460.
- 160.Stout, J.K., Williams, J.M. (1983): *Comparison of two measures of burnout*. Psychological Reports, 53, 283-289.

- 161.Suner-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Bertran, C., Sullman, M.J.M. (2013): *Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 20 (4), 305-313.
- 162.Swain, N., Gale, C. (2014): *A communication skills intervention for community healthcare workers reduces perceived patient aggression: A pretest-posttest study*. International Journal of Nursing Studies, 51 (9), 1241-1245.
- 163.Szeder, D.V. (2013): *Az önkéntesség önkéntelen oldalai. Munkahelyi konfliktusok a civil szervezeteknél végzett önkéntes munka során*. Metszetek, 2-3, 276-298.
- 164.Szegedi, Z. (2014): *Konfliktuskezelési stratégiák*. Hadtudományi Szemle, 7 (4), 323-330.
- 165.Tabak, N., Koprak, O. (2007): *Relationship between how nurses resolve their conflicts with doctors, their stress and job satisfaction*. Journal of Nursing Management, 15 (3), 321-331.
- 166.Tan, M.F., Lopez, V., Cleary, M. (2015): *Nursing management of aggression in a Singapore emergency department: A qualitative study*. Nursing and Health Sciences, 17 (3), 307-312.
- 167.Thomas, K.W., Kilmann, R.H. (1974): *Thomas Kilmann Conflict Mode Instrument*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. In: Losa Iglesias, M.E., de Bengoa Vallejo, R.B. (2012): *Conflict resolution styles in the nursing profession*. Contemporary Nurse, 43 (1), 73-80.
- 168.Thomas, K.W., Kilmann, R.H. (2010): *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument*. <https://www.cpp.com/pdfs/smp248248.pdf> Elérés ideje: 2016.05.26.
- 169.Tóth, F. (1999): *Munkahelyi, munkaügyi konfliktusok és viták, megelőzésük, megoldásuk eszközei – ahogy a munkavállalók látják*. In: Koltay, J. (szerk.): *A munkaügyi kapcsolatok rendszere és a munkavállalók helyzete*. Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaságtudományi Kutatóközpont Budapest, 2000. 139-180.
- 170.Tóth, F. (2008): *A munkaügyi kapcsolatok rendszere, fejlődése*. Szent István Egyetemi Kiadó, Gödöllő, 361. In: Szeder, D.V. (2013): *Az önkéntesség önkéntelen oldalai. Munkahelyi konfliktusok a civil szervezeteknél végzett önkéntes munka során*. Metszetek, 2-3, 276-298.
- 171.Tziner, A., Rabenu, E., Radomski, R., Belkin, A. (2015): *Work stress and turnover intentions among hospital physicians: The mediating role of burnout and*

- work satisfaction*. Journal of Work and Organizational Psychology, 31 (3), 207-213.
172. Xing, K., Jiao, M., Ma, H., Qiao, H., Hao, Y., Li, Y., Gao, L., Sun, H., Kang, Z., Linag, L., Wu, Q. (2015): *Physical violence against general practitioners and nurses in chinese township hospitals: A cross-sectional survey*. PLoS ONE 10 (11), e0142954.
173. Yao, Y., Yao, W., Wang, W., Li, H., Lan, Y. (2013): *Investigation of risk factors of psychological acceptance and burnout syndrome among nurses in China*. International Journal of Nursing Practice, 19 (5), 530-538.
174. Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., Williams, D. (1986): *The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression*. American Journal of Psychiatry, 143 (1), 35-39.
175. Vivar, C.G. (2006): *Putting conflict management into practice: A nursing case study*. Journal of Management, 14 (3), 201-206.
176. Waschler, K., Ruiz-Hernández, J.A., Llor-Esteban, B., García-Izquierdo, M. (2013): *Patients' aggressive behaviours toward nurses: development and psíchometric properties of the hospital aggressive behaviour scale-users*. Journal of Advanced Nursing, 69 (6), 1418-1427.
177. Whittington, R. (2002): *Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience*. Journal of Clinical Nursing, 11 (6), 819-825.
178. Wilmot, W.W., Hocker, J.L. (2007): *Interpersonal conflict*. 7th edn. McGraw-Hill, Boston, Mass, London, 364.
179. Winstanley, S., Whittington, R. (2002): *Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression: A cyclical model of burnout and vulnerability to aggression*. Work and Stress, 16 (4), 302-315.
180. Winstanley, S., Whittington, R. (2004): *Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments*. Journal of Clinical Nursing, 13 (1), 3-10.
181. Wisetborisut, A., Angkurawaranon, C., Jiraporncharoen, W., Uaphanthasath, R., Wiwatanadate, P. (2014): *Shift work and burnout among health care workers*. Occupational Medicine, 64 (4), 279-286.

182. Wright, K.B. (2011): *A communication competence approach to healthcare worker conflict, job stress, job burnout, and job satisfaction*. Journal for Healthcare Quality, 33 (2), 7-14.
183. Wright, R.R., Mohr, C.D., Sinclair, R.R. (2014): *Conflict on the treatment floor: an investigation of interpersonal conflict experienced by nurses*. Journal of Research in Nursing, 19 (1), 26-37.
184. Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., Buja, A. (2010): *Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions*. Journal of Clinical Nursing, 19 (15-16), 2329-2341.
185. Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., Halfens, R.J.G. (2009): *Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: A systematic literature review*. Geriatric Nursing, 30 (3), 174-187.
186. Bűnügyi Statisztikai Rendszer (2015).
<https://bsr.bm.hu/SitePages/ExcelMegtekinto.aspx?ExcelName=https%3a%2f%2fbsr.bm.hu%2fSertettiAdatok%2fS%C3%A9rtettek+sz%C3%A1ma+az+elk%C3%B6vet%C3%A9s+helye+szerint.xlsx> Elérés ideje: 2016.03.15.
187. World Health Organization (2002): *World report on violence and health*. Geneva, Switzerland. Edited by: Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R.
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_en.pdf Elérés ideje: 2016.03.14.
188. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV Elérés ideje: 2016.03.19.
189. 2006. évi XCVII. törvény az egészségügyben működő szakmai kamarákról.
http://www.meszk.hu/docview.aspx?r_id=3338323839 Elérés ideje: 2016.06.01.
190. 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100063.NEM Elérés ideje: 2016.09.10.
191. 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről.
http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200100.TV Elérés ideje: 2016.03.19.

DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT EREDETISÉGÉRŐL

Alulírott

név: Irinyi Tamás

születési név: Irinyi Tamás

anyja neve: Sebessy Geönczy Judit

születési hely, idő: Debrecen, 1965.04.17.

ÖSSZEFÜGGÉSEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZAKDOLGOZÓI KIEGÉTTTSÉG, AZ ÁLTALUK ELSZENVEDETT AGRESSZIÓ GYAKORISÁGÁRA ÉS A MUNKAHELYI KONFLIKTUSAIK KÖZÖTT

című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola Egészségtudomány határterületei Programjához/témacsoportjához.

Témavezető: Dr. habil. Lampek Kinga

Társ témavezető: Dr. Németh Anikó

Egyúttal nyilatkozom, hogy jelen eljárás során benyújtott doktori értekezésemet

- korábban más doktori iskolába (sem hazai, sem külföldi egyetemen) nem nyújtottam be,
- fokozatszerzési eljárásra jelentkezésemet két éven belül nem utasították el,
- az elmúlt két esztendőben nem volt sikertelen doktori eljárásom,
- öt éven belül doktori fokozatom visszavonására nem került sor,
- értekezésem önálló munka, más szellemi alkotását sajátomként nem mutattam be, az irodalmi hivatkozások egyértelműek és teljesek, az értekezés elkészítésénél hamis vagy hamisított adatokat nem használtam.

Dátum: 2018. 04. 01.

.....
doktorjelölt aláírása

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt Dr. Német Anikónak köszönöm meg a segítségét, amely nélkül ez az értekezés nem jöhetett volna létre. Köszönet a több mint egy évtizedes szakmai együttműködésért is, amelynek számos cikk és előadás lett a gyümölcse.

Köszönöm Dr. Lampek Kingának, hogy számíthattam rá és főleg azt, hogy 15 évvel ezelőtt megszerettette velem a szociológiát, példát mutatott nekem, hogy egy nagybetűs tanárnak milyennek is kell lennie.

Köszönöm Nagy Lajosnak az elévülhetetlen munkáját a statisztikai próbák elvégzéséért.

Köszönöm minden kedves kamarai tagnak az idejét és hozzáállását, akik a felmérésben részt vettek és így segítették az értekezés megírását.

MELLÉKLETEK JEGYZÉKE

1. sz. melléklet: Kérdőív
2. sz. melléklet: Táblázatok
3. sz. melléklet: Saját közlemények jegyzéke

1. sz. melléklet: Kérdőív

Agresszió az egészségügyben

Tisztelt Szakdolgozó Kolléga!

Irinyi Tamás vagyok osztályos ápoló, aki egyben a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskolájának doktorandusz hallgatója. Segítséget szeretnék kérni egy felméréshez, mely nélkülözhetetlen a Doktori (PhD) értekezésem megírásához. A felmérés témája: kiégés összefüggése a munkahelyen átélt agresszív cselekményekkel és a munkahelyi konfliktussal. Nagyon megtisztelne, ha egy szűk negyedórát rászánna az alábbi anonim kérdőív kitöltésére! A beérkezett adatokat bizalmasan kezelem, a válaszadó nem beazonosítható a kérdőív kitöltése után sem. Kérem, hogy a kérdéseket figyelmesen olvassa el!

A kérdőív kitöltésével hozzájárulását adja válaszai felhasználásához.

Kérdés esetén szívesen állok rendelkezésére az irinyikutatas@gmail.com e-mail címen.

Köszönöm, hogy válaszaival segítette munkám!

*Kötelező

1. Neme? *

- férfi
- nő

2. Életkora? *

3. Milyen a családi állapota? *

- egyedülálló
- kapcsolatban
- házas
- elvált
- özvegy
- élettársi kapcsolatban

4. Kérem, nevezze meg pontosan LEGMAGASABB EGÉSZSÉGÜGYI végzettségét! (pl.: OKJ ápoló, védőnő, laboratóriumi asszisztens, okleveles ápoló, stb.) *

5. Melyik megyében dolgozik? (Külföldi munkavállalás esetén az ország nevét írja be!)

*

6. Hány éve dolgozik az egészségügyben? *

7. Az egészségügyi ellátás mely szintjén dolgozik? *

- alapellátás
- járóbeteg-ellátás
- fekvőbeteg-ellátás

8. Milyen területen dolgozik? *

- belgyógyászat
- sebészet
- gyermekgyógyászat
- intenzív ellátás
- sürgősségi ellátás (SBO)
- pszichiátria
- krónikus ellátás
- szülészeti-nőgyógyászat
- reumatológia
- traumatológia
- ortopédia
- mentésügy
- háziorvos mellett (gyermek, felnőtt)
- fogászati rendelő
- rehabilitáció
- szociális ellátás
- Egyéb:

9. Milyen az Ön foglalkoztatásának típusa? (Több választ is megjelölhet!)*

- teljes állású közalkalmazott
- részmunkaidős közalkalmazott
- vállalkozó
- teljes állású alkalmazott
- részmunkaidős alkalmazott
- nyugdíjas
- GYES/GYED
- Egyéb:

10. Havonta körülbelül hány óra túlórárt végez? *

11. Mi az Ön beosztása? *

- beosztott
- középvezető
- felső vezető

12. Milyen munkarendben dolgozik? *

- állandó délelőtt (6-14-ig; 7-15-ig; 8-16-ig)
- állandó nappal (6-18-ig; 7-19-ig)
- délelőtti és délutáni műszak váltakozik
- folyamatos műszakbeosztás (8 órás munkarend)
- folyamatos műszakbeosztás (12 órás munkarend)
- állandó éjszaka
- Egyéb:

13. Mennyi gondot, problémát okozott Önnek az elmúlt években... *

	rendkívül sokat	sokat	valamennyit	keveset	semmit
... a munkatársak elvesztésétől való félelem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... félelem attól, hogy másik osztályra/ részlegbe helyezik dolgozni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... az esetleges jövedelem-csökkenéstől való félelem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... előléptetési lehetőségek korlátozottsága miatti félelem?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hogy nem tudott elmenni továbbképzésekre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... hogy nem tudott új, magasabb végzettséget szerezni? (pl. szakápoló, főiskola)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Van-e másodállása? *

- nincs
- van, egészségügyben
- van, nem egészségügyben

15. Havonta átlagban hány órát fordít szabadidős tevékenységre? *

16. Ön szerint hány óra szabadidős tevékenység lenne ideális havonta? *

17. Az alábbiakban 22 állítást olvashat a munkájával kapcsolatban. Kérem, a hét lehetőség közül jelölje meg, milyen fokban jellemző az állítás Önre.*

	soha nem éreztem	évente többször éreztem	havonta egyszer éreztem	havonta többször éreztem	hetente egyszer éreztem	hetente többször éreztem	minden nap ezt érzem
Érzelmileg kimerültnek érzem magam a munkám miatt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A nap végére teljesen felőrlődöm.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fáradtnak érzem magam, amikor reggel felkelek és egy újabb munkanappal kell szembenéznem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Könnyen meg tudom érteni, hogyan éreznek bizonyos dolgokról a munkatársaim/betegeim/klienseim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Érzésem szerint néhány embert személytelen tárgyként kezelek.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Megterhelő számomra, hogy egész nap emberekkel dolgozom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagyon hatékonyan megbirkózom munkatársaim/betegeim/klienseim problémáival.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Belefásultam a munkámba.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzem, munkám által pozitívan befolyásolom más emberek életét.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mióta itt dolgozom, sokkal érzéketlenebbé váltam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aggódok, hogy munkám rideggé tesz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nagyon energikusnak érzem magam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idegesség a munkám.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzem, túl keményen dolgozom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nem érdekel túlságosan, hogy mi történik néhány munkatársammal/betegemmel/kliensemmel.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Az emberekkel való közvetlen munka túl sok feszültséget jelent számomra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Könnyen teremtek nyugodt légkört munkatársaim/betegeim/klienseim számára.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Felvillanyoz az emberekkel való munka.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sok érdekleges dolgot értem el munkám során.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erőm fogytán van.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Munkám során nagyon nyugodtan kezelem az érzelmi problémákat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzem, hogy munkatársaim/betegeim/klienseim engem hibáztatnak bizonyos problémáik miatt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Milyen gyakran érezte az elmúlt 12 hónapban a következőket? A válaszok a soha és a mindig között lehetnek. *

	soha	egyszer vagy kétszer	ritkán	néha	gyakran	általában	mindig
Fáradtság	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Depresszió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jó napja volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzi, kiegészít	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Érzelmileg kimerült	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boldog	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szorong	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Értéktelennek érzi magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Elkopottnak érzi magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzi, bajban van	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visszautasítotttság érzése	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gyengének és magára hagyatottnak érzi magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reménytelenség érzése	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzi, elvesztette illúzióit, és neheztel az emberekre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Testileg kimerült	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzi, „felmorzsoltság”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Csapdában érzi magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzi, „lejárta a rugó” (Koncentrációs nehézség)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energikusnak érzi magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Boldogtalanság érzése	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Optimistának érzi magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. AMIÓTA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZIK, hányszor fordultak elő Önnel az alábbi események? *

	soha	kevesebb mint 10 alkalommal	10-20 alkalommal	20 alkalomnál többször
A beteg emelkedett hangon beszélt velem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg csúnya szavakkal illetett, vagy átkokat szórt rám.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg megfenyegetett.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg hangosan kiabált velem és egyértelművé tette, ha nem teszem, amit mond, fizikailag bántalmazni fog.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg agressziója tárgyra irányult.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg közepes sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt kórházi befekvésre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. AZ ELMÚLT 12 HÓNAPBAN hányszor fordultak elő Önnel az alábbi események? *

	soha	kevesebb mint 10 alkalommal	10-20 alkalommal	20 alkalomnál többször
A beteg emelkedett hangon beszélt velem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg csúnya szavakkal illetett, vagy átkokat szórt rám.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg megfenyegetett.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg hangosan kiabált velem és egyértelművé tette, ha nem teszem, amit mond, fizikailag bántalmazni fog.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg agressziója tárgyra irányult.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg közepes sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt kórházi befekvésre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. Az átélt agresszív incidens következtében mit érzett? *

Amennyiben még nem élt át munkája során agresszív cselekményt, úgy mindenhol a "soha" választ jelölje be!

	soha	ritkán	néha	gyakran	majdnem mindig
Az adott beteggel kerülöm a kapcsolatot.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nem érzem magam biztonságban, miközben a beteggel dolgozom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nem érzem magam biztonságban a munkahelyemen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A beteggel való kapcsolatomban zavarttá válik.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lelkiismeret-furdalásom van a beteggel szemben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sajnálatot érzek a beteg iránt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szégyellem magam a munkám miatt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzem, sikertelen vagyok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haragot érzek a munkahelyemmel szemben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Úgy érzem, társadalmi problémákkal kell foglalkoznom.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Elszenvedett agressziót követően, kitől kapott segítséget ezzel kapcsolatban? *

Több választ is megjelölhet!

- Nem éltem át agressziót
- Nem kaptam segítséget senkitől
- Közvetlen kollégával
- Közvetlen felettesel
- Felsőbb vezetővel
- Családdal
- Baráttal
- Pszichológussal, pszichiáterrel, mentálhigiénés szakemberrel
- Egyéb:

23. Az Ön munkacsoportjában... *

Ha nem élt még át munkahelyi konfliktust, akkor mindenhol az 1-es lehetőséget jelölje be!

	1=egyáltalán nem	2=ritkán	3=néha	4=gyakran	5=állandóan
... mennyi súrlódás van a munkatársak között?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakoriak a személyiségbeli különbségekből fakadó konfliktusok?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mekkora a feszültség a munkatársak között?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakoriak az érzelmi konfliktusok?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran tér el az emberek véleménye az elvégzendő munkával kapcsolatban?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran vannak elméleti konfliktusok?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... mennyi konfliktus van az Ön munkájával kapcsolatban?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen mértékű véleménykülönbségek vannak?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Az ELMÚLT 12 HÓNAPBAN... *

Ha nem élt át munkahelyi konfliktust az elmúlt 12 hónapban, akkor mindenhol a "soha" választ jelölje be!

	soha	egyszer- kétszer	ritkán	néha	gyakran	általában	mindig
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul orvos az Ön munkáját?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul közvetlen felettese az Ön munkáját?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul közvetlen munkatársa az Ön munkáját?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran került vitás helyzetbe az orvossal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran került vitás helyzetbe közvetlen felettesével?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran került vitás helyzetbe közvetlen munkatársával?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén az orvossal szemben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén közvetlen felettesével szemben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén közvetlen munkatársával szemben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran fordult elő, hogy az orvos nem hallgatta meg az Ön véleményét?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran fordult elő, hogy közvetlen felettese nem hallgatta meg az Ön véleményét?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran fordult elő, hogy közvetlen munkatársa nem hallgatta meg az Ön véleményét?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran érezte azt, hogy nem vették figyelembe az Ön kérését a műszakbeosztása elkészítésében?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
... milyen gyakran volt képes a munkahelyi viták esetén a saját véleményét érvényre juttatni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Munkahelyi konfliktus esetén miként reagál? *

Több választ is megjelölhet!

- Még nem éltem át munkahelyi konfliktust
- Magamba fojtom
- Visszaszóllok
- Sírok
- Haragot érzek
- Ideges leszek
- Napokig zaklatott vagyok
- Egy darabig nem tudok aludni
- Konfliktusba kerülök emiatt más kollégákkal, betegekkal, családtagokkal
- A konfliktus okozójával igyekszem mielőbb tisztázni a problémát

A kérdőív a következő linken volt elérhető:

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScZDMuJxRfJWkCbYejiYSaWjFk6_L8wneUPnFV1Wm6gIld-FA/formResponse

2. sz. melléklet: Táblázatok

V. sz. táblázat: Konfliktus típusa és gyakorisága az elmúlt 12 hónapban (n=1146)

Az elmúlt 12 hónapban...	Átélés gyakorisága (%)							Átlag
	soha	egyszer-kétszer	ritkán	néha	gyakran	általában	mindig	
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul orvos az Ön munkáját?	29,8	32,7	12,5	16,1	6,5	2	0,3	2,44
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul közvetlen felettese az Ön munkáját?	34,9	30,1	13,7	12,8	6,1	1,7	0,6	2,33
... milyen gyakran kritizálta meg igazságtalanul közvetlen munkatársa az Ön munkáját?	27,7	31,4	16,8	15,3	6,7	1,6	0,5	2,49
... milyen gyakran került vitás helyzetbe az orvossal?	30	36,1	14,6	11	7,2	0,7	0,4	2,33
... milyen gyakran került vitás helyzetbe közvetlen felettesével?	33,6	34,4	14,7	11,5	4,5	1	0,3	2,23
... milyen gyakran került vitás helyzetbe közvetlen munkatársával?	16,8	36,3	20	16,9	7,9	1,1	0,9	2,7
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén az orvossal szemben?	20	9,8	7,7	7,7	7,2	24,9	22,9	4,38
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén közvetlen felettesével szemben?	19,5	11,6	7,5	8,3	7	24,5	21,6	4,32
... meg tudta-e védeni saját magát konfliktus esetén közvetlen munkatársával szemben?	11,5	10,1	7,3	7,7	9,2	26,8	27,3	4,83
... milyen gyakran fordult elő, hogy az orvos nem hallgatta meg az Ön véleményét?	35,5	22,3	13,8	11,6	8,4	6	2,4	2,63
... milyen gyakran fordult elő, hogy közvetlen felettese nem hallgatta meg az Ön véleményét?	41,3	20,5	12	10,9	6,8	5,7	2,9	2,5
... milyen gyakran fordult elő, hogy közvetlen munkatársa nem hallgatta meg az Ön véleményét?	41	24,8	13,4	11,1	4,9	3,6	1,2	2,3
... milyen gyakran érezte azt, hogy nem vették figyelembe az Ön kérését a műszakbeosztása elkészítésében?	50,1	21,3	9,8	7,3	5,7	3,7	2,2	2,17
... milyen gyakran volt képes a munkahelyi viták esetén a saját véleményét érvényre juttatni?	10,8	14,6	11	15	16,1	22,9	9,6	4,18

VI. sz. táblázat: Munkahelyi konfliktus 14 kérdésének variancia vizsgálata

Component	Total Variance Explained								
	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	4,732	33,800	33,800	4,732	33,800	33,800	2,917	20,834	20,834
2	2,925	20,891	54,691	2,925	20,891	54,691	2,714	19,385	40,219
3	1,226	8,757	63,448	1,226	8,757	63,448	2,333	16,663	56,882
4	1,002	7,157	70,605	1,002	7,157	70,605	1,921	13,723	70,605
5	,892	6,375	76,980						
6	,616	4,400	81,380						
7	,583	4,164	85,543						
8	,509	3,636	89,179						
9	,372	2,656	91,835						
10	,297	2,122	93,957						
11	,253	1,808	95,766						
12	,232	1,655	97,420						
13	,191	1,361	98,782						
14	,171	1,218	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

VII. sz. táblázat: Varimax rotáció eredménye

	Rotated Component Matrix ^a			
	Component			
	1	2	3	4
1_orvos_kritizál	-,012	,845	,142	,148
2_közvetlen_felettes_kritizál	-,095	,593	,432	,255
3_közvetlen_munkatárs_kritizál	-,004	,270	,259	,811
4_vita_orvossal	,155	,858	,013	,166
5_vita_közvetlen_feletlessel	,053	,612	,317	,333
6_vita_közvetlen_munkatárssal	,142	,259	,124	,850
7_védelem_orvossal_szemben	,865	,053	-,046	,008
8_védelem_közvetlen_feletlessel_szemben	,893	,040	-,015	,031
9_védelem_munkatárssal_szemben	,876	,030	,026	,071
10_orvos_nem_hallgat	,025	,534	,574	-,050
11_felettes_nem_hallgat	-,031	,318	,819	,104
12_munkatárs_nem_hallgat	-,001	,028	,667	,517
13_műszakbeosztás	-,020	,073	,703	,171
14_saját_vélemény	,739	-,001	-,016	,025

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 5 iterations.

VIII. sz. táblázat: A Maslach „érzelmi kimerülés” alszállájának összevetése a Pines kategóriákkal

			kiegés kategóriák				Total
			örökös eufória (1,9 pontig)	jól csinálja (2-2,9 pont)	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	kezelés szükséges (4 pont felett)	
érzelmi_kimerülés_kategóriák	alacsony (18 pont alatt)	Count	252	232	50	10	544
		Expected Count	125,0	178,5	124,6	116,0	544,0
		% within érzelmi_kimerülés_kategóriák	46,3 %	42,6%	9,2%	1,8%	100,0 %
	közepes (18-36 pont)	Count	24	158	204	124	510
		Expected Count	117,2	167,3	116,8	108,7	510,0
		% within érzelmi_kimerülés_kategóriák	4,7%	31,0%	40,0%	24,3%	100,0 %
	nagy (36 pont felett)	Count	0	4	21	122	147
		Expected Count	33,8	48,2	33,7	31,3	147,0
		% within érzelmi_kimerülés_kategóriák	0,0%	2,7%	14,3%	83,0%	100,0 %
Total	Count	276	394	275	256	1201	
	Expected Count	276,0	394,0	275,0	256,0	1201,0	
	% within érzelmi_kimerülés_kategóriák	23,0 %	32,8%	22,9%	21,3%	100,0 %	

IX. sz. táblázat: A Maslach „depersonalizáció” alszállájának összevetése a Pines kategóriákkal

			kiegés kategóriák				Total
			örökös eufória (1,9 pontig)	jól csinálja (2-2,9 pont)	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	kezelés szükséges (4 pont felett)	
depersonalizáció_kategóriák	alacsony (10 pont alatt)	Count	271	342	172	86	871
		Expected Count	200,2	285,7	199,4	185,7	871,0
		% within depersonalizáció_kategóriák	31,1%	39,3%	19,7%	9,9%	100,0 %
	közepes (10-20 pont)	Count	5	50	97	127	279
		Expected Count	64,1	91,5	63,9	59,5	279,0
		% within depersonalizáció_kategóriák	1,8%	17,9%	34,8%	45,5%	100,0 %
	nagy (20 pont felett)	Count	0	2	6	43	51
		Expected Count	11,7	16,7	11,7	10,9	51,0
		% within depersonalizáció_kategóriák	0,0%	3,9%	11,8%	84,3%	100,0 %
Total	Count	276	394	275	256	1201	
	Expected Count	276,0	394,0	275,0	256,0	1201,0	
	% within depersonalizáció_kategóriák	23,0%	32,8%	22,9%	21,3%	100,0 %	

X. sz. táblázat: A Maslach „személyes hatékonyság” alskálájának összevetése a Pines kategóriákkal

személyes hatékonyság kategóriák * kiégés kategóriák Crosstabulation							
			kiégés kategóriák				Total
			örökös eufória (1,9 pontig)	jól csinálja (2-2,9 pont)	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	kezelés szükséges (4 pont felett)	
személyes hatékonyság kategóriák	alacsony (16 pont alatt)	Count	9	19	15	25	68
		Expected Count	15,6	22,3	15,6	14,5	68,0
		% within személyes hatékonyság kategóriák	13,2%	27,9%	22,1%	36,8%	100,0%
	közepes (16-32 pont)	Count	48	176	172	177	573
		Expected Count	131,7	188,0	131,2	122,1	573,0
		% within személyes hatékonyság kategóriák	8,4%	30,7%	30,0%	30,9%	100,0%
	nagy (32 pont felett)	Count	219	199	88	54	560
		Expected Count	128,7	183,7	128,2	119,4	560,0
		% within személyes hatékonyság kategóriák	39,1%	35,5%	15,7%	9,6%	100,0%
Total		Count	276	394	275	256	1201
		Expected Count	276,0	394,0	275,0	256,0	1201,0
		% within személyes hatékonyság kategóriák	23,0%	32,8%	22,9%	21,3%	100,0%

XI. sz. táblázat: Munkahelyi konfliktus faktorainak rangszám átlagai

	kiégés kategóriák	N	Mean Rank
figyelembevétel	örökös eufória (1,9 pontig)	248	404,30
	jól csinálja (2-2,9 pont)	377	533,35
	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	268	612,93
	kezelés szükséges (4 pont felett)	253	757,42
	Total	1146	
konfliktus_ egyenrangúval	örökös eufória (1,9 pontig)	248	426,15
	jól csinálja (2-2,9 pont)	377	520,32
	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	268	626,78
	kezelés szükséges (4 pont felett)	253	740,75
	Total	1146	
konfliktus_ tekintéllyel	örökös eufória (1,9 pontig)	248	393,33
	jól csinálja (2-2,9 pont)	377	529,12
	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	268	642,43
	kezelés szükséges (4 pont felett)	253	743,23
	Total	1146	
önvédelem	örökös eufória (1,9 pontig)	248	648,78
	jól csinálja (2-2,9 pont)	377	603,58
	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	268	532,22
	kezelés szükséges (4 pont felett)	253	498,62
	Total	1146	

XII. sz. táblázat: Maslach-féle kiégés összefüggése a munkahelyi bizonytalansággal

Correlations

			külső bizonytalanság	belső bizonytalanság	bizonytalanság_össz pontszám	érzelmi_kimerülés_össz pontszám	deperszonalizáció_ös szpontszám	személyes_hatékon ság_összpontszám
Spearman's rho	külső_bizonytalanság	Correlation Coefficient	1,000	,446**	,826**	,227**	,162**	-,207**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	1201	1201	1201	1201	1201	1201
	belső_bizonytalanság	Correlation Coefficient	,446**	1,000	,862**	,259**	,254**	-,166**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	1201	1201	1201	1201	1201	1201
	bizonytalanság_összpontszám	Correlation Coefficient	,826**	,862**	1,000	,296**	,250**	-,222**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	1201	1201	1201	1201	1201	1201	
érzelmi_kimerülés_összpontszám	Correlation Coefficient	,227**	,259**	,296**	1,000	,684**	-,307**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,000	,000	
	N	1201	1201	1201	1201	1201	1201	
deperszonalizáció_összpontszám	Correlation Coefficient	,162**	,254**	,250**	,684**	1,000	-,346**	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.	,000	
	N	1201	1201	1201	1201	1201	1201	
személyes_hatékonyság_összpontszám	Correlation Coefficient	-,207**	-,166**	-,222**	-,307**	-,346**	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	.	
	N	1201	1201	1201	1201	1201	1201	

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

XIII. sz. táblázat: Munkahelyi bizonytalanság összefüggése a Pines-féle Kiegészítéssel

			külső_bizonytalanság	belső_bizonytalanság	bizonytalanság_összpontszám	kiegészítő_összpontszám
Spearman's rho	külső_bizonytalanság	Correlation Coefficient	1,000	,446**	,826**	,317**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	1201	1201	1201	1201
	belső_bizonytalanság	Correlation Coefficient	,446**	1,000	,862**	,322**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	1201	1201	1201	1201
	bizonytalanság_összpontszám	Correlation Coefficient	,826**	,862**	1,000	,382**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	1201	1201	1201	1201
	kiegészítő_összpontszám	Correlation Coefficient	,317**	,322**	,382**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	1201	1201	1201	1201

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

XIV. sz. táblázat: IMPACS vizsgálata a Pines-féle kiégés kategóriák tükrében

	kiégés kategóriák	N	Mean Rank
IMPACS 1. alskála- Kapcsolatromlás a beteg és az ellátó között (IMPACS 1. alskála)	örökös eufória (1,9 pontig)	254	398,21
	jól csinálja (2-2,9 pont)	378	522,32
	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	268	645,45
	kezelés szükséges (4 pont felett)	248	757,93
	Total	1148	
IMPACS 2. alskála-negatív emocionális hatás	örökös eufória (1,9 pontig)	254	403,47
	jól csinálja (2-2,9 pont)	378	534,65
	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	268	610,13
	kezelés szükséges (4 pont felett)	248	771,91
	Total	1148	
IMPACS 3. alskála- ellenségesség a külvilággal	örökös eufória (1,9 pontig)	254	384,46
	jól csinálja (2-2,9 pont)	378	506,84
	változtatás szükséges (3-3,9 pont)	268	653,29
	kezelés szükséges (4 pont felett)	248	787,13
	Total	1148	

XV. sz. táblázat: Maslach és IMPACS alskáláinak korrelációs mátrixa

		érzelmi_kimerülés_össz pontszám	deperszonalizáció_össz pontszám	személyes_hatékony ság_össz pontszám	IMPACS 1. alskála- Kapcsolatromlás a beteg és az ellátó között (IMPACS 1. alskála)	IMPACS 2. alskála- negatív emocionális hatás	IMPACS 3. alskála- ellenségesség a külvilággal
érzelmi_kimerülés_össz pontszám	Correlation Coefficient	1,000	,684**	-,307**	,382**	,321**	,428**
	Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000	,000
	N	1201	1201	1201	1148	1148	1148
deperszonalizáció_össz pontszám	Correlation Coefficient	,684**	1,000	-,346**	,366**	,326**	,406**
	Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000	,000
	N	1201	1201	1201	1148	1148	1148
személyes_hatékony ság_össz pontszám	Correlation Coefficient	-,307**	-,346**	1,000	-,218**	-,133**	-,192**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000	,000
	N	1201	1201	1201	1148	1148	1148
IMPACS 1. alskála- Kapcsolatromlás a beteg és az ellátó között (IMPACS 1. alskála)	Correlation Coefficient	,382**	,366**	-,218**	1,000	,635**	,635**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,000	,000
	N	1148	1148	1148	1148	1148	1148
IMPACS 2. alskála-negatív emocionális hatás	Correlation Coefficient	,321**	,326**	-,133**	,635**	1,000	,659**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.	,000
	N	1148	1148	1148	1148	1148	1148
IMPACS 3. alskála- ellenségesség a külvilággal	Correlation Coefficient	,428**	,406**	-,192**	,635**	,659**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	.
	N	1148	1148	1148	1148	1148	1148

3. sz. melléklet: Saját közlemények jegyzéke

Közlemények:

1. Irinyi Tamás, „A meghívott halál” Az öngyilkosság társadalmi és egyéni megközelítése az ápolás szemszögéből /dolgozat/ Magyar Tudományos Akadémia Szegedi Bizottsága fiatal diplomások részére kiírt pályázatán első díjat nyert 1997.
2. Irinyi Tamás, Tóth Zsófia: „Unit dose” gyógyszerosztási rendszer – az ápolók szemszögéből. Nővér, Budapest 1997. 10. évfolyam 1. szám 18. oldal.
3. Irinyi Tamás: Pszichiátriai szakápolástan jegyzet SZOTE Pszichiátriai Klinika 1999.
4. Társszerző: Egészségügyi felsőoktatási záróvizsga tesztkérdés gyűjtemények Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt. 1999.
5. Irinyi Tamás: Kihívások a pszichiátria oktatásában a III. évezred küszöbén ETInfo, III. évfolyam 4. szám 2000.
6. Irinyi Tamás: Pszichiátriai szakápolástan Budapest, Medicina Könyvkiadó 2000. /ISBN: 963 242 3607/.
7. Irinyi Tamás: Kik oktassák a diplomás ápolókat? (Vélemény) Nővér, Budapest 2001. 14. évfolyam 5. szám 20-22. oldal.
8. Irinyi Tamás: A pszichiátriai betegek állapotrosszabbodásának okai, illetve a harmadlagos megelőzés ápolói lehetőségei; ETInfo, V. évfolyam 3. szám 2002.
9. Ildiko Hoffmann, Dezsó Nemeth, Laura Szel, Magdolna Pakaski, Tamas Irinyi, Janos Kalman: Verbal working memory and the role of the phonological loop in Alzheimer’s disease - oral presentation 12th Congress of the International Clinical Phonetics and Linguistics Association, Istanbul, Turkey, June 25 to June 28, 2008.
10. Hoffmann Ildiko; Németh Dezső; Pákáski Magdolna; Irinyi Tamás; Kálmán János: Temporal features of spontaneous speech in Alzheimer’s Disease, Sincerely, International Journal of Speech-Language Pathology Editorial Office.

11. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Egészségügy szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében – egy felmérés tükrében. *Nővér*, Budapest 2009. 22. évfolyam 3. szám 33-38. oldal.
12. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Egészségügyi szakdolgozók egészségmagatartása, orvoshoz fordulási szokásai Csongrád megyében *Nővér*, Budapest 2009. 22. évfolyam 4. szám 32-38.
13. Ildikó Hoffmann, Dezső Nemeth, Cristina D. Dye, Magdolna Pákáski, Tamás Irinyi, János Kálmán: Temporal parameters of spontaneous speech in Alzheimer's disease *International Journal of Speech-Language Pathology*, Feb 2010, Vol. 12, No. 1, Pages 29-34.
14. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiegészéshez! *Nővér*, 23. évfolyam 2010/5. 23-31.
15. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Egy egészségfelmérés, és annak következményei, eredményei, IME - Az egészségügyi vezetők szaklapja, X. évfolyam 1. szám 2011. február. 25-28.
16. Németh Anikó, Irinyi Tamás, Dr. Lampek Kinga: A szabadidő megítélésének összefüggései különböző testi és lelki problémákkal, *Nővér*, 24. évfolyam 2011/2. 3-10.
17. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Egészségügyi szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében *Nővér*, 25. évfolyam 2012/3. 19-26.
18. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008-2012, *Nővér*, 25. évfolyam 2012/4. 28-35.
19. Irinyi Tamás, Németh Anikó: A szakdolgozói társadalmat járványszerűen megfertőző kór neve: kiegész. *Nővér*, 25. évfolyam 2012/5. 12-18.
20. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Szerepet játszik-e a munkavesztéstől való félelem az egészségügyi szakdolgozók mindennapjaiban? *Nővér*, 26. évfolyam 2013/2. 27-33.
21. Ivánka Tibor, Irinyi Tamás, Dr. Rudisch Tibor: Agresszív cselekmények előfordulásának vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. *Nővér*, 27. évfolyam 2014/4. 11-17.

22. Dr. Németh Anikó; Ujhelyiné Papp Teréz; Irinyi Tamás szerkesztette: „A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet első évtizede” ISBN 978-615-80323-0-8 könyv Szeged, 2015. A könyvben írt fejezetek:
- a./ Irinyi Tamás: A fájdalom hatása a pszichére, illetve a személyiségre, avagy értsük meg jobban a fájdalom okozta lelki kínokkal küszködőket, 96-100 oldal.
 - b./ Irinyi Tamás: A szakdolgozók szerepe a pszichiátriai betegek visszaesésének megelőzésében, avagy a pszichoedukáció jelentősége az integrált pszichiátriai ellátásban, 112-117 oldal.
 - c./ Irinyi Tamás: A gyászreakciók jellemrajza, 122-127 oldal.
 - d./ Irinyi Tamás: A laboratóriumon kívüli preanalitikai lépések és hatásuk a vizsgálatra küldött minták minőségére, 133-141 oldal.
 - e./ Irinyi Tamás: A sebkezelés fejlődése és a sebészeti betegek pszichés vezetésének irányelvei, 153-159 oldal.
 - f./ Irinyi Tamás: Fényterápia reflektorfényben, 174-178 oldal.
23. Irinyi Tamás; Dr. Németh Anikó: Egészségügyi dolgozók ellen elkövetett agresszív cselekmények Orvosi hetilap 2016; 157. évfolyam, 28. szám. 1105-1109.
24. Irinyi Tamás; Dr. Németh Anikó; Dr. Lampek Kinga: Az egészségügyi szakdolgozókat ért agresszív cselekmények kapcsolata szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel Orvosi hetilap 2017; 158. évfolyam 6. szám. 229-237.
25. Irinyi Tamás; Dr. Lampek Kinga; Dr. Németh Anikó: Munkahelyi konfliktus és kiegész kapcsolata egészségügyi szakdolgozók körében Nővér, 30. évfolyam, 2017/3, 28-34.
26. Irinyi Tamás; Dr. Lampek Kinga; Dr. Németh Anikó: Munkahelyi konfliktus az egészségügyben Nővér, 30. évfolyam, 2017/4, 7-12.
27. Irinyi Tamás; Dr. Németh Anikó; Dr. Lampek Kinga: A Pines-féle Kiegész Leltár összevetése a Maslach Burnout Inventory-va Nővér, 30. évfolyam, 2017/6, 11-16.

Előadások jegyzéke:

1. Irinyi Tamás, Tóth Zsófia: Öngyilkosságból elsőik
Egészségügyi Szakdolgozók IX. Kongresszusa, Gyula, 1996. Kongresszus díját elnyerte
2. Irinyi Tamás: Előítételek az öngyilkossággal kapcsolatba
SOTE, Ápolási Továbbképző Előadássorozat VII. Konferencia, 1996. október 11.
3. Csukonyi Katalin, Irinyi Tamás: A Unit Dose Gyógyszerosztási rendszer az ápolók szemszögéből.
Klinikai Gyógyszerészek Országos Kongresszusa, Siófok, 1997.04.09. Poszter
4. Irinyi Tamás, Tóth Zsófia: Van-e összefüggés az ápolói hivatás és az öngyilkosság között? Szakmai ártalom-e az öngyilkosság?
Egészségügyi Szakdolgozók X. Jubileumi Kongresszusa, Szeged, 1997.
Kongresszus díját elnyerte
5. Irinyi Tamás: Új követelmények a pszichiátriai ápolásban
Balassagyarmat, I. Országos Pszichiátriai Szakdolgozói Konferencia /meghívott előadóként vettem részt a plenáris ülésen, ahol elhangzott az előadás; ezen a konferencián szakértő is voltam/. 1999. július 09-10.
6. Irinyi Tamás: Néhány gondolat az ápolási folyamatról a magyar pszichiátriai ellátásban
Budapest, Egészségügyi Szakdolgozók XII. Kongresszusa /meghívott előadóként vettem részt a plenáris ülésen, ahol elhangzott az előadás; ezen a kongresszuson szekcióvezető és szakértő is voltam/. 1999. 09.29-10.02.
7. Irinyi Tamás: Kommunikáció az ápolásban /előadás/
SZTE Ált. Orvostud. Kar Szent-Györgyi Albert Orvostudományi és Gyógyszerésztudományi Centrum Népegészségtani Intézete és Manchester Metropolitan University Health Research and Development for Effective Transition British Council (Hungary)/Department of International Development által szervezett regionális továbbképző program Szeged, 2000. 04. 29.
8. Irinyi Tamás: Megvalósítható-e az ápolásban a minőségfejlesztés a közeljövőben és lesz-e kivel?
Nagykálló, II. Országos Pszichiátriai Szakdolgozói Konferencia /az előadás a plenáris ülésen hangzott el és elnyerte „A legjobb előadás” címet; ezen a konferencián üléselnök is voltam/. 2000. június 22-24.

9. Irinyi Tamás: Kik oktassák a diplomás ápolókat?
Nyíregyháza, Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója; 2001. április 20-21.
Az előadás díjazásban részesült.
10. Irinyi Tamás: A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiégéshez? (Avagy a nővér foglalkozásának áldozata?)
Kecskemét, Az Ápolónők Nemzetközi Napja alkalmából rendezett Tudományos ülés 2001. május 18.
11. Irinyi Tamás: A harmadlagos megelőzés ápolói lehetőségei, eszközei a pszichiátriai betegek ellátásában
Zalaegerszeg, Szlovén-Magyar határmenti konferencia az egészségügyi szakképzésről, ellátásról és a prevenció-kutatásról; 2001. november 13.
12. Irinyi Tamás: Az elmebetegek harmadlagos prevenciójának lehetőségei a nővéri munkában
Baja, A Pszichiátriai Szakdolgozók IV. Országos Konferenciája 2002. július 25-27.
Az előadás díjazásban részesült.
13. Irinyi Tamás: Kommunikációs nehézségek az egészségügyben
III. Ápolásmenedzsment Országos Konferencia; Szeged, 2003. április 04-05.
14. Irinyi Tamás: Kommunikációs nehézségek az egészségügyben
Pszichiátriai Szakdolgozók V. Országos Konferenciája Gyula, 2003. június 19-21.
Az előadás díjazásban részesült.
15. Irinyi Tamás: Ápolók helyzete az egészségügyi teamben, avagy milyen karrier előtt állnak a kollégák a Szegedi Tudományegyetemen
Egészségügyi Szakdolgozók Jubileumi Kongresszusa Kecskemét, 2004. június 24-26 Az előadás díjazott lett.
16. Irinyi Tamás: Az ápoló feladata a zárt vérvételi rendszer használatakor.
Akkreditált továbbképzés keretében az ország 7 városában hangzott el.
17. Irinyi Tamás: A sebkezelés fejlődése és a sebészeti betegek pszichés vezetésének irányelvei.
Akkreditált továbbképzés keretében az ország 12 városában hangzott el.
18. Irinyi Tamás: Az inkontinencia pszichés és szociális terhei.
Akkreditált továbbképzés keretében az ország 11 városában hangzott el.

19. Irinyi Tamás: A visszaesés megelőzésének ápolói lehetőségei, eszközei a pszichiátriai betegek ellátásában
Opstinski Savez Zdravstvenih Radnika Subotica, 2007.
20. Irinyi Tamás: „A pszichiátriai ápolástan: orvosi-ápolói együttműködés /egy ápoló szemszögéből”, Előadás rezidens képzés keretében, SZTE ÁOK, Szeged, 2009.
21. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Az egészségügyi reformok hatása a szakdolgozók lelki egészségére; Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa Veszprém 2009. július 10.
22. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Minket ki fog ápolni, ha ágynak esünk?
Egészségügyi Szakdolgozók XL. Országos Kongresszusa Veszprém 2009. július 10.
23. Irinyi Tamás: A pszichiátria beteg ápolásához elég ismeretet adnak az ápolói iskolák? 10 évvel az Agy Évtizede után: „Szárnyalunk vagy kullogunk?”
Országos Konferencia Nagykálló, 2009. augusztus 26-28.
24. Irinyi Tamás: Szakdolgozói szerepek a demens betegek ellátásában a Memória Ambulancián; XI. Alzheimer-kór Konferencia Szeged, 2009.
25. Németh Anikó, Balogh Mónika, Tobak Orsolya, Irinyi Tamás: „Helyzetkép a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapotáról”,
Kreativitás és Innováció Európai Éve - "Tudomány és innovatív környezet" -
Tudományos ülés, Szeged: 2009. 11. 11.
26. Ildikó Hoffmann, Dezső Németh, Tamás Irinyi, Magdolna Pákáski & János Kálmán Verbal working memory and speech processing in Alzheimer's Disease.
2nd International Clinical Linguistics Conference, 2009, Madrid, Spain
27. Ildikó Hoffmann, Dezső Németh, Laura Szél, Tamás Irinyi, Magdolna Pákáski & János Kálmán: A verbális munkamemória működése Alzheimer-kórban.
Alzheimer-kór Konferencia 2009, Szeged
28. Ildikó Hoffmann, Dezső Németh, Laura Szél, Tamás Irinyi, Magdolna Pákáski & János Kálmán: Working memory and short-term memory in Alzheimer's Disease.
9th International Conference on the Structure of Hungarian ICSH9, 2009.
augusztus 30-szeptember 1. Debrecen
29. Ildikó Hoffmann, Dezső Németh, Laura Szél, Tamás Irinyi, Magdolna Pákáski & János Kálmán: Verbal working memory and the role of the phonological loop in Alzheimer's Disease. ICPLA2008, 12th Meeting of the International Clinical Phonetics and Linguistics Association, Istanbul, Turkey.

30. Németh Anikó, Irinyi Tamás: „Ápolók egészségmagatartása” Egészségügyi Szakdolgozók XLI. Országos Kongresszusa, Kecskemét, 2010. 06. 25.
31. Irinyi Tamás, Németh Anikó: „Egy egészségfelmérés és annak következményei, eredményei”. Egészségügyi Szakdolgozók XLI. Országos Kongresszusa, Kecskemét, 2010. 06. 25. (Kongresszusi díjat nyert)
32. Irinyi Tamás, Németh Anikó: „Segítségre szoruló segítők, avagy az ápolókat tizedelő kor jellemrajza” Az MTA SZAB Orvostudományi Szakbizottságának Ápolástudományi Munkabizottságának ülése, Szeged, 2010. 11. 15.
33. Németh Anikó, Irinyi Tamás: „Egy intervenció hatása az ápolók kiégettségi szintjére” Magyar Tudomány Ünnepe, Tudományos Felolvasó Ülés, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar 2010.11. 17.
34. Irinyi Tamás: „A fájdalom hatása a pszichére illetve a személyiségre, avagy értsük meg jobban a fájdalom okozta lelki kínokkal küszködőket”, Előadás akkreditált továbbképzés keretében 2010-ben 4 városban.
35. Irinyi Tamás: „Kutatás gyakorlata”, Előadás akkreditált továbbképzés keretében 2010-2011-ben 4 alkalommal.
36. Irinyi Tamás. „Idős emberek újraélesztésével és krónikus ápolásával, gondozásával kapcsolatos gondozói és ápolói feladatok.” , Előadás akkreditált továbbképzés keretében 2010-ben 2 alkalommal.
37. Irinyi Tamás: Hospice ellátás elmélete és gyakorlata akkreditált továbbképzés Előadás és gyakorlat 2010-2011-ben 3 alkalommal.
38. Irinyi Tamás: „A laboratóriumon kívüli preanalitikai lépések és hatásuk a vizsgálatra küldött minták minőségére”, Előadás: „Pre- és posztanalitika az orvosi laboratóriumban” című kötelezően választható tanfolyamon orvosok részére, Szeged, 2010.
39. Irinyi Tamás: „A szakdolgozói hivatás gyakorlása és a lelki betegségek kapcsolata. Egészségesebb munkahely”, Előadás a „Biológiai kockázat az egészségügyben – „Tűszúrásos, vágásos” balesetek Pszichés ártalmak az egészségügyben” című akkreditált továbbképzésen, 2010-ben 3 városban.
40. Irinyi Tamás: Előadás és gyakorlat tartása az Ápolók és asszisztensek szerepe a betegek egészségesebb életre nevelésében: Fókuszban – „Az egészség mint érték” című akkreditált képzésben, Szeged, 2010.

41. Irinyi Tamás: A sebkezelés fejlődése és a sebészeti betegek pszichés vezetésének irányelvei, Előadás a „Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése” című akkreditált továbbképzésen, Szeged, 2011. március 02.
42. Irinyi Tamás: „A sebkezelés fejlődése” Pozivnica za II. Simpozijum Hirurskih Sestara Vojvodine: "Znanjem Pobedimo Rak Dojke" Zenta, 2011. április 1.
43. Irinyi Tamás: „A szakdolgozók szerepe a pszichiátriai betegek visszaesésének megelőzésében, avagy a pszichoedukáció jelentősége az integrált pszichiátriai ellátásban” Előadás a „Hogyan oktassunk?” akkreditált továbbképzés keretében Szeged, 2011. április 06.
44. Irinyi Tamás: A gyászreakciók jellemrajza Előadás akkreditált továbbképzés keretében Szeged, 2011. május 04.
45. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Szabadidő egészségünk érdekében; Egészségügyi Szakdolgozók XLII. Országos Kongresszusa Tatabánya-Várgesztes, 2011. május 26-27.
46. Irinyi Tamás: „Pre- és posztanalitika az orvosi laboratóriumban” Előadás akkreditált továbbképzés keretében. Szeged, 2011. június 1.
47. Irinyi Tamás: „Van laboratorijska preanalitčka faza I njen uticaj na kvalitet rezultata traženih analiza” Előadás akkreditált továbbképzés keretében. Szabadka, 2011. június 04.
48. Irinyi Tamás: „Ápolói szerep és funkció; Betegellátás szolgáltatásának modellje; Ápolás jelentősége a betegek gyógyulásában” Előadás I éves orvostanhallgatóknak Szeged, 2011. április 28.
49. Irinyi Tamás: „Orvos és ápoló közötti kommunikáció, etikai vonatkozások; A team munka ápolásetikája” Előadás I éves orvostanhallgatóknak Szeged, 2011. május 05.
50. Irinyi Tamás: A sebkezelés fejlődése és a sebészeti betegek pszichés vezetésének irányelvei, Előadás a „Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése” című akkreditált továbbképzésen, Szentes, 2011. június 21.
51. Irinyi Tamás: „Pre- és posztanalitika az orvosi laboratóriumban” Előadás akkreditált továbbképzés keretében. Makó, 2011. június 21.
52. Irinyi Tamás: „A szakdolgozók szerepe a pszichiátriai betegek visszaesésének megelőzésében, avagy a pszichoedukáció jelentősége az integrált pszichiátriai ellátásban” Előadás a „Hogyan oktassunk?” akkreditált továbbképzés keretében Hódmezővásárhely, 2011. július 08.

53. Irinyi Tamás: A sebkezelés fejlődése és a sebészeti betegek pszichés vezetésének irányelvei, Előadás a „Sebek képződése, akut és krónikus sebek korszerű kezelése” című akkreditált továbbképzésen Szeged, 2011. augusztus 26.
54. Irinyi Tamás: „Pre- és posztanalitika az orvosi laboratóriumban” Előadás akkreditált továbbképzés keretében. Szeged, 2011. október 8.
55. Irinyi Tamás: „Kendőzetlenül a halálról és a gyászról” Előadás akkreditált továbbképzés keretében Szeged, 2011. október 10.
56. Irinyi Tamás: „Orvosok és szakdolgozók szerepkonfliktusainak különböző formái és kezelésének módozatai” Előadás akkreditált továbbképzés keretében Szeged, 2011. november 03.
57. Irinyi Tamás: „A pszichoedukáció jelentősége az ápolásban” MTA SZAB Orvostudományi szakbizottságának Ápolástudományi Munkabizottsága előadás Szeged, 2011. november 28.
58. Németh Anikó, Irinyi Tamás: „Az ápolók egészségi állapotának összefüggése a szabadidővel” MTA SZAB Orvostudományi szakbizottságának Ápolástudományi Munkabizottsága előadás Szeged, 2011. november 28.
59. Irinyi Tamás: „A szakdolgozók szerepe a pszichiátriai betegek visszaesésének megelőzésében, avagy a pszichoedukáció jelentősége az integrált pszichiátriai ellátásban” Előadás a „Hogyan oktassunk?” akkreditált továbbképzés keretében Szeged, 2011. december 12.
60. Irinyi Tamás: „Fényterápia reflektorfényben”; Előadás „Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai” akkreditált továbbképzés keretében; Szeged, 2012. június 05.
61. Irinyi Tamás: „A gyászreakciók jellemrajza” Előadás „Beszéljünk nyíltan a halálról és a gyászról!” akkreditált továbbképzés keretében; Szeged, 2012. június 25.
62. Irinyi Tamás: „Segítségre szoruló segítők, avagy az ápolókat tizedelő kór jellemrajza” Pszichiátriai Szakdolgozók XIII. Országos Konferenciája; Plenáris ülés előadás; Győr, 2012. június 28-30.
63. Irinyi Tamás; Németh Anikó: „Menni vagy maradni? A Csongrád megyei szakdolgozók lelki egészsége és a pályaelhagyási szándék kapcsolata” Egészségügy Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa Szolnok, 2012. augusztus 23-25.

64. Németh Anikó; Irinyi Tamás: „Menni vagy maradni? A Csongrád megyei szakdolgozók pszichoszomatikus vizsgálata” Egészségügy Szakdolgozók XLIII. Országos Kongresszusa Szolnok, 2012. augusztus 23-25.
65. Irinyi Tamás; Németh Anikó: „Lelki egészség változása az egészségügyi szakdolgozók körében” XIV. Országos Járóbeteg Szakellátási Konferencia és IX. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia; Balatonfüred, 2012. szeptember 13-15.
66. Németh Anikó; Irinyi Tamás: „Egészségügy szakdolgozók pályaelhagyási szándéka Csongrád megyében” Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók X. Országos Találkozója Szeged 2012. október 5-6.
67. Irinyi Tamás: „Köszöntő” Főiskolát és Egyetemet Végzett Ápolók X. Országos Találkozója Szeged, 2012. október 5-6.
68. Irinyi Tamás, Németh Anikó: Menni vagy maradni? Döntés a lelki egészség tükrében. Pszichiátriai Ápolók II. Nemzetközi Konferenciája, Budapest, 2012. október 18-20. Az előadás a közönség által ítélt legjobb előadást díját kapta meg.
69. Németh Anikó, Irinyi Tamás: Beteg testben beteg lélek? Pszichiátriai Ápolók II. Nemzetközi Konferenciája, Budapest, 2012. október 18-20.
70. Irinyi Tamás: „A gyászreakciók jellemrajza” Előadás „Beszéljünk nyíltan a halálról és a gyászról!” akkreditált továbbképzés keretében; Szeged, 2012. november 10.
71. Irinyi Tamás: „Fényterápia reflektorfényben”; Előadás „Túlzás vagy valóság? A kiegészítő terápiák élettani hatásai” akkreditált továbbképzés keretében; Makó, 2012. november 21.
72. Irinyi Tamás: „Segítségre szoruló segítők, avagy az ápolókat tizedelő kór jellemrajza” Korunk új „népbetegsége”: Az AGRESSZIÓ című szakmai továbbképzés keretében; Budapest, 2013. március 22.
73. Irinyi Tamás: „Kommunikáció és lelki egészség” előadás és gyakorlat az „Alapvető hospice ismeretek, elméleti és gyakorlati alapok” című akkreditált 40 órás továbbképzésen Szeged, 2013.04.05, 06, 12, 13.
74. Irinyi Tamás: „Segítségre szoruló segítők, avagy az ápolókat tizedelő kór jellemrajza” Korunk új „népbetegsége”: Az AGRESSZIÓ című szakmai továbbképzés keretében; Veszprém, 2013. április 25.

75. Irinyi Tamás: Stressz- agresszió csökkentése; Szakdolgozói továbbképzés a Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet és Baleseti Központ szakdolgozói számára; Budapest, 2013. május 02-03.
76. Irinyi Tamás: „A gyászreakció jellemrajza” előadás a XIII. Országos Boncmesteri és Asszisztensi Továbbképzésen; Berettyóújfalu, 2013. május 10-11.
77. Ivánka Tibor, Irinyi Tamás, Rudisch Tibor: Variációk egy témára: agresszió; Egészségügy Szakdolgozók XLIV. Országos Kongresszusa; Eger, 2013. június 27-29.
78. Irinyi Tamás: „Segítségre szoruló segítők, avagy az ápolókat tizedelő kór jellemrajza” Korunk új „népbetegsége”: Az AGRESSZIÓ című szakmai továbbképzés keretében; Szekszárd, 2013. szeptember 25.
79. Irinyi Tamás: Stressz- agresszió csökkentése; Szakdolgozói továbbképzés a Károlyi Sándor Kórház és Jahn Ferenc Kórház szakdolgozói számára; Budapest, 2013. október 24-25.
80. Irinyi Tamás: „Segítségre szoruló segítők, avagy az ápolókat tizedelő kór jellemrajza” Korunk új „népbetegsége”: Az AGRESSZIÓ című szakmai továbbképzés keretében; Székesfehérvár, 2013. november 12.
81. Irinyi Tamás, Németh Anikó: „Vezetői felelősség a beosztottak lelki egészségének védelmében” Ápolás Menedzsment I. Országos Középvezetői Konferencia Budapest, 2013. november 30.
82. Irinyi Tamás: „Az egészségügyben dolgozók lelki egészségi állapota és az agresszió kapcsolata” előadás Az agresszió világa – a gyógyító megelőző ellátás feladatai című akkreditált szakorvosi továbbképzésen; Zalaegerszeg, 2014.04.23.
83. Irinyi Tamás: „Az emberek halálhoz való viszonyának változása a történelem folyamán” előadás a XIV. Országos Boncmesteri és Asszisztensi Továbbképzésen; Berettyóújfalu, 2014. május 09-10.
84. Irinyi Tamás: „Stressz- agresszió csökkentése”; Akkreditált továbbképzés szakdolgozók számára, Vas Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Szakigazgatási Szerve, Szombathely, 2014 október 8.
85. Irinyi Tamás: „Stressz- agresszió csökkentése”; Akkreditált továbbképzés szakdolgozók számára Egyesített Szent István és Szent László Kórház – Rendelőintézet, Budapest, 2014 október 9; 2014 október 10.

86. Irinyi Tamás: „Agresszió a kiégés árnyékában” Akkreditált továbbképzés szakdolgozók számára Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Debrecen, 2015. február 19.
87. Irinyi Tamás: „Stressz- agresszió csökkentése”; Akkreditált továbbképzés szakdolgozók számára Szent Kristóf Újbudai Szakrendelő és Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft, Budapest, 2015 március 7.
88. Irinyi Tamás: „Stressz- agresszió csökkentése”; Akkreditált továbbképzés szakdolgozók számára Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2015 március 19-20.
89. Irinyi Tamás „Helyzetértékelés” MESZK Nagygyűlés 2015 március 21.
90. Irinyi Tamás: „A magyar egészségügy kórjelzői: káosz, félelem, agresszió...” előadás a Magyar Kórházszövetség XXVII Országos Kongresszusán, Debrecen, 2015. 04. 23.
91. Irinyi Tamás: „Agresszió a kiégés árnyékában” előadás a Korunk új „népbetegsége”: Az AGRESSZIÓ akkreditált továbbképzés keretében szakdolgozók számára a Debreceni Egyetem Klinikai Központban, Debrecen, 2015. május 08.
92. Oláh Mónika; Irinyi Tamás: „A háziiorvosi ellátás szerepe a kognitív hanyatlás tüneteinek felismerésében” előadás a Pszichiátriai Szakdolgozók XVI. Országos Konferenciáján; Szeged, 2015. június 27.
93. Oláh Mónika; Irinyi Tamás: „A természetes gyógymódokhoz való viszonyulás az egészség feletti kontroll függvényében” előadás a MESZK II: Szakdolgozói Tudományos Kongresszusán, Siófok, 2015. szeptember 10-12.
94. Irinyi Tamás: „A lelki egészség és az agresszió” akkreditált továbbképzés keretében szakdolgozók számára Orosháza, 2016. január 15.
95. Irinyi Tamás; Ivánka Tibor; Dr. Németh Anikó; Dr. Lampek Kinga: Összefüggések a szakdolgozók lelki állapota, az agresszió kockázata és a munkahelyi konfliktusok gyakorisága között. Az agresszió agressziót szül? A Pszichiátriai Ápolók VI. Nemzetközi Konferenciája, Budapest, 2016. október 13.
96. Irinyi Tamás: „A lelki egészség és az agresszió” akkreditált továbbképzés keretében mentődolgozók számára Bozsok, 2016. október 21.
97. Irinyi Tamás: „Gyógyítás az agresszió árnyékában” akkreditált továbbképzés (Betegbiztonság, dolgozók biztonsága) keretében szakdolgozók számára Szeged, 2017. január 20.

98. Irinyi Tamás: „Gyógyítás az agresszió árnyékában” akkreditált továbbképzés (Betegbiztonság, dolgozók biztonsága) keretében szakdolgozók számára Szentes, 2017. március 23.
99. Irinyi Tamás; Dr. Németh Anikó; Dr. Lampek Kinga: „A szakdolgozók lelki egészségének hatása a betegellátásra” Ártó-Védő Társadalom Konferencia XV. Magatartástudományi Napok 2017. június 8-9.
100. Irinyi Tamás; Dr. Németh Anikó; Dr. Lampek Kinga: „A minimalista egészségügyi rendszer hatása a fekvőbeteg ellátásra, ezen belül a pszichiátriai betegellátásra” Pszichiátriai Szakdolgozók XVIII. Országos Konferenciája; 2017. június 22-24.
101. Irinyi Tamás; Dr. Németh Anikó; Dr. Lampek Kinga: „A szakdolgozói kiégettség hatása az egészségügyi ellátás lakossági megítélésére, és a betegbiztonságra” PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola és az MTA TAB Egészségtudományi Munkabizottság VII. Tudományos fóruma; Pécs, 2017. november 10.
102. Irinyi Tamás: „Gyógyítás az agresszió árnyékában” akkreditált továbbképzés (Betegbiztonság, dolgozók biztonsága) keretében szakdolgozók számára Csongrád, 2017. november 20.
103. Irinyi Tamás: „Az egészségügyi szakdolgozókat ért agresszív cselekmények kapcsolata szociodemográfiai és munkahelyi tényezőkkel” előadás a MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet által szervezett akkreditált „Kutatások az egészség tudomány területéből” című továbbképzés keretén belül; Szeged, 2018. január 22.