

**Betegellátásban dolgozók egészségi állapotának,
egészségmagatartásának, munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala
megyei kórházban**

Doktori (Ph.D.) értekezés

Cseh Szabolcs

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Egészségtudományi Doktori Iskola

Pécs, 2024

PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI KAR

EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI DOKTORI ISKOLA

Doktori Iskola vezető: Prof. Dr. Kiss István

Programvezető: Prof. Dr. Kovács L. Gábor

Témavezető: Petőné Dr. Csima Melinda PhD.

**Betegellátásban dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának,
munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban**

Doktori (Ph.D.) értekezés

Cseh Szabolcs



Pécs, 2024

Tartalomjegyzék

Táblázatok és ábrák jegyzéke.....	2
Bevezetés.....	2
1.1 Problémafelvetés, témaválasztás indoklása.....	2
1.2 A vizsgálat célja	4
1.3 Kutatási kérdések, hipotézisek	4
2 Szakirodalmi áttekintés	6
2.1 Az egészség fogalmi kerete	6
2.2 Az egészség-betegség modellek tipológiája.....	9
2.3 Szalutogenetikus egészségmodellek.....	10
2.4 Az egészségi állapotot meghatározó tényezők, egészségdeterminánsok	11
2.5 Egészségmagatartás	12
2.6 A magyar lakosság egészségi állapota	14
2.7 A magyar lakosság egészségmagatartása	16
2.8 Az egészségügyi dolgozók egészségi állapota és egészségmagatartása.....	17
2.9 Az egészségügyi dolgozók egészségét támogató programok, kezdeményezések	24
2.9.1 Green Hospital koncepció	24
2.9.2 Health Promoting Hospitals, koncepció.....	25
2.9.3 Mental Health Coalition koncepció	25
3 A jóllét konceptuális megközelítése.....	26
3.1 A munkahelyi jóllét, munkahelyi elégedettség	26
3.2 Egészségügyi dolgozók munkahelyi jólléte, munkahelyi elégedettsége.....	29
4 Vizsgálati anyag és módszer	38
4.1 Mintaválasztás módjának meghatározása.....	39
4.2 Vizsgált változók	39
4.3 Adatgyűjtési módszerek és eszközök, a kérdőív bemutatása.	39
4.3.1 Az SF-36 kérdőív	40
4.3.2 ELEF kérdőív	41
4.3.3 Maslach Burnout Inventoryt	41
4.3.4 Beck Depresszió kérdőív	41
4.3.5 Diener-Élettel való elégedettség skála.....	42
4.3.6 WHO jóllét skála	42
4.3.7 Erőfeszítés-jutalom egyenlőtlenség skála	42
4.3.8 Szervezeti klímadimenziók.....	43
4.3.9 Az alkalmazott mérőeszközök megbízhatósági mutatói	43
4.4 A statisztikai Elemzés módja.....	45
5 Eredmények.....	46
5.1 A válaszadók szociodemográfiai jellemzői	46
5.2 A munkavégzéssel kapcsolatos főbb jellemzők	47
5.3 A válaszadók egészségi állapotának főbb jellemzői	48
5.3.1 Az egészségi állapot Szubjektív mutatói.....	48
5.3.2 Az egészségi állapot objektív mutatói	49

5.4	A vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók lelki egészsége	51
5.4.1	<i>Társas támogatás</i>	52
5.5	Erőfeszítés-jutalom egyensúlytalanság	52
5.6	Az egészségügyi dolgozók egészségmagatartásának főbb jellemzői.....	53
5.7	Szakmai közérzet: munkahelyi jellemzők, munkahelyi környezet, a munkavégzéssel összefüggő sajátosságok. (Szervezeti jellemzők).....	56
5.7.1	<i>Pályaelhagyás külföldi munkavállalás</i>	57
6	Összefüggésvizsgálatok	59
6.1	Az egészségi állapot differenciáló tényezői	59
6.1.1	Szubjektív mutatók.....	59
6.1.1.1	<i>Általános egészség</i>	60
6.1.1.2	<i>Fizikai funkció</i>	61
6.1.1.3	<i>Fizikai szerep</i>	61
6.1.1.4	<i>Testi fájdalom</i>	61
6.1.1.5	<i>Érzelmi szerep</i>	63
6.1.2	Objektív mutatók.....	63
6.1.2.1	<i>Krónikus betegségek</i>	63
6.1.2.2	<i>A testtömegindex</i>	64
6.2	Egészségügyi dolgozók lelki egészsége	65
6.3	Kiégés	65
6.4	Egészségügyi dolgozók Egészségmagatartása	69
6.4.1.1	<i>Dohányzás</i>	69
6.4.1.2	<i>Alkoholfogyasztás</i>	69
6.4.1.3	<i>Táplálkozás</i>	70
6.4.1.4	<i>Testmozgás</i>	70
6.4.1.5	<i>Szűrővizsgálatok</i>	70
6.5	Szervezeti kultúra: A munkahelyi jóllét differenciáló tényezői.....	71
7	Megbeszélés	75
7.1	Kutatási kérdések megválaszolása, a hipotézisvizsgálat eredményei	86
8	Új Tudományos Eredmények.....	90
8.1	Javaslatok az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, munkahelyi közérzetének javítására.....	91
8.2	A vizsgálat korlátai.....	92
8.3	A kutatás folytatásának lehetséges iránya	93
9	Mellékletek.....	94
10	Publikációs jegyzék.....	111
11	Köszönetnyilvánítás	112
12	Irodalomjegyzék.....	113

Táblázatok és ábrák jegyzéke

1. táblázat: A kiégés dimenzióinak határértékei	43
2. táblázat: Az SF-36 skála dimenzióinak jellemzői	46
3. táblázat: Az alkalmazott skálák jellemzői	47
4. táblázat: A munkahelyi klíma skáláinak jellemzői	47
5. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői.....	49
6. táblázat: A munkakörök megoszlása a Kanizsai Dorottya és a Zala Megyei Szent Rafael Kórházban	51
7. táblázat: A munkakörök megoszlása a Kanizsai Dorottya és a Zala Megyei Szent Rafael Kórházban.....	51
8. táblázat: Az egészségügyi dolgozókat érintő leggyakrabban előforduló krónikus betegségek, hosszabb ideje fennállópanaszok	53
9. táblázat: A munkavégzéssel összefüggő egészségi panasz.....	54
10. táblázat: Munkahelyi társas támogatás.....	55
11. táblázat: A dohányzási szokások és az alkoholfogyasztás.....	57
12. táblázat: Az étkezési szokások megoszlása.....	57
13. táblázat: Sportolással töltött idő.....	58
14. táblázat: Szűrővizsgálaton való részvétel az adatfelvételt megelőző évben.....	58
15. táblázat: Szervezeti jellemzők a vizsgált klímadimenziók alapján.....	59
16. táblázat: Az SF-36 dimenzióinak átlagértékei és összefüggései a szociodemográfiai jellemzők tükrében	63
17. táblázat: Krónikus betegségek megoszlása a nemek arányában.....	67
18. táblázat: A kiégés differenciáló tényezői.....	68
19. táblázat: A kiégéssel összefüggő mutatók	70
20. táblázat: A munkahelyi klímával összefüggő mutatók.....	74
21. táblázat: A munkahelyi klímával összefüggő mutatók a két Zala megyei kórház összehasonlításában.....	75
22. táblázat: A munkahelyi klímával összefüggő klímadimenziók átlagértékeinek összehasonlítása, a két Zala megyei kórházban.....	76
23. táblázat: Az SF-36 kérdőíves vizsgálat eredményeinek dimenziókénti összehasonlító elemzése	78
1. ábra: A saját minta, a mentőtisztek, és a magyar lakosság és a pakisztáni ápolók körében végzett SF-36 kérdőíves vizsgálat eredményeinek dimenziókénti összehasonlító elemzése	78

1 Bevezetés

1.1 Problémafelvetés, témaválasztás indoklása

A magyar lakosság egészségi állapota a kilencvenes évek közepe óta tartó folyamatosan javuló tendenciája ellenére világviszonylatban továbbra is kedvezőtlen a hasonló társadalmi és gazdasági fejlettséggel rendelkező országokhoz képest (Orosz és Kollányi, 2016). A várható élettartam a 2019-es adatokat tekintve öt évvel alacsonyabb az uniós átlagnál, továbbá a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségei miatt bekövetkező korai halálozás magasabb arányban fordul elő hazánkban. A korai halálozás mellett Magyarország nemzetközi összehasonlításban az elvesztett egészséges életévek száma terén is kedvezőtlenebb mutatókkal rendelkezik: az EU-hoz képest 2019-ben 36%-kal volt nagyobb a veszteség (IHME, 2019), továbbá meghaladja a visegrádi országok és Ausztria veszteségeit (Vitrai és Bakacs, 2021). Az egészségveszteségek hátterében elsősorban az egészségviselkedés terén megfigyelhető rizikómagatartások állnak. Az Európai Unió tagállamaival összevetve hazánkban nagyobb gyakorisággal fordulnak elő olyan kockázati tényezők, mint a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egészségtelen étrend, amelyek hozzájárulnak a daganatos-, valamint a szív és érrendszeri betegségek viszonylag magas incidenciájához (Boruzs és mtsai., 2021). Mindemellert az elmúlt évek gazdasági növekedése ellenére a GDP-hez viszonyított egészségügyi kiadások hazánkban jóval az uniós átlag alatt maradnak (Vitrai és Bakács, 2021). Ezzel összefüggésben hazánkra az ún. közép-európai egészségparadoxon jellemző, ahol lényegében az életkilátások rosszabbak, mint ami az ország gazdasági helyzetéből fakadóan elvárható lenne (Kopp és Skrabski, 2007).

A krónikus betegségek megelőzésére irányuló prevenció hatékonyságának növelése érdekében a Kormány a 2019 és 2022 közötti időszakban öt nemzeti népegészségügyi programot vezetett be, melyek mindegyike az egész életen átívelő megelőzésre összpontosít (1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozat a nemzeti egészségügyi programokról, valamint az azokhoz kapcsolódó, a 2019–2022. évekre vonatkozó szakpolitikai programokról). A lakosság egészségi állapotának javítása és az egészségügyi ellátás fejlesztése érdekében a Kormány a 2030-ig terjedő időszak vonatkozásában jóváhagyta: a (1) Nemzeti Gyermekegészségügyi Programot, a (2)

Nemzeti Keringési Programot, a (3) Nemzeti Mentális Egészségügyi Programot, a (4) Nemzeti Mozgásszervi Programot, valamint a (5) Nemzeti Rákellenes Programot.

A lakosság egészségének megőrzése, a betegségek megelőzése, illetve a kialakult betegségek gyógyítása, valamint az egészségfejlesztés terén kiemelt szerepe van az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó szakembereknek. Igénybevétel szempontjából az egészségügyi ellátórendszer által kínált szolgáltatások társadalmunkban jelentős szerepet töltenek be, ám paradox módon az egészségügyben végzett tevékenység presztízse mégis alacsony. Kiemelt jelentőségű ez abból a szempontból, hogy a munkával összefüggő tényezők – különösképp a társadalmi megbecsültség – a társadalmi dimenziók közül elsődlegesen határozzák meg a társadalmi identitást és státuszt, továbbá lehetőséget teremtenek a tanuláshoz és fejlődéshez, a sikerhez és az elégedettséghez, valamint a tágabb társas kapcsolatok építéséhez. A munkahelyi elvárásoknak való megfelelés növeli az énhatékonyságot, a dolgozó a munkájáért jutalmat, nyereséget, uniformitást kap, ezáltal önértékelése, önbecsülése is növekedhet. A munkával, a munkahely minőségével összefüggő pszichoszociális jellemzők erőteljesen befolyásolhatják mind a fizikai, mind a mentális jóllétet. A betegellátás során végzett tevékenység hosszú távon embert próbáló feladat, mely nem csupán a testi egészségre hat, hanem nagymértékben meghatározza a lelki egészséget is, befolyásolva az egyén életminőségét. A lakosságra irányuló preventív és gyógyító tevékenység mellett az egészségügyben dolgozók saját egészségük megóvásáért is felelősek, azonban míg segítő foglalkozásuk sajátosságaiból adódóan hivatás-szerűen öröködnék mások egészsége felett, addig sok esetben saját egészségük megóvása háttérbe szorul. Ennek jelentőségét felismerve mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalomban számos kutatás irányult az egészségügyi ellátásban dolgozók élet- és munkakörülményeinek megismerésére, melynek eredményeként hazánkban is megsokasodtak az e területen dolgozók egészségi állapotával (Mészáros és mtsai., 2013; Németh, 2016), egészségmagatartásával (Hompoth és mtsai., 2018; De Hert, 2020), életminőségével és közérzetével (Kegyé, 2018; Rouleau, 2012) kapcsolatos publikációk.

Kiemelt jelentőségű e professzió vizsgálata abból a szempontból, hogy megismerjük a lakosság egészségének megőrzéséért, a betegségek megelőzéséért felelős szakemberek egészségmutatóit, egészségmagatartásuk főbb jellemzőit, illetve a munkahelyi környezettel összefüggő sajátosságokat (IHME, 2019; Feith, 2008; Pék és mtsai., 2013; Mohos és mtsai., 2021; Guseo és Hertelendi, 2014; Terebessy, 2016; Szényei és mtsai., 2015; Szalai és mtsai., 2021; Stankovic és mtsai., 2019).

1.2 A vizsgálat célja

Vizsgálatunk célja két Zala megyei Kórházban (Kanizsai Dorottya kórház, Zala Megyei Szent Rafael kórház) ellátást végző orvosok és egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának felmérése, továbbá az azokat befolyásoló munkahelyi jellemzőknek a megismerése volt. Célunk volt mindemellet a vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók munkahelyi jóllétének, szakmai közérzetének megragadása a lelki egészség különböző mutatóin, illetve a munkahelyi klíma jellemzőin keresztül. A szakmai közérzettel összefüggésben kiemelt célunk volt a lelki egészség, különösképp a kiégés és az észlelt munkahelyi környezet közötti összefüggések feltárása.

1.3 Kutatási kérdések, hipotézisek

Kvantitatív kutatásunk kérdései alapvetően az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának differenciáló tényezőire, a szakmai közérzet megismerésére, továbbá a vizsgált változók közötti összefüggések feltárására irányultak.

1. *Kutatási kérdés: Milyen jellemzőkkel írható le az egészségügyi dolgozók egészségi állapota (szomatikus és lelki egészség), egészségmagatartása? Mely tényezők mentén differenciálódik az egészségi állapot és az egészségmagatartás?*

Az 1. kutatási kérdés vonatkozásában a következő hipotézisek vizsgálatára került sor:

H. 1. Feltételezzük, hogy a vizsgálatunkba bevont egészségügyi dolgozók egészségi állapota (szubjektív és objektív megítélés szerint is) eltérést mutat az egyes szociodemográfiai (nem, legmagasabb iskolai végzettség) és munkajellemzők alapján (munkakör).

H. 2. A kedvezőtlen egészségi állapot jelei már a munkavégzés korai éveiben is megmutatkoznak, összességében a fizikai és lelki állapot jellemzői eltérnek a korábbi, hasonló populáción végzett vizsgálatok eredményeihez képest.

H. 3. Az egészségügyi dolgozók egészségmagatartására jellemző a fizikai inaktivitás, valamint magas a dohányzók aránya. Mind a fizikai aktivitás, mind a dohányzás

vonatkozásában jelentős különbségeket várunk a férfiak és a nők között, illetve a különböző foglalkozási csoportok között.

H. 4. Feltételezzük, hogy a vizsgált egészségügyi dolgozók depressziójának a mértéke összefüggést mutat az egészségkárosító magatartásformákkal (dohányzás, alkoholfogyasztás).

H. 5. Feltételezzük, hogy a szociodemográfiai és munkajellemzők alapján jelentős különbség mutatható ki az egyes életminőség dimenziók között, különösen a lelki egészség dimenziója jelez rosszabb állapotot, összevetve a hazai és külföldi kutatásokkal is.

2. Kutatási kérdés: Milyen intézményi környezetben látják el feladataikat a vizsgálatunkba bevont egészségügyi dolgozók? Milyen összefüggést mutat az intézményi klíma a szakmai közérzettel, illetve a lelki egészség egyes dimenzióival?

A 2. kutatási kérdés vonatkozásában a következő hipotézisek vizsgálatára került sor:

H.1. Feltételezzük, hogy a munkavégzéssel összefüggő egyes jellemzők (munkában eltöltött évek száma, munkakör) mentén erőteljes különbségek igazolhatók a megélt munkahelyi klíma vonatkozásában.

H. 2. Feltételezzük, hogy a megélt munkahelyi klíma összefüggést mutat a lelki egészség egyes dimenzióival, úgy mint kiégés, szubjektív jóllét, élettal való elégedettség.

2 Szakirodalmi áttekintés

„A betegség az élet sötét oldala, a kínosabb, a terheesebb állampolgárság. Ugyanis minden ember kettős állampolgársággal születik, egyaránt polgára az egészség és a betegség birodalmának. Annak ellenére, hogy mindannyian szívesen használjuk az egészség útlevelét, az idő múlásával valamennyien rákényszerülünk, hogy ha rövid időre is, de átlépünk a másik királyság állampolgárának szerepébe.” (Sontag 1983: 5).

2.1 Az egészség fogalmi kerete

Az egészség fogalmának számos megközelítése ismert, melynek eredményeként mind a tudományos diskurzusokban, mind pedig a laikus közbeszédben a kifejezés különböző tartalommal jelenik meg, illetve más-más képzetek társulnak hozzá. Az egészségről, s ezzel összefüggésben a betegségről alkotott felfogást erőteljesen befolyásolja az adott társadalom szubjektív egészségképe, mely a társadalmi mintáktól, a lakosság általános egészségi állapotától és az orvostudomány fejlettségétől függ. Az évezredek során számos definíció látott napvilágot, mely önmagában is jelzi, hogy az egészség meghatározása annak ellenére nem egyszerű, hogy minden ember életének a legfontosabb erőforrása. Dubos (1960) egy tükörhöz hasonlítja az egészség fogalmi meghatározásának problematikáját: távolról szemlélve egyértelműnek tűnik a benne látható tükörkép, ugyanakkor, ha túlságosan közel kerülünk hozzá, és megpróbáljuk leírni a látottakat eltűnik a lényeg (idézi: Boros 2020).

Az egészségről való gondolkodás szorosan összefügg a betegséggel és annak eredetével kapcsolatos teóriákkal (Hidvégi és mtsai, 2015). Az egészség megőrzésén alapuló klasszikus elméletek (Platontól Hobbesig) alaptétele, hogy a betegség az egyensúly megbomlásának következménye, a kezelés célja ennek megfelelően az egyensúly helyreállítása. Sontag (1983) és Helman (2003) ezt azzal egészíti ki, hogy a test harmonikus működése a testi elemek vagy különböző erők egyensúlyától függ. A legismertebb egyensúlyelméletek: Hippokratész humorális elmélete (Forrai, 2023), illetve a szintén az optimális arányok elvére épülő indiai ayurvédikus gyógyászat, mely

megközelítések még ma is befolyásolják a laikus egészség-felfogásokat (Korossy, és Blázovics, 2016).

A természet- és ezzel párhuzamosan az orvostudomány fejlődésének következtében az egészség-betegség kérdéskör kapcsán a figyelem egyre inkább a biológiai, kémiai, illetve fizikai összetevőkre irányult. Az ennek eredményeként tért hódító biomedikális modell évtizedekig uralkodó irányzatként az egészséget a betegség hiányával azonosította, s alapvetően betegség-centrikusan határozta meg az egészségről, illetve a betegségről alkotott nézeteket (Csabai és Molnár, 2009), s ezzel együtt úgy tekintett az emberre, mint a kívülről érkező betegségek passzív befogadjára (Aszmann, 2007). Az alapvetően gyógyszer- és eszközközpontú biomedikális modell azonban nem tudta ebbe az értelmezési keretbe helyezni azokat a krónikus megbetegedéseket, amelyek kialakulásában a biológiai, fizikai, kémiai okokon túl szerepe van az életmódnak, a különböző életeseményeknek, illetve az aktuális lelki állapotnak (Kulcsár 1998). Az egészségről való gondolkodásban emiatt egyre inkább felértékelődött az egyén aktív szerepvállalása, egyéni döntése saját egészségének megőrzésében, életmódjának tudatos alakításában (Pikó, 2002; Aszmann, 2007).

A magatartástudományok eredményeinek köszönhetően az 1970-es években egyre inkább elterjedt az a szemlélet, hogy az egyéni szintű magatartásváltozás csak abban az esetben lehet tartós, ha a társadalom mentális változása, a közösség szemléletének megváltozása áll a háttérben (Pikó 2002). E modern felfogás értelmében azonban az egészség sokkal több, mint pusztán a betegség hiánya, azt a biológiai folyamatok mellett a pszichológiai, szociális, és kulturális faktorok is meghatározzák. E megközelítés az egészséget bio-pszichoszociális aspektusok mentén írja le, mely szemlélet a XX. században megjelenő rendszerelmélet hatására az egyes rendszerek között, az egészség vonatkozásában így a biológiai, a pszichológiai és a szociális rendszerek között folyamatos kölcsönhatást feltételez (Kulcsár 1998).

A legelterjedtebb egészségdefiníciót 1948-ban az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization »a továbbiakban: WHO«) a bio-pszichoszociális szemlélettel összhangban fogalmazta meg, majd folyamatosan pontosította, kiegészítette. Az 1948-as definíció alapján „az egészség nem csupán a betegség és a fogyatékoság hiányát, hanem a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapotát jelenti.” Az alapvetően patogenetikus irányultságú paradigmát tehát a WHO említett

definíciója háttérbe szorította és utat nyitott az új paradigmának, amely a betegség (hiánya) mellett az egészséget, a funkcionalitást és a jóllétet is hangsúlyozza (Greenfield-Nelson, 1992). Annak ellenére, hogy a fogalom már tartalmazta az előzőekben betegség-központúnak nevezett szemlélettől való eltávolodást, továbbra is hordozott magában hiányosságokat, melyek miatt a későbbiekben több ízben is kiegészítésre szorult (Moravcsik-Kornyicki és R. Fedor, 2021). Stokes és munkatársai 1982-ben publikált tanulmányukban leírták, hogy az egészség több elemet is magába foglal, amelyek között szerepel: a jóllét érzete; az anatómiai, fiziológiai és pszichológiai egység; a családban, munkahelyen és a társadalomban betöltött szerepre való alkalmasság, a stressz feldolgozására való képesség, a betegségtől, illetve a korai halálozás kockázatától való mentesség. 1984-ben az egészség definícióját ennek megfelelően már egy komplexebb megközelítés jellemezte (Stokes és mtsai. 1982). A WHO koppenhágai konferenciáján kiemelte az egyéni és a társadalmi létfeltételek szerepét, illetve az egyén kifejezett felelősségét is az egészség megőrzése kapcsán. Ehhez illeszkedik az Ottawai Charta megfogalmazása (1986), mely szerint az egészséget nem csak a társadalmi és környezeti tényezők, hanem az egyén viselkedése, tudása és tapasztalatai is jelentős mértékben meghatározzák. Az 1988-as Adelaideban megtartott egészségfejlesztési konferencián a WHO záródokumentumába foglalta, hogy az egészség emberi jog, amely javításában és fejlesztésében az egyén szerepvállalása mellett a kormányoknak is felelőssége van (Egri és Kőszegi, 2016). Ehhez a megközelítéshez illeszkedik Seedhouse (2001:164) definíciója, mely szerint: *„Az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét.”* Az egészség ennek értelmében tehát egy olyan optimális állapot, amely során érvényesülnek az egyén számára a lehetőségei eléréséhez és kibontakoztatásához szükséges feltételek (Csizmadia, 2018).

Az egészség-betegség fogalmi megközelítése kapcsán bekövetkező paradigmaváltás fontos hozadéka volt, hogy az egészség fizikai komponensei mellett a pszichés dimenziót is megjelenítették, mint az egészség összetevőjét. A mentális jóllét, mint önálló érték, a pozitív egészségpszichológia előtérbe kerülésével (Kopp, 2008; Szondy, 2010; Susánszky és Szántó, 2013) vált hangsúlyossá. Segítségével képes az egyén érzékelni és megérteni a környezetét, képes alkalmazkodni hozzá, illetve elengedhetetlen a szociális interakciók sikeres lebonyolításához. A WHO

(2005) megfogalmazásában a mentális egészség magába foglalja a kedvezőtlen életeseményekkel való megbirkózás képességét, továbbá nélkülözhetetlen a lelki zavarok és a különféle egészségproblémák elkerüléséhez. A mentális jól-léttel rendelkező egyének az életet értelmesnek élik meg, és a társadalom aktív tagjaként funkcionálnak. A WHO értelmezése szerint a mentális egészség tulajdonképpen a jóllétnek az az állapota, amelyben az egyén képes realizálni a lehetőségeit, megbirkózik az élet normál stressz állapotaival, produktív munkát végez és képes hozzájárulni a közössége mindennapjaihoz (WHO, 2005, Idézi: Boros, 2020).

2.2 Az egészség-betegség modellek tipológiája

Az évezredek során a különböző korok és társadalmak egészség- és betegségfelfogása különbözőségeik ellenére is típusokba sorolhatók aszerint, hogy a betegség kialakulását az egyén magatartására vagy a környezeti erők összjátékára vezetik vissza. A betegség kialakulásának e kétféle megközelítése joggal veti fel a kérdést, hogy az egyén tulajdonképpen milyen mértékben tehető felelőssé a saját egészségéért, s vajon van-e kontrollja a gyógyulási folyamat felett, illetve milyen mértékben tudja befolyásolni azt. Napjainkban a magatartásbéli és a környezeti tényezők szerepe egyaránt fontossá válik, ennek megfelelően a gyógyítás során mind a biológiai, mind a pszichológiai, mind pedig a társadalmi aspektusok figyelembevétele szükséges (Szántó, 2002).

Bár a betegségközpontú megközelítés mellett egyre inkább teret hódít az egészségközpontú szemlélet, nem állíthatjuk, hogy az előbbi teljesen eltűnt volna. Bauman (1961) és Herzlich (1973) munkássága alapján Susánszky (2002) hatféle egészségfelfogást azonosított amelyek párhuzamosan vannak jelen a társadalomban: (1) érzésorientált egészségfelfogás, mely a jó közérzettel azonosítható; (2) tünetorientált egészségfelfogás, mely azt fejezi ki, hogy az egyén nem beteg; (3) teljesítményorientált egészségfelfogás, mely szorosan kapcsolódik a napi rutinra való alkalmassághoz; (4) erőforrás jellegű megfogalmazás, mely a rutinton felüli feladatok elvégzéséhez szükséges energikusságra utal; (5) norma jellegű megfogalmazás, mely a saját elvárásnak való megfeleléshez kapcsolja az egészséget; s végül a (6) viselkedés jellegű megfogalmazás, melyhez az egészséges életmóddal való azonosulás társul. Az egészségtudományi gondolkodásban e modellek egymás mellett léteznek, más és más hangsúlyokkal, elsősorban a társadalmi idő és tér függvényében.

2.3 Szalutogenetikus egészségmodellek

A társadalomtudományi gondolkodás térhódítása a betegség keletkezését középpontba helyező modellek mellett teret adott az egészség keletkezését előtérbe állító modelleknek, melyek közül jelentőségét tekintve kiemelkedik az Aaron Antonovsky (1923-1994) által kidolgozott koherencia elmélet. A betegség kialakulása helyett figyelme az egyének egészségére irányult, ebből adódóan egészségközpontú (salutogenesis) modellnek tekintjük. Elméletét igazolandóan számos kutatást végzett, melyek során a vizsgált személyekkel több évtizeden keresztül tartotta a kapcsolatot annak érdekében, hogy életkörülményeiket, viszonyulásait és egészségi állapotukat figyelemmel tudja kísérni. Modelljének kulcsfogalma a koherencia-érzet, melynek középpontjában az egyén és környezete közötti összhang áll (Antonovsky, 1979; 1987). Antonovsky és munkatársai az adott személy egészségét az általa érzékelt koherencia alapján határozták meg. A szubjektíven érzékelt koherencia érzet összetevői a következők:

- értelmezhetőség: a külső és belső világból érkező ingerek érthetősége, értelmezhetősége az egyén számára
- kezelhetőség: az egyén elérhetőnek érzi azokat az erőforrásokat, amelyeknek segítségével válaszolni tud a hozzá érkező ingerekre, azaz rendelkezik a saját élete feletti befolyás érzésével
- jelentőségteljeség: az egyén értelmét érzi annak, hogy a felé érkező ingerekre reagáljon, mélyen elköteleződjön saját életének aktív alakításában.

Az egészséget csak akkor tudjuk létrehozni, fenntartani, működtetni, ha életünkben ez a három feltétel egyszerre teljesül és egymással stabil, összetartó, un. koherens rendszert alkot. Minél magasabb szintű tehát az egyén koherencia érzete, annál nagyobb valószínűséggel marad egészséges, nem csak fizikai, hanem lelki és szellemi értelemben is, ami feltétele a személyes életfeladat aktív teljesítésének (Antonovsky, 1996). Antonovsky salutogenesis elméletéhez jól illeszkedő következtetéseket fogalmaz meg az ökológiai egészségmodell, melynek értelmében: *„Az egyén csak úgy lehet egészséges, ha a társadalomba integrálódik, konstruktív kapcsolatai vannak, megfelelő módon tud alkalmazkodni a stresszhelyzetekhez, ki tudja fejezni személyes igényeit és meg tudja fogalmazni életcélját.”* (Csabai, 2001:167).

2.4 Az egészségi állapotot meghatározó tényezők, egészségdeterminánsok

Az egészségi állapot determinánsait feltáró kutatások egybehangzóan irányítják a figyelmet az életmód, ezen belül is az egészségmagatartás meghatározó szerepére. A fentebb ismertetettek szerint a Lalonde Riport mutatott rá először azokra a tényezőkre, amelyek az egyének egészségi állapotát nagymértékben meghatározzák, kiemelve a tényezők közül az egészségmagatartást, mely a legmarkánsabb egészségdeterminánsnak bizonyult. Fürediné Kovács (2008) értekezésében áttekintést nyújt az egészségi állapotot befolyásoló társadalmi és kulturális tényezők szerepéről. Az egészségszociológia térnyerésének köszönhetően került fókuszba a társadalomban elfoglalt pozíció és az egészségi állapot összefüggéseinek tudományos vizsgálata, mely vizsgálatok eredményeként fény derült egyes demográfiai és gazdasági jellemzők egészségi állapotot befolyásoló hatására. Statisztikailag kedvezőtlenebb helyzetben vannak a férfiak, az alsóbb társadalmi rétegekhez tartozó csoportok, az alacsony jövedelemmel rendelkezők, a rosszabb gazdasági mutatókkal rendelkező régiókban élők, az alacsony iskolázottságúak, valamint a kisebbségi csoporthoz tartozók. A koherencia-érzet egyénenként, valamint az egészség, mint érték megítélése is egyenlőtlenségeket eredményez az egészségi állapot terén (Fürediné Kovács 2008).

Az egészség, mint érték kapcsán több szerző hívja fel a figyelmet arra, hogy az egészséges életmód tömegméretűvé válását gátló tényező, hogy az egészség nem ágyazódik be alapvető értéként az egyének értékrendszerébe (Makara, 1987; Uzzoli, 2004). Az egészségdeterminánsok kapcsán azt is szükséges megemlíteni, hogy a kapcsolat nem minden esetben mutat egyirányba. Az egészségmagatartás hat a testi funkciókra, ugyanakkor a fizikai állapot óhatatlanul is befolyásolja az egészségmagatartás (WHO, 2005). Ez a kölcsönös egymásra hatás nem csupán a fizikai egészség kapcsán figyelhető meg, hanem a mentális egészség és az egészségmagatartás összefüggésében is. Számos kutatás igazolta például a dohányzás és a lelki egészség összefüggését (Csoboth, 2006; Goodwin és mtsai., 2013; Cook és mtsai., 2014; Kuo és Chiang, 2013; Howard és mtsai., 2013; Lam és mtsai., 2013; Lawrence és mtsai., 2013; Michal és mtsai., 2013; Mojtabai 2013; Smith és mtsai., 2013). A dohányzás oldja a szorongást, ennek következtében rövid távon kedvező hatást fejt ki, hosszú távon viszont viselkedési addikcióhoz vezet (Pikó, 2005; idézi Boros, 2020), s befolyásolja az egyén egészségi állapotát.

2.5 Egészségmagatartás

Az egyén egészséggel kapcsolatos döntéseinek jelentőségére Marc Lalonde, a kanadaiak egészségéről szóló jelentése irányította rá a figyelmet. Az azóta Lalonde Riport néven ismertté vált jelentés elsőként dokumentálta, hogy a korai halálozás, a korlátozottság és az elvesztett egészséges életévek száma megelőzés által jelentős mértékben csökkenthető. A jelentésben megfogalmazottak szerint az egyén az egészsége fenntartásához, ezzel együtt a betegségek elkerüléséhez nagymértékben hozzájárulhat szokásainak alakítása, illetve az egészségvédő döntései, egészségmagatartása révén (LaLonde, 1974). Az egészségmagatartás kifejezés ennek nyomán előtérbe került, értelmezésére az elmúlt évtizedekben számos kísérlet történt. A vonatkozó szakirodalomban sok esetben keverednek az életstílus, életmód, egészség-életmód, rizikómagatartás kifejezések, mely megnehezíti a fogalomhasználat konszenzuális értelmezését (Boros, 2020). Gochman (1997) egészségmagatartás alatt mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat értette, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, illetve az egészség helyreállításához vagy javításához. Becker (1974) az egészségmagatartást az egészség érdekében végrehajtott olyan cselekvésként definiálta, amelyet befolyásolnak az egyén ismeretei, attitűdje, az elérhető választási lehetőségek, illetve az adott szituáció kontextusa. Becker megállapítja, hogy az egészségmagatartás nem csupán az egészség megőrzéséhez vagy fejlesztéséhez járulhat hozzá, hanem sok esetben betegségekhez is vezethet. Összefoglalva a különböző megközelítéseket, az egészségmagatartásra tekinthetünk úgy, mint olyan viselkedésformáknak, szokásoknak, készségeknek, tudáselemeknek, vallott értékeknek, attitűdöknek és meggyőződéseknek az összessége, amellyel az egyének tudatosan törekednek az egészségük megőrzésére, fenntartására (Fodor, 2013), vagy éppen egészségviselkedésük eredményeként rombolják azt. Azon döntéseknek és tevékenységeknek a véghezvitelét teszi lehetővé, amelyek vagy az egészség megóvását, vagy akár ezzel ellentétesen, annak megkárosítását okozzák, hosszú távon meghatározva az egyén egészségi állapotát, egyes betegségek kialakulását. Ennek megfelelően az egészségmagatartás fő ismérve annak kétpólusú célja, egyfelől a betegségek elkerülése, másfelől pedig az egészség fenntartása, megerősítése. Az egészségmagatartás ilyen formában lehet protektív, illetve preventív, mely során az egészséget támogató és a betegségmegelőző szokások és viselkedési mintázatok vannak jelen az egyén életében, vagy lehet kockázati,

patogén, melynek során a rizikómagatartásformák előtérbe kerülésével megnő az esély a betegségek kialakulására (Fodor, 2013).

A biomedikális modell térhódításának eredményeként a betegségekkel kapcsolatban elsősorban a rizikótényezők azonosítása, ezzel összefüggésben az egészség szempontjából káros életmódbeli tényezők vizsgálata került előtérbe. Az elmúlt évtizedekben azonban az egészséget meghatározó tényezőkre irányuló intenzív kutatói érdeklődés eredményeként egyre nagyobb hangsúly helyeződött azokra a védőfaktorokra is (Pikó, 2010), amelyek pozitívan befolyásolják az egyén egészségi állapotát. Ennek megfelelően az egészségmagatartás egyes elemei alapvetően két csoportba sorolhatóak: (1) az egészségvédő viselkedésmód során az egyén többnyire tudatosan végez olyan tevékenységet, amelynek végső célja az egészség megőrzése. A tevékenység lehet passzív (pl. dohányfüst elkerülése), vagy aktív, amely során az egyén tudatosan törekszik a testi és mentális jólét fenntartására (pl. sportolás). (2) Az egészségkockázati magatartás esetén szubjektíven meghatározott előnyök miatt az egészségkárosító tevékenység folytatására esik a választás. Az egészségmagatartást több tényező befolyásolja, így az egyén tapasztalatai, kognitív képességei, tájékozottsága mellett olyan tudatalatti komponensek is, mint a motivációk, érzelmi reakciók. Az egyes tanult magatartási minták is számottevő mértékben járulnak hozzá a formálásához, s ennek kapcsán töltenek be mérvadó szerepet az egészségügyi dolgozók, hiszen mintaadó szerepükből adódóan felelősséggel tartoznak ezen tanult magatartási reakciók alakításáért (Barabás 2005). A COM-B viselkedésmodellt annak meghatározására használják, hogy min kell változtatni ahhoz, hogy egy beavatkozás hatékony legyen, viselkedésváltozást eredményezzen. A magatartás kialakulásához három komponensnek kell egyszerre jelen lennie: (1) a képességnek, (2) a lehetőségnek és (3) a motivációnak. A tényezők idővel kölcsönhatásba lépnek egymással, pozitív vagy negatív visszacsatolási hurkokkal. A motiváció a modell központi részét képezi, és a PRIME motivációs elmélet keretét biztosítja annak megértéséhez, hogy a reflektív gondolkodási folyamatok és az érzelmi folyamatok minden pillanatban kölcsönhatásba lépnek egymással, ami az adott pillanatban viselkedéshez vezet (West és Michie, 2020).

Az egészséggel kapcsolatos választások során fontosak a meghozott döntések, hiszen ezek befolyásolják, hogy milyen lépéseket tesz meg az az egyén egészsége megóvásáért. A viselkedést, és ennél fogva a döntéseket is sztereotípiák és előítéletek

határozzák meg. Az egészségfejlesztés, illetve az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló tevékenység során ezen kognitív struktúrákat szükséges átalakítani. Tehát az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalához, és így a helyes egészségmagatartás eléréséhez szükség van adatgyűjtésre, feldolgozásra és ezáltal a sztereotípiák háttérbe szorítására. Az érzelmi tényezőket továbbra sem lehet kizárni, így az egyén attitűdje is lényeges kérdés egy döntés meghozatala esetén (Lippai, 2017).

Az egészséggel kapcsolatos döntések meghozása kapcsán érdemes röviden megemlíteni, hogy melyek is azok a legalapvetőbb életmódbeli területek, amelyek esetében az egyes egészséggel kapcsolatos vélekedések és szemléletek következményei a leginkább észrevehetőek. Ennek kapcsán az egyén választásai aktívan járulnak hozzá a betegségek megelőzéséhez, vagy éppen ellenkezőleg, azok kialakulásához. A táplálkozás az egészség egyik sarkalatos pontja, hiszen a bevitt élelemből származó tápanyagok minősége és mennyisége hozzájárul a test optimális működéséhez (Polyák és mtsai., 2015). A fizikai aktivitás, a sport is tevőlegesen járul hozzá az egészség fenntartásához, melyre vonatkozóan a WHO ajánlásai az irányadóak (WHO 2020).

Az egészséges életmódhoz elengedhetetlen a megfelelő folyadékfogyasztás, a szükséges mennyiségi, minőségi táplálkozás, a jó minőségű alvás, a mozgás egészségvédő szerepe, a rekreáció, aktív kikapcsolódás minősége. Fontos továbbá a lelki egyensúly, a megfelelő önértékelés, az önkontroll, az érzelmi kiegyensúlyozottság, a rizikómagatartások kerülése (dohányzás, alkoholfogyasztás, mozgásszegény életmód), illetve szűrővizsgálatokkal a betegségek megelőzése.

Ezen ajánlásoknak az ismerete és alkalmazása egy egészségmegővő szemléletet tükröz.

2.6 A magyar lakosság egészségi állapota

A lakosság egészségi állapotának megismerésére irányuló kutatások több évtizedre nyúlnak vissza, egészen a Központi Statisztikai Hivatal 1984-es mikrocenzusától a legutolsó (2021) Európai Lakossági Egészségfelmérés (OLEF; ELEF) lebonyolításáig. Az Európai Lakossági Egészségfelmérésre (ELEF) európai uniós kötelező érvényű jogszabály alapján, ötévente kerül sor. Segítségével a 15 éven felüli lakosság egészségi állapotáról kapunk képet az egészségi állapotot befolyásoló háttértényezőkről, továbbá láthatóvá válnak az egészségi állapotban bekövetkező időbeli változások (Európai

Parlament és Tanács 1338/2008/EK számú rendelete). A populációs szintű egészségfelmérések kiterjednek az egészségi állapot önértékelésére, a krónikus betegségek meglétére, illetve az azok által okozott korlátozottság mértékére, továbbá az egészségmagatartásra is. E felmérések alapján tudjuk, hogy a magyarok kicsivel több mint fele véli úgy, hogy egészségi állapota jó, amely kedvezőtlenebb az Európai Unió tagállamaiban mért értéknél. Bár a nemek közötti különbség csökkent az előző évekhez képest, a férfiak továbbra is egészségesebbnek érzik magukat. Legalább 6 hónapja fennálló, vagy vélhetőleg a későbbiekben legalább ugyanennyi ideig tartó krónikus betegség meglétéről a 2019-ben a megkérdezettek 48%-a számolt be.

A krónikus betegségek incidenciája az életkorral pozitívan korrelál: a 15–17 évesek egyötödének, a 65 éves és annál idősebb korosztály 77%-ának volt krónikus, hosszan tartó egészségi problémája. A krónikus betegek aránya a 15–17 éves korcsoport kivételével a nők körében magasabb volt, mint a férfiaknál. A leggyakrabban előforduló krónikus betegség a magasvérnyomás-betegség, amelyben majdnem minden harmadik magyar (a férfiak 29%-a, a nők 33%-a) szenved. A második helyen a mozgásszervi betegségek állnak: a férfiak 17%-a, a nők 22%-a küzd derék- és hátfájással, továbbá a férfiak 13%-a, a nők 17%-a ízületi porckopással (arthrosissal) (KSH-ELEF, 2019). A Legalább fél éve fennálló egészségi probléma miatt a lakosság 26%-a számolt be a mindennapi tevékenységet akadályozó különböző mértékű korlátozottságról. Az idősődéssel együtt járó képességek fokozatos elvesztése miatt a különböző mértékű fizikai korlátozottságról beszámolók aránya a 75 évesek és annál idősebbek körében a legmagasabb (61%), a 15–29 évesek esetében pedig a legalacsonyabb (9,0%). A 75 évesek és annál idősebbek 23%-a súlyosan korlátozott.

A magas mortalitással járó daganatos betegségek miatt elvesztett életévek száma más uniós országokhoz hasonlóan Magyarországon 2000 óta csökkenő tendenciát mutat, ugyanakkor míg 2017-ben csaknem kétszerese volt az uniós átlagnak (2235/100 000 vs. 1139/100 000) 2019-re a különbség tovább nőtt. A daganatos megbetegedések becsült incidenciája, illetve a daganatos betegségek számlájára írható mortalitás 2019–2020-ban meghaladta az uniós átlagokat, melyet tovább súlyosbít, hogy a daganatos betegségekkel összefüggő halálozás a 2019-es évben Magyarországon volt a legmagasabb az EU-ban. A magyar nők körében az emlő daganatos megbetegedése a leggyakrabban diagnosztizált daganatos megbetegedés, melyet a tüdő- és a vastagbél-daganat követ. A magyar férfiak körében az EU-ban élő

férfiakhoz hasonlóan a három leggyakrabban diagnosztizált daganat a prosztatata, a tüdő és a vastagbél (OECD, 2023).

A szomatikus rendszert érintő megbetegedések mellett egyre nagyobb figyelem irányul a mentális betegségekre, melyek a Global Burden of Disease-vizsgálat eredményei alapján (Whiteford, 2013) a potenciálisan elvesztett életévek és a mentális problémák okán kialakuló korlátozottsággal terhelt életévek szempontjából 2010-ben az ötödik helyre kerültek, az összes betegségteher mintegy 10%-áért tehető felelőssé.

2.7 A magyar lakosság egészségmagatartása

2015-ös adatok szerint hazánkban a különböző betegségek miatti teher 40%-a az egészségtelen életmód közvetlen következménye, amely az EU-s rangsorban a 4. legrosszabb eredményt jelenti Romániát, Bulgáriát és Litvániát követően (OECD, 2017). A jelentős mértékű egészségvesztést eredményező obezitás, a hipertónia, a magas vércukor- és koleszterinszint a táplálkozáshoz köthető magatartásbéli hibákkal áll összefüggésben úgy, mint a magas sóbevitel, az alacsony rosttartalmú ételek, illetve édesített italok és ételek túlzott fogyasztása. A mortalitáshoz a helytelen táplálkozás (a halálozások 24%-ért felel, míg ugyanez az EU-ban: 17%) és a dohányzás (a halálozások 21%-ért felel, míg ugyanez az EU-ban: 17%) járul hozzá jelentős mértékben. A magyarországi mortalitás 7%-a (az EU-ban: 6%) tulajdonítható az alkoholfogyasztásnak, míg a fizikai inaktivitás mortalitásra gyakorolt hatását tekintve nem mutatkozott különbség az uniós átlaggal összevetve (2%) (OECD, 2023). Mindezekkel összefüggésben a WHO 2019-es felmérése alapján a magyar lakosság mindössze 39%-a számított normál testsúlyúnak, mely a korábbi adatokhoz képest kedvezőtlenebb (2009-ben 42%-v volt a normál testsúllyal rendelkezők aránya). A népesség 58%-ának súlytöbblete volt. Enyhe és közép súlyos (I–II. fokú) elhízással a lakosság 22%-a, súlyos, azaz III. fokú elhízással 1,6%-a küzd. A megkérdezettek közül a férfiak küzdenek leginkább súlyproblémával, 65%-uk tekinthető túlsúlyosnak vagy elhízottnak. Az egészséges testsúly, illetve a fittség megőrzéséhez szükséges a fizikai aktivitás. Az életkortól, illetve a munkavégzés jellegétől függően a fizikai igénybevétel eltérő lehet, ami befolyásolja az egészségi állapotot. A lakosság 40%-a napi tevékenysége során nagyrészt ül, melynek kompenzálására elengedhetetlen a megfelelő időtartamú és intenzitású testmozgás. A WHO ajánlásai szerint elegendő,

legalább 30 percig tartó mérsékelt-intenzív testmozgást hetente 5 napon a felnőtt lakosság mintegy 56%-a végez a szabadidejében. Az életkor előre haladtával egyre magasabb azok aránya, akik nem mozognak eleget: a 18–34 évesek 35, a 65 évesek és annál idősebbek 58%-a kevesebbet mozog heti 150 percnél.

A táplálkozással és a mozgásszegény életmóddal összefüggő problémák mellett a dohányzók és alkoholt rendszeresen fogyasztók aránya is kifejezetten magas. Dohányzás tekintetében európai szinten a 3. legkedvezőtlenebb helyen található országunk. A 2019-es felmérés eredményei alapján a 15 évesek és annál idősebbek 25%-a naponta, 2,3%-a pedig alkalmyszerűen dohányzott. A megkérdezettek 6,3%-a napi rendszerességgel fogyaszt alkoholt, míg 19%-uk legalább hetente (de nem naponta). A lakosság 5,2%-a nagyivónak, húsz százaléka mértékletes ivónak számított 2019-ben (Vitrai és mtsai., 2017). Az alkoholfogyasztással összefüggő új daganatos megbetegedések a legmagasabbak között vannak az EU tagállamaiban, melyet erőteljesen differenciál a nem: férfiak körében több mint háromszor annyi daganatos megbetegedés tulajdonítható az alkoholfogyasztásnak, mint a nők körében (OECD, 2023). A kedvezőtlen eredmények nemcsak a felnőtt lakosság körében jelentenek problémát, hanem sajnálatos módon a magyar fiatalokat is érinti. A 15 éves fiatalok az uniós átlag felett dohányoznak és fogyasztanak rendszeresen alkoholt, továbbá körükben 2002 óta 50%-al nőtt a túlsúly és elhízás aránya (Vitrai és mtsai., 2017).

Az egészséghez való viszonyulás abban is megnyilvánul, hogy az egyén miként viszonyul a különböző prevenciós célú beavatkozásokhoz, milyen döntéseket hoz az egyes szűrővizsgálatokon való részvétellel kapcsolatban. Az emlőrákszűrésre, a méhnyakrákszűrésre, illetve a vastagbélrák szűrésre a kötelező egészségbiztosítás Magyarországon teljes mértékben fedezetet nyújt. 2019-ben az 50 és 69 év közötti magyar nők 60%-a vett részt a felmérést megelőző két évben emlőrákszűrésen, ami alacsonyabb az uniós átlagnál (66%). Ugyanebben az évben a méhnyakrákszűrésben való részvétel 63%-os volt, meghaladva az uniós átlagot (60%). A vastagbélrák szűrésen azonban az uniós átlagnál (59%) lényegesen alacsonyabb a részvételi arány: az érintett korcsoporthoz (50-70 év) tartozók mindössze 6,8%-a (OECD 2023).

2.8 Az egészségügyi dolgozók egészségi állapota és egészségmagatartása

A lakossági egészségfelméréseken túl a különböző részpopulációk – esetünkben az egészségügyi dolgozók – egészségfelmérése további információkat szolgáltat arról,

hogy egyes munkahelyi jellemzők (foglalkozás, beosztás, munkavégzés jellege, munkaidő, leterheltség stb.) miként befolyásolják az egyén egészségének alakulását és az egészségmagatartását. Az egészségügyben dolgozók munkakörnyezete fizikai, kémiai, biológiai és ergonómiai veszélyt, valamint jelentős mértékű pszichoszociális kockázatot rejt a munkavállalók számára (Schwarzwälder és mtsai., 2011; WHO, 2022). A lelki, illetve a fizikai megterhelés foka nagymértékben függ a dolgozó munkakörétől, az általa ellátott munka jellegétől, valamint a vele kapcsolatban álló betegek diagnózisától, testi, lelki állapotától. Nagyfokú különbség van például a betegség mellett, illetve a diagnosztika területén dolgozó szakdolgozók között, s szintén nagyfokú a különbség egy onkológiai osztályon, illetve egy újszülött osztályon munkát végző szakdolgozó között. Éppen ezért az egészségügyi dolgozók vonatkozásában meglehetősen nehéz egységes áttekintést nyújtani. A kutatások többsége ennek megfelelően nem a teljes dolgozói populációra, hanem azon belül egy-egy szakmacsoportra fókuszál, s az adott szakmacsoport képviselőinek egészségi állapotát, egészségmagatartását tárja fel.

A teljes dolgozói populációra vonatkozó kutatások legfőbb konklúziója, hogy a szakemberek egészségi állapota a munkában töltött évek alatt folyamatosan romlik, ami befolyásolhatja az általuk végzett munka minőségét is (Terebessy és mtsai., 2016). A jelenség háttérében számos jól ismert ok áll. A hosszan tartó műtéti beavatkozások, a növekvő adminisztrációs kötelezettségek miatti ülő munka, továbbá az ápolók betegmozgató feladatköre, megterhelést jelentenek a mozgató szervrendszer számára (Jäger és mtsai., 2013). A tartós mechanikai megterhelés eredményeként különösen jelentős mértékű probléma körükben a nyakat, a vállat, a kart és a hátat érintő elváltozások és az ezekhez kapcsolódó különböző mértékű fájdalom. Emellett az egészségügyi dolgozók, ezen belül is elsősorban az ápolók körében magas a munkahelyi sérülések előfordulási aránya (Dressner és Kissinger, 2018; OSHA, 2021; Wakefield és mtsai., 2021), továbbá ki vannak téve a különböző fertőző ágensek által okozott megbetegedéseknek. Az egészségügyi dolgozók végzettségükből, foglalkozásukból adódóan ugyan megfelelő ismeret szinttel rendelkeznek, ennek ellenére nem tesznek meg mindent egészségi állapotuk fenntartása, javítása érdekében. Számos kutatás rámutat arra, hogy a dohányzás mellett a mozgásszegény életmód és a helytelen táplálkozási szokások jellemzik az e szakmában dolgozókat, mely óhatatlanul is befolyásolja egészségi állapotukat (Malik és Blake, 2011).

Különösen az egészségügyi ellátásban dolgozó nők egészségi állapotára gyakorol hosszú távon negatív hatást az, hogy a gyermekvállalás, valamint a kisgyermek gondozása és nevelése szempontjából kitüntetett időszakban (22-40 életév között) látnak el legnagyobb arányban éjszakai munkát, túlmunkát vagy vállalnak mellékállást. A több műszakos rend, az éjszakai munka rendkívül nagy megterhelést jelent általában. A nők a férfiakhoz képest kevésbé tűrik az éjszakai műszak okozta megterhelést (Oginska és mtsai., 1993). A többműszakos munkarend és az ügyeleti rendszer felboríthatja a természetes biológiai ritmust, fizikai és pszichikai megterheléseket okozhat (Weibel és Brandenburgerm, 1998; van Mark és mtsai. 2006), továbbá nem megfelelő, vagy kóros étkezési mintázatok alakulhatnak ki, melynek következtében nagyobb arányban jelenhet meg az obesitas (Hidy Wong és mtsai., 2009). A többműszakos munkarend és az ügyeleti ellátás mindemellett nehezíti a társas kapcsolatok és a családi élet szervezését (Pikó és Piczil, 2000). Mindezekhez társul az egészségügyi munkakörnyezet sajátosságaiból adódó folyamatos zaj kitettség (WHO, 2014), ami nem-specifikus stresszorként jelentkezik, akár a kardiovaszkuláris rendszer funkcionális változásait és az immunrendszer gyengülését eredményezve (Sjödin és mtsai., 2012a; Sjödin és mtsai. 2012b). A magas zajszintben végzett munka a koncentráció csökkenésével, fáradtsággal és a memória romlásával jár, továbbá stressz okozta fejfájás és egyéb pszichés változások alakulhatnak ki (Kaluznaya és Lakisa, 2016).

Kórházi dolgozók, orvosok, ápolók, asszisztensek, továbbá adminisztrátorok bevonásával végzett vizsgálatok során tapasztalták a túlsúly és az elhízás gyakori előfordulását, nagyfokú fizikai inaktivitást, az orvosok között az enyhe vagy közepesfokú szorongás megjelenését. A vizsgálat rávilágított arra, hogy a pszichoszomatikus tünetek mind az orvosokat, mind az ápolókat, mind pedig az asszisztenseket jelentős mértékben érintik. A huszadik életévtől a krónikus betegségek gyakorisága emelkedő tendenciát mutatott a vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók körében, a két, vagy több krónikus betegség együttes incidenciája magas volt. Guseo és Hertelendi (2014), illetve Terebessy és mtsai (2016) **egészségügyi dolgozók** körében végzett kutatása rámutatott arra, hogy az ajánlásoknak megfelelő, napi három alkalommal javasolt zöldség- és gyümölcsfogyasztás nem jellemző a vizsgálatba bevont munkavállalókra, továbbá többségük nem fordít kellő időt az egészség megőrzése érdekében végzett sporttevékenységre. Más kutatásokkal

ellentétben a dohányzás kevésbé volt jellemző a vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók körében, viszont a havi rendszerességű alkoholfogyasztás mintegy 87,7%-ukra volt jellemző.

Az **egészségügyi dolgozók** betegviselkedése kapcsán Pásztor (2006) rámutatott arra, hogy egészségi állapotra vonatkozó panasz esetén mindössze a szakdolgozók 32%-a keresi fel orvosát, legtöbbször nőgyógyászati jellegű problémával. Ez utóbbi eredmény természetesen adódik abból, hogy a szakdolgozók többsége nő.

Az egyes szakmacsoportokra irányuló kutatások között túlnyomórészt az orvosok és az ápolók egészségi állapotát, egészségmagatartását feltáró vizsgálatokkal találkozhatunk a vonatkozó szakirodalomban. Feith és mtsai (2008) kutatása e két szakmacsoportra irányult, azon belül is a nőkre. Bár a vizsgálatba bevont **orvos- és diplomás ápolónők** jobb egészségi állapotot jeleztek, mint az az országos reprezentatív vizsgálatok alapján várható volt, közel kétharmaduk beszámolt legalább egy egészségi problémáról, illetve 54,5%-uk különböző területeken jelentkező fájdalomra panaszkodott. Leggyakoribb testi panaszként a gyakori fejfájást, az ízületi és mozgásszervi betegségeket, a gerincproblémákat, valamint a túlsúlyt azonosították körükben. Emellett megállapítást nyert, hogy a megfelelő regenerálódást biztosító pihentető alvás minősége és mennyisége nem kielégítő körükben, mely rosszabb egészségi állapotot eredményezhet. A kedvezőtlen egészségi állapot összefüggést mutatott a munkahely és a család közötti konfliktussal, a negatív jövőképpel, valamint a partnerrel kapcsolatos problémákkal. Egészségmagatartásukkal összefüggésben a szűrővizsgálatokon való részvételt tekintve eredményeik arra hívják fel a figyelmet, hogy a vizsgálatba bevont orvosnők és diplomás ápolók speciális szaktudásuk, kapcsolati tőkéjük és a munkavégzéshez kapcsolódó jogszabályi előírások ellenére sem vesznek részt szűrővizsgálatokon. A dohányzást tekintve sem mutatkoztak kedvezőbb eredmények a teljes női populációhoz képest, ami ismételten megerősíti azt, hogy a speciális szaktudás nem jelent védőfaktort e téren. Kifejezetten kedvezőtlen továbbá az egészség megőrzéséhez nélkülözhetetlen fizikai aktivitás, mely különösen a diplomás ápolók vonatkozásában szembetűnő.

Rurik és Kalabay (2009) a diplomaszerezést követő 25 év elteltével vizsgálta az **orvosok** egészségi állapotát, szakmai pályájuk alakulását. Egészségmagatartásuk vonatkozásában megállapítást nyert, hogy a fizikai aktivitásra, sportolásra fordított idő

a végzést követően jelentős mértékben csökkent, a nemek közül a nők tartották fontosabbnak a rendszeres testmozgást. A legnagyobb mértékű testsúlynövekedés az alapellátásban dolgozó férfi és a nem manuális szakmaterületen (belgyógyászok, kardiológusok, pszichiáterek, neurológusok, reumatológusok, gyermekgyógyászok, bőrgyógyászok, immunológusok, onkológusok és rehabilitációs szakorvosok) dolgozó női orvosok körében volt megfigyelhető. Az átlagpopulációval összevetve a magas vérnyomás gyakoribb volt a férfiak körében. A dohányzás elsősorban a manuális szakmaterületen (sebész, urológus, fül-orr-gégész, arc- és állcsontsebész, szemész, traumatológus, fogorvos és szülész-nőgyógyász) dolgozó férfiak és az alapellátásban dolgozó nők körében fordult elő nagyobb gyakorisággal. Emellett a manuális szakmában dolgozók között, illetve a nem manuális szakmában dolgozó nők esetén volt megfigyelhető a gyakoribb alkoholfogyasztás. A rendszeres szűrővizsgálatokon való részvétel elhanyagolása a férfi orvosok körében volt nagyobb mértékű.

Az **orvosok** körében végzett nemzetközi vizsgálatok a társadalom egészéhez viszonyítva nagyobb mértékű elhízásról, kedvezőbb dohányzási szokásokról, valamint kedvezőtlenebb alkoholfogyasztási szokásokról számolnak be. Problémát jelent körükben, hogy nem fordítanak kellő figyelmet saját egészségi állapotuk megőrzésére, a szűrővizsgálatokon való részvételre, illetve krónikus betegség esetén elhanyagolják a gondozást (Pardo és mtsai., 2014; Raag és Pärna, 2018; Medisauskaite és Kamau, 2019; O’Keeffe és mtsai., 2019). A magyar orvosok körében végzett vizsgálatok a krónikus megbetegedések, valamint a mentális problémák kedvezőtlenebb mutatóira hívják fel a figyelmet más diplomával rendelkező szakmacsoportokhoz képest (Győrffy és Ádám, 2013).

Az egészségügyi ellátórendszer különböző területein munkát végző **orvosok** körében készült keresztmetszeti vizsgálat a táplálkozási és folyadékfogyasztási szokásokra, a fizikai aktivitásra és az élvezeti szerek fogyasztására tért ki. Táplálkozási szokásaikat a nők, az alapellátásban dolgozók és a 40–49 éves korosztály minősítették a legjobbnak. Nyugodt étkezésre a fekvőbeteg-ellátásban dolgozóknak csak hétvégén, otthon van lehetőségük. Viszonylag alacsony azoknak az aránya, akik naponta többször fogyasztanak zöldséget és gyümölcsöt, továbbá az elfogyasztott folyadék mennyisége nem éri el a kívánatos napi két litert, mely főként a nők körében bizonyult kifejezetten kevésnek. A nemzetközi eredményekkel összevetve a fizikai inaktivitás lényegesen magasabb arányban van jelen a magyar orvosok körében. A táplálkozási

szokásokkal és a fizikai inaktivitással összefüggésben viszonylag magas a túlsúly és az elhízás, mely leginkább az alapellátásban dolgozókat érinti, közöttük is elsősorban a férfiakat. A nem dohányzók aránya korábbi vizsgálatokkal összevetve kifejezetten magasnak bizonyult, s megállapítást nyert, hogy a legtöbb dohányzó a manuális szakmákból kerül ki. Az alkoholfogyasztást tekintve a férfiak és a 40–59 éves korcsoportba tartozó válaszadók esetében volt jelentősebb a gyakoribb alkoholfogyasztás (Németh, 2016). Magyar **családorvosok** körében végzett vizsgálat eredményei rámutatnak arra, hogy a hasonló végzettségű társadalmi csoportokhoz viszonyítva magasabb arányban fordul elő körükben a túlsúly és az elhízás. Nemzetközi összehasonlításban az eredmények nem túl biztatóak, a külföldi kollégákhoz képest is magasabb az obesitas előfordulása. Ezzel összefüggésben a lakossági adatokkal összevetve kedvezőtlenebb az éhomi vércukorszintjük is. Az elhízás megelőzhető lenne megfelelő intenzitású és időtartamú fizikai aktivitással, azonban a vizsgálatban részt vevő házi orvosok alig több mint egynegyede sportol hetente több alkalommal, s 20%-uk egyáltalán nem, vagy csak nagyon ritkán végez aktív testmozgást. Az aktívan dohányzó családorvosok aránya alacsonyabb, mint az a teljes hazai populációra jellemző, ezzel együtt magasabb a dohányzást abbahagyók aránya, így a dohányzás vonatkozásában összességében kedvezőbb a kép. Az ELEF 2014 adatai alapján a magyar lakosság mintegy 5%-a tartozik a nagyivók csoportjába, mely a kutatásba bevont házi orvosok körében is ugyanilyen mértékű. Súlyosbítja a helyzetet, hogy lényegesen alacsonyabb az absztinens házi orvosok aránya, mint az a lakossági egészségfelmérésben látható. Az alkoholfogyasztást tekintve összességében megállapítható, hogy a vizsgálatban részt vevő házi orvosok alkoholfogyasztási szokásai kedvezőtlenebbek az átlagpopulációhoz viszonyítva (Mohos és mtsai., 2021).

Betegágy mellett dolgozó **ápolók** körében végzett vizsgálat eredményei az életkor, illetve a betegágy mellett eltöltött munkaévek és a BMI értékének pozitív irányú összefüggéseire, továbbá a pszichoszomatikus problémákban szenvedők arányának növekedésére hívta fel a figyelmet (Guseo és Hertelendi, 2014).

A Skót egészségügyi ellátórendszerben dolgozók egészségi állapotát, egészségmagatartását feltáró vizsgálat az **ápolók** csoportjára szentelt kiemelt figyelmet, az egészségügy más területén dolgozók egészségmutatóival összehasonlítva. Az eredmények a dohányzás, a gyümölcs- és zöldségfogyasztás és a fizikai aktivitás terén az ápolók jobb egészséggel kapcsolatos viselkedéséről számoltak

be az egészségügy más területén dolgozó csoportokhoz képest. Az ápolók alacsonyabb szintű egyidejűleg előforduló egészségkárosító magatartásokról (dohányzás és alkoholfogyasztás) és magasabb szintű megelőző magatartásokról (fizikai aktivitás és gyümölcs/zöldség fogyasztás) számoltak be, a többi foglalkozási csoportokhoz viszonyítva (Schneider és mtsai., 2019). A keresztmetszeti vizsgálatok mellett Németh és mtsai. (2014) vizsgálata **ápolók** egészségi állapotában bekövetkező változások megismerésére irányult. Hét éves időintervallumot vizsgálva nőtt a krónikus betegségben szenvedő, rendszeresen gyógyszer szedő ápolók aránya. Legnagyobb mértékben az emésztő- és mozgatórendszert érintő megbetegedések, az allergiák, a visszer betegségek és a migrén előfordulása mutatott jelentős mértékű emelkedést.

Amerikai **ápolók** körében végzett vizsgálatok a teljes populációhoz viszonyított rosszabb egészségi állapotról és kedvezőtlenebb egészségmagatartásról számoltak be különösen a táplálkozást, a fizikai aktivitást és a megfelelő mennyiségű és minőségű pihenést tekintve. Több mint 50%-uk nem tudja megfelelően elfogyasztani az elkészített ételét munkaidőben, továbbá nem fogyasztanak az ajánlások szerinti mennyiségben nyers zöldséget és friss gyümölcsöt. Mindezekhez társul, hogy nagyfokú fizikai inaktivitás figyelhető meg körükben. A nem megfelelő táplálkozás és a fizikai inaktivitás következtében könnyen alakul ki túlsúly és elhízás. Átlagos testtömegindexük 27,9, ami a túlsúlyos kategóriába tartozik a BMI besorolás alapján. Különösen a váltott műszakban dolgozók körében magas az álmatlanság előfordulása, mintegy 40%-kal nő a szív- és érrendszeri megbetegedések kockázata, továbbá a délutáni/esti és az éjszakai műszakban nagyobb eséllyel következnek be különböző balesetek, sérülések (Wakefield és mtsai., 2021).

Pék és mtsai (2013) **mentődolgozók** egészségi állapotát vizsgálták az SF36 generikus kérdőívvel. A kutatásba bevont mentődolgozók az SF36 dimenziói közül legkedvezőbbnek a „Fizikai működés”-t, legkedvezőtlenebbnek a „Vitalitás”-t minősítették. Minél hosszabb időt töltött a dolgozó a mentőellátásban, illetve minél idősebb, annál rosszabbnak ítélte fizikai egészségi állapotát, mely összefüggést mutatott a testi fájdalom erősségével, a fájdalom miatti korlátozottsággal, továbbá a negatív egészséggel kapcsolatos beállítódással. Egészségmagatartásukat tekintve a teljes lakossághoz viszonyítva magasabb körükben a dohányzó, nagyobb gyakorisággal fogyasztanak alkoholt, illetve magasabb körükben a túlsúly és az elhízás előfordulása.

Lipienné Krémer és mtsai (2015) **szülésznők** egészségmagatartásának feltárására irányuló vizsgálata kedvezőbb eredményeket mutatott a dohányzás és az alkoholfogyasztás vonatkozásában az egészségügyben dolgozók más csoportjaival összevetve.

Meg kell említenünk, hogy az egészségügyben aktívan munkát végzők csoportja mellett hazánkban számos kutatás irányult az orvostanhallgatók, illetve az egészségtudományi képzésben részt vevő hallgatók egészségi állapotának, egészségmagatartásának feltárására is (Feith és mtsai., 2008; Bíró és mtsai., 2008; Rosta és mtsai., 2012; Pikó 2014).

2.9 Az egészségügyi dolgozók egészségét támogató programok, kezdeményezések

2.9.1 Green Hospital koncepció

A fekvőbeteg ellátás alapvető feladata a diagnózisnak megfelelő kezelést nyújtani a betegeknek, hogy a kezelést követően mielőbb visszatérhessenek hétköznapi tevékenységeikhez. A betegek ellátása azonban a kórházi személyzetre igen nagy terhet ró. Ezért jött létre a zöld kórház koncepciója, amely a közegészségügy előmozdítására törekszik a környezeti hatások folyamatos csökkentésével és végül a betegségek terhének megszüntetésével. A Zöld kórházak célja az energia megtakarítása, erőforrások megőrzése és környezetbarát működés. A fókusz főként az emberek egészségének megőrzésén van, nem csupán a betegségek kezelésén. A "Zöld Kórház" koncepciója az egészségügyi szolgáltatás biztosításán alapul anélkül, hogy kárt okozna a környezetben és az egészségügyi dolgozóknak. A kórházak környezetbarát épületekké való átalakítása a veszélyes és egészségügyi hulladékok, valamint a káros hatások felmérésével kezdődött, majd ezek egyenkénti kezelésével biztosították a fizikai és pszichológiai biztonságot. Így kezdődött egyrészt az egészségügyi hulladékok higiénikus ártalmatlanítása és a műtéti folyamatból eredő hulladékok hatásának csökkentése, másrészt a munkahelyek, a betegszobák és a kórházi környezet gyakorlatának módosítása oly módon, hogy az a beteg számára pszichológiai kényelmet nyújtson anélkül, hogy az egészségeseket károsítaná. A kórházi működést is módosították a zöld kezdeményezés fényében. A kórház által a fenntarthatóság érdekében elfogadott legjobb működési gyakorlatok közé tartozik a nem mérgező tisztítószeres és mikroszálal felmosórongyok használata, a

higanytartalmú oldatok és orvosi eszközök használatának megszüntetése, valamint az újrahasznosított anyagból készült papírtermékek használata. Számos kórház újrahasznosítási programot is létrehozott a mérgező oldatok laboratóriumi vegyszerhulladékai, valamint a papír, a műanyag hulladék, az izzók, az elemek és a kartonpapír számára (Alkaabi és mtsai, 2023; Kumari és mtsai, 2020; Tarkar, 2022).

2.9.2 Health Promoting Hospitals, koncepció

Az egészségfejlesztő kórházak fellépnek a betegek, a személyzet és a közösség lakosságának egészsége érdekében, aktívan törekednek arra, hogy "egészséges szervezetté" váljanak. Az egészségfejlesztő kórház nemcsak magas színvonalú, átfogó orvosi és ápolási szolgáltatásokat nyújt, hanem olyan vállalati identitást alakít ki, amely magáévá teszi az egészségfejlesztés céljait, egészségfejlesztő szervezeti struktúrát és kultúrát alakít ki, beleértve a betegek és a személyzet minden tagjának aktív, részvételi szerepét. A fő prioritások közé tartozik a mentális egészségügyi szolgáltatások átalakítása, a mentális egészségnek a vészhelyzetekre való reagálásba és a helyreállítási erőfeszítésekbe való integrálása, valamint a mentális egészség előmozdítása és a mentális betegségek megelőzése az egész életpálya során. egészségügyi szolgáltatások hiányosságait célozza meg, hogy együttműködjenek a mentális egészségnek az árnyékból a főáramba való emelése érdekében (Wartiningsih, és mtsai, 2020)

2.9.3 Mental Health Coalition koncepció

Magas rangú, elkötelezett személyiségeket és befolyással bíró érdekelt feleket fog össze, mint például magukat az érintetteket, hogy átalakítsák a társadalmi attitűdöket a mentális egészséggel kapcsolatban. A mentális egészséggel kapcsolatos problémák minden korosztályt és társadalmi csoportot érintenek. Az egészségügyi dolgozók körében konkrét kihívások közé tartozik az a kimerültség növekedése; a COVID-19 válság mentális egészségügyi következményeinek leküzdése; és a konfliktusok által érintett közösségek ellenálló képességének támogatása. Sok esetben az egyének és családjaik szenvedését súlyosbítja a stigma, a diszkrimináció és az emberi jogok megsértése, valamint a társadalmi kirekesztés, így a társadalom a mentális betegségben szenvedő embereket a probléma részévé teszi (Nelson, 1994).

3 A jóllét konceptuális megközelítése

A jóllét (well-being) vizsgálata egészen az ókorig nyúlik vissza; az évezredek során számtalan definíció látott napvilágot, illetve összetevőinek meghatározása is folyamatosan bővült.

A kifejezés tudományos megalapozása eleinte az életminőség-vizsgálatokhoz kapcsolódott (Diener és mtsai., 1999; Kopp, 2006; Veenhoven, 2007; Szántó és mtsai., 2016), melyek elsősorban az objektív mutatókat helyezték előtérbe (Szabó, 2003). Napjainkban a pozitív pszichológia modern irányzatának kialakulásával került egyre inkább a figyelem középpontjába (Seligman, 2018). A jóllét egyik leggyakrabban kutatott összetevője az étellel való elégedettség (Diener és mtsai., 1985). A jóllét magában foglalja az egyén azon fizikai, szociális és pszichológiai erőforrásaira vonatkozó értékelését, amelyek szükségesek egy pszichológiai, fizikai vagy szociális kihívás esetén (Dodge és mtsai., 2012). Warr (1994) a jóllét mérése során két, egymástól jól elkülönülő szintet vizsgál: az első szint az egyén környezetétől független általános jóllétet fejezi ki, míg a második szint az egyén családi vagy munkahelyi környezetével összefüggésben vizsgálja a jóllétet.

3.1 A munkahelyi jóllét, munkahelyi elégedettség

A munkahelyi környezetben megélt jóllét megragadása során a vonatkozó szakirodalom eltérő értelmezési keretben helyezi el a jelenséget. Ennek megfelelően az egyes szerzők különböző kifejezéseket alkalmaznak a munkahelyi jóllét leírására, melyek a teljesség igénye nélkül: job-related well-being (Warr, 1994), work-related well-being (van Horn és mtsai., 2004) occupational well-being (van Horn és mtsai., 2004), professionals' satisfaction (Briones és mtsai., 2010), professional wellbeing (Aelterman és mtsai., 2007; Yildirim, 2014). A szakmai közérzetet, munkahelyi jóllétet illetően a felsoroltak alapján nem létezik konszenzusos fogalomhasználat, ennél fogva egységes definíció sem. A vonatkozó szakirodalom alapján általánosságban elmondható, hogy a munkahelyi jóllét fogalmához főként a munkához kapcsolódó érzelmi, motivációs, viselkedéses, kognitív és pszichoszomatikus tényezők tartoznak (van Horn és mtsai., 2004). Fináncz és Csima (2020) a pedagógusok szakmai közérzetét vizsgálva egy közösség szakmai közérzetét a következőképpen határozza meg: *„a saját magukról, szakmai helyzetükről alkotott*

*kép, amit az egyéni sajátosságok és a csoporthoz tartozás élménye mellett a társadalmi megítélés is formál” (Fináncz és Csima, 2020). A szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a szakmai közérzet szubjektív jellegű, mivel az egyén (vagy csoport) minden esetben az általa elképzelt ideákhöz vagy referenciaszemélyekhez viszonyítja magát és csoportját. Fináncz és Csima (2020) pedagógusokra vonatkoztatott szakmai közérzet-definícióját adaptálva a disszertáció alapját képező korábbi munkánkban (Cseh és mtsai., 2022)¹ a következőképpen definiáltuk az egészségügyi dolgozók szakmai közérzetét: *az egészségügyi dolgozók szakmai közérzete nem más, mint a szakmájukhoz kapcsolódó helyzetértékelésük, az egészségügyi dolgozói léttel és léthelyzettel való elégedettségük, valamint az ezzel kapcsolatos pozitív és negatív érzelmeik összessége.* A munkahelyi jólléthez olyan pozitív tapasztalatok kapcsolódnak, melyek lehetővé teszik a munkavállalók számára, hogy kiteljesítsék képességeiket (Chari és mtsai., 2018). A munkahelyi jólléttel összefüggő elégedettség elsősorban azt fejezi ki, hogy a munkavállalók szeretnek az adott intézménynél dolgozni, fizetésük, munkakörülményeik, valamint a munkavégzéshez kapcsolódó egyéb tényezők összhangban vannak elvárásaikkal (Nagy, 2004). Minden vállalatnak, intézménynek, így az egészségügyi ellátórendszer különböző intézményeinek is érdeke a munkavállaló elkötelezettsége, mely alapvetően járul hozzá az adott szervezet eredményességéhez, hatékonyságához. Az elégedettség minden egyén számára mást és mást jelent, s számos szubjektív elemet tartalmaz (Mravikné Homolya és Sebők, 2021). A munkahelyi jóllét alapja elsősorban a stressz- és feszültségmentes munkahely, a munkával való elégedettség, a munkavégzéshez kapcsolódó motiváció, valamint a felelősség- és az autonómiaérzet. A munkahelyi jóllét fontos összetevője továbbá a munkából és a teljesítményből eredő szakmai siker és elismertség (Deutsch és mtsai., 2015).*

A munkahelyi jóllétet középpontba állító kutatásokat időben megelőzték a stressz jelenségére és annak típusaira irányuló kutatások elsősorban azzal a céllal, hogy az azt kiváltó okokat, annak hatásait, következményeit (Selye 1976) és az azzal való megküzdési módokat feltárják (Lazarus és Folkman, 1984). A munkahelyi stressz általános kiváltó tényezője a munka feletti kontroll hiánya, a munkavállalóval szemben támasztott irreális elvárások, valamint a támogatás hiánya a kollégák és a vezetés

¹ Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, Orvosi Hetilap, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

részéről. A munkahelyi stressz befolyásolja a munkával való elégedettséget, a testi és lelki egészséget, hatására megjelenhetnek az önkárosító magatartásformák, általában romlik az egészségi állapot, kimerültség, teljesítményromlás alakulhat ki. A folyamatos munkahelyi stressz megváltoztathatja az egyén gondolkodásmódját, viselkedését. Szervezeti szinten gyakori hiányzást, magas fluktuációt, rossz időbeosztást, továbbá a munkafegyelem gyengülését eredményezi (Hegedűs és Kovács, 2008).

Siegrist modellje alapján (Siegrist és mtsai., 2004) a munkahelyi jóllétet befolyásolja az **erőfeszítés-jutalom egyenlőtlenség**. Az **erőfeszítés dimenziójában** a munka jellemzőiként az idő nyomását, a megszakításokat, a felelősség vállalását, fizikális megterhelést, a túlórákat és a folyamatosan növekvő követelményeket tekinti mérvadónak. A **jutalomnak** három forrása lehet: (1) anyagi juttatások, (2) az elismerések (vezető) és (3) a karrier támogatása, amelyek segítségével a munkahely stabilitása biztosítható. A **túlvállalás** dimenziója a belső erőfeszítést, a munkahelyi követelményekkel való megküzdés mintázatát kívánja leírni, fokozott teljesítmény igény esetén, a megbecsülés és elismertség utáni vágy a munkából való kivonódás nehézségét eredményezi. A túlvállaló egyén rendkívüli erőfeszítéssel végzi munkáját, küzd a sikerért, a megbecsülésért, de ezzel a magatartással elveszti erejét, mivel képtelen kiszakadni a munkából, megküzdő képessége elégtelen, nem tud rekreálódni, feltöltődni. A sikerek elérése ezáltal az egészséget is veszélyezteti. A modell feltételezése szerint az erőfeszítés-jutalom egyenlőtlenség és a magas túlvállalás külön-külön is káros hatással van az egészségre, de együttes jelenlétük ezt a hatást felerősíti. Az egyensúlytalanság fennmaradása az alábbi feltételek fennállása esetén valószínűsíthető: (1) ha a munkaerőpiacon nincs alternatív lehetőség (pl. magas a munkanélküliségi ráta); (2) távlati célok megvalósítása érdekében marad fent az állapot (pl. fizetésemelés, előléptetés reményében); (3) a túlvállalás magas motivációs szintje mellett (Siegrist és mtsai., 2004).

3.2 Egészségügyi dolgozók munkahelyi jólléte, munkahelyi elégedettsége²

Az egészségügyi dolgozók munkahelyi jólléte széles körben tanulmányozott, ismert jelenség. A 2020-as évben világméretűre duzzadt COVID-19 járvány nem csupán az egészségügyi szakdolgozók körében kutatást végzők, hanem a laikusok figyelmét is ráirányította az e területen dolgozók körülményeire. Világszerte szemtanúi lehettünk annak a jelenségnek, hogy az emberek különböző módon fejezik ki szolidaritásukat a frontvonalban dolgozók felé. Azonban nem csupán a járványügyi helyzet teszi szükségessé az egészségügyi ellátásban dolgozók élet és munkakörülményeinek vizsgálatát, hanem az a tény is, hogy tudjuk, a lakosság egészsége felett órködők nap, mint nap félretéve saját egyéni problémáikat a tőlük telhető maximumot nyújtják az egészségükben károsodott emberek egészségének helyreállítása érdekében. E tevékenység hosszú távon embert próbáló feladat mind fizikai, mind mentális értelemben. A szakirodalom ma már nem kérdőjelezi meg azt, hogy az „emberekkel foglalkozó szakmák” magukban hordozzák annak a veszélyét, hogy a hivatását gyakorló személy telítődve azokkal a problémákkal, melyekkel folyamatosan szembesül, szomatikus, érzelmi és mentális tüneteket hordoz (Fekete, 1991). Az egészségügyben eltöltött évtizedek alatt bekövetkező fizikai és mentális kimerülés óhatatlanul is az egyén és a munkakörnyezet közötti kölcsönhatás következtében kialakuló kiégést eredményezheti, mely a krónikus érzelmi és interperszonális stressz-folyamatokra adott válaszreakcióként értelmezendő (Maslach, és Jackson, 1981). A kiégés-szindróma, mint jelenség értelmezése Herbert Freudenberger nevéhez fűződik, aki 1974-ben elsőként definiálta magát a kifejezést. Mind a fogalom, mind a kiégéssel kapcsolatos problémakör, úgy, mint a kialakulását előidéző okok, a tünetek, azok főbb csoportjai, a kiégés dimenziói, illetve a kiégés következményei azonban Christina Maslach és kutatócsoportja munkássága nyomán vált széles körben ismertté. Ma már tudjuk, hogy a kiégés a tartósan fennálló munkahelyi stressz egyik legsúlyosabb következményeként, lassan, fokozatosan alakul ki, mely a munkavégzést gátolva kreativitás és produktivitás csökkenést eredményez (Freudenberger, 1974; idézi kis és mtsai., 2018). A munkával kapcsolatos folyamatos stresszhatásra az egyén a szervezetből való kilépéssel válaszol (Vámosiné, 2020). A kiégés kifejezést maguk az

² A fejezet alapját korábbi munkánk szolgáltatta: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, *Orvosi Hetilap*, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

érintettek használták az érzelmi kimerülés, a kliensekkel szembeni negatív percepciók, valamint a csökkent szakmai kompetenciaérzés leírására. E három kulcsélmény, az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció és a személyes hatékonyság csökkenése lett a Maslachék által megalkotott első elméleti modell alapja (Maslach és Jackson, 1981), s e három dimenzióhoz illeszkedett a kiégést mérő Maslach Burnout Inventory – a továbbiakban: MBI első változata is. A későbbiek során más megközelítések a kiégés jelenségének ezt a háromdimenziós természetét kérdőjelezték meg (Kristensen és mtsai., 2005). A kiégésre vonatkozó ismeretek bővülésének eredményeként a kutatók rámutattak arra, hogy a korábban feltételezettekkel ellentétben a kiégés nem csupán az emberekkel foglalkozó munkakörökben dolgozókat veszélyezteti, hanem munkakörtől függetlenül bárkit érinthet. Ennek megfelelően a kezdetben elsősorban egészségügyi dolgozók körében használatos kérdőívek mellett létrehoztak szakmáktól függetlenül használatos mérőeszközöket (Schaufeli és mtsai., 2009). Az egészségügyi dolgozók vonatkozásában a jelenségnek számos negatív hatása lehet az egyénre, a munkafolyamatokra, s nem utolsósorban magára a betegellátásra. A munkával összefüggő munkahelyi stressz kedvezőtlenül hathat a jóllétre, megnöveli a kiégés esélyét, hatással lehet az egészségi állapotra továbbá a megküzdési képességre, mely összefüggést a disszertáció alapját képező korábbi munkánkban részletesen ismertettük (Cseh és mtsai., 2022) Annak ellenére, hogy munkájuk során az egészségügyben dolgozók naponta magas stresszhatásnak vannak kitéve, nem beszámított faktor a stressz miatti teljesítményromlás: a dolgozók nem jutnak szakértő segítséghez, így a munkából való távolmaradással, pályaelhagyással orvosolják a problémát, ami magas fluktuációhoz vezet (Leppanen és Olkinoura, 1987).

Az egészségügyi dolgozók esetén a stressz kialakulásának esélyét növeli, ha úgy érzik, a velük szemben támasztott elvárások és az ezeknek való megfeleléshez rendelkezésükre álló erőforrások nincsenek egyensúlyban (Hegedűs és Kovács, 2008). Az egészségügyi szervezetekben dolgozókat a kliensek egészségügyi ellátásából fakadó munkaköri feladatok elvégzése közben specifikus stresszorok is érik. Az ápolók esetében elsősorban az ügyeleti rendszer, a többműszakos munkarend, a magas fokú felelősségtudat, a szerepkonfliktusok, a társas kapcsolatok zavarai, a tőlük elvárt állandó készenlét, illetve a nem megfelelő munkakörülmények a leggyakrabban előforduló stresszforrások (Pikó, 1999). Mindezekhez hozzájárul, hogy a munkavégzéssel járó erkölcsi és jogi felelősség ellenére egyre inkább érzékelhető a

társadalmi, szakmai és anyagi megbecsülés csökkenése (Alfuqaha és Alsharah, 2018; Terebessy és mtsai., 2016; OECD, 2018), melynek következtében az egészségügyi pálya folyamatosan veszít vonzerejéből.

Az egészségügyi dolgozók munkahelyi jólléte az elmúlt években – különös tekintettel a koronavírus-járvány okozta krízishelyzetre – a figyelem középpontjába került. Közismert tény, hogy az egészségügyi pályát választók mentális egészség-mutatói kedvezőtlenebbek a társadalom más, velük összemérhető rétegeinél (Landsbergis, 1988; Györffy és Ádám, 2013), melynek hátterében számos jól ismert ok áll. Mindennapi tevékenységük során folyamatos interakcióban állnak a többnyire stresszhelyzetben lévő klienseikkel, mely erőteljes érzelmi bevonódást igényel részükről (Graf és mtsai., 2014). A kiszolgáltatott helyzetben lévő betegek ellátása feldolgozatlan traumákhoz vezethet (Pavlish és mtsai., 2015). A munkavégzéssel járó állandó készenlét és érzelmi megterhelés következtében magasabb eséllyel jelenik meg körükben a kiégés, a fizikai és mentális fáradtság (Adamsson és Bernhardsson, 2018), továbbá a váltott műszakban végzett munka növelheti az alvászavarok és a depresszió kialakulásának esélyét (ECNP, 2000; Detre, 2007; Peterson, 2008). Mindezt tovább erősíti, hogy a kliensek és hozzátartozóik idealizált elvárásokat fogalmazódnak meg az egészségügyi dolgozók felé: a laikusok a tevékenységeket inkább hivatásnak, mint foglalkozásnak tekintik, ahol nem megengedett a hibázás lehetősége. A napi szinten jelentkező újabb és újabb kihívások, a többirányú, megosztott figyelem, a feszített munkatempó és időkénszer, valamint a munkafeladatok ellenőrzésének hiánya állandó stresszorként van jelen az életükben (WHO 2023), melyet tovább fokoz, hogy a rábízott kliensek mellett a betegek hozzátartozói is figyelmet igényelnek. Mindezek az egészséget és a jóllétet hosszú távon fenyegetik, továbbá meghatározzák szakmai közérzetüket (Cseh és mtsai., 2022; Ökrösné-Kerek és Staller, 2022).

Az egészségügyi dolgozók kedvezőtlen mentális egészség-mutatóinak pontos feltérképezése egyre erőteljesebb kutatói érdeklődést generál olyannyira, hogy az e területen megjelent publikációk sokkal nagyobb számban érhetőek el, mint az egészségi állapotuk, illetve egészségmagatartásuk vizsgálata tekintetében tapasztalható. A munkahelyi jólléttel összefüggésben a kutatások többsége az egészségügyi ellátórendszer különböző területein dolgozók lelki egészségére, ezen belül is elsősorban kiégésükre fókuszált (Ádám és mtsai., 2015; Hompoth és mtsai., 2018;

Stankovic és mtsai., 2019). Különösen nagy figyelem irányul az ápolók (Pikó és Piczil, 2006) és az orvosok (Fülöp és Gábris, 2022; Györffy, 2019) mentális egészségére, a többi szakmacsoport vonatkozásában a kutatások meglehetősen sporadikusak, és leginkább lokális adatokkal szolgálnak. Az utóbbi években került előtérbe a gyógytornászok (Nowakowska-Domagala és mtsai 2015) és a radiográfusok (Sipos és mtsai., 2019) lelki egészségének, kiégésének vizsgálta is. Az egészségügyi dolgozókra irányuló kutatások többsége nem ad választ arra a kérdésre, vajon az egyes munkakörökben, illetve az egyes szakterületeken dolgozók között milyen különbségek figyelhetők meg a lelki egészség területén. A különböző munkakörökben, illetve különböző szakterületeken dolgozók munkavégzéssel összefüggő érzelmi megterhelése, illetve kiégésük mértéke közötti különbségeket tárták fel Kovács és mtsai (2012). A kiégés vonatkozásában nem mutatkozott különbség a különböző szakterületeken dolgozók között, ugyanakkor az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás terén jelentős különbségek voltak azonosíthatóak. Az érzelemszabályozással kapcsolatos problémák gyakrabban fordultak elő az onkológiai területeken dolgozók csoportjában, ami jelentős stressztényezőnek bizonyult körükben. A kutatás ráirányította a figyelmet arra, hogy az érzelmi megterheléssel kapcsolatos kommunikációra az onkológia területén dolgozók esetében nagyobb hangsúlyt szükséges fektetni, továbbá arra, hogy a megküzdési készségek fejlesztése során a negatív érzelmek keltette feszültségek feldolgozásához adaptív, érzelempontú stratégiák alkalmazása tudja segíteni az egészségügy különböző területein dolgozókat.

A kiégés és a depresszió magas előfordulása Ádám és mtsai (2015) egészségügyi szakdolgozók körében végzett vizsgálata alapján jelentős foglalkozásegészségügyi problémaként definiálható. Eredményeik rámutattak arra, hogy az egészségügyi szakdolgozók körében kifejezetten magas szintű pszichés morbiditás található: magas a legalább enyhe szintű depressziós tüneteket mutatók aránya. A terminális betegeket ellátók mellett különösen érintettek e tekintetben az onkológián, a pszichiátrián és a mozgásszervi rehabilitáció területén dolgozók, továbbá a fiatal, traumatizált betegek kezelésével foglalkozók. Emellett a szakdolgozók több mint felénél tapasztalható a legalább közepes szintű emocionális kimerültség és a deperszonalizáció, továbbá közel háromnegyedükre jellemző a legalább közepes mértékű teljesítménycsökkenés. Ádám és mtsai (2015) felhívták a

figyelmet továbbá arra, hogy a magyar egészségügyi szakdolgozók körében mért kiégés prevalenciája más országokban dolgozó szakdolgozókkal összevetve kifejezetten magas.

Deutsch és mtsai (2015) az **egészségügyi dolgozók** jóllétét meghatározó tényezők vizsgálata során az általános jóllét mellett, a munkahelyi elégedettség, a munka-magánélet egyensúly, az élnhatékonyság és a munkahelyi stressz főbb jellemzőit tárták fel. A vizsgálatban főként asszisztensek, ápolók, adminisztrátorok, illetve egyéb munkakört betöltők (elsősorban gyógytornászok és szülésznők) vettek részt. A jóllét vizsgálata során megerősítést nyert, hogy a munka-magánélet egyensúly és a munkahelyi elégedettség egyaránt befolyásolják a jóllét-érzetet. A kedvezőbb munkavégzési feltételek támogatják az egyensúly fenntartását, mely növelheti a munkával, illetve a munkahellyel való elégedettséget. A munkahelyi stressz befolyásolja a munkaelégedettséget, mivel a túlzott nyomás kedvezőtlenül hat a megküzdési képességre, továbbá csökkenti a stresszel szembeni ellenálló képességet. Eredményeik továbbá arra is felhívták a figyelmet, hogy a jóllét az egyén egyik legfontosabb belső erőforrása. Kutatásuk konklúziója, hogy az egészségügyi intézmények tervezett stresszkezelési tevékenységekkel, illetve a szervezeti tényezők módosításával hozzá tudnak járulni dolgozóik jóllét-érzetének növeléséhez.

Iryni és mtsai (2018) hazánkban elsők között vizsgálták az egészségügyi ellátás során kialakult agressziós cselekmények gyakoriságának, a munkahelyi konfliktusnak és a kiégés mértékének az összefüggését. Vizsgálatuk ráirányítja a figyelmet arra a jelenségre, hogy az **egészségügyi ellátórendszerben dolgozók** számos esetben ki vannak téve különböző agresszív megnyilvánulásnak a kliensek és hozzátartozóik részéről. Ennek oka lehet: különböző tudatmódosítók általi befolyásoltság, mentális betegség, hosszú várakozási idő, amely növeli az amúgy is, nagyfokú feszültséget a páciensben. Az eredmények igazolták az agresszió, illetve a munkahelyi konfliktus és a kiégés közötti összefüggést. A kiégés pozitívan korrelál mind a különböző agresszív események gyakoriságával, mind pedig a munkahelyi konfliktusok számával. A kiégés mértékének növekedésével a munkahelyi konfliktusok száma is növekszik. Eredményeik felhívták a figyelmet arra, hogy a munkahelyen átélt agresszív események és a munkahelyi konfliktusok tovább rombolják a dolgozó lelki egészségét, s növeli a kiégés mértékét.

A Szegedi Tudományegyetem két különböző betegellátó részlegén (Sebészeti Klinika és Sürgősségi Betegellátó Osztály) ápolók, orvosok és egyéb munkakörben munkát végző dolgozók (betegszállítók, orvosírnokok és adminisztrátorok) körében végzett keresztmetszeti vizsgálat eredményei rámutattak arra, hogy a kiégés mértéke, ezzel együtt a szomatikus tünetek száma összefügg a vállalt munkaórák számával. Protektív tényezőnek bizonyult a nagyszámú, jó minőségű társas kapcsolat és az erősebb pszichológiai immunrendszer (Stankovic és mtsai., 2019; Hompoth és mtsai., 2018). A COVID-19 járvány miatt bekövetkező megnövekedett munkateher miatti stressz-szintet, a kiégést és a depresszióval járó különböző megbetegedések prevalenciáját Spányik és mtsai (2022) mérték fel, mintegy 2087 **egészségügyi dolgozót** bevonva vizsgálatukba. Eredményeik ráirányították a figyelmet arra, hogy önmagában a COVID-19 járvány nem jelezte előre a stresszt, a kiégést és a depressziót. Megállapították, hogy a bizonytalanság és a kiszámíthatatlanság érzése sokkal erőteljesebb hatást fejt ki a munkahelyi jóllét különböző összetevőire, a stresszre, a kiégésre és a depresszióra, melyek a járványtól függetlenül is jelen lehetnek a dolgozók életében.

Kocsicska (2022) a magyar **egészségügyi dolgozók** kiégésének feltárására irányuló empirikus munkákat foglalta össze irodalmi áttekintésében. Az áttekintett publikációk alapján a szakma számára legfontosabb következtetéssel bír az a megállapítás, miszerint az e területen dolgozók kiégésének, a körükben nagyarányban előforduló depressziójának megelőzése, illetve időben történő felismerése és kezelése a hazai egészségügy egyik prioritása kell, hogy legyen. Györffy és Ádám (2013) női orvosok egészségének, illetve morbiditási mutatóinak feltárása során két életkorcsoportot (24–43 és 44–76 évesek) hasonlítottak össze. Eredményeik rámutattak arra, hogy a fiatalabb korcsoportba tartozó orvosnők szignifikánsan magasabb arányban látnak el ügyeleti és éjszakai munkát, melynek eredményeként kevesebb szabadidővel rendelkeznek. Idősebb kollégáikhoz képest kevésbé elégedettek munkájukkal, munkahelyükkel, a kollegiális támogatás minőségével, továbbá munkájuk anyagi megbecsülésével. A fiatal orvosnők körében szignifikánsan magasabb a kiégés mértéke az emocionális kimerülés és a teljesítménycsökkenés dimenziójában, mely összefüggést mutat a magasabb depressziópontszámokkal és az öngyilkossági gondolatok nagyobb arányával. Az **orvosok** kiégésének megismerésére irányuló vizsgálatok közül a legátfogóbb Györffy (2019) reprezentatív mintán végzett

kutatása, mely során a kiégésre vonatkozó adatokat a rezilienciával összefüggésben vizsgálta. Eredményei a fekvőbeteg-ellátásban, a több munkahelyen dolgozók, illetve a rendszeresen ügyeletet vállalók körében mutattak magasabb fokú kiégést. Győrfi rámutatott továbbá arra, hogy a reziliencia hiánya egyik fontos előre jelzője a kiégésnek mind az emocionális kimerülés, mind a deperszonalizáció, mind pedig a teljesítmény csökkenés vonatkozásában.

Az orvosok lelki egészségét, kiégését feltáró kutatások között számos vizsgálat irányul az orvosok egy-egy szűkebb csoportjára. **Pszichiáter** rezidensek körében Fülöp és mtsai (2012) a nagyfokú érzelmi distresszt átélő pácienssel folytatott kommunikáció és az orvos érzelemszabályozási kapacitása közötti összefüggést vizsgálva a kiégés háttérében rejlő okokat, továbbá az érzelmi kimerülés megelőzését segítő védőfaktorokat tárták fel. Eredményeik felhívták a figyelmet arra, hogy a páciens negatív érzéseinek az átvétele nagymértékben hozzájárul a szakember emocionális kimerüléséhez, továbbá a személyes hatékonyság érzésének csökkenéséhez. Ezzel együtt az empátiás törődés olyan kapcsolati attitűdöt eredményez, mely növeli a személyes hatékonyság érzését, illetve csökkenti a deperszonalizáció megjelenésének esélyét. Magyar **fogorvosok** kiégésére irányuló keresztmetszeti vizsgálat eredményei arra mutatnak rá, hogy a hazai orvospopulációhoz képest a kiégés érzelmi kimerülés és deperszonalizáció dimenziójában kedvezőtlenebb mutatókkal rendelkeznek (Szalai és mtsai., 2020). Nemzetközi összehasonlításban a magyar fogorvosok körében 4,5-szer rosszabb eredmények születtek a teljesítménycsökkenés tekintetében indiai fogorvosokhoz képest (Khana és Khana, 2013), míg amerikai fogorvosok közel hasonló kiégés-mutatókkal rendelkeztek minden vizsgált dimenzióban (Chonan és mtsai., 2013). Svájci fogorvosokkal összevetve kétszer magasabbak a deperszonalizáció és a személyes hatékonyság dimenziójában mért értékek (Divaris és mtsai., 2012), továbbá a brazil szájsebészekhez hasonlóan a teljesítménycsökkenés területén születtek a legkedvezőtlenebb eredmények (Porto és mtsai., 2014). Ennek háttérében Szalai és mtsai (2020) a következő tényezőket valószínűsítik: a fogorvosi munkára jellemző fizikai és emocionális megterhelés, a rugalmatlan, hosszú munkaidő, továbbá az adminisztrációs terhek folyamatos növekedése. Magasabb fokú kiégés mutatható ki az olyan rendelőkben dolgozó fogorvosok körében, ahol egyedül praktizálnak, mely a

támogató munkahelyi környezet jelentőségére irányítja a figyelmet (Jin és mtsai., 2014).

Pikó és Piczil (1998) **ápolók** körében végzett vizsgálata rámutatott arra, hogy a gyógyítás és az ápolás fizikai és pszichés terheit felerősíthetik az ápolók hivatásukkal kapcsolatos szubjektív értékítéletei. Az alacsony szintű megbecsültség érzés állandó konfliktusforrást eredményez, mely magas fluktuációhoz, pályaelhagyáshoz vezethet. A pálya presztízsének alacsony értékelése összefüggést mutatott az étellel való elégedetlenséggel. Az **ápolók** körében végzett hazai vizsgálatok közül az egyik leggyakrabban hivatkozott munka Pikó és Piczil (2000) kutatása, amely már címében is nyomatékosítja a problémát, nevezetesen, hogy a segítőknek is szükségük van szakszerű segítségre. Kevert módszertant alkalmazva (kérdőíves vizsgálat és interjú) elemezték az **ápolónők** munkával való elégedettségét, hivatásuk jellegével, munkahelyi körülményeikkel kapcsolatos problémáikat. Az interjúk alapján azonosíthatóvá váltak a leggyakoribb munkahelyi stresszforrások, melyek közül jelentőségét tekintve kiemelkednek: az ápolók egymás közötti nézeteltérései, konfliktusok; az orvosok és az ápolók közötti erősen hierarchizált kapcsolat, melyhez gyakran a megszégyenítéstől való félelem társul; a kommunikációs zavarok, információhiány; valamint a túlterheltség és a szakemberhiány. A stresszforrások felsorolásakor az ápolók megemlítették az anyagi és az erkölcsi megbecsülés hiányát, a gyógyszer- és eszközhiányt, valamint a rossz munkaszervezésből adódó konfliktushelyzeteket. Egy későbbi tanulmányukban Pikó és Piczil (2006) rámutattak arra, hogy az ápolók munkával való elégedettsége a kiegészítő mindhárom dimenziójával szoros kapcsolatot mutat. Pálfiné Szabó (2008) vizsgálata **ápolók** lelki egészségének, kiegészítő mértékének feltárására irányult a segítő kapcsolatok sajátos körülményeivel, a munkahelyi jellemzőkkel továbbá a kórházi osztály ellátási formájával összefüggésben. Az eredmények rámutattak arra, hogy a vizsgált populációban a szociodemográfiai faktorok nem, ellenben a munkahelyi tényezők közül az ápoltak betegségének súlyossági foka, valamint az intenzív osztályon elszenvedett állandó stressz jelentős mértékben hozzájárulnak a kiegészítő kialakulásához. Németh és mtsai (2014) a fekvőbeteg ellátásban, teljes munkaidőben dolgozó **ápolók** munkával való elégedettségét, valamint a változó és folyamatosan átalakuló munkahelyi környezet okozta bizonytalanság jóllétre gyakorolt hatását vizsgálta két adatfelvételi időpontban hét év különbséggel. A két adatfelvétel között jelentősen csökkent a munkahelyi

elismerés és a pszichológiai igénybevétel mértéke, romlott a munkahelyi önállóság mértéke, amely a csökkent döntéshozatali igényhez vezetett. Czeglédi és Tandari (2019) **ápolók** körében végzett kutatásokat áttekintve megerősítették azt a korábbi feltevést, miszerint az egészségügyben az ápolók tevékenysége az egyik legmagasabb stressz-szinttel jellemezhető munkakör (Leppanen és Olkinoura, 1987), melynek háttérében korábbi kutatások alapján az ápolási tevékenységgel összefüggő fizikai igénybevétel, pszichoszociális stresszhatások, továbbá szerepkonfliktusok állnak, melyet tovább súlyosbít a társadalmi és az anyagi megbecsültség alacsony foka és az ebből fakadó alacsony életszínvonal. Mindemellett az ápolók naponta találkoznak érzelmileg megterhelő helyzetekkel, kiszolgáltatott, beteg emberekkel (Kumar, 2016), amely további terheket róva rájuk növeli az átélt stresszt, hozzájárulva a kiégés kialakulásához (Csabai és Molnár, 2009; Maslach és Leiter, 2017).

Nowakowska-Domagala és mtsai (2015) **gyógytornászok** körében végzett vizsgálata a kiégés mértékét és a megküzdési stratégiák, valamint a kiégés közötti összefüggés tárta fel. Eredményeik rámutattak arra, hogy a kiégés előfordulása a vizsgált csoportban hasonló mértékűnek bizonyult, mint az a többi egészségügyi szakmában megfigyelhető. Megállapították, hogy a feladatorientált megküzdési stratégia negatívan korrelál a deperszonalizációval, az érzelmi kimerüléssel és az alacsony énhatékonysággal, ellentétben az érzelemorientált megküzdéssel. Nem találtak összefüggést az elkerülés-orientált megküzdés és a kiégés között. Ugyanebben az összefüggésben vizsgálták gyógytornászok kiégését Wilski és mtsai (2015), akik összefüggést igazoltak a gyógytornászok kiégése és az egyes helyzetek és az érzelemközpontú megküzdési stratégiák alkalmazása között.

Radiológiai osztályon dolgozók körében Magyarországon elsőként Sipos és mtsai (2019) végeztek kiégésre vonatkozó vizsgálatokat. A kutatásba bevont szakdolgozók kiégési szintje nemzetközi összehasonlításban a deperszonalizáció és az emocionális kimerültség dimenzióját tekintve magasabbnak, a személyes hatékonyság szintje azonban alacsonyabbnak bizonyult. A kiégés háttérében e szakmacsoportot tekintve a munkavégzéssel járó adminisztrációs terhek, az alacsony szintű megbecsülés, a nem megfelelő bérezés, valamint az előrelépés lehetőségének hiánya volt azonosítható.

Az egészségi állapot és az egészségmagatartás feltárására irányuló kutatásokhoz hasonlóan az egészségügyben aktívan munkát végzők csoportja mellett

számos kutatás irányult az egészségtudományi képzésben részt vevő hallgatók, közülük is kiemelten az orvostanhallgatók lelki egészségének, jóllétének, kiegészének feltárására is (Ádám és mtsai., 2014; Györffy és Girasek, 2014; Ádám és Hazag, 2013; Kovács és Kovács, 2012; Vas és Gombor, 2008; Molnár és Györffy, 2012; Rosta és mtsai., 2012).

4 Vizsgálati anyag és módszer

Vizsgálatunk célja két Zala megyei Kórházban (Kanizsai Dorottya kórház, Zala Megyei Szent Rafael kórház) ellátást végző orvosok és egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának felmérése, az azokat befolyásoló munkahelyi jellemzőknek a megismerése, továbbá a vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók munkahelyi jóllétének, szakmai közérzetének megragadása volt a lelki egészség különböző mutatóin, illetve a munkahelyi klíma jellemzőin keresztül. A mintavétel során alapvetően kényelmi mintavételi eljárást alkalmaztunk, törekedve egyrészt a magas válaszadási arányra, másrészt arra, hogy a vizsgálatunkba bevont intézmények méretüket, szolgáltatásaikat tekintve hasonló arculatot mutassanak az ország többi vármegyei jogú kórházához. A választás miatt esett erre a két kórházra mivel a magyarországi kórházak közül a Zala Vármegyei Szent Rafel kórház, illetve a Kanizsai Dorottya kórház az un. stabil kórházak közé tartozik, ahol az adósságállomány nem haladja meg a 90 napot. A két kórház hasonló szolgáltatásokat nyújt, hasonló specifikációval rendelkezik, mivel Zala Vármegyében mindkét kórház Vármegyei jogú város kórháza, ami megkönnyítette az összehasonlításukat. A lakosság szempontjából Zala vármegye népsűrűsége az országos átlag körül van. Speciális eset azonban, hogy három ország határát is érinti (Ausztria, Horvátország, Szlovénia), s az áttelepült nyugdíjasok is igénybe veszik az egészségügyi szolgáltatásokat, mégsem deficitese az ellátás.

Keresztmetszeti, kvantitatív kutatásunkat célirányos, nem véletlenszerű mintavétel alkalmazásával végeztük 2019. december és 2020. március között két Zala megyei kórházban (n=1048), a betegellátásban és a diagnosztikában érintett dolgozók körében, a COVID-19 pandémiát megelőző időszakban. A kérdőíveket nyomtatott formában az ápolási-, illetve az orvosigazgatókon keresztül juttattuk el 1520 orvos és egészségügyi szakdolgozó részére. A kitöltött kérdőíveket a vezető ápolók gyűjtötték össze és juttatták vissza részünkre. A kutatásban való részvétel önkéntes volt, a résztvevők anonimitását biztosítottuk. A válaszadási hajlandóság 69%-os volt.

4.1 Mintavétel módjának meghatározása

A vizsgálat célcsoportja a Zala vármegyei kórházak dolgozói, a kérdőívek számának meghatározása a KSH statisztikai adatai alapján történt, melyből kikerültek azon dolgozók, akik nem a közvetlen betegellátásban tevékenykednek (pl. adminisztrátor, orvos írnok). A szubsztrakció után, a mintavételi keretet 2 megyei jogú város kórházának 1520 dolgozója alkotta.

A rendelkezésre bocsájtott dolgozói adatbázist a GDPR –ban előírányzott ajánlások alapján kezeltük. A kutatások elvégzését a kórházak vezetése írásban engedélyezte (2.,3. sz melléklet), Regionális kutatásetikai engedély: Tudományos Munka 25/2019 számon (4. sz. melléklet).

4.2 Vizsgált változók

A Független változók: a szociodemográfiai jellemzők (nem, életkor, iskolai végzettség, lakhely, családi állapot, anyagi helyzet önértékelése), a munkahellyel, munkakörrel, másodállással, a munkavégzés körülményeivel (intézményi klíma), valamint az egészségmagatartással és az egészségi állapottal összefüggő változók voltak.

A Független változók az életminőséggel, valamint az egészségi állapottal (szomatikus és lelki egészség) és az egészségmagatartással összefüggő változók voltak.

4.3 Adatgyűjtési módszerek és eszközök, a kérdőív bemutatása.

Az adatgyűjtés eszköze kérdőív volt, mely saját szerkesztésű kérdésekből és további, validált kérdőívekből állt. A kérdőív **saját szerkesztésű kérdéscsoportjai**, melyek a disszertációban elemzésre kerülnek: szociodemográfiai adatok (nem, kor, iskolai végzettség, lakhely, családi állapot, anyagi helyzet önértékelése), munkahelyre, munkakörre, másodállásra vonatkozó kérdések, egészségi állapot önértékelése, egészségmagatartásra vonatkozó kérdések (dohányzás, alkoholfogyasztás, sportolás), szűrővizsgálatokon való részvétel, testi tünetek, betegségek előfordulása. **Validált kérdőívek:** SF-36 életminőség vizsgáló kérdőív, ELEF kérdőív vonatkozó kérdéscsoportjai, Maslach Burnout Inventoryt, Rövidített Beck Depresszió Kérdőív, Diener Élettel való elégedettség, WHO jóllét kérdőív, Erőfeszítés-jutalom kérdőív.

4.3.1 Az SF-36 kérdőív

A Ware által 1992-ben kidolgozott, a tizennégy év feletti népesség szubjektív egészségi állapotának megismerésére alkalmazott kérdőív magyar változatát Czibalmos és munkatársai validálták 1999-ben. A kérdőív tárgyát képező szubjektív egészségi állapot tulajdonképpen a szervezet egyén által szubjektíve megélt működési szintje, melynek megismerése 36 kérdésen keresztül történhet. Az SF-36 kérdőív széles körben alkalmazott mind orvosi, mind fizioterápiai jellegű kutatásokban is, ahol a beavatkozások után az egészségi állapotban bekövetkező változást kívánják mérni (Ware, 2008; Mawson, 1999). A válaszadó saját egészségéről alkotott véleményét a kérdőív nyolc dimenzió keresztül ragadja meg, melyek a következők (1) Fizikai Funkció (FF): korlátozás a hétköznapi tevékenységekben - 10 tétel; (2) Fizikai szerep (FSZ): testi egészség miatt a szokásos tevékenység mennyiségének és végzése idejének csökkenése, nehézségek árán való elvégzése vagy teljes elhagyása - 4 tétel. (3) Testi fájdalom (TF): testi fájdalmak és azok hatása a munkavégzésre (munkahelyen és otthon) - 2 tétel; (4) Általános egészség (ÁE): egészségi állapot jellemzése, beállítódások az egészséggel kapcsolatban - 5 tétel; (5) Vitalitás (VT): életerő, lelkesedés, kimerültség, fáradtság - 4 tétel; (6) Szociális funkció (SZF): kapcsolat változása és intenzitása testi-lelki egészség miatt családdal, barátokkal - 2 tétel; (7) Érzelmi szerep (ÉSZ): lelki egészség miatt a szokásos tevékenység mennyiségének és végzése idejének csökkentése, nehézségek árán való végzése - 3 tétel; (8) Mentális egészség (ME): idegesség, kedvtelenség, nyugodtság és békesség, szomorúság és kedvtelenség, boldogság - 5 tétel. A nyolc dimenzió első három eleme döntően a fizikai egészséget méri, míg az utolsó három a mentális egészséget jellemzi megbízhatóan. A negyedik és ötödik dimenzió mindkét fő változóban (fizikális és mentális egészség) szerepet játszik. Az egyes dimenziók skálaértékei 0 és 100 közötti értéket vehetnek fel, a kapott érték minél inkább közelít a 100-hoz annál jobb az életminőség, illetve az adott dimenzió által mért minőségi faktor. Jelen vizsgálatunkban nem tértünk ki a mentális egészség, a szociális funkció és a vitalitás dimenziókra, azokat kutatási eszközünkbe nem építettük be a dolgozat limitációi miatt, mivel ezen adatok nem, vagy csak közvetetten kapcsolódnak a tudományos munka tárgyához, hipotéziseihez.

4.3.2 *ELEF kérdőív*

A kérdőív terjedelmessége miatt az eredeti ELEF kérdőív kérdéseiből kiindulva csak a legszükségesebb elemeket építettük be mérőeszközünkbe.

4.3.3 *Maslach Burnout Inventoryt*

A kiegészítés mérésére a Maslach Burnout Inventoryt (továbbiakban: MBI) használtuk (Maslach és mtsai., 1996; Ádám és Mészáros, 2012). Az MBI egy 22 tételből álló kérdőív, amely a kiegészítést három dimenzióban méri (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és énhatékonyság). A válaszadók egy 0–6-ig terjedő hétfokozatú Likert-skálán jelzik, hogy egyes, munkájukkal kapcsolatos érzéseiket milyen gyakorisággal érzélik. Az MBI 22 állítást tartalmaz, amelyből kilenc tétel vonatkozik az érzelmi kimerülésre, a deperszonalizációt öt, míg a személyes hatékonyságot nyolc állítás méri. Az adatelemzés során az egyes dimenziókhoz kapcsolódó skálaértékek összeadásával képeztük a deperszonalizáció, emocionális kimerülés és személyes hatékonyság változókat, melyeket a továbbiakban elemzés alá vetettünk. Az egyes faktorokon belüli összpontszám logikai felosztásával a mérőeszköz kidolgozóihoz hasonlóan három csoportot alakítottunk ki (1. alacsony, 2. közepes, 3. magas kiegészéssel jellemezhető). A dimenziókban a magas fokú kiegészítést a következő értékek jelzik: érzelmi kimerülés: >27 pont; Deperszonalizáció: >10 pont; Énhatékonyság: <33 pont (1. táblázat) (Maslach és mtsai., 1996).

1. táblázat: A kiegészítés dimenzióinak határértékei.

Kiegészítés mértéke	Deperszonalizáció	Érzelmi kimerülés	Énhatékonyság
Magas	>10	>27	0-33
Közepes	6-9	19-26	34-39
Alacsony	0-5	0-18	>40

4.3.4 *Beck Depresszió kérdőív*

A Beck féle Depresszió kérdőív (továbbiakban: **BDI**), illetve annak rövidített változata a depresszió megítélésének validált mérési módszere. (1. táblázat) A Van Riezen és Segal-féle pszichiáterek által végzett depresszió súlyossági becsléssel megfelelően korrelált, emiatt a BDI nagy biztonsággal alkalmazható a depressziós tünetegyüttes súlyossági fokának becslésére (van Riezen és Segal, 1988; Kovács, 2003).

A kérdőív kidolgozásánál a depresszióval diagnosztizált betegek jellegzetes markáns viselkedés jegyeit és tüneteit vették alapul. Az eredeti kérdőív huszonegy

tételt tartalmaz, ami szélesebben öleli fel a depressziós tüneteket, érzelmi, hangulati, kognitív, motivációs és testi területeken. A kilenc kérdéses, négyfokozatú Likert-skálás Rövidített Beck Depresszió kérdőív a depresszió olyan tüneteire kérdez rá, mint a szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, pesszimizmus, az elégedettség, az öröm hiánya, valamint önvádolás. A pontozás egytől négy pontig történik, ahol a magasabb pontszám a depressziós tünetek fokozottabb előfordulását jelzi (Jokić-Begić, 2003) (Beck és Beck, 1972; magyar fordítás: Kopp, 2007).

4.3.5 Diener-Élettel való elégedettség skála

A Satisfaction With Life Scale (Diener-Élettel való elégedettség skála), a továbbiakban SWLS-skála. Az eredeti kérdőívnek három dimenziója van: elégedettség, kellemes érzések, valamint annak hiánya (Diener, 1999). A kutatásunkban a „szubjektív pszichikai jól-lét” az élettel való elégedettség mérésére alkalmaztuk. Az ötkérdéses kérdőívben a skála értékei 1–7-ig terjednek. A kérdésekre adott válaszok összegének maximális pontszáma 7 és 35 pont között mozog (Diener, 1984). A kérdőív egyes skálaértékei pozitív irányba mutatnak, emiatt a magasabb pontszám az élettel való magasabb elégedettséget fejezi ki. A Diener által kidolgozott Élettel való Elégedettség Skála (Diener 1995) magyar verzióját (SWLS-H) (Martos és mtsai., 2014) alkalmaztuk, mely egy öt állítást tartalmazó, 7-fokozatú Lickert skála segítségével szolgáltat információt a válaszadóról.

4.3.6 WHO jóllét skála

A WHO jóllét skála (továbbiakban: WBI-5) az egyén általános közérzetét hivatott vizsgálni, a kitöltést megelőző kéthetes időszakra vonatkozóan. A mérőeszköz magyar populációra való adaptálása és validálása a Hungarostudy 2002 vizsgálat keretein belül történt meg. A vizsgált mérőeszköz öt tételből áll. A mérőeszköz skálaértékei 5 és 25 pont közötti értékeket vehet fel, a skálák egységesen 1–5-ig terjednek. Fordított tétel nem található az eszközben, emiatt a magasabb összpontszám a kedvezőbb (Rózsa és mtsai., 2002; Susánszky és mtsai., 2006).

4.3.7 Erőfeszítés-jutalom egyenlőtlenség skála

A munkakörhöz, a munkahelyhez közvetlenül köthető stresszorokat méri fel az Erőfeszítés-jutalom egyenlőtlenség skála (Effort Reward Imbalance Questionnaire a

továbbiakban: **ERIQ**). A vizsgált egyéneknek jelölniük kell, hogy az adott tényező mennyire zavaró számukra. A kérdéseket egy 5 fokú Likert-skálán kell értékelnie a válaszadóknak. Az **erőfeszítés** skála pontszáma 3-tól 15-ig terjed, a jutalom skála pontszáma 6-tól 30-ig. Az erőfeszítés skála esetében minél magasabb a pontszám, annál több az észlelt erőfeszítés, a **jutalom** skálánál ezzel szemben az alacsonyabb pontszám kevesebb észlelt jutalmat mutat. Az erőfeszítések és a jutalmak skáláinak hányadosa adja a „Siegrist modell” szerinti munkahelyi stressz mérésére alkalmas mutatót (Siegrist és mtsai., 2004). Az Erőfeszítés Jutalom egyensúlytalanság mutató, a mindennapi munkában megnyilvánuló költségek és nyereségek egymáshoz viszonyított arányát kívánja kvantifikálni. A kérdőív **túlvállalás dimenziója** a személy munkahelyi szituációkban megnyilvánuló egyéni jellemzőit tükrözi. A túlvállalás skála a munkából való kivonódás képességét, a túlterheltséget méri fel hatétel segítségével. A válaszadás négyfokú Likert Skálán történik, A skála egydimenziós, pontozása 6-tól 24-ig terjed, ahol a magasabb pontszám a munkavállaló magasabb túlvállalását jelzi (Salavecz és mtsai., 2006).

4.3.8 Szervezeti klímadimenziók

A munkahelyi jóllétet meghatározó szervezeti dimenzió feltárásához az intézményi klíma egyes összetevőit vizsgáltuk. A tizenkét állítást tartalmazó mérőeszköz első nyolc állítása összhangban áll a Halász (1980) által Halpin és Croft (1963) valamint Tagiuri és Litwin (1968) alapján meghatározott, eredetileg iskolai nevelőtestületi légkör vizsgálatára kifejlesztett klímadimenziókkal (vezetés hatékonysága, illetve vezetés demokratizmusa, szociális informáltsága; szakdolgozók egységessége, kapcsolatok harmóniája; intézményen kívüli kapcsolatok; aktivitás; emocionális klíma). Ezen kívül további négy állítással egészítettük ki a mérőeszközt, melyek segítségével globálisan értékelhető az eltérő végzettségű szakemberek együttműködése, a munkahelyi elégedettség, továbbá a munkatársak és a társadalom általi megbecsültség. A szervezeti klíma mérésére alkalmazott kérdőív állításai az 15. táblázatban részletesen megtalálhatóak.

4.3.9 Az alkalmazott mérőeszközök megbízhatósági mutatói

A vizsgálatunkban alkalmazott validált kérdőívek reliabilitás-mutatóit a 2., a 3. és a 4. táblázatban foglaltuk össze. Az Erőfeszítés-jutalom egyenlőtlenség skála vonatkozásában a Chronbach alpha (továbbiakban: $C\alpha$) értéke mind az erőfeszítés

($C\alpha = 0,56$), mind a jutalom ($C\alpha = 0,167$), mind pedig a túlvállalás ($C\alpha = 0,236$) dimenziókban rendkívül alacsonynak bizonyult, emiatt a továbbiakban a változók közötti összefüggések vizsgálatára nem alkalmaztuk.

2. táblázat: Az SF-36 skála dimenzióinak jellemzői

skála	WHO SF-36 nemzetközi			SF-36 Saját kutatás		
	átlag	szórás	$C\alpha$	átlag	szórás	$C\alpha$
Általános egészség (ÁE)	56,99	21,11	0,78	66,50	16,91	,67
Fizikai funkció (FF)	70,61	27,42	0,93	66,50	16,91	,83
Fizikai szerep (FSZ)	52,97	40,78	0,84	90,21	21,95	,72
Érzelmi szerep (ÉSZ)	65,78	40,71	0,83	68,67	30,58	,52
Testi fájdalom (TF)	70,77	25,46	0,78	77,33	21,61	,86
Mentális egészség (ME)	70,38	21,97	0,90	-	-	-
Szociális funkció (SZF)	78,77	25,43	0,85	-	-	-

3. táblázat: Az alkalmazott skálák jellemzői

Skála	átlag	szórás	$C\alpha$	Kolmogorov-Smirnov
Maslach MBI				
depersonalizáció	6,97	6,20	,77	$p < 0,001$
érzelmi kimerülés	24,61	9,81	,81	$p < 0,001$
énhatékonyság	33,35	8,87	,84	$p < 0,001$
Beck-depresszió kérdőív	15,46	5,47	,80	$p < 0,001$
Diener étellel való elégedettség	24,58	5,41	,70	$p < 0,001$
WHO Jólét skála	18,772	4,554	0,863	$p < 0,001$

4. táblázat: A munkahelyi klíma skáláinak jellemzői

Skála	átlag	szórás	Cra	Kolmogorov-Smirnov
Munkahelyi klímajellemzők				
tizenegy állítás összesen	38,630	7,912	,817	p<0,001
társadalmi megbecsültség	41,380	8,560		p<0,001

4.4 A statisztikai Elemzés módja

Az adatok rögzítése és feldolgozása SPSS 21.0 verziójú statisztikai szoftver segítségével valósult meg. A minta jellemzésére leíró statisztikai próbákat (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórásérték számítás), a homogenitás megállapítására Kolmogorov - Smirnov tesztet (3. táblázat) a változók közötti összefüggések vizsgálatára matematikai statisztikai próbákat (χ^2 próbát, korreláció számítás) hajtottunk végre. Amennyiben a Kolmogorov -Smirnov teszt során a minta nem mutatott normál eloszlást, két csoport összehasonlítására Mann-Whitney, illetve több csoport esetén Kruskal-Wallis, nem paraméteres tesztek végeztünk.

5 Eredmények

5.1 A válaszadók szociodemográfiai jellemzői

A kérdőívet összesen 1048 fő töltötte ki (5. táblázat), életkoruk átlagosan 46,4 év (SD = 9,8). A válaszadók többsége olyan munkakörben dolgozott, amely köztudottan főként nőket vonz a pályára, így nem meglepő, hogy körükben a nők erősen felülreprezentáltak voltak (85,4%). Állandó lakhelyként legtöbbször a várost (56,4%) jelölték meg, községben a minta 25,6%-a, megyeszékhelyen pedig mintegy 18%-a élt. Családi állapotukat tekintve túlnyomó részük (59,6%) házas vagy élettársi kapcsolatban élt, s az adatfelvétel időpontjában jelentős százalékuknak (61,4%) nem volt gyermeke. A válaszadók döntően közép-, illetve felsőfokú szakképesítéssel rendelkeztek (69,7%), mintegy 14,6%-uk főiskolai, 10,1%-uk pedig egyetemi diploma birtokában vett részt a betegellátásban, további 0,4% (mindössze 4 fő) pedig PhD fokozattal rendelkezett. A legmagasabb iskolai végzettségre vonatkozó további elemzések során a PhD fokozattal rendelkezőket az egyetemi végzettséggel rendelkezők csoportjába soroltuk.

A minta 5,2%-a rendelkezett csupán szakiskolai végzettséggel, az adatok alapján ők jellemzően az idősebb generációhoz tartoztak. A válaszadók több mint fele (59,7%) nyilatkozta azt, hogy jövedelme éppen elegendő, hogy megéljen belőle, de félretenni nem tud. (5. táblázat)

5. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői

	attribútumok	n	%
Nem			
	nő	895	85,4
	férfi	153	14,6
Lakhely			
	megyeszékhely	189	18
	város	591	56,4
	község	268	25,6
Családi állapot			
	nőtlen/hajadon	149	14,2
	házas és együtt is élnek	625	59,6
	élettársi kapcsolatban él	120	11,5
	házas, de külön élnek	10	1
	özvegy	3	,3
	elvált	141	13,5

5. táblázat: A minta szociodemográfiai jellemzői			
	attribútumok	n	%
A család/háztartásban élő eltartott gyermekeke száma			
	Nincs eltartott gyermeke	295	61,4
	Egy eltartott gyermeke van	219	20,9
	Kettő eltartott gyermeke van	146	13,9
	Három eltartott gyermeke van	29	2,8
	Négy eltartott gyermeke van	6	0,6
A család/háztartás anyagi körülményei			
	Nagyon jól megélek belőle és félre is tudok tenni.	57	5,4
	Mégélek belőle, de keveset tudok félre tenni.	292	27,9
	Éppen elegendő, hogy megéljek belőle, de félretenni nem tudok.	626	59,7
	Néha arra se nagyon elég, hogy megéljek belőle.	67	6,4
	Rendszeresen megélhetési gondjaim vannak.	6	,6
Iskolai végzettség			
	szakiskola	55	5,2
	szakközép/gimnázium	469	44,8
	Felsőfokú szakképzett	261	24,9
	főiskola	153	14,6
	egyetem	106	10,1
	PhD/csc.	4	0,4

5.2 A munkavégzéssel kapcsolatos főbb jellemzők

A válaszadók pályán eltöltött éveinek száma átlagosan 18,86 év (SD = 11,8 év), 55,4%-uk ápoló, 20%-uk asszisztens, 8,4%-uk orvos munkakörben dolgozik. Emellett laboranalitikusok, radiográfusok, szülésznők, mikrobiológusok, gyógytornászok, valamint egészségügyi szakoktatók vettek részt a vizsgálatban (6. táblázat). A szakterületeket tekintve rendkívül szerteágazó a kép: a belgyógyászat és a sebészet különböző specifikációitól a gyermekosztályon át az ápolási osztályig minden szakterület képviselteti magát. A műszakbeosztást illetően a legtöbben (n = 705; 67,3%) két műszakban dolgoznak (H-P; 6⁰⁰-18⁰⁰-6⁰⁰), őket követik az egyműszakos (H-P; 6⁰⁰-14⁰⁰) - dolgozók (n = 174; 16,6%). A folyamatos két műszakban (H-V; 6⁰⁰-18⁰⁰-6⁰⁰) illetve a folyamatos három műszakban (H-V; 6⁰⁰-14⁰⁰-22⁰⁰-06⁰⁰) összesen 119 fő (11,4%) dolgozik. A válaszadók közel negyedének (n = 259; 24,7%) van másodállása, ebből a teljes mintára vetítve az egészségügyben tevékenykedik 171 fő (16,1%), míg 11,0%-uk egyéb területen vállal másodállást.

A munkakör, illetve a legmagasabb iskolai végzettség nagymértékű heterogenitása miatt az elemzés során három csoportba soroltuk a válaszadókat: (1) orvosok (85 fő; 8,1%); (2) diplomával rendelkező szakdolgozók (181 fő; 17,3%); (3) diplomával nem rendelkező szakdolgozók (782 fő; 74,6%).³

6. táblázat: A munkakörök megoszlása a Kanizsai Dorottya és a Zala Megyei Szent Rafael Kórházban (n=1048)

<i>Munkakörök</i>	fő	%
Ápoló	581	55,4
Asszisztens	210	20
Orvos	88	8,4
Laboranalitikus	60	5,7
Radiográfus	44	4,2
Szülésznő	24	2,3
Gyógytornász	19	1,8
Mikrobiológus	12	1,1
Segédasszisztens	8	,8
Egészségügyi.szakoktató	2	,2

5.3 A válaszadók egészségi állapotának főbb jellemzői

Az egészségi állapot megismerése érdekében a szubjektív (önminősített/vélt) és az objektív egészségi állapotot is vizsgálatunk tárgyává tettük.

5.3.1 Az egészségi állapot Szubjektív mutatói

A szubjektív egészségi állapot megismerésére a válaszadó saját egészségéről alkotott véleményét felmérő SF 36 kérdőív szolgált, melynek összesített eredményeit a 7. táblázatban ismertetjük. Mindegyik vizsgált dimenzióban a maximálisan elérhető pontszám 100, ehhez viszonyítva látható, hogy a teljes minta vonatkozásában a fizikai funkció tekintetében a legkedvezőbbek, míg az általános egészséget tekintve a legkedvezőtlenebbek az eredmények.

³ A közölt eredmények korábbi munkánkban itt találhatóak: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, Orvosi Hetilap, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

7. táblázat: Az SF-36 kérdőív válaszártékeinek megoszlása az egyes dimenziók szerint

	általános egészség (ÁE)	fizikai funkció (FF)	fizikai szerep (FSZ)	testi fájdalom (TF)	érzelmi szerep (ÉSZ)	mentális egészség (ME)	szociális funkció (SZF)	vitalitás (VT)
átlag	66,5	91,9	90,2	77,3	68,6	-	-	-
szórás	85	12,3	21,9	21,6	100	-	-	-
medián	70	100	100	67,5	66,6	-	-	-
minimum	15	10	0	12,5	0	-	-	-
maximum	100	100	100	100	100	-	-	-

A kérdőív első két kérdését, melyek az egészségi állapot szubjektív megítélését és az egy évvel ezelőtti állapothoz viszonyított egészségi állapot megítélését kéri a válaszadótól egy ötfokozatú skála segítségével, külön is elemeztük. Az adatok elemzése alapján a megkérdezettek többsége jónak, illetve nagyon jónak (n=690; 66%), és mindössze 5% uk (n=52) tartja rossznak vagy nagyon rossznak a jelenlegi egészségi állapotát. A kutatásba bevont egészségügyi dolgozók közel háromnegyede (n=778; 74,2%) nem tapasztalt változást egészségi állapotában a vizsgálatot megelőző egy évben, közel öt százalékuk (n=64; 6,1%) érzi úgy, hogy most valamivel jobb az egészségi állapota, mint 1 évvel korábban.

5.3.2 Az egészségi állapot objektív mutatói

Az egészségi állapot objektív mutatói közé soroltuk a diagnosztizált krónikus betegséget, melyre az ELEF kérdőívben megfogalmazottak szerint kérdeztünk rá, az egészségi problémák miatt munkából kieső napok számát, illetve az egészségi problémákkal összefüggő panaszokat, úgy, mint a fájdalom. A vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók mintegy 53%-a rendelkezik krónikus betegséggel, illetve hosszabb ideje fennálló egészségi panasszal küzd, többen közülük nem csupán eggyel. Két krónikus betegsége a válaszadók közel ötven százalékának (n=483;46,1%) van A leggyakoribb krónikus panasz körükben a derék- és hátfájás volt, amit a válaszadók 17,7%-a, allergiát (pl. szénanátha, ekcéma ételallergia) 13,7%-uk, magas vérnyomást 9,5%-uk, ízületi porckopást 7,8% hipotireózis 6,3%-a jelzett. A derék- és hátfájás mellett a nyaki fájdalomról és egyéb nyaki gerincproblémáról is többen beszámoltak (8.táblázat).

8. táblázat: Az egészségügyi dolgozókat érintő leggyakrabban előforduló krónikus betegségek, hosszabb ideje fennálló panaszok

Leggyakrabban előforduló krónikus betegségek, hosszabb ideje fennálló panaszok	igen	
	n	%
derék vagy hátfájás vagy egyéb krónikus derék vagy hátgerinc probléma.	186	17,7
allergia (pl. szénanátha, ekcéma ételallergia)	144	13,7
magas vérnyomás	100	9,5
ízületi porckopás	82	7,8
hipotireózis	66	6,3
nyaki fájdalom vagy egyéb krónikus nyaki gerincprobléma	69	5,6
migrén erős fejfájás	42	4
asztma	81	3,4
gyomor vagy nyombélfekély	27	2,6
krónikus szívritmuszavar	27	2,6
krónikus légzőszervi betegségek (pl. hörgőhurut, tüdőtagulat, bronchitis)	18	1,7
magas koleszterin	16	1,5
cukorbetegség	14	1,3
varicositas	14	1,3
csontritkulás	13	1,2
hipertireózis	13	1,2

A krónikus betegséggel, illetve egészségügyi panaszokkal való érintettség ellenére a válaszadók csupán 17,9%-a volt táppénzen, illetve betegszabadságon a válaszadást megelőző egy évben, átlagosan 2,13 napot (SD: 10,25; minimum: 1; maximum: 183 napot). A leggyakrabban öt (4,9%), illetve 10 (1,6%) napot vettek igénybe a válaszadók. A krónikus betegségekkel, illetve panaszokkal összefüggésben a válaszadók 24,1%-a szed rendszeresen gyógyszert orvosi utasításra, s 5,1%-uk öngyógyszerrel. Az egészségügyi ellátórendszerben dolgozók esetén különösen fontos, hogy egészségesen álljanak munkába, ennek ellenére a vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók mintegy 59,6%-a dolgozott betegen, átlagosan 12,06 napot (SD: 42,326; minimum: 1; maximum: 365 napot). A hosszabb ideje fennálló egészségügyi panaszok vonatkozásában szükséges megemlíteni, hogy a megkérdezettek 58,2%-a testi fájdalommal küzdött az adatfelvételt megelőző négy hét során. A válaszadók több mint fele (54,3%) jelezte, hogy a testi fájdalom korlátozta a mindennapi feladatai ellátásában, beleértve a munkavégzést és a házimunkát is.

A kutatásba bevont egészségügyi dolgozók 61,8%-ának (n=648) volt olyan, egészségi állapotával összefüggő panasza, amelyet munkájának tulajdonított. A leggyakrabban előforduló panasz körökben a derék és hátfájás (9. táblázat).

9. táblázat: A munkavégzéssel összefüggő egészségi panasz

Tünetek, panaszok	igen	
	n	%
derék vagy hátfájás vagy egyéb krónikus derék vagy hátgerinc probléma.	357	34,1
depresszió	213	20,3
reflux	51	4,9
ízületi porckopás	9	0,9
allergia (pl. szénanátha, ekcéma, ételallergia)	1	0,1
látásromlás	8	0,8
magas vérnyomás	4	0,4
nyaki fájdalom vagy egyéb krónikus nyaki gerincprobléma	2	0,2
migrén erős fejfájás	2	0,2
varicositás	1	0,1

Az objektív mutatókkal összefüggésben a rendelkezésünkre álló adatok (testmagasság, testtömeg) alapján kiszámítottuk a válaszadók testtömegindexét, s a WHO által javasolt BMI kategóriákba soroltuk őket. Számításaink alapján megállapítható, hogy a vizsgálatunkba bevont egészségügyi dolgozók mintegy 35,1%-a a „túlsúlyos”, 20,2%-a pedig az „elhízott” kategóriába tartozik.

5.4 A vizsgálatba bevont egészségügyi dolgozók lelki egészsége

A lelki egészség feltárása során alapvetően az étellel való általános elégedettségre, a kiégésre, valamint a depresszió jelenlétére fókuszáltunk. Az étellel való általános elégedettség mérésére első lépésben összeadtuk az egyes állításokhoz rendelt skálaértékeket, majd kategóriákat képeztünk. Összességében megállapítható, hogy a kutatásba bevont egészségügyi dolgozók nagy része, mintegy 77,4%-a inkább elégedett az életével, s mindössze 18,9%-uk jelölte az elégedetlenséget kifejező valamely skálaértéket. Az étellel való elégedettségre vonatkozó eredményeknek némiképp ellentmond, hogy a válaszadók csupán 8%-a mentes a depressziós tünetektől, 61,5%-uk enyhe, 24,8%-uk közepes, 5,7%-uk pedig súlyos depressziós tünetekről számolt be. A munkavégzéssel kapcsolatos tényezők és a lelki egészség kapcsolata az egészségügyi dolgozók vonatkozásában a kiégés mértékében ragadható meg. A kiégés alapvetően három, egymástól jól elkülönülő dimenzióban határozható

meg, mely dimenziók a deperszonalizáció, az emocionális kimerülés és a csökkent személyes hatékonyság megvalósulásának érzete. Eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy a válaszadókat leginkább az érzelmi kimerülés fenyegeti: 46,2%-uk közepes mértékű, 16,4%-uk pedig nagyfokú kiégést mutat ezen a területen.

5.4.1 Társas támogatás

A lelki egészséggel összefüggésben fontosnak véltük megismerni, hogy az egyén milyen mértékben tud a környezetében élőkre támaszkodni, illetve a környezetében élők mutatnak-e érdeklődést az egyén iránt. A válaszadók kevesebb mint 10 százaléka senkire sem számíthat (n=68; 6,5%), a többség egy vagy kettő (n=653; 62,3%), három öt (n=164; 15,6%), illetve ugyanilyen arányban vannak azok, akik hat vagy több emberre számíthatnak személyes probléma esetén (n=163; 15,6%). Más oldalról közelítve a kérdést az is látható, hogy a válaszadók többsége (n=980; 93,5%) mindig meg tudja megbeszélni valakivel személyes dolgait (10. táblázat).

10. táblázat: Munkahelyi társas támogatás

Hány emberre számíthat, ha komoly személyes problémája van?			
	hat vagy több	164	15,6%
	három öt	653	62,3%
	egy vagy kettő	163	15,5%

5.5 Erőfeszítés-jutalom egyensúlytalanság

A munkahelyi erőfeszítés és az ezért kapott jutalom mérésére a munkahelyi stressz modelljén alapuló nemzetközileg is elismert, Erőfeszítés-jutalom, súlytalanság, validált mérőeszközt (ERIQ) alkalmaztuk (Salavecz és mtsai, 2006). A mérőeszköz információt nyújt arról, vajon a kifejtett munkahelyi erőfeszítések és az ezért kapott jutalom aránya megfelelő-e. Amennyiben nem, ez folyamatos feszültségforrás a munkavállaló számára, mely hosszú távon egészségromlást eredményezhet. A munkahelyi erőfeszítés mérése három, a jutalom és a túlvállalás pedig hat-hat állítás segítségével történt. Az erőfeszítés dimenziójában a 3-16-ig terjedő skálán 5,29 (SD=3,26), a jutalom dimenziójában a 4-24-ig terjedő skálán 12,92 (SD=4,92), a túlvállalás dimenziójában pedig 10,70 (SD=2,96) volt a válaszadók által jelölt értékek átlaga. Az erőfeszítés és a jutalom alszálak hányadosából stressz mutatót képeztünk.

Az '1' feletti érték magas munkahelyi stressz-szintet jelez, mely a vizsgált egészségügyi dolgozók 10,9%-át érinti.⁴

5.6 Az egészségügyi dolgozók egészségmagatartásának főbb jellemzői

Az egészségi állapot megőrzése és az egészségfejlesztés szempontjából kiemelt jelentőségű, hogy az egyén milyen mértékben képes kontrollt gyakorolni egészsége felett. Kutatásunkban fontosnak véltük ezért megtudni, a válaszadók mit gondolnak, mennyit tehetnek saját egészségük megőrzéséért. Egészségügyi dolgozókról lévén szó, egyáltalán nem meglepő, hogy a válaszok egynegyede úgy vélte nagyon sokat, míg a megkérdezettek több mint fele sokat, kevesebb mint húsz százalékuk kevésbé bizakodó és úgy véli, hogy csak keveset és mindössze 2%-uk vélekedik úgy, hogy semmit sem tud tenni egészsége érdekében.

Az egészségmagatartással kapcsolatban a fő életmódbeli elemeket vizsgáltuk: a dohányzással, alkoholfogyasztással, illetve sportolással és táplálkozással összefüggő szokásokat. A kérdőívben megfogalmazott kérdések segítségével elsősorban a főbb jellemzőket kívántuk megragadni, nem volt célunk az életmód egyes elemeire vonatkozó szokásrendszer részletes feltárása.

A megkérdezettek (41,8%) dohányzik. A válaszadók 34,4%-a egy doboz, 3,4%-a pedig több mint egy doboz cigarettát szív el naponta (11. táblázat). A dohányzási szokások további elemzéséhez a soha nem dohányzott és a már leszokott csoportból „a nem dohányzik” (n = 479 45,7%), az alkalmanként és napi 1-2 szálát szívók csoportjából „a naponta kevesebb mint egy dobozzal szívók” (n=142 fő 4,0%), a napi 1 dobozzal és napi több mint egy dobozzal szívók halmazának összevonásából képeztük „a napi több mint egy dobozzal cigarettát fogyasztó csoportot” (n=396 fő; 37,8%).

Az alkoholfogyasztásra elsősorban az alkalmankénti fogyasztás jellemző (73,6%), négy vagy több alkalommal fogyaszt alkoholt a minta 1,1%-a.

⁴ A bekezdés korábbi munkánkon alapul: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, Orvosi Hetilap, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

11. táblázat: A dohányzási szokások és az alkoholfogyasztás.

	attribútumok	n	%
dohányzási szokások			
	dohányzom, naponta 1-2 szálát szívok	42	4,0
	dohányzom, naponta 1 dobozzal szívok	361	34,4
	dohányzom, naponta több mint 1 dobozzal szívok	35	3,4
	kevesebb mint egy éve nem dohányzok	45	4,3
	dohányzott, de már leszokott	87	8,3
	sohasem dohányoztam	392	37,4
alkoholfogyasztási szokások			
	soha	93	22,5
	ritkábban, mint havonta, csak alkalmanként	233	56,4
	havonta	55	10,9
	hetente	46	8,7
	naponta	6	1,5

A táplálkozás jellemzői:

A táplálkozási szokások kapcsán a kutatások többsége az elfogyasztott ételek összetételére, illetve mennyiségére *fókuszál*, jelen vizsgálat azonban csupán azt kívánta felmérni, vajon egy átlagos munkanapon jut-e elegendő idő a megfelelő táplálkozásra. Úgy véljük, e tekintetben kifejezetten magas (53,2%) azoknak az egészségügyi dolgozóknak az aránya, akik többnyire, vagy egyáltalán nem tudnak megfelelően étkezni munkanapokon (12. táblázat).

12. táblázat: Az étkezési szokások megoszlása

Egy átlagos munkanapon jut-e elegendő ideje megfelelően táplálkozni?			
	mindig	111	10,6%
	többnyire igen	230	21,9%
	nem minden esetben	149	14,2%
	többnyire nem	535	51,0%
	egyáltalán nem	23	2,2%

A táplálkozással összefüggésben az egészségmagatartás vizsgálatára irányuló kutatások a fizikai aktivitás megismerésére is nagy hangsúlyt fektetnek. Fontosnak tartottuk ezért feltárni az egészségügyi dolgozók sportolási szokásait fizikai aktivitásuk jellemzőin keresztül. A válaszadók 53,4%-a (n=560) heti 1-3 alkalommal tölt alkalmanként 1-3 órát testmozgással, 40,1%-uk (n=420) pedig semmiféle testmozgást nem végez (13. táblázat).

változó	attribútumok	n	%	n	%	n	%
		testmozgás időtartama					
		1-3 óra/ alkalom		3-5 óra/ alkalom		összesen	
testmozgás heti gyakorisága	1-3 alkalom hetente	560	53,4	12	1,1	572	54,5
	3-5 alkalom hetente	35	3,3	1	0,2	36	3,5
	több mint 5 nap	13	1,3	7	0,6	20	1,9
	nem sportol	0	0	0	0	420	40,1
	Összesen	608	58	20	1,9	1048	100

Szűrővizsgálatok: A szűrővizsgálatokon való részvételi hajlandóság fontos információt szolgáltat az egyén egészségmegőrzéshez, betegségmegelőzéshez kapcsolódó egyéni aktivitásáról. A kötelező tüdőszűrésen és foglalkozás egészségügyi laboratóriumi vizsgálaton kívül a válaszadó nők 71,17%-a (n=895) volt egy éven belül nőgyógyászati szűrővizsgálaton, 6,02%-uk pedig több mint három éve volt méhnyakrákszűrésen. A 45 év feletti nők 30,5%-a (n=574) vett részt egy éven belül mammográfiás szűrővizsgálaton, 49,5 százalékuknál pedig még soha nem végeztek szűrővizsgálatot. Bár az ajánlások a 45 év feletti nők kétévenkénti mammográfiái szűrővizsgálatára tesznek javaslatot, a válaszadók körében a 45 év alatti nők is viszonylag magas arányban vesznek részt a szűréseken (14. táblázat).

14. táblázat: Szűrővizsgálaton való részvétel az adatfelvételt megelőző évben

szűrő- vizsgálatok	tizenkét hónapon belül		több mint egy éve, de két éven belül		több mint két éve, de három éven belül		több mint három éve		Soha nem végeztek még	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nőgyógyászati szűrővizsgálat 45 év feletti nők	637	71,17	95	10,60	47	5,25	54	6,02	62	6,92
nőgyógyászati szűrővizsgálat	369	41,2	60	6,7	24	2,7	40	4,5	118	12,8
mammográfia	275	30,72	96	10,72	45	5,02	24	2,68	455	50,83
mammográfia 45 év feletti nők	175	30,50	65	11,30	35	6,10	15	2,60	284	49,50

5.7 Szakmai közérzet: munkahelyi jellemzők, munkahelyi környezet, a munkavégzéssel összefüggő sajátosságok. (Szervezeti jellemzők)

A munkahelyi jóllétet meghatározó szervezeti dimenzió feltárásához az intézményi klíma fontosabb összetevőit vizsgáltuk. A tizenkét állítást tartalmazó mérőeszköz egy 5 fokú skálán méri a válaszadó munkahelyi környezetével kapcsolatos értékítéletét. Az eredmények alapján kirajzolódik, hogy a válaszadók megítélése szerint a klímadimenziók közül a hatékonyság, az egységes irányelvek mentén történő szakmai munka és a vezetés demokratikus működése tekinthető erősségnek. Problémát jelent azonban, hogy egy olyan területen, ahol a team-munka a mindennapok része, a válaszadók úgy érzékelik, a bensőséges, egyenrangú partneri kapcsolatok kevésbé valósulnak meg. Kiemelendő továbbá a rendkívül alacsonyra értékelt társadalmi megbecsültség, ami alapvetően meghatározhatja az egészségügyben dolgozók szakmai identitását és közérzetét (15. táblázat).⁵

⁵ A bekezdés alapját képező korábbi munka: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, *Orvosi Hetilap*, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

15. táblázat: Szervezeti jellemzők a vizsgált klímadimenziók alapján

		Átlag
1.	Osztályunkon a dolgozók egységes irányelvek mentén végzik gyógyító tevékenységüket.	3,88
2.	Intézményünkben a különböző generációhoz tartozó szakemberek/orvosok harmonikusan tudnak együttműködni.	3,36
3.	Intézményünk dolgozói elkötelezetten és innovatívan vesznek részt az ápolási-gyógyítási tevékenységeken túlmutató feladatokban.	3,37
4.	A munkahelyen bensőséges, egyenrangú, partneri kapcsolatok dominálnak.	3,04
5.	Intézményünk jó szakmai együttműködést alakított ki a társintézményekkel, szakemberekkel (pl.: háziorvosi ügyelet, háziorvosi, fogorvosi alapellátás, más kórházak a régióban).	3,34
6.	A munkahelyi vezető és a beosztottak között az információáramlás megfelelően működik.	3,46
7.	A felettesem irányításával osztályunk hatékonyan működik.	3,90
		átlag
8.	A felettesem vezetési stílusa demokratikus.	3,78
9.	Intézményünkben a különböző végzettséggel rendelkező szakemberek/orvosok harmonikusan tudnak együttműködni.	3,42
10.	Összességében elégedett vagyok jelenlegi munkahelyemmel.	3,66
11.	Úgy érzem, hogy az általam végzett munkahelyi tevékenységet munkatársaim nagyra értékelik.	3,44
12.	Úgy érzem, hogy az általam végzett munkahelyi tevékenységet társadalmunk nagyra becsüli	2,75

5.7.1 Pályaelhagyás külföldi munkavállalás

A munkával kapcsolatos jellemzők, a munkahelyen uralkodó szervezeti légkör alapvetően meghatározza a dolgozók pályaidentitását, a választott pályával kapcsolatos elképzeléseit, illetve jövőbeli terveit.

A kedvezőtlen munkahelyi légkör, a megbecsülés hiánya könnyen eredményezheti, hogy a munkavállaló pályaelhagyó lesz, vagy más országban keresi

boldogulását. Fontos kérdés volt, hogy a kutatásba bevont egészségügyi dolgozók körében milyen mértékben van jelen a pályaelhagyás, vagy a külföldi munkavállalás gondolata, ezért a kérdőívünkben több erre vonatkozó kérdést is megfogalmaztunk. Az eredmények azt mutatják, hogy a válaszadók 11,5%-a (n=121) tervez pályaelhagyást. Nélkülözhetetlen tudni, hogy a pályaelhagyási szándék mögött milyen okok húzódnak meg, melyek azok a tényezők, amelyek a legmarkánsabban járulnak hozzá a pályaelhagyás gondolatához. A munkavégzés során jelentkező feszültségforrások közül a válaszadók kiválaszthatták a számukra leginkább megterhelő problémákat, amelyek szélsőséges esetben pályaelhagyáshoz vezethetnek. A megkérdezettek több választ is jelölhettek, így az adatok értelmezésekor problémánként értendő a teljes minta elemszáma (n=1048). A legjelentősebb problémának az anyagi megbecsülés hiánya bizonyult (77%), melyet az erkölcsi megbecsülés hiánya (60%), majd a munkavégzés minősége (54%) követett. A tárgyi eszközök hiányát a válaszadók közel fele, 49,9%-a, a létszámhiányt (munkavégzés minősége) 38,7%-uk jelentős problémának vélte. A megkérdezettek 22,8% alkalmatlannak, többségük (60,3%) részben alkalmatlannak míg csupán 6,9%-uk ítélte teljesen megfelelőnek az ápolási eszköz-ellátottságot. A külföldi munkavállalás kilátásba helyezése ugyanezen problémák mentén szegmentálódik.

A válaszadók mindössze 3,2%-a (n=34) végzett már munkát külföldön az egészségügy területén, 2,7%-ukat (n=28) pedig továbbra is komolyan foglalkoztatja a külföldi munkavállalás gondolata, és amennyiben lehetőségük adódna el is mennének.

Külföldi munkavállaláson a legtöbben a magasabb kereset (n = 218; 20,8%), a szakmai előrelépés (n = 95; 9,1%), az itthon tapasztalt eszköz és készlethiány (n = 62; 5,9%) és a kalandvágy (n = 51; 4,9%) miatt gondolkodnak. A külföldi munkavállalást hátráltató tényezőként leggyakrabban a nyelvtudást (n = 221; 21,1%) és (n = 106; 10,1%) a családi okokat jelölték meg a válaszadók.

6 Összefüggésvizsgálatok

A minta jellemzését követően a változók közötti összefüggések vizsgálatára került sor a kutatási kérdések, illetve a hipotézisek mentén. Mind a szubjektív, mind az objektív egészségi állapot, mind pedig az egészségmagatartás vonatkozásában független változóként elsősorban a nemet, a legmagasabb iskolai végzettséget, a munkakört, illetve a pályán eltöltött időt vontuk be az elemzésbe. A munkavégzéssel kapcsolatos főbb jellemzők fejezetben (5.2 fejezet) ismertettek szerint három csoportba soroltuk a válaszadókat az elemzés folytatásához: (1) orvosok (85 fő; 8,1%); (2) diplomával rendelkező szakdolgozók (181 fő; 17,3%); (3) diplomával nem rendelkező szakdolgozók (782 fő; 74,6%). Az önminősített egészségi állapot esetén az eredetileg öt kategóriából (nagyon jó; jó; kielégítő; rossz; nagyon rossz) a lakossági egészségfelmérés mintájára három csoportba soroltuk a válaszadókat. Az így kialakított kategóriák: (1) nagyon jó, illetve jó a (2) kielégítő és a (3) rossz, illetve nagyon rossz. A munkában eltöltött évek vonatkozásában kategorikus változót hoztunk létre, ahol 5 éves periódusokra bontottuk a pályán eltöltött időt.

6.1 Az egészségi állapot differenciáló tényezői

Az egészségi állapot differenciáló tényezőinek a feltárása során első lépésben a szubjektív mutatókat elemeztük, így az SF-36 kérdőív egyes dimenzióit, továbbá külön elemeztük az önminősített egészségi állapotra vonatkozó kérdést.

6.1.1 Szubjektív mutatók

A szubjektív egészségi állapot vonatkozásában megállapítható, hogy míg a nemek között nem igazolható szignifikáns különbség ($\chi^2 = 2,703$; $df = 2$; $p = 0,259$), a legmagasabb iskolai végzettség jelentős differenciáló tényezőnek bizonyul ($\chi^2 = 44,562$; $df = 8$; $p < 0,001$). Az önminősített egészségi állapotot a válaszadók közel kétharmada ($n=690$; 65,8%) nagyon jónak, illetve jónak ítélte, mely mind a férfiak mind a nők körében megegyezett a teljes mintában tapasztaltakkal. A legmagasabb iskolai végzettség vonatkozásában a középiskolai végzettséggel rendelkezők köréből kerültek ki legmagasabb arányban ($n = 29$; 55,8%) az egészségi állapotukat rossznak, illetve nagyon rossznak minősítők. A szubjektív egészségi állapot vonatkozásában további differenciáló tényezőnek bizonyult a munkakör ($\chi^2 = 16,894$; $df = 4$; $p = 0,002$) és a pályán eltöltött idő ($\chi^2 = 77,296$; $df = 14$; $p < 0,001$). A munkakört tekintve a diplomás szakdolgozók csoportján belül szignifikánsan többen tartották egészségi állapotukat nagyon jónak,

illetve jónak (n = 133; 73,5%), s ugyanígy a 6-10 éve dolgozók csoportján belül is lényegesen magasabb azok aránya, akik nagyon jónak, illetve jónak minősítették egészségüket (n = 128; 86,5%).

16. táblázat: Az SF-36 dimenzióinak átlagértékei és összefüggései a szociodemográfiai jellemzők tükrében (n=1048)

attribútumok	N	általános egészség (ÁE)	fizikai funkció (FF)	fizikai szerep (FSZ)	testi fájdalom (TF)	érzelmi szerep (ÉSZ)
nem						
férfi	153	68±14	94±9	93±17	77±21	68±33
nő	895	66±17	92±12	90±22	77±23	69±30
p-érték		0,145*	0,091*	0,205*	0,842*	0,964*
z-érték		-1,456	-1,691	-1,267	-0,199	-0,46
legmagasabb iskolai végzettség						
szakiskola	55	63±10	92±10	77±34	75±22	63±31
középiskola	469	68±17	93±12	92±20	79±21	67±29
iskolai rendszerű felsőfokú szakképesítés	261	64±17	88±14	88±23	73±22	73±30
BA/BSC	153	66±18	94±11	92±20	77±25	71±31
MA/MSC/PhD	110	66±16	92±10	91±16	81±19	65±37
p-érték		0,002**	>0,001**	0,003**	0,005**	0,009**
χ ² érték		16,865	51,236	15,794	14,813	13,477
munkakör						
szakdolgozó	782	67±17	91±13	90±23	77±21	69±29
diplomás szakdolgozó	181	66±17	95±10	97±19	77±23	72±32
orvos	85	65±17	93±10	90±17	80±20	62±36
p-érték		0,889**	0,212**	0,182**	0,403**	0,051**
χ ² érték		0,235	3,103	3,406	1,818	5,854
munkában eltöltött évek						
0-5 éve	209	70±17	94±9	90±21	80±20	65±34
6-10 éve	148	66±16	95±9	93±17	79±20	64±31
11-15 éve	105	64±14	92±15	95±15	79±22	72±25
16-20 éve	95	70±16	91±11	89±85	79±19	68±32
21-25 éve	138	66±17	93±12	92±21	78±22	70±23
26-30 éve	153	64±17	87±15	88±22	69±25	68±32
31-35 éve	117	67±17	91±15	90±24	77±22	74±32
>35 éve	83	65±21	88±15	84±32	77±22	72±29
p-érték		0,002**	>0,001**	0,004**	0,001**	0,145**
χ ² érték		23,198	46,624	21,037	25,237	10,849

*=Mann-Whitney **Kruskal-Wallis

6.1.1.1 Általános egészség

Az SF 36 kérdőív általunk vizsgált dimenziói közül (16. táblázat) első lépésben az általános egészséget vizsgáltuk (mely természetesen magába foglalja az önminősített egészségi állapotot is). Eredményeink alapján megállapítható, hogy az önminősített egészségi állapothoz hasonlóan nem differenciál a nem ($Z = -1,456$; $p = 0,145$),

differenciál viszont a legmagasabb iskolai végzettség ($\chi^2 = 16,865$; $p = 0,02$) és a munkában töltött idő ($\chi^2 = 23,198$; $p = 0,02$). A nemek közötti különbséget vizsgálva megállapítható, hogy a férfiak mutatói kismértékben kedvezőbbek, a páronkénti összehasonlítás pedig a szakiskolai végzettséggel rendelkezők és a 26-30 éve pályán lévők kedvezőtlenebb egészségmutatóira hívta fel a figyelmet. Az általános egészség dimenziójában nem igazolódott különbség az egyes munkakörök között ($\chi^2 = 0,235$; $p = 0,889$).

6.1.1.2 Fizikai funkció

A fizikai funkció esetén (16. táblázat) szintén nem igazolódott szignifikáns különbség a nemek között ($Z = -1,691$; $p = 0,091$) és a különböző foglalkozási csoportok között ($\chi^2 = 3,103$; $p = 0,212$) sem. A férfiak és a diplomával rendelkező szakdolgozók mutatói valamelyest kedvezőbbek. A legmagasabb iskolai végzettség ($\chi^2 = 51,236$; $p > 0,001$) és a munkában eltöltött idő ($\chi^2 = 46,624$; $p > 0,001$) is differenciáló tényezőnek bizonyult. Legkedvezőbb mutatókkal a BSc végzettséggel rendelkezők, illetve a 6-10 éve a pályán lévők rendelkeznek.

6.1.1.3 Fizikai szerep

Hasonló tendencia figyelhető meg a fizikai szerep vonatkozásában. (16. táblázat) Míg a nem ($Z = -1,267$; $p = 0,205$) és a foglalkozás ($\chi^2 = 3,406$; $p = 0,182$) nem, addig a legmagasabb iskolai végzettség ($\chi^2 = 15,794$; $p = 0,003$) és a munkában eltöltött évek jelentős ($\chi^2 = 21,037$; $p = 0,004$) differenciáló tényezőnek bizonyultak. Ebben az összefüggésben kiemelendő a szakiskolai végzettséggel rendelkezők és a 36-40 éve pályán lévők jelentős mértékű hátránya.

6.1.1.4 Testi fájdalom

A testi fájdalom vonatkozásában (16. táblázat) a nemek ($Z = -0,199$; $p = 0,842$) és az egyes foglalkozási csoportok ($\chi^2 = 1,818$; $p = 0,403$) között nem tudunk szignifikáns különbséget igazolni. Míg a nemek esetén a medián értékek azonosak, a foglalkozási csoportokat tekintve az orvosok medián értékei a legkedvezőbbek. A többi vizsgált dimenzióval azonos módon a legmagasabb iskolai végzettség ($\chi^2 = 14,813$; $p = 0,005$), illetve a pályán eltöltött idő ($\chi^2 = 25,237$; $p = 0,001$) jelentős differenciáló tényezőnek

bizonyult. Legkedvezőtlenebb mutatói a szakiskolai végzettséggel rendelkezőknek és a 26-30 éve pályán lévőknek vannak.

Úgy véljük, a testi fájdalom jelentős mértékben nehezíti a munkavégzést, ezért az e dimenzióhoz tartozó kérdések egy részét külön is elemeztük. Elsősorban arra szeretnénk volna választ kapni, vajon az egyes foglalkozáscsoportok között kimutatható-e szignifikáns különbség az elemzett változók esetén. Az adatfelvételt megelőző négy hét során tapasztalt testi fájdalom vonatkozásában szignifikáns különbség igazolható az egyes foglalkozási csoportok között ($\chi^2 = 19,107$; $df = 6$; $p = 0,004$). Míg a teljes minta 58,2%-a valamilyen szintű testi fájdalomról számolt be, addig a diplomás szakdolgozók esetén az erős és a nagyon erős testi fájdalommal bírók aránya a legalacsonyabb a csoportok között ($n = 12$ 6,6%).

A fizikai fájdalom munkavégzésre gyakorolt korlátozó hatásának vizsgálata során a továbbiakban abból indultunk ki, hogy az ápoló munkakörben foglalkoztatottak a nagyfokú fizikai igénybevétel miatt bizonyára nagyobb mértékű korlátozottságról számolnak majd be. A válaszadókat a további elemzés során ezért két csoportba soroltuk: az első csoportba kerültek az ápoló munkakörben foglalkoztatott szakdolgozók, a második csoportba pedig minden olyan egészségügyi ellátásban dolgozó munkavállaló, aki nem ápolóként vesz részt a betegellátásban.

Várakozásainkkal ellentétben az ápoló és nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak között nem igazolódott szignifikáns különbség ($\chi^2 = 1,435$; $df = 2$; $p = 0,488$). A teljes mintára vetítve a megkérdezettek többsége nem érzékelt korlátozottságot megerőltető fizikai tevékenység végzése közben ($n = 705$; 67,3%).

A dolgozók többségét ($n = 955$; 91,1%) nem érinti a fizikai korlátozottság közepesen megerőltető tevékenység végzése során. Az ápoló és a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottakat összehasonlítva azonban szignifikáns különbséget véltünk felfedezni ($\chi^2 = 17,311$; $df = 2$; $p > 0,001$). A közepesen megerőltető fizikai tevékenység során érzékelt korlátozottságot az ápoló munkakörben foglalkoztatottak tapasztalták kevésbé. Hasonló eredmények születtek az előrehajolás, lehajolás vagy letérdelésre vonatkozóan. Az ápoló és nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak közül az ápolók érzékelik kevésbé a nagyfokú korlátozottságot-e tevékenységek végzése során ($\chi^2 = 10,569$; $df = 2$; $p > 0,005$).

A nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak körében szignifikánsan magasabb arányban fordult elő, hogy a válaszadást megelőző négy hétben csökkenteniük kellett

a munkával vagy más elfoglaltsággal töltött időt a testi egészséggel összefüggő problémák miatt ($\chi^2 = 10,733$; $df = 1$; $p = 0,001$). Ezzel összefüggésben egyáltalán nem meglepő, hogy a válaszadást megelőző négy hétben a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottakat nagyobb mértékben zavarta megszokott munkájában (beleértve munkahelyi és házimunkát) a fájdalom ($\chi^2 = 24,288$; $df = 4$; $p > 0,001$).

6.1.1.5 Érzelmi szerep

Az érzelmi szerep differenciáló tényezőinek vizsgálata során a legmagasabb iskolai végzettség ($\chi^2 = 13,477$; $p = 0,009$) bizonyult jelentős befolyásoló tényezőnek. Az iskolai végzettség független változóként történő beemelése az elemzésbe a szakiskolai végzettséggel rendelkezők kedvezőtlenebb mutatóira irányította a figyelmet, míg a foglalkozási csoportokat tekintve az orvosok helyzete bizonyult kedvezőtlenebbnek. Nem igazolódott szignifikáns különbség e tekintetben a nemek ($Z = -0,46$; $p = 0,964$), a beosztás ($\chi^2 = 5,954$; $p = 0,051$), illetve a munkában eltöltött idő függvényében sem ($\chi^2 = 10,848$; $p = 0,145$).

6.1.2 Objektív mutatók

A krónikus betegségek megléte, illetve azoknak a számossága objektív mutatóként ad információt az egyén egészségi állapotáról. A krónikus betegségek differenciáló tényezőinek vizsgálata során elsősorban a nemek közötti különbségeket, illetve a munkakörrel összefüggő jellemzőket kívántuk megragadni.

6.1.2.1 Krónikus betegségek

A vizsgálatunkba bevont egészségügyi dolgozók több mint felének (53,9%) van krónikus betegsége. Szignifikáns különbség igazolódott a nemek között ($\chi^2 = 13,217$; $df = 2$; $p = 0,001$): a nők körében magasabb az 1-2 krónikus betegséggel élők aránya (17. táblázat).

17. táblázat: Krónikus betegségek megoszlása a nemek arányában

krónikus betegségek	összesen		férfi		nő	
	n	%	n	%	n	%
nincs	483	46,1	91	8,7	392	37,4
1-2	471	44,9	50	4,8	421	40,1
3+	94	9,0	12	1,1	82	7,6

Szintén jelentős különbség mutatható ki az egyes munkakör között ($\chi^2 = 15,546$; $df = 4$; $p = 0,004$): az orvosok csoportjában szignifikánsan magasabb ($n = 17$; 20%) az 1-2 krónikus betegséggel élők aránya. A pályán eltöltött idő jelentősen befolyásolja a krónikus betegségek számát ($\chi^2 = 39,509$; $p > 0,001$): a pályán eltöltött idő függvényében a 26-30 éve pályán lévők bizonyultak a legveszélyeztetettebbeknek. A dolgozókat érintő leggyakoribb krónikus betegség a hát és derékfájás, mely valószínűsíthetően a fizikai megterhelés, illetve az egyes tevékenységekhez (pl. hajolás, a beteg mozgatása forgatása, véna biztosítás, tisztázás, dezinficiálás az ülőmunka a nem ergonómikus környezetben történő munkavégzéshez) kapcsolódó nem megfelelő testtartás miatt alakul ki körükben. A hát és derékfájás vonatkozásában az egyes munkakörök között nem tudunk szignifikáns különbséget igazolni ($\chi^2 = 5,664$; $df = 2$; $p = 0,059$). A megterhelő fizikai munkának leginkább kitett csoport az ápoló munkakörben foglalkoztatottak. A további elemzés során a korábban kialakított két kategória (ápoló, illetve nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak) mentén végeztük el az elemzést. A hát és derékfájás szempontjából nem igazolódott szignifikáns különbség ($\chi^2 = 0,33$; $df = 1$; $p = 0,856$) a két csoport között, közel azonos arányban érinti őket ez a probléma.

A betegen a munkahelyen töltött napok tekintetében a nemek között szignifikáns különbség van ($Z = -3,209$; $p = 0,001$). A férfiak jelentősen többet, átlagosan 17 napot töltöttek betegen a munkahelyükön. Szignifikáns különbség tapasztalható továbbá az egyes munkakörök között is, az orvosok kimutathatóan többet, átlagosan 13 napot dolgoztak betegen a munkahelyükön ($\chi^2 = 60,163$ $df = 14$ $p > 0,001$).

6.1.2.2 Az obesitas differenciáló tényezői

A WHO ajánlásának megfelelően kategóriákba rendeztük a válaszadókat testtömeg indexük alapján: sovány, normál, túlsúlyos és elhízott kategóriákat alakítottunk ki. (WHO 2010). A testtömegindex elemzésénél a nemet, a legmagasabb iskolai végzettséget és a munkakört vontuk be független változóként az elemzésbe.

Elemzéseink ráirányították a figyelmet a nők ($\chi^2 = 17,682$; $df = 3$; $p < 0,001$) és a középiskolai végzettséggel rendelkezők ($\chi^2 = 120,755$; $df = 12$; $p < 0,001$) nagyobb fokú érintettségére az elhízás vonatkozásában. A munkaköröket tekintve a diplomás

szakdolgozók testtömegindexe bizonyult a legkedvezőbbnek ($\chi^2 = 21,970$; $df = 6$; $p = 0,001$).

6.2 Egészségügyi dolgozók lelki egészsége

A **válaszadók** körében mindösszesen három fő fejezte ki az étellel való rendkívüli mértékű elégedetlenségét, ezért a változóval kapcsolatos további elemzések során válaszaikat összevontuk az étellel „elégedetlen” választ jelölőkével. Az így elvégzett elemzés során nem találtunk szignifikáns különbséget a férfi és a női válaszadók elégedettsége között, a munkakört tekintve azonban markáns különbségek rajzolódtak ki: az orvosok körében bizonyult a legmagasabbnak a rendkívül elégedettek aránya ($\chi^2 = 28,36$; $df = 10$; $p = 0,01$). Az étellel való elégedettségre vonatkozó eredményeknek némiképp ellentmond, hogy a válaszadóknak csupán a 8%-a mentes a depressziós tünetektől, 61,5%-uk enyhe, 24,8%-uk közepes, 5,7%-uk pedig súlyos depressziós tünetekről számolt be. A munkakör a depresszió vonatkozásában erőteljesen differenciáló tényezőnek bizonyult, mivel a depresszióval való érintettség leginkább a diplomával nem rendelkező szakdolgozókat fenyegette ($\chi^2=17,01$; $df=6$; $p<0,01$). A lelki egészség differenciáló tényezőinek a feltárása során a kiégés három dimenziójának mutatóit a Diener SWLS, a Beck BDI és a WHO WBI-5 skálákkal vetettük össze, majd további vizsgálatként a WHO jóllét skálát a munkában eltöltött évekkkel, a nemmel, a Legmagasabb iskolai végzettséggel és a Munkakörrel elemeztük a későbbi fejezetekben.

6.3 Kiégés

A kiégés differenciáló tényezőinek feltárása során a kiégést első lépésben numerikus változóként értelmeztük, s így végeztük el az elemzéseket, majd a szakirodalommal megegyező módon (Liebenberg és mtsai., 2018; Maslach és mtsai., 1986), az egészségügyi humán szolgáltató foglalkozásokra vonatkozóan a kiégés mértéke szerinti logikai csoportokba soroltuk a válaszadókat (1. alacsony, 2. közepes, 3. magas) mindhárom dimenzió esetén. A **kiégés** és a munkában eltöltött évek közötti kapcsolat vizsgálatát első lépésben spearman korreláció-elemzéssel végeztük el, azonban csupán az érzelmi kimerülés dimenziójában igazolódott gyenge szorosságú, ám szignifikáns kapcsolat ($r = 0,068$; $p = 0,028$), ami arra utalhat, hogy a munkával töltött idő elsősorban az érzelmi kiégéshez járul hozzá. Az elemzést tovább folytatva a munkában

eltöltött éveket 5 éves periódusokra osztottuk. Így vizsgálva az összefüggést egy egészen más kép tárult elénk. Azt tapasztaltuk, hogy a kiégés mértéke mindhárom dimenzióban hullámzó tendenciát mutat. A deperszonalizáció ($\chi^2 = 44,666$; $df = 14$; $p > 0,001$) és az énhatékonyság ($\chi^2 = 44,666$; $df = 14$; $p > 0,001$) dimenziójában szignifikáns eltérést igazoltunk az egyes öt éves periódusok között. Az énhatékonyság dimenziójában szignifikáns különbséget ugyan nem találtunk, de a hullámzó tendencia itt is megfigyelhető.

18. táblázat: A kiégés differenciáló tényezői

attribútumok (kategória)	deperszonalizáció	érzelmi kimerülés	énhatékonyság	deperszonalizáció	érzelmi kimerülés	énhatékonyság
	Maslach MBI			Maslach MBI		
nem	skála			kategória		
χ^2				6,474	2,818	4,054
df				2	2	2
p -érték	0,22*	0,016*	0,605*	0,039	0,244	0,132
Z -érték	-2,299	-2,403	-0,517			
legmagasabb iskolai végzettség						
χ^2	21,374	22,553	0,157	58,659	46,380	29,995
df				8	8	8
p -érték	>0,001* *	>0,001* *	0,997**	>0,001	>0,001	>0,001
munkakör						
χ^2	0,163	9,577	0,396	15,041	24,082	2,722
df				4	4	4
p -érték	0,922**	0,008**	0,820**	0,05	>0,001	0,605
munkában eltöltött évek						
χ^2	25,462	10,218	8,938	44,666	32,480	57,870
df				14	14	14
p -érték	0,001**	0,177**	0,257**	>0,001	0,003	>0,001
társas támogatás						
χ^2	18,710	30,501	18,840	20,582	60,869	45,006
df				6	6	6
p -érték	>0,001* *	>0,001* *	>0,001* *	0,001	>0,001	>0,001

*=Mann-Whitney **Kruskal-Wallis

A **deperszonalizáció** dimenziójában (18.táblázat) a skálaértékeket tekintve nem igazolódott szignifikáns különbség a férfiak és a nők ($Z = -2,299$; $p = 0,22$), valamint a különböző munkakörben dolgozók ($\chi^2 = 0,163$; $p = 0,922$) között. A deperszonalizáció mértéke szerinti kategóriákra vonatkozó elemzésünk azonban a férfiak nagyobb fokú érintettségét mutatja ($\chi^2 = 6,474$; $df = 2$; $p = 0,039$). A legmagasabb iskolai végzettség erőteljes differenciáló tényezőnek bizonyul ($\chi^2 = 21,374$; $p > 0,001$), különösen az egyetemet végzettek veszélyeztetettek. Hasonlóan differenciál a munkában eltöltött idő ($\chi^2 = 25,463$; $p = 0,001$). A 26-30 éve pályán lévők csoportjában legalacsonyabb a deperszonalizáció mértéke, s leginkább a 36-40 éve pályán lévőket érinti a magas fokú kiégés ($\chi^2 = 44,666$; $df = 14$; $p > 0,001$). További differenciáló tényező a társas támogatás ($\chi^2 = 18,710$; $p > 0,001$): azok körében, akik három vagy több személlyel tudják megbeszélni személyes problémáikat, szignifikánsan magasabb az alacsony szintű deperszonalizáció aránya ($\chi^2 = 20,582$; $df = 6$; $p = 0,002$).

Az **érzelmi kimerülés** elemzése során szignifikáns különbség igazolódott a férfiak és a nők között ($Z = -2,403$; $p = 0,016$), továbbá differenciáló tényezőnek bizonyult a legmagasabb iskolai végzettség ($\chi^2 = 22,553$; $p > 0,001$), a munkakör ($\chi^2 = 9,577$; $p = 0,008$) és a társas támogatás ($\chi^2 = 30,501$; $p > 0,001$). Az érzelmi kimerülés mértéke szerinti kategóriák vizsgálata során a legmagasabb iskolai végzettséget tekintve a középiskolai végzettséggel rendelkező dolgozók körében volt megfigyelhető nagyobb arányú közepes szintű érzelmi kimerülés ($\chi^2 = 46,380$; $df = 8$; $p > 0,001$).

A munkaköröket tekintve elemzésünk az orvosok csoportjára irányította a figyelmet, mintegy 52,9%-uk magas szintű érzelmi kimerültséggel rendelkezik ($\chi^2 = 24,082$; $df = 4$; $p > 0,001$). Azon válaszadók körében, akik három vagy több személlyel meg tudják beszélni személyes problémáikat, alacsonyabb a magas szintű érzelmi kimerüléssel rendelkezők aránya (66,8 %) ($\chi^2 = 60,869$; $df = 6$; $p > 0,001$). A munkában eltöltött idő tükrében nem igazolódott szignifikáns különbség ($\chi^2 = 10,218$; $p = 0,177$).

Az **énhatékonyság** dimenziójában nem igazolódott szignifikáns különbség a férfiak és a nők ($Z = -0,517$; $p = 0,605$), a munkában eltöltött idő ($\chi^2 = 8,938$; $p = 0,257$), a legmagasabb iskolai végzettség ($\chi^2 = 0,157$; $p = 0,997$), illetve a munkakör ($\chi^2 = 0,396$; $p = 0,820$) között. Az énhatékonyság mértéke szerinti kategóriákra vonatkozó elemzésünk esetén a legmagasabb iskolai végzettséget tekintve, a középiskolai végzettséggel rendelkezők körében a közepes szintű énhatékonyság kimutathatóan magasabb a többi

csoporthoz képest ($\chi^2 = 29,995$; $df = 8$; $p > 0,001$). A 6-10 éve pályán lévők csoportjában legalacsonyabb, míg a 0-5 éve pályán lévők esetén a legmagasabb az énhatékonyság mértéke ($\chi^2 = 44,666$; $df = 14$; $p > 0,001$). A társas támogatást elemezve jelentős különbségeket találtunk ($\chi^2 = 18,840$; $p = 0,001$). Azon válaszadók körében, akik egy vagy kettő személlyel tudják megbeszélni személyes problémáikat szignifikánsan alacsonyabb a kiégés mértéke és magas szintű énhatékonysággal rendelkeznek. ($\chi^2 = 45,006$; $df = 6$; $p > 0,001$).

19. táblázat: A kiégéssel összefüggő mutatók

attribútumok (kategória)	deperszonalizáció	érzelmi kimerülés	énhatékonyság	deperszonalizáció	érzelmi kimerülés	énhatékonyság
	skála			kategória		
Diener SWLS						
χ^2				3,235	15,498	47,076
r-érték	0,102	0,147	-0,192			
p-érték	0,001	>0,001	p>001	0,198**	>0,001**	>0,001**
Beck BDI						
χ^2				45,848	60,102	14,349
r-érték	0,226	0,287	-0,013			
p-érték	>001	>001	0,686	>0,001**	>0,001**	0,001**
WHO WBI-5						
χ^2				8,993	62,770	72,721
r-érték	-0,085	-0,229;	0,213			
p-érték	0,006	>0,001	>0,001	0,011**	>0,001**	>0,001**

*=Mann-Whitney **Kruskal-Wallis

Spearman korrelációval összevetve a kiégés dimenzióit a **Diener étellel való elégedettség**, illetve a **WHO jóllét skálán** mért értékekkel, gyenge szignifikáns összefüggés tapasztalható. A **Beck depresszió skála** csupán a deperszonalizáció és érzelmi kimerülés dimenziókban mutatott gyenge szignifikáns összefüggést. Jelentős összefüggés azonban a munkahelyi jellemzők és a vizsgált változók között nem volt igazolható.

Az elemzést tovább folytatva (19. táblázat):

A **Diener étellel való elégedettség skála** és a **kiégés** deperszonalizáció dimenziójában nem igazolódott szignifikáns különbség ($\chi^2 = 3,235$; $p = 0,198$). Az alacsony érzelmi kimerüléssel ($\chi^2 = 15,498$; $p > 0,001$), illetve a magas

énhatékonysággal bírók körében ($\chi^2 = 47,076$; $p > 0,001$) jelentősen magasabb volt az étellel való elégedettség.

A **Beck depresszió** skála és a deperszonalizáció dimenziójában ($\chi^2 = 45,848$; $p > 0,001$) és az érzelmi kimerülés ($\chi^2 = 60,102$; $p > 0,001$) szempontjából kimutatható különbség volt detektálható. A közepes depresszióval rendelkezők a legjobban kitettek, a deperszonalizációnak, és az alacsony énéhatékonyságnak. ($\chi^2 = 14,349$; $p > 0,001$).

A **WHO jóllét** tükrében a deperszonalizáció ($\chi^2 = 8,993$; $p > 0,011$), az érzelmi kimerülés ($\chi^2 = 62,770$; $p > 0,001$), illetve énéhatékonyság ($\chi^2 = 72,721$; $p > 0,001$) között statisztikailag kimutatható különbség van. Alacsony deperszonalizáció, érzelmi kimerülés, illetve magas énéhatékonyság esetén magasabbak voltak a válaszadók jóllét mutatói.

6.4 Egészségügyi dolgozók Egészségmagatartása

Az egészségmagatartás egyes elemeit, a dohányzást, az alkoholfogyasztást, a testmozgást, a táplálkozást és a szűrővizsgálatokon történő megjelenést elemeztük, keresve a differenciáló tényezőket.

6.4.1.1 Dohányzás

A **dohányzás** szempontjából a nemek között ($\chi^2 = 2,456$; $df = 2$; $p = 0,293$), illetve az ápolók és a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak között nincs számottevő különbség ($Z = -0,20$; $p = 0,984$). A férfiak és a nők csoportjában arányaiban minimális különbséggel a válaszadók 47,6%-a dohányzik. A munkakörök között jelentős különbség mutatható ki: a diplomás szakdolgozók ($\chi^2 = 18,642$; $df = 4$; $p = 0,001$) között lényegesen kevesebben dohányoznak ($n = 375$; 48,0%). Mindemellett az enyhe depresszióban szenvedő egészségügyi dolgozók közül ($\chi^2 = 27,567$; $df = 6$; $p > 0,01$) arányaiban többen szívnak kevesebb mint napi egy doboz cigarettát a többi csoporthoz viszonyítva ($n = 306$; 64,7%).

6.4.1.2 Alkoholfogyasztás

Alkoholfogyasztás tekintetében a nemek között számottevő különbség mutatható ki ($\chi^2 = 35,852$; $df = 4$; $p > 0,001$). A nők csoportjában többen fogyasztanak heti 2-4 alkalommal alkoholt ($n = 116$; 73,4%). A munkakörök esetén a diplomás szakdolgozók

($\chi^2=58,777$; $df=8$; $p>0,001$) csoportjában szignifikánsan többen fogyasztanak havi rendszerességgel alkoholt a többi csoporthoz viszonyítva ($n=116$; 68,0%). Az ápolókkal ellentétben, a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak csoportjában ($\chi^2=37,982$; $df=4$; $p>0,001$) kimutathatóan többen fogyasztanak heti 2-4 alkalommal alkoholt ($n=91$; 59,5%). Az enyhe depresszióban szenvedő egészségügyi dolgozók között ($\chi^2=111,276$; $df=12$; $p>0,01$) mérhetően többen fogyasztanak alkoholt havonta, vagy ritkábban a többi csoporthoz viszonyítva ($n=462$; 59,9%).

6.4.1.3 Táplálkozás

A táplálkozás szempontjából a nemek között szignifikáns különbség van ($\chi^2=9,549$; $df=4$; $p=,049$). A nők csoportjában kevesebb válaszadónak jut mindig ideje naponta megfelelően táplálkozni ($n=85$; 76,6%), a munkaköri csoportok közül ($\chi^2=58,777$; $df=8$; $p>0,001$) a nem diplomás szakdolgozók csoportjában többeknek többnyire nem jut ideje egy napon megfelelően táplálkozni ($n=441$; 56,4%), míg az ápolók és a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak csoportján belül ($\chi^2=43,045$; $df=4$; $p>0,001$) az ápolóknak többnyire nem jut ideje egy napon megfelelően táplálkozni ($n=334$; 57,5%).

6.4.1.4 Testmozgás

A testmozgásra vonatkozóan a nemek között nincs kimutatható különbség ($\chi^2=3,695$; $df=3$; $p=0,296$). A férfiak és a nők csoportjában minimális különbséggel a válaszadók 40%-a nem sportol heti rendszerességgel. A testmozgás tükrében a munkaköri csoportok között kimutatható különbség van ($\chi^2=42,390$; $df=6$; $p>0,001$): az orvosok csoportjában többen sportolnak több mint heti öt alkalommal ($n=9$; 10,6%), míg a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak csoportjában ($\chi^2=32,324$; $df=3$; $p>0,001$) sportolnak a legkevesebben ($n=224$; 48%).

6.4.1.5 Szűrővizsgálatok

Nőgyógyászati szűrővizsgálat esetén a munkaköröket vizsgálva azt tapasztaltuk, hogy az orvosok ($\chi^2=55,950$; $df=8$; $p>0,001$) az elmúlt 12 hónapban jelentősen többen mentek a tárgyi szűrővizsgálatra a többi csoporthoz viszonyítva ($n=36$ 42,4%). A legmagasabb iskolai végzettség szempontjából az egyetemi végzettségűek ($\chi^2=128,306$; $df=16$; $p>0,001$) a legmagasabb arányban ($n=41$; 37,3%), ezzel szemben

a középiskolával rendelkezők a legalacsonyabb arányban jelentek meg szűrővizsgálaton (n=115 24,4%) az elmúlt 12 hónapban.

A 45 év alatti megkérdezettek esetén **Mammográfiai szűrővizsgálatra vonatkozóan** a munkakörök ($\chi^2=11,985$; $df=8$; $p=0,152$) között nincs kimutatható különbség. A legmagasabb iskolai végzettség csoportjait figyelembe véve a felsőfokú szakképzettségűek közül ($\chi^2=50,139$; $df=16$; $p>0,001$) az elmúlt 12 hónapban jelentősen többen mentek vizsgálatra (n=85 32,6%). A 45 év feletti dolgozók **Mammográfiai szűrővizsgálaton** a munkaköröket vizsgálva az orvosok ($\chi^2=20,199$; $df=8$; $p>0,01$) az elmúlt 12 hónapban szignifikánsan többen vettek részt míg a diplomás szakdolgozók csoportján belül ($\chi^2=67,223$; $df=16$; $p>0,001$) több mint egy éve, de két éven belül kimutathatóan többen mentek el vizsgálatra (n=10; 20,0%). Annak ellenére, hogy több mint 200 férfi volt a mintában, a megkérdezettek a kötelező szűrővizsgálatok mellett nem jelölték meg a prosztatavizsgálatot dacára annak, hogy a kérdőívben megtalálható volt nyitott kérdés formájában.

6.5 Szervezeti kultúra: A munkahelyi jóllét differenciáló tényezői

A 15. táblázatban ismertetett szervezeti jellemzőkkel kapcsolatos állítások közül az első tizenegy állításból egy változót képeztünk – mivel azok mindegyike a munkahelyre, illetve a munkatársakra vonatkozik – úgy, hogy az egyes állításokhoz rendelt pontszámokat összeadtuk, s ezeket vetettük össze a lelki egészség fent tárgyalt mutatóival. Külön elemeztük a 12. állításra adott választ, mely a társadalom általi megbecsülésre vonatkozik. A nem, a munkakör és a munkahelyi jellemzők közötti kapcsolatot elemzése során nem igazolódott szignifikáns különbség a vizsgált csoportok között. Megállapítható azonban, hogy a vizsgálatba bevont orvosok érzékelik a legkevésbé hivatásuk társadalom általi megbecsültségét.

A szociodemográfiai jellemzők és a munkahelyi jellemzők közötti kapcsolatot elemezve csupán az iskolai végzettség hatását véltük felfedezni, azt is csak a társadalom általi megbecsülés vonatkozásában ($\chi^2=6,847$; $p=0,033$). E tekintetben megállapítható, hogy az érettségire épülő felsőfokú szakképzettséggel rendelkezők érzékelik leginkább úgy, hogy a társadalom megbecsüli az általuk végzett tevékenységet.⁶

⁶ A bekezdés korábbi munkánkon alapul: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, Orvosi Hetilap, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

A mintát tovább elemezve megállapítottuk, hogy: a munkahelyi klíma tizenegy állításának mért értékei között (20. táblázat) a deperszonalizáció ($\chi^2 = 0,971$; $p = 0,615$) és az érzelmi kimerülés ($\chi^2 = 3,188$; $p = 0,203$) dimenziókban nem volt szignifikáns különbség. A személyes hatékonyságot ($\chi^2 = 9,049$; $p = 0,011$), a Diener élettellel való elégedettséget ($\chi^2 = 29,072$; $p > 0,001$) a Beck depressziót ($\chi^2 = 15,118$; $p = 0,002$), vizsgálva a skála kategóriái között számottevő különbséget tapasztaltunk. Magas énhatékonyság, élettellel való elégedettség és alacsony depresszió esetén magasabbak voltak a válaszadók klíma mutatói.

A munkahelyi klíma tizenkettedik állításának mért értékeit vizsgálva a Maslach érzelmi kimerülés ($\chi^2 = 1,271$; $p = 0,530$) és a személyes hatékonyság ($\chi^2 = 5,268$; $p = 0,072$) dimenzióiban nem volt számottevő különbség. A Maslach deperszonalizáció ($\chi^2 = 7,013$; $p = 0,030$), a Diener élettellel való elégedettség ($\chi^2 = 16,014$; $p > 0,014$) a Beck depresszió ($\chi^2 = 9,993$; $p = 0,019$), dimenziójában viszont szignifikáns különbséget tapasztaltunk, (21. táblázat) amelyből azt a következtetés volt levonható, hogy magas élettellel való elégedettség és alacsony deperszonalizáció illetve depresszió esetén jelentősen jobbak voltak a válaszadók klíma mutatói.

20. táblázat: A munkahelyi klímával összefüggő mutatók.

attribútum	Tizenegy állítás összesen	Társadalmi megbecsültség	Tizenegy állítás összesen	Társadalmi megbecsültség
Maslach MBI	skála		kategória	
deperszonalizáció				
r-érték	-0,38	-0,041		
p-érték	0,224	0,186		
χ^2			0,971	7,013
p-érték			0,615	0,030**
érzelmi kimerülés				
r-érték	-0,78	-0,049		
p-érték	0,012	0,111		
χ^2			3,188	1,271
p-érték			0,203	0,530
személyes hatékonyság				
r-érték	0,095	-0,47		
p-érték	0,002	0,129		
χ^2			9,049	5,268
p-érték			0,011**	0,072
WHO WBI-5				
r-érték	-0,05	0,84		
p-érték	0,867	0,006		

20. táblázat: A munkahelyi klímával összefüggő mutatók.				
Diener SWLS				
r-érték	-0,55	-0,96		
p-érték	0,076	0,002		
χ^2			29,072	16,014
p-érték			>0,001**	0,014**
Beck BDI				
r-érték	0,49	-0,072		
p-érték	0,114	0,19		
χ^2			15,118	9,993
p-érték			0,002**	0,019**

*=Mann-Whitney **Kruskal-Wallis

A **munkahelyi jellemzők** és a lelki egészség vonatkozásában megállapítható, hogy nagyobb fokú megbecsültség és kedvezőbb munkahelyi légkör esetén alacsonyabb szintű a kiégés, kevésbé van jelen a depresszió, valamint magasabb fokú az étellel való elégedettség.

21.táblázat: A munkahelyi klímával összefüggő mutatók a két Zala megyei kórház összehasonlításában.

attribútum	Tizenegy állítás összesen	Társadalmi megbecsültség	Tizenegy állítás összesen	Társadalmi megbecsültség
	Zalaegerszeg		Nagykanizsa	
Maslach MBI				
deperszonalizáció				
r-érték	-0,110	-0,042	-0,067	-0,35
p-érték	0,007	0,305	0,157	0,457
érzelmi kimerülés				
r-érték	-0,31	-0,057	-0,59	-0,48
p-érték	0,014	0,162	0,216	0,317
személyes hatékonyság				
r-érték	0,095	-0,76	0,78	0,004
p-érték	0,002	0,063	0,12	0,939
WHO WBI-5				
r-érték	0,128	0,86	0,120	-0,96
p-érték	0,002	0,036	0,11	0,43
Diener SWSL				
r-érték	-0,134	-0,119	-0,154	0,99
p-érték	0,001	0,003	0,001	0,036
Beck BDI				
r-érték	-0,144	-0,087	-0,58	-0,41
p-érték	>0,001	0,034	0,225	0,387

A két kórház között a munkahelyi klímával összefüggő mutatók tekintetében (22.táblázat) sem a 11 klímadimenzióban, sem pedig a megbecsültség kérdésében nincs statisztikailag értékelhető különbség az intézmények között, ám a Zala Megyei Szent Rafael kórház dolgozói minden klímadimenzióban (23.táblázat) magasabb

átlagértéket mutattak, amely a Kórház központi szerepével, illetve a vállalkozók magasabb bérezésével állhat összefüggésben.

22.táblázat: A munkahelyi klímával összefüggő klímadimenziók átlagértékeinek összehasonlítása, a két Zala megyei kórházban.

dimenziók	Kanizsai Dorottya Kórház (átlag)	Zala Megyei Szent Rafael Kórház (átlag)
Osztályunkon a dolgozók egységes irányelvek mentén végzik gyógyító tevékenységüket.	3,79	3,95
Intézményünkben a különböző generációhoz tartozó szakemberek/orvosok harmonikusan tudnak együttműködni.	3,29	3,41
Intézményünk dolgozói elkötelezetten és innovatívan vesznek részt az ápolás gyógyítási tevékenységen túlmutató feladatokban.	3,31	3,41
A munkahelyen bensőséges partneri kapcsolatok dominálnak.	2,98	3,18
Intézményünk jó szakmai együttműködést alakított ki a társintézményekkel, szakemberekkel (pl.: háziorvosi ügyelet, háziorvosi, fogorvosi alapellátás, más kórházak a régióban).	3,27	3,38
A munkahelyi vezető és a beosztottak között az információáramlás megfelelően működik.	3,40	3,50
A felettesem irányításával az osztály hatékonyan működik.	3,82	3,96
A felettesem vezetési stílusa demokratikus.	3,68	3,85
Az intézményünkben a különböző végzettséggel rendelkező szakemberek/orvosok harmonikusan tudnak együttműködni.	3,34	3,47
Összességében elégedett vagyok jelenlegi munkahelyemmel.	3,63	3,68
Úgy érzem, hogy az általam végzett munkahelyi tevékenységet munkatársaim nagyra értékelik.	3,38	3,48
Úgy érzem, hogy az általam végzett munkahelyi tevékenységet a társadalom nagyra becsüli.	2,63	2,84

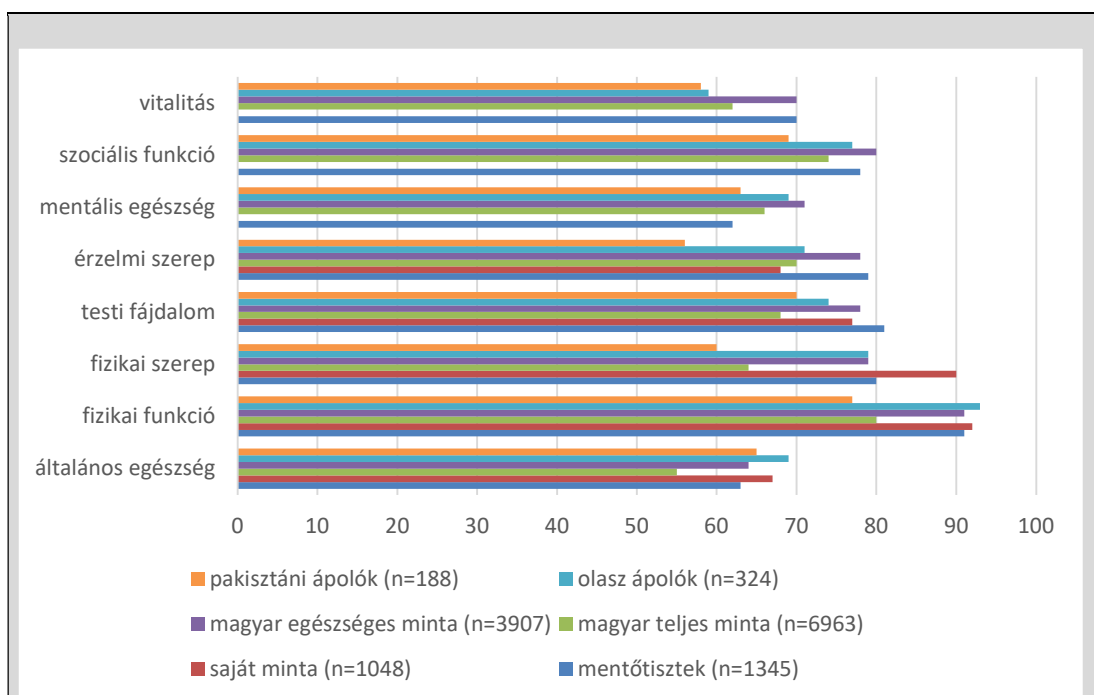
7 Megbeszélés

Vizsgálatunk célja volt az egészségügyi ellátórendszerben, két Zalai, vármegyei jogú állami kórházban, a betegellátásban közvetlenül érintett dolgozók szakmai közérzetének feltárása, a lelki egészség és a munkahelyi klíma jellemzőin keresztül. Célunk volt mindemellett a vizsgálatba bevont orvosok és egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának felmérése, továbbá az azokat befolyásoló munkahelyi jellemzőknek a megismerése. A szakmai közérzettel összefüggésben kiemelt célunk volt a lelki egészség, különösképp a kiegész és az észlelt munkahelyi környezet közötti összefüggések feltárása.

A kérdőívünk első kérdéscsoportja az **önminősített/szubjektív** egészségi állapotot volt hivatott felmérni standardizált kérdéscsoporton keresztül (SF-36), ami a nemzetközi és a hazai szakirodalmak eredményeivel került összehasonlításra. (23. táblázat)

Az önminősített egészségi állapotot a válaszadók közel kétharmada (65,8%) jónak, illetve nagyon jónak ítélte, és mindössze 5% minősítette rossznak vagy nagyon rossznak. A kutatásban tapasztalt eredmények ellentmondanak a magyar lakosság körében végzett vizsgálatok eredményeinek, mivel csupán a népesség kicsivel több mint fele véli, hogy egészségi állapota jó, amely kedvezőtlenebb az Európai Unió tagállamaiban mért értéknél. Bár a nemek közötti különbség csökkent az előző évekhez képest, a férfiak továbbra is egészségesebbnek érzik magukat (KSH-ELEF, 2019). Pék (2017) kutatása alapján az egy évvel ez előtti állapotukhoz képest a mentődolgozók közel háromnegyede 73,1%-a ugyanolyannak tartja most az egészségét, 4,7%-uk valamivel rosszabbnak, 7,2%-uk valamivel jobbnak, míg 3,6% sokkal jobbnak és 1,5% sokkal rosszabbnak ítéli állapotát. A fent leírtak a saját eredményeinkkel hasonlóságot mutattak. Fürediné Kovács (2008) kutatásában a lakosság közel egyharmada érzi magát egészségesnek. Különösen magas ez az arány, a 15-24 év közöttiek között (49%), illetve a 25-34 évesek korcsoportjában (41%)-, mely összhangban van kutatásunk megállapításaival.

1. **ábra:** A saját minta, a mentőtisztek, és a magyar lakosság és az olasz ápolók körében végzett SF-36 kérdőíves vizsgálat eredményeinek dimenziónkénti összehasonlító elemzése.



23. táblázat: Az SF-36 kérdőíves vizsgálat eredményeinek dimenziónkénti összehasonlító elemzése.

attribútumok	általános egészség (ÁE)	fizikai funkció (FF)	fizikai szerep (FSZ)	testi fájdalom (TF)	érzelmi szerep (ÉSZ)	mentális egészség (ME)	szociális funkció (SZF)	vitalitás (VT)
saját minta (n=1048)	67±17	92±12	90±21	77±21	68±30	-	-	-
mentőtisztek (n=1345)	63±19	91±13	80±30	81±21	79±32	62±21	78±23	70±19
magyar teljes minta (n=6963)	55±24	80±25	64±40	68±29	70±40	66±23	74±25	62±26
magyar egészséges minta (n=3907)	64	91	79	78	78	71	80	70
olasz ápolók (n=324)	69±17	93±12	79±31	74±28	71±35	69±17	77±23	59±19
pakisztáni ápolók (n=188)	65±19	77±21	60±40	70±23	56±45	63±18	69±20	58±18

A standardizált SF-36 kérdőív eredményeinek korábbi vizsgálatokkal történő további összehasonlítása során az alábbi azonosságokat tártuk fel:

Az egészségügyi dolgozók körében végzett korábbi hazai vizsgálatok a Czimbalmos és munkatársai (1999) által végzett SF-36 vizsgálat teljes mintájára vonatkozó eredményeivel történő összehasonlítás során az SF-36 (2019) kérdőív válaszaiban pozitívumként megfigyelhető, hogy az egészségügyi állapot mérsékelten jobb, mint húsz év távlatában volt. A 2019-ben végzett egészségfelmérés eredményeivel összehasonlítva a Pék és munkatársainak mentőtisztek körében végzett vizsgálatának eredményei alapján a mentőtisztek minden dimenzióban jobb mutatókkal rendelkeztek, mint a magyar lakosság (Pék, 2017). A Zala vármegyei egészségügyi dolgozók minden vizsgált dimenzióban jobb eredményt értek el a magyar mintához és a mentőtisztekhez viszonyítva. Az olasz egészségügyi dolgozók szignifikánsan jobbnak tartották egészségüket az „Általános egészség” a „Fizikai funkció” és az érzelmi szerep dimenzióiban (Kheiraoui és mtsai. 2012). Silva és mtsai. (2010) a Brazil ápolók körében azt találták, hogy a dolgozók legjobbnak „Fizikai működés”-üket (átlag 81,3 pont), míg legrosszabbnak „Vitalitás”-ukat (átlag 52,7) tartották. Ezek az értékek minden dimenzióban kedvezőtlenebbek voltak, mint a kutatásunkba bevont egészségügyi dolgozók értékei. A pakisztáni ápolókhoz viszonyítva a testi fájdalom dimenzióon kívül a Zala vármegyei egészségügyi dolgozók minden vizsgált dimenzióban kedvezőbb mutatókkal rendelkeznek (Gholami és mtsai, 2013). Kutatásunk más eredményeket mutatott Pék (2017) disszertációjával nemek szerint összevetve, ahol a női válaszadók szinte minden szempont szerint jobbnak tartották egészségi állapotukat, mint a férfi kollégáik, kivéve az „Érzelmi szerep” dimenziót, továbbá az életkor előrehaladtával javult a megkérdezettek egészségi állapotának önértékelése. A nem és a munkában töltött idő az általános egészség dimenziójában differenciáló tényezőnek bizonyult. A férfiak jobbnak tartották egészségüket, viszont a kor előrehaladtával mindkét nemnél romló tendencia mutatkozott, ezzel együtt 26-30 éve pályán lévők egészségmutatója kedvezőtlenebb volt (Czimbalmos, 1997). Ezzel összefüggésben Terebessy és mtsai (2016) rámutattak arra, hogy az egészség a munkában töltött évek alatt folyamatosan romlik, ami befolyásolhatja az általuk végzett munka minőségét is.

A fizikai funkció esetén a magasabb iskolai végzettséggel rendelkező nők nagyobb eséllyel értékelik pozitívan egészségi állapotukat (Knesebeck és mtsai., 2006). Legkedvezőbb mutatókkal a BSc végzettséggel rendelkezők, illetve a 6-10 éve a pályán lévők rendelkeznek, ahol a Royer és Moreau (2016) által leírt jelenség az ún. Kruger–Dunning-hatás figyelhető meg. A fizikai szerep szempontjából a legmagasabb iskolai végzettség és a munkában eltöltött évek jelentős differenciáló tényezőnek bizonyultak. Ebben az összefüggésben kiemelendő a szakiskolai végzettséggel rendelkezők és a 36-40 éve pályán lévők jelentős mértékű hátránya, A **testi fájdalom** vonatkozásában a foglalkozásokat tekintve az orvosok medián értékei a legkedvezőbbek. Legkedvezőtlenebb mutatói a szakiskolai végzettséggel rendelkezőknek és a 26-30 éve pályán lévőknek vannak. A teljes minta 58,2%-a valamilyen szintű testi fájdalomról számolt be, ugyanakkor a diplomás szakdolgozók esetén az erős és a nagyon erős testi fájdalommal bírók aránya a legalacsonyabb a csoportok között. Feith és mtsai (2008) kutatásában a dolgozók 54,5%-a pontosan meghatározott fájdalomra panaszkodott. A saját kutatásunkban a fájdalommal bírók aránya meghaladja a korábbiakban leírt kutatási eredményeket.

Az **ápoló és a nem ápoló munkakörben foglalkoztatott egészségügyi dolgozók** csoportjait külön elemeztük kiindulva az ápolók nagyobb fizikai igénybevételeből, azonban eredményeink várakozásunkkal ellentétben az ápolók kisebb mértékű érintettségét igazolták, kevésbé érzékelték nagyfokú korlátozottságot tevékenységeik végzése során. A **nem ápolók** körében szignifikánsan magasabb arányban fordult elő, hogy a válaszást megelőző négy hétben csökkenteniük kellett a munkával vagy más elfoglaltsággal töltött időt a testi egészséggel összefüggő problémák miatt. Ezzel összefüggésben egyáltalán nem meglepő, hogy a válaszást megelőző négy hétben a nem ápoló munkakörben foglalkoztatott dolgozókat nagyobb mértékben (22,3%) zavarta megszokott munkájában (beleértve munkahelyi és házimunkát) a fájdalom. A kutatásunk hasonló képet mutat Vámosiné (2020) vizsgálatával, amely szerint az egészségügyben dolgozók 38,16% esetében az alacsonyabb fizikai aktivitás, a testi fájdalom gyengébb tűrése, az alacsonyabb fájdalomküszöb kialakulásában lényeges szerepet játszik a vélt vagy valós rossz egészségi állapot kialakulásában. Az **érzelmi szerep** dimenziójában vizsgálatunk a szakiskolai végzettséggel rendelkezők kedvezőtlenebb mutatóira irányította a figyelmet, míg a foglalkozási csoportokat

tekintve az orvosok helyzete bizonyult kedvezőtlenebbnek. Kutatásunk megállapításai hasonlóságot mutatnak Pék (2017) kutatásának eredményeivel.

A kérdőív első kérdéscsoportjával az **objektív** egészségi állapotot vizsgáltuk, amely a nemzetközi és a hazai szakirodalmak eredményeivel került összehasonlításra. Az egészségi állapot tekintetében a vizsgálatunkba bevont egészségügyi dolgozók több mint felének (53,9%) van krónikus betegsége. A nők körében magasabb az 1-2 krónikus betegséggel élők aránya. A dolgozókat érintő leggyakoribb krónikus betegség a hát és derékfájás, ám az egyes munkakörök között e tekintetben nincs szignifikáns különbség, amely összefüggést mutat a KSH 2019 adataival (KSH ELEF 2019). Az orvosok csoportjában szignifikánsan magasabb az 1-2 krónikus betegséggel élők aránya, amely összhangban van Györffy és Ádám (2013) kutatásának megállapításaival. A **testtömegindex** elemzése ráirányította a figyelmet a nők és a középiskolai végzettséggel rendelkezők nagyobb fokú érintettségére az elhízás vonatkozásában. A munkaköröket tekintve a diplomás szakdolgozók testtömegindexe bizonyult a legkedvezőbbnek a normál tartományban. Ami Guseo és Hertelendi (2014), Pék és mtsai (2013), valamint Wakefield és mtsai (2021) eredményeivel összehasonlítva azonosságokat mutat. A **beteg a munkahelyen töltött napokat** tekintve a férfiak többet, átlagosan 17 napot, az orvos munkakörben alkalmazottak átlagosan 13 napot dolgoztak beteg a munkahelyükön. Összehasonlítva a kanadai ápolók, átlagosan 14,5 napot töltöttek (National Survey of the Work and Health of Nurses 2005), míg az angol ápolók átlag 12 napot töltöttek táppénzen egy évben betegség miatt (Thomsen, 1999). Molnár (2002), Pásztor (2006), valamint Németh és Irinyi (2009) kutatása is rámutatott arra, hogy minél régebb óta dolgozik valaki az egészségügyben, annál kevésbé fordul betegség esetén orvoshoz, inkább a munkahelyi ismeretségét veszi igénybe. Pásztor (2006), illetve Németh és Irinyi (2009) eredményei alapján az egészségügyi dolgozók legalább háromnegyede nem vesz igénybe táppénzt betegség esetén.

A kérdőív következő kérdéscsoportjával a **Lelki** egészség mutatóit vizsgáltuk a kiégés az étellel való elégedettség szemszögéből. Az étellel való általános elégedettséggel kapcsolatban megállapítható, hogy a válaszadók körében viszonylag kevesen (15,9%) jelölték az elégedetlenséget kifejező valamelyik skálaértéket. A nem vonatkozásában a férfiak körében fordult elő magasabb arányban az étellel való általános elégedettség, ami egybevág a teljes lakosság körében végzett vizsgálatok

eredményeivel (Boros és mtsai., 2014). Az étellel való elégedettséget tekintve a munkakör differenciáló hatása igazolódott: az orvosok körében nagymértékű polarizálódást tapasztaltunk, mely szerint mind a legnagyobb mértékű elégedetlenség, mind pedig a nagyfokú elégedettség az ő válaszaikban jelenik meg a leginkább. Ugyanakkor itt kell megjegyeznünk, hogy az étellel való elégedettség szubjektív kategória, így minden esetben valamiféle referenciaértékhez viszonyít a válaszadó. Az orvosok esetén tapasztalható elégedetlenség összefüggést mutathat azzal, hogy munkájuk társadalmi megbecsültségét alacsonynak érzékelik annak ellenére, hogy tevékenységük nélkülözhetetlen a lakosság egészsége szempontjából. Az általuk érzékelt alacsony szintű megbecsültség ellentmond a 2016. évi mikrocenzus adatainak, mely szerint a magyar lakosság az orvosi hivatást (szakterülettől függetlenül) magasra értékeli mind az általános foglalkozási presztízst, mind pedig a társadalmi hasznosság szerinti megítélést tekintve (Microcensus, 2016).⁷

A kiégés vonatkozásában megállapítható, hogy a válaszadók leginkább az érzelmi kimerülésnek vannak kitéve: 46,2%-uk közepes mértékű, 16,4%-uk pedig nagyfokú kiégést mutat az érzelmi kimerülés dimenziójában. Mindez adódhat abból, hogy a betegekkel való folyamatos kontaktus, a megrázó helyzetek átélése hosszú távon érzelmileg kimeríti az egészségügyi ellátórendszerben dolgozókat, különösen a magas empátiás készséggel rendelkezőket. A munkakör és a kiégés vizsgálata során a deperszonalizáció és az érzelmi kimerülés dimenziójában az orvosi munkakört betöltők kiégése felhívja a figyelmet a beavatkozás szükségességére. Mind a deperszonalizáció, mind pedig az érzelmi kimerülés hátterében állhat az e területen tapasztalható nagymértékű szakemberhiány, melynek következtében kevesebb idő jut az egyes betegekre, s a betegellátás terhei fokozottabban jelennek meg. Mindezek mellett megfigyelhető, hogy a személyes hatékonyság érzése az orvosok körében a legkedvezőbb, ami összefügghet azzal, hogy a diagnosztikus eljárások kivitelezése, valamint a terápia megtervezése és kísérése során folyamatosan kiteljesíthetik szakmai és személyes kompetenciáikat.⁸

⁷ A bekezdés korábbi munkánk alapján íródott: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, *Orvosi Hetilap*, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

⁸ A bekezdés korábbi munkánk alapján íródott: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, *Orvosi Hetilap*, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

A **kiégés a deperszonalizáció** dimenziójában a férfiak nagyobb fokú érintettségét mutatja. A legmagasabb iskolai végzettség erőteljes differenciáló tényezőnek bizonyult, különösen az egyetemet végzettek veszélyeztetettek. Hasonlóan differenciált a munkában eltöltött idő: a 26-30 éve pályán lévők csoportjában legalacsonyabb a deperszonalizáció mértéke, s leginkább a 36-40 éve pályán lévőket érinti a magas fokú kiégés. További differenciáló tényező a társas támogatás: azok körében, akik három vagy több személlyel tudják megbeszélni személyes problémáikat, szignifikánsan magasabb az alacsony szintű deperszonalizáció előfordulása. Mészáros és mtsai (2013), illetve Németh (2016) eredményei hasonló képet mutatnak a kutatásban leírtakkal összefüggésben.

Az **érzelmi kimerülés** elemzése során szignifikáns különbség igazolódott a férfiak és a nők között, továbbá differenciáló tényezőnek bizonyult a legmagasabb iskolai végzettség, a munkakör és a társas támogatás. Az érzelmi kimerülés mértéke szerinti kategóriák vizsgálata során a legmagasabb iskolai végzettséget tekintve a középiskolai végzettséggel rendelkező dolgozók körében volt megfigyelhető nagyobb arányú, közepes szintű érzelmi kimerülés. A munkaköröket tekintve elemzésünk az orvosok csoportjára irányította a figyelmet, mintegy 52,9%-uk magas szintű érzelmi kimerültséggel rendelkezik. Kovács és munkatársai (2012) által végzett kutatásban az az onkológia dolgozók (37.9 %) rendelkeztek magas szintű érzelmi kimerültséggel. A saját kutatásunk kapott értékei meghaladták a korábbi kutatás eredményeit.

Az **énhatékonyság** mértéke szerinti kategóriákra vonatkozó elemzésünk esetén a legmagasabb iskolai végzettséget tekintve a középiskolai végzettséggel rendelkezők körében figyelhető meg a legnagyobb arányú közepes szintű énhatékonyság. A 6-10 éve pályán lévők csoportjában a legalacsonyabb, míg a 0-5 éve pályán lévők esetén a legmagasabb az énhatékonyság mértéke. Az énhatékonyság dimenziójának vizsgálata során kifejezetten az ápolók vonatkozásában (n = 581) figyelhető meg az a szakirodalomban is leírt jelenség, miszerint a kezdeti magas értékek – melyek egyfajta magabiztosságról árulkodnak – a munkában töltött első éveket követően csökkennek. Ez a tendencia utalhat arra, hogy a képzésből kikerülők kezdetben meglehetősen magabiztosak szakmai kompetenciáikat illetően, majd az átélt kudarcok és nehézségek során fejlődő szakmai önreflexió hatására önbizalmuk csökken. Nem feledkezhetünk meg ugyanakkor arról sem, hogy a kérdőív kitöltésének időpontjában az első 5 éves periódusban lévő ápolók egy olyan generációhoz tartoznak, akiket alapvetően

magasabb szintű magabiztosság és önértékelés jellemez. Hasonló tendenciát figyelt meg Royer és Moreau (2016) a kora gyermekkori nevelés területén dolgozó pedagógusok körében. Az ismertetett jelenség összefügg az ún. Kruger–Dunning-hatással, mely szerint a pályakezdők hajlamosak túlbecsülni saját képességeiket, s ezzel együtt nem ismerik fel korlátaikat. Mindezek alapján kijelenthetjük, hogy a munkában eltöltött évek és a kiégés között összefüggés igazolható, a kapcsolat azonban nem lineáris (Krueger és Dunning, 1999).⁹

A társas támogatást elemezve jelentős különbségekre mutattunk rá: azok körében, akik egy vagy kettő személlyel tudják megbeszélni személyes problémáikat, szignifikánsan több a magas szintű érzékenységgel bírók aránya. A kiégés és a munkában eltöltött évek közötti kapcsolat vizsgálata során csupán az érzelmi kimerülés vonatkozásában tudtunk összefüggést igazolni a két változó között. A munkában eltöltött éveket 5 éves periódusokra bontva a deperszonalizáció és az érzelmi kimerülés dimenziójában az egyes periódusok között jelentős különbség igazolódott, ami arra enged következtetni, hogy a munkában eltöltött évek alatt a terhelés nem egyforma mértékben hat az egyénre, illetve az egyén másként viszonyul a kihívásokhoz. ez hasonlóságot mutat Pikó és Piczil (2012) tudományos eredményeivel: *"A magas stressz-szintű és gyakori tünetképzéssel jellemezhető egyének sokkal gyakrabban alkalmaztak nem adaptív copingtechnikákat; a viszonylag alacsonyabb stressz-szintű és kevesebb tünettől rendelkezőkre viszont nem az aktív copingmódszerek alkalmazása, hanem a nem adaptív módszerek hiánya volt jellemző."* (Pikó és Piczil 2012:1)

A WHO becslése alapján napjainkban több mint 300 millió ember szenved depressziótól (WHO 2017), így kutatásunk szempontjából is hangsúlyos volt az a kérdés, vajon az egészségügyi dolgozók vonatkozásában milyen mértékű a jelenség. A depressziót vizsgálva megállapítható, hogy a válaszadók körében rendkívül magas az érintettek aránya: eredményeink alapján mintegy 5,7% tekinthető súlyosan depressziósnak, ami magasabb a felnőtt lakosság vonatkozó mutatóinál (a teljes női lakosság körében 4,3%, a férfiak körében pedig 2,6%). A munkakör vonatkozásában

⁹ A bekezdés korábbi munkánk alapján íródott: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, Orvosi Hetilap, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

eredményeink egybevágóak a lakossági egészségfelmérés megállapításaival, miszerint a depresszióra való hajlam az átlagosnál nagyobb arányban fordul elő az alacsony iskolai végzettségű, esetünkben a diplomával nem rendelkező szakdolgozók körében (Boros és mtsai., 2014). Ugyanazon mérőeszközzel más szakmacsoportban (pedagógusok) végzett vizsgálat hasonló eredményeket mutatott (Fináncz és mtsai., 2020).¹⁰

A kérdőív utolsó előtti kérdéscsoportjával az **egészségmagatartást** vizsgáltuk, a dohányzás az alkoholfogyasztás a testmozgás, illetve a szűrővizsgálatok igénybevételén keresztül. A **dohányzási szokások** vonatkozásában megállapítható, hogy az Európai Unión belül országunk a rendszeresen dohányzók arányát tekintve az elsők között van (Neuberger, 2019). A magyar lakosság körében a dohányzók aránya 24,9% (KSH, 2019). A mintánkban a felnőtt lakossághoz viszonyítva rendkívül magas volt (41,8%) a dohányzók aránya, hasonlóan magas volt Pék (2017) kutatása alapján a mentőtisztek között a dohányzók aránya 31,2%, ezzel szemben Mohos (2021) kutatásában a családorvosok mindössze 13%-a dohányzott. Saját kutatásunk alapján a válaszadók 34,4%-a egy doboz, 3,4%-a pedig több mint egy doboz cigarettát szív el naponta. A munkakörök között számottevő különbség mutatható ki. A diplomás szakdolgozók között jelentősen kevesebben dohányoznak a többi csoporthoz viszonyítva (n=375; 48,0%). Hasonló tendencia volt megfigyelhető Schneider és mtsai. (2019) tudományos munkájában, ahol az egészségügyi dolgozók 61,4 % dohányzott és átlagosan napi 14 szál cigarettát szívott el.

Az **alkoholfogyasztás** tekintetében a nők körében többen fogyasztanak heti 2-4 alkalommal alkoholt (n=116; 73,4 %). A munkakörök esetén a diplomás szakdolgozók csoportjában szignifikánsan többen fogyasztanak havi rendszerességgel alkoholt a többi csoporthoz viszonyítva. A nem ápoló munkakörben dolgozók csoportjában kimutathatóan többen fogyasztanak heti 2-4 alkalommal alkoholt. A kutatásunk eredményei közelítették Pék (2017) disszertációjának eredményeit, ahol a megkérdezettek 70%-a alkalmi alkoholfogyasztónak vallotta magát, további hasonlóságot mutatnak Terebessy és mtsai., (2016) kutatásában leírt

¹⁰ A bekezdés korábbi munkánk alapján íródott: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, Orvosi Hetilap, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

megállapításokkal, ahol a válaszadók 87,7%-a fogyasztott legalább havi rendszerességgel alkoholt.

A táplálkozás kapcsán megállapítható, hogy a munkaköri csoportok közül a nem diplomás szakdolgozóknak többnyire nem jut ideje munkanapokon megfelelően táplálkozni (n=441; 56,4%). Az ápoló és a nem ápoló munkakörben alkalmazott egészségügyi dolgozók csoportjain belül az ápolóknak többnyire nem jut ideje egy napon megfelelően táplálkozni (n=334; 57,5%). A kutatás eredményei hasonlóságot mutatnak Terebessy és mtsai. (2016) kutatásában leírt megállapításokkal.

A testmozgás tekintetében a férfiak és a nők csoportjában nincs számottevő különbség, a válaszadók 40%-a nem sportol heti rendszerességgel. A testmozgás vonatkozásában az egyes munkaköri csoportok között kimutatható különbség van: az orvosok csoportjában többen sportolnak több mint heti öt alkalommal (10,6%), míg a nem ápolók csoportjában sportolnak a legkevesebben (48%). Eredményeink összhangban vannak a Terebessy és mtsai (2016) által feltárt eredményekkel, ahol a több mint heti öt alkalommal sportolók aránya csupán 6,5% volt. Ezzel ellentétben a Mohos és mtsai (2021) kutatásában részt vevő háziorvosok alig több mint egy negyede sportolt hetente többször, míg egyötödük egyáltalán nem, vagy csak nagyon ritkán végezett aktív testmozgást.

A szűrővizsgálatokon a kötelező tüdőszűrésen és foglalkozás egészségügyi laboratóriumi vizsgálaton kívül a válaszadó nők (n=895) 71,17% volt egy éven belül nőgyógyászati szűrővizsgálaton, 6,02%-uk pedig több mint három éve volt méhnyakrákszűrésen. A 45 év feletti nők 30,5 % -a (n=574) vett részt egy éven belül mammográfiás szűrővizsgálaton, 49,5 százalékuknál pedig még soha nem végeztek szűrővizsgálatot. Bár az ajánlások a 45 év feletti nők kétévenkénti mammográfiai szűrővizsgálatára tesznek javaslatot, a válaszadók körében a 45 év alatti nők is viszonylag magas arányban vesznek részt a szűréseken. Mammográfiai szűrővizsgálatra a megkérdezett populációt vizsgálva a felsőfokú szakképzettségűek közül az elmúlt tizenkét hónapban jelentősen többen mentek vizsgálatra vélhetően a hozzáférhetőség miatt. **Nőgyógyászati szűrővizsgálaton az egyetemet végzett kollégák, ezen belül is az orvosok** az elmúlt tizenkét hónapban mentek el a legtöbben vizsgálatra, míg ezzel szemben a középiskolai végzettséggel rendelkezők a legkevesebben. **Mammográfiai szűrővizsgálaton a 45 év felettiiek közül az orvosok** az adatfelvételt megelőző egy évben szignifikánsan többen vettek részt a

szűrővizsgálatokon. A kutatási eredményeink erős hasonlóságot mutattak Rurik és Kalabay (2009) tudományos munkájában publikáltakkal ahol ugyanúgy a nők részvétele kedvezőbb volt a szűrővizsgálatok tekintetében.

A kérdőív utolsó kérdéscsoportjában a **munkahelyi jóllétet** nagymértékben meghatározó szervezeti dimenzió vizsgálatára egy tizenkettő állítást tartalmazó mérőeszközt alkalmaztunk. A mérőeszközben szereplő első nyolc állítás a vezetés hatékonyságára, illetve demokratizmusára, a szervezeten belüli információáramlásra, a szervezeten belüli és azon kívüli kapcsolatokra, továbbá az emocionális klímára vonatkozik. Ezen kívül további négy állítás segítségével globálisan értékelhető az eltérő végzettségű szakemberek együttműködése, a munkahelyi elégedettség, továbbá a munkatársak és a társadalom általi megbecsültség.

Egészségügyi intézményről lévén szó, egyáltalán nem meglepő, hogy a szervezeti jellemzők közül a hatékonyság és az egységes irányelvek mentén történő szakmai munka tekinthető az intézmények erősségének. A betegellátás során nincs helye az egyéni gondolatoknak, nézeteknek, a betegek kezeléséről, terápiájáról az érvényben lévő szakmai protokollok alapján történik a döntés, melyek minden esetben bizonyítékokon alapulnak, így hatékonyságuk nem kérdőjelezhető-meg. A **szervezeti jellemzőkre** vonatkozó állítások közül kiemelendő az „Úgy érzem, hogy az általam végzett munkahelyi tevékenységet társadalmunk nagyra becsüli” állítás, mely esetében a válaszadók által jelölt skálaértékek átlagpontszáma (2,75) átlagosan mintegy 0,76 ponttal elmarad a többi állításhoz rendelt skálaérték átlagától. A vizsgálatba bevont intézmények szervezeti jellemzőit összehasonlítva a vizsgált klímadimenziók mintegy felében jelentős különbségek mutatkoznak a szakdolgozói csoportok között. A teljes mintát összehasonlítva hasonló tendenciát figyeltek meg Fináncz és mtsai (2020) a kora gyermekkori nevelésben dolgozók körében. A munkahelyi tevékenység társadalmi megbecsültségének szubjektív hiánya negatívan befolyásolhatja az adott szakterületen dolgozók pályaidentitását, pályájuk iránti elköteleződését, ami hosszú távon tovább súlyosbítja a szakemberhiányt az egészségügyben, akadályozva a hatékony betegellátást. Az alacsony megbecsültség szerepkonfliktusokat eredményez tovább rontva ezzel az amúgy is túlterhelt dolgozók lelki egészségét. ¹¹

¹¹ A bekezdés korábbi munkánk alapján íródott: Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., és Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban, Orvosi Hetilap, 163(19), 759-766. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

A munkahelyi jellemzők és a lelki egészség vonatkozásában megállapítható, hogy nagyobb fokú társadalmi megbecsültség és kedvezőbb munkahelyi légkör esetén alacsonyabb szintű a kiégés, kevésbé van jelen a depresszió, valamint magasabb fokú az étellel való elégedettség ezáltal javulna az elvégzett munka minősége, amely tovább növelné az adott egészségügyi szakma prestigét amely kedvezőbb munkahelyi légkört eredményezne.

7.1 Kutatási kérdések megválaszolása, a hipotézisvizsgálat eredményei

Az egészségügyi dolgozók körében végzett kvantitatív vizsgálatunk során gyűjtött adatok elemzése az előzetesen megfogalmazott kutatási kérdések, illetve hipotézisek vonatkozásában a következő eredményekkel szolgált:

- 1. **Kutatási kérdés:** Milyen jellemzőkkel írható le az egészségügyi dolgozók egészségi állapota (szomatikus és lelki egészség), egészségmagatartása? Mely tényezők mentén differenciálódik az egészségi állapot és az egészségmagatartás?*

Az 1. kutatási kérdés vonatkozásában a következő hipotézisek vizsgálatára került sor:

H. 1. Feltételezzük, hogy a vizsgálatunkba bevont egészségügyi dolgozók egészségi állapota (szubjektív és objektív megítélés szerint is) eltérést mutat az egyes szociodemográfiai (nem, legmagasabb iskolai végzettség) és munkajellemzők alapján (munkakör).

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a **szubjektív egészség általános egészség** dimenziójában, a nem és a munkakör nem, míg a legmagasabb iskolai végzettség és a munkában töltött idő differenciál. A szakiskolai végzettségűek és a 26-30 éve pályán lévők egészségmutatói kifejezetten kedvezőtlenebbek. A **fizikai funkció** esetén szintén szignifikáns különbség igazolódott a nemek és az egyes foglalkozási csoportok között. A legmagasabb iskolai végzettség és a munkában eltöltött idő itt is differenciáló tényezőnek bizonyult. A legkedvezőbb mutatókkal a BSc. végzettséggel és a 6-10 éve a pályán lévők rendelkeznek. Hasonló tendencia figyelhető meg a **fizikai szerep** vonatkozásában. Míg a nem és a foglalkozás nem, addig a legmagasabb iskolai végzettség és a munkában eltöltött évek jelentősen differenciálnak. Ebben az

összefüggésben a szakiskolai végzettséggel rendelkezők és a 36-40 éve pályán lévők jelentős mértékű hátrányban vannak. A **testi fájdalom** vonatkozásában a nemek és az egyes foglalkozási csoportok között nem tudtunk különbséget igazolni. A nemek esetén a medián értékek azonosak, az orvosok értékei viszont a legkedvezőbbek. A legmagasabb iskolai végzettség, illetve a pályán eltöltött idő itt is kifejezett differenciáló tényezőnek bizonyult. Legkedvezőtlenebb mutatói a szakiskolai végzettséggel rendelkezőknek és a 26-30 éve pályán lévőknek vannak. Az ápoló és nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak között nem tudtunk számottevő különbséget igazolni. Az **érzelmi szerep** differenciáló tényezőinek vizsgálata során a legmagasabb iskolai végzettség bizonyult jelentős befolyásoló tényezőnek. A szakiskolai végzettséggel rendelkezők mutatói a legjobbak míg a foglalkozási csoportokat tekintve az orvosok helyzete a legkedvezőtlenebb. Nem igazolódott különbség a beosztás, illetve a munkában eltöltött idő között sem.

Az **objektív** egészség vizsgálata során megállapítást nyert, hogy az egészségügyi dolgozók több mint felének van krónikus betegsége. A nők körében és az orvosok csoportjában magasabb az 1-2 krónikus betegséggel élők aránya. A betegségek száma és a korcsoportok között kifejezett különbség van, a 26-30 éve pályán lévők bizonyultak a legveszélyeztetettebbeknek. A férfiak és a diplomával rendelkező szakdolgozók mutatói kedvezőbbek. A leggyakoribb **krónikus betegség** a hát és derékfájás, ami egyformán érintette egyes munkakörök dolgozóit, illetve az ápoló és a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak csoportját. Az elhízás tekintetében a nők és a középiskolai végzettséggel rendelkezők érintettebbek voltak, ezzel szemben a diplomás szakdolgozók **testtömegindexe** bizonyult a legkedvezőbbnek.

H. 2. A negatív egészségi állapot jelei már a munkavégzés korai éveiben is megmutatkoznak, összességében a fizikai és lelki állapot jellemzői eltérnek a korábbi, hasonló populáción végzett vizsgálatok eredményeihez képest.

Vizsgálatunk nem igazolta, hogy a munkavégzés korai években is megjelennek az egészségi állapotban negatív irányú változások.

H. 3. Az egészségügyi dolgozók egészségmagatartására jellemző a fizikai inaktivitás, valamint magas a dohányzók aránya. Mind a fizikai aktivitás, mind a dohányzás

vonatkozásában jelentős különbségeket várunk a férfiak és a nők között, illetve a különböző foglalkozási csoportok között.

A felnőtt lakossághoz viszonyítva rendkívül magas volt (41,8%) a **dohányzók** aránya. A nemek között, az ápolók és a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak között nem találtunk számottevő különbséget e tekintetben. A diplomás szakdolgozók között jelentősen kevesebben dohányoznak. **Alkoholfogyasztás** tekintetében a nők csoportjában többen fogyasztanak heti 2-4 alkalommal alkoholt. A diplomás szakdolgozók csoportjában szignifikánsan többen fogyasztanak havi rendszerességgel alkoholt. Az ápolókkal ellentétben, a nem ápoló munkakörben foglalkoztatottak csoportjában mérhetően többen fogyasztanak heti 2-4 alkalommal alkoholt.

H. 4. Feltételezzük, hogy a vizsgált egészségügyi dolgozók depressziójának mértéke összefüggést mutat az egészségkárosító magatartásformákkal (dohányzás, alkoholfogyasztás).

Az enyhe depresszióban szenvedő egészségügyi dolgozók közül lényegesen többen dohányoznak a többi csoporthoz viszonyítva. Az enyhe depresszióban szenvedők között szignifikánsan többen fogyasztanak alkoholt havonta vagy ritkábban. Az egészségmagatartás és a depresszió közötti összefüggést vizsgálva összességében megállapítható, hogy a vizsgált egészségügyi dolgozók depressziójának mértéke összefüggést mutat az egészségkárosító magatartásformákkal.

H. 5. Feltételezzük, hogy a szociodemográfiai és munkajellemzők alapján jelentős különbség mutatható ki az egyes életminőség dimenziók között, különösen a lelki egészség dimenziója jelez rosszabb állapotot, összevetve a hazai és külföldi kutatásokkal is.

A **lelki egészséget** vizsgálva a férfi és a női válaszadók élettél való elégedettsége között nem találtunk jelentős különbséget. Az élettél való elégedettség vonatkozásában a rendkívül elégedettek aránya az orvosok körében volt a legmagasabb. A depressziónak leginkább kitett csoport a diplomával nem rendelkező szakdolgozók voltak.

2. **Kutatási kérdés:** *Milyen intézmény környezetben látják el feladataikat a vizsgálatunkba bevont egészségügyi dolgozók? Milyen összefüggést mutat az intézményi klíma a szakmai közérzettel, a lelki egészség egyes dimenzióival?*

A 2. kutatási kérdés vonatkozásában a következő hipotézisek vizsgálatára került sor:

H.1. Feltételeztük, hogy a munkavégzéssel összefüggő egyes jellemzők (munkában eltöltött évek száma, munkakör) mentén erőteljes különbségek igazolhatók a megélt munkahelyi klíma vonatkozásában.

Eredményeink birtokában megállapítható, hogy a munkavégzéssel összefüggő egyes jellemzők a munkában eltöltött évek száma, illetve a munkakör mentén nem voltak igazolhatóak erőteljes különbségek a megélt munkahelyi klíma vonatkozásában.

H. 2. Feltételeztük, hogy a megélt munkahelyi klíma összefüggést mutat a lelki egészség egyes dimenzióival, úgy mint kiegészés, szubjektív jóllét, étellel való elégedettség.

A munkahelyi klíma első tizenegy állításából képzett változó tükrében a MBI deperszonalizáció, érzelmi kimerülés kategóriáiban nem mutatott számottevő különbséget, míg az MBI személyes hatékonyság a Diener SWLS étellel való elégedettség és a Beck BDI depresszió kategóriái között számottevő különbséget tapasztaltunk. **Összegezve: Magas énhatékonyság, étellel való elégedettség és alacsony depresszió esetén magasabbak voltak a válaszadók klíma mutatói.**

A munkahelyi klíma tizenkettedeik állításának dimenziójában a MBI érzelmi kimerülés és a személyes hatékonyság skálák szempontjából nem volt számottevő különbség. A MBI deperszonalizációt, az étellel való elégedettséget a depressziót vizsgálva a skála kategóriái között szignifikáns különbséget tapasztaltunk. Hasonló tendencia figyelhető meg más hazai és külföldi kutatásokban is. Eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy a kedvezőbb klímamutatók magasabb étellel való elégedettséggel, alacsonyabb szintű kiegészéssel (a deperszonalizáció dimenziójában), továbbá alacsonyabb szintű depresszióval járnak.

8 Új Tudományos Eredmények

Az értekezésben bemutatott elemzéseink több új eredménnyel szolgáltak, melyeket a következőkben szeretnénk összefoglalni.

- Annak ellenére, hogy az utóbbi években kiemelt figyelem irányult az egészségügyi dolgozók egészségmutatóinak feltérképezésére, különös tekintettel a lelki egészséggel összefüggő mutatókra, a vizsgálatok nagy része az egészségügyben dolgozók egy-egy csoportjának egészségi állapotának, egészségmagatartásának, lelki egészségének megismerését tűzte ki célul. Hazai viszonylatban átfogó, az egészségügyi dolgozók szélesebb körére kiterjedő, magas elemszámú kutatás nemigen készült ebben a témában.
- Az orvosok esetén tapasztalható elégedetlenség összefüggést mutathat azzal, hogy munkájuk társadalmi megbecsültségét alacsonynak érzékelik, annak ellenére, hogy tevékenységük nélkülözhetetlen a lakosság egészsége szempontjából. Az egészségügyi dolgozók munkájának elismerésére nagyobb hangsúlyt szükséges fektetni.
- Kimutattuk, hogy a személyes hatékonyság érzése az orvosok körében a legkedvezőbb, ami összefügghet azzal, hogy a diagnosztikus eljárások kivitelezése, valamint a terápia megtervezése és kísérése során folyamatosan kiteljesíthetik szakmai és személyes kompetenciáikat.
- Rámutattunk arra, hogy a depresszióra való hajlam az átlagosnál nagyobb arányban fordul elő az alacsony iskolai végzettségű, esetünkben a diplomával nem rendelkező szakdolgozók körében.
- A legmagasabb iskolai végzettség vonatkozásában a középiskolai végzettséggel rendelkezők köréből kerültek ki legmagasabb arányban az egészségi állapotukat rossznak, illetve nagyon rossznak minősítők, mely felhívja a figyelmet azon szakdolgozói csoportokra, melyekre fokozottabb figyelmet kell fordítani a munkahelyi egészségfejlesztő beavatkozások során.
- Egészségügyi dolgozók körében hazai viszonylatban a szervezeti kultúra vizsgálatára ezidáig nem került sor. A szervezeti kultúra megismerésének jelentősége abban áll, hogy tudjuk, a megfelelő munkahelyi környezetben és légkörben történő munkavégzés növeli a munka hatékonyságát és eredményességét. Bár az adatelemzés során nem tudtunk szoros

összefüggéseket igazolni a munkahelyi klíma és a lelki egészség egyes dimenziói között, az tisztán látszik, hogy a kedvező munkahelyi légkör protektív hatást fejt ki a lelki egészség vonatkozásában.

- Definiáltuk az egészségügyi dolgozók szakmai közérzetét: Az egészségügyi dolgozók szakmai közérzete értelmezésünk szerint nem más, mint *„szakmájukhoz kapcsolódó helyzetértékelésük, az egészségügyi dolgozói léttel és léthelyzettel való elégedettségük, valamint az ezzel kapcsolatos pozitív és negatív érzelmeik összessége”*.

8.1 Javaslatok az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, munkahelyi közérzetének javítására

Az egészségügyi dolgozók egészségének és biztonságának védelme az egészségügyi ágazat alaptevékenységének részét kell képeznie, mely hozzájárulhat a munkavégzés sajátosságaival összefüggő betegségek és sérülések megelőzéséhez, javítva az ellátás minőségét és biztonságát, biztosítva az egészségügyi humánerőforrást és a környezeti fenntarthatóságot.

Kiemelt figyelem kell, hogy irányuljon a váltott műszakban dolgozóakra, akiknél a nagyobb eséllyel kialakuló egészségi problémák közül néhány kapcsolódik a rendszertelen étkezéshez, a stresszhez, valamint a cirkadián ritmus és az alvás zavarához, továbbá a fizikai inaktivitáshoz. A munkahelyi egészségfejlesztés során javasolt egyéni és szervezeti szinten is támogatni az optimális táplálkozási szokások kialakítását és a rendszeres fizikai aktivitás megvalósulását.

A szakmai közérzettel összefüggő változók elemzése ráirányította a figyelmet arra, hogy az alacsony szintű társadalmi megbecsültség mellett problémát jelent, hogy a válaszadók úgy érzékelik, munkahelyükön nem megfelelően működnek az egyenrangú partneri kapcsolatok. Ennek javításához elengedhetetlen a különböző szakterületen dolgozó szakemberek folyamatos kommunikációja és együttműködése, melynek során megosztják tudásukat és erőforrásaikat egymás között.

Eredményeink birtokában megállapítottuk továbbá azt, hogy kedvezőbb munkahelyi jellemzők esetén alacsonyabb a kiégés és a depresszió mértéke, s ezzel együtt magasabb szintű az étellel való elégedettség. Mindezek miatt kiemelt jelentőségű a munkahelyi jóllét támogatása azokban a munkakörökben, amelyekben a folyamatos

mentális terhelésnek kitett munkavállalókra nézve a kiégés és a depresszió fokozott veszélyt jelent. A munkahelyi jóllét támogatása érdekében szükségesnek véljük azokat a szervezetfejlesztő beavatkozásokat, melyek az adott intézmény sajátosságaiból kiindulva, az intézményi klíma fejlesztésén keresztül az adott intézményben dolgozók szakmai közérzetének javítását célozzák meg. A szervezetfejlesztés eredményessége tovább növelhető szupervizor bevonásával, aki támogatást nyújthat a résztvevőnek a mindennapi gyakorlatban megtapasztalt nehézségek és kihívások megoldásához, az őket érintő problémák megbeszéléséhez, továbbá hozzájárulhat az egészségügyben dolgozók fejlődéséhez a betegekkel és hozzátartozóikkal való munkavégzés terén.

A munkavállalók fokozott pszichés felügyelete a középvezetők részéről a döntési folyamatokba történő bevonással amennyiben a szakemberek a saját kompetenciakörükön belül megtervezhetik a munkafolyamatokat kevésbé lesznek kitettek a kiégésnek. Szerepkonfliktusok esetén pszichológusi, pszichiátriai konzultáció. Amennyiben lehetőség van változó munkafolyamatokra történő beosztás.

8.2 A vizsgálat korlátai

Kérdőíves vizsgálatunkra a COVID-19 pandémiát megelőző időszakban került sor. A pandémiával összefüggésben az egészségügyi dolgozókra rendkívül nagy mértékű teher hárult mind fizikai, mind pedig lelki vonatkozásban. Vizsgálatunk eredményei csupán a pandémiát megelőző időszakra nyújtanak pillanatképet, a világjárvány eseményei bizonyára jelentős mértékben hatottak az egészségügyi dolgozók egészségi állapotára, szakmai közérzetére. Kutatásunk eredményei ennek okán csupán a pandémiát megelőző időszakra vonatkoztathatók.

Vizsgálatunk további korlátjaként említendő az alkalmazott mintavételi eljárás (egyszerű, nem véletlenszerű), mely nem teszi lehetővé, hogy általános érvényű következtetéseket fogalmazzunk meg a magyarországi orvosok és egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotát, egészségmagatartását és szakmai közérzetét illetően.

Bár a kutatásunkba bevont orvosok és egészségügyi szakdolgozók a betegellátás különböző szakterületein tevékenykednek, s emellett rendkívül szerteágazó végzettséggel rendelkeznek, nem volt lehetőségünk az egyes specifikációk szerinti összehasonlító elemzésre a részminták alacsony elemszáma miatt.

8.3 A kutatás folytatásának lehetséges iránya

Eredményink ismertetése és értelmezése során nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy vizsgálatunkra a COVID-19 járványt megelőző időszakban, keresztmetszeti kutatás keretében került sor. Szükségesnek véljük ezért a kutatást megismételni több intézmény bevonásával, egyrészt, hogy a pandémia hatását e területen is meg tudjuk ragadni, másrészt az egészségügyi szektorban zajló változásokról, intézkedésekről az érintettek véleményét megismerjük. A stresszkeltő faktorok egy része megfelelő kommunikációval, optimális szervezéssel kiiktatható. Fontos tehát ezeknek a helyzeteknek a részletesebb vizsgálata, feltárása. Szükségesnek véljük a szervezeti kultúra, intézményi klíma jellemzőinek vizsgálata érdekében olyan kérdőívek hazai adaptációját, melynek eredményeként megbízható és érvényes adatokkal tudunk szolgálni az egészségügyi szektort illetően.

A kiegészítő prevenciója érdekében szükséges lenne a lehetséges indikáló tényezők felmérése és azok ismeretében megfelelő prevenciók protokollok kidolgozása. Az intézmények közötti különbségek hátterében meghúzódó tényezők feltárása a stresszforrások azonosítása a megmerevedett rendszer párhuzamosságainak felszámolása.

Új kutatási irányt jelölhet ki az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának, szakmai közérzetének longitudinális vizsgálata, mely során az egészség- és szervezetfejlesztő beavatkozások monitorozására nyílna lehetőség.

ZÁRSZÓ

Az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának, szakmai közérzetének megismerése kiemelt jelentőségű abból a szempontból, hogy megismerjük, az e területen dolgozók milyen mutatókkal rendelkeznek.

A vizsgálatban résztvevők visszajelzései alapján megállapítható, hogy a kutatás szükséges és időszerű volt. Kutatásunk hiánypótló a tekintetben, hogy mind a hazai, mind pedig a nemzetközi térben viszonylag ritkák az olyan átfogó keresztmetszeti vizsgálatok, ahol a szakma összes résztvevője képviselteti magát.

9 Mellékletek

1. sz. Melléklet (Kérdőív)

A Zala megyei magasabb szintű ellátó intézményekben ez ellátást végző egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának, s az azokat befolyásoló tényezőknek a felmérése.

2018

KEDVES VÁLASZADÓ!

A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karának doktorandusz hallgatója kérdőíves vizsgálatot végez a Zala Megyei Kórházakban és Rendelőintézetekben az ott dolgozó szakemberek egészségi állapotával és egészségmagatartásával kapcsolatban. A Nemzetközi vizsgálatok kimutatták, hogy a tényleges gyógyítás szakaszain kívül a diagnosztika, illetve az ápolás minősége, illetve az ezt elősegítő összes dolgozó komplex egészségügyi állapota, nagymértékben befolyásolja a beteg gyógyulásának alakulását. Ennek ellenére az egészségügyi dolgozók átfogó vizsgálata a közelmúltig elhanyagolt területnek számított.

Az intézményeket a vizsgálattal kapcsolatban Cseh Szabolcs (cseh.szabolcs@live.com) a PTE ETK Doktori iskola hallgatója fogja felkeresni.

A válaszadás névtelen és önkéntes, a kérdőív kitöltése körülbelül 25-30 percet vesz igénybe. Ha további instrukció nincs megadva, kérjük, hogy válaszait a válaszlehetőség előtti szám bekarikázásával vagy aláhúzással jelezze. Ha valamelyik kérdésre nem kíván válaszolni, egyszerűen hagyja ki. Az intézményen belüli anonimitást a kérdőívhez csatolt boríték biztosítja. Kérjük, a kitöltött kérdőívet a lezárt borítékban adja le intézményében. Köszönjük, hogy válaszaival hozzájárul kutatómunkám sikerességéhez.

Cseh Szabolcs
PhD. hallgató

I. ÁLTALÁNOS ADATOK

I.1. Neme: 1. férfi 2. nő

I.2. Születési éve:.....

I.3. Mi az Ön hivatalos családi állapota?

1. nőtlen/hajadon
2. házas és együtt is élnek
3. élettársi kapcsolatban él
4. házas, de külön élnek
5. özvegy
6. elvált (beleértve a jogilag megszüntetett élettársi kapcsolatot is)

I.4. Hány gyermeke van? ebből hány eltartott.....

I.5. Milyen típusú településen él Ön?

1. főváros
2. megyeszékhely
3. kisebb város
4. község

I.6. Jelenleg hol él?

1. Saját tulajdonú lakásban vagy házban.
2. Albérletben
3. Szülőknél
4. Egyéb, éspedig:

I.7. Ön hova sorolná havi jövedelmét?

1. Nagyon jól megélek belőle és félre is tudok tenni.
2. Megélek belőle, de keveset tudok félre tenni.
3. Éppen elegendő, hogy megéljek belőle, de félretenni nem tudok.
4. Néha arra se nagyon elég, hogy megéljek belőle.
5. Rendszeresen megélhetési gondjaim vannak.

I.8. Mi az Ön legmagasabb befejezett iskolai végzettsége? (több válasz is lehetséges)

1. szakiskola (szakmunkásképző bizonyítvány)
2. befejezett középiskola (szakközépiskola, gimnázium)
3. iskolai rendszerű felsőfokú (felsőoktatási) szakképzésben szerzett bizonyítvány
4. főiskolai vagy felsőfokú alapképzésben (BA/BSc) szerzett oklevél
5. Egyetemi vagy mesterképzésben (MA/MSc) szerzett oklevél
6. PhD/csc.

I.9. Jelenlegi munkahelyének intézménytípusa:

1. Kórház
2. Rendelőintézet
3. egyéb, éspedig:.....

I.10. Jelenlegi munkaköre:

1. Orvos, szakterülete:.....
2. Ápoló, (osztály) szakterülete:.....
3. Laboranalitikus, szakterülete:.....
4. Radiográfus, szakterülete:.....
5. Asszisztens, szakterülete:.....
6. Műtős, szakterülete:.....
7. egyéb, éspedig:.....szakterülete:.....

I.11. Hány éve dolgozik egészségügyben évek száma.

I.12. Milyen típusú munkaszerződése van? (több válasz is lehetséges)

1. határozatlan idejű munkaszerződés
2. határozott idejű munkaszerződés
3. Közfoglalkoztatott
4. vállalkozó

I.13. Milyen képzettséggel rendelkezik, ami jelenlegi munkaköre betöltéséhez szükséges? (Több válasz is megjelölhető).

1. alapfokú végzettség
2. Középfokú végzettség /OKJ
3. OKJ Felsőfokú / OKJ/FOSZK
4. Főiskola /Bsc.
5. Egyetem /Msc.
6. PhD/csc.
7. egyéb, éspedig:.....

I.14. Milyen egyéb végzettséggel rendelkezik?.....

I.15. Jelenleg részt vesz-e valamilyen képzésben?

1. igen, éspedig:.....
2. nem

I.16. Tervez-e a közeli jövőben a kötelező továbbképzéseken kívül egyéb képzésben részt venni?

1. igen, éspedig:.....
2. nem
3. nem tudom

I.17. Tervez-e a közeli jövőben pályaelhagyást?

1. igen —> Milyen területen szeretne dolgozni?
2. nem
3. nem tudom

II. INTÉZMÉNYI KÖRNYEZET

II.1. Melyik megyében található az intézmény, ahol dolgozik?megye

II.2. Milyen típusú településen található az intézmény?

1. főváros
2. megyeszékhely/megyei jogú város
3. kisebb város
4. község

II.3. Olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat. Kérjük, minden állítást értékeljen ötös skálán és karikázza be az ön érzéseit leginkább kifejező számot!(1 - egyáltalán nem igaz, 5 - teljes mértékben igaz).

1. Osztályunkon a dolgozók egységes irányelvek mentén végzik gyógyító tevékenységüket.	1	2	3	4	5
2. Intézményünkben a különböző generációhoz tartozó szakemberek/orvosok harmonikusan tudnak együttműködni.	1	2	3	4	5
3. Intézményünk dolgozói elkötelezetten és innovatívan vesznek részt az ápolási-gyógyítási tevékenységeken túlmutató feladatokban.	1	2	3	4	5
4. A munkahelyen bensőséges, egyenrangú, partneri kapcsolatok dominálnak.	1	2	3	4	5
5. Intézményünk jó szakmai együttműködést alakított ki a társintézményekkel, szakemberekkel (pl.: háziorvosi ügyelet, háziorvosi, fogorvosi alapellátás, más kórházak a régióban.).	1	2	3	4	5
6. A munkahelyi vezető és a beosztottak között az információáramlás megfelelően működik.	1	2	3	4	5
7. A felettesem irányításával osztályunk hatékonyan működik.	1	2	3	4	5
8. A felettesem vezetési stílusa demokratikus.	1	2	3	4	5
9. Intézményünkben a különböző végzettséggel rendelkező szakemberek/orvosok harmonikusan tudnak együttműködni.	1	2	3	4	5
10. Összességében elégedett vagyok jelenlegi munkahelyemmel.	1	2	3	4	5
11. Úgy érzem, hogy az általam végzett munkahelyi tevékenységet munkatársaim nagyra értékelik.	1	2	3	4	5
12. Úgy érzem, hogy az általam végzett munkahelyi tevékenységet társadalmunk nagyra becsüli	1	2	3	4	5

III. Egészségi állapot

HOGYAN TÖLTSE KI A KÉRDŐÍVET? Ez a kérdőív azt vizsgálja, hogy mi az Ön véleménye a saját egészségi állapotáról. Segítségével nyomon követhetők, hogyan érzi magát és mennyire képes elvégezni megszokott tevékenységeit.

III.1. Milyen az Ön egészsége általában?

1. nagyon jó
2. jó
3. kielégítő
4. rossz
5. nagyon rossz

III.2. Az egy évvel ezelőttihez képest milyennek tartja egészségi állapotát most?

1. Most sokkal jobb, mint egy évvel ezelőtt
2. Most valamivel jobb, mint egy évvel ezelőtt
3. Nagyjából olyan, mint egy évvel ezelőtt
4. Most valamivel rosszabb, mint egy évvel ezelőtt
5. Most sokkal rosszabb, mint egy évvel ezelőtt

III.3. Mely állítások igazak Önre?(minden sorban csak egy számot jelöljön meg)

	Teljesen igaz	Többnyire igaz	Nem tudom	Inkább nem igaz	Egyáltalán nem igaz
a. Könnyebben betegszem meg, mint mások	1	2	3	4	5
b. Olyan egészséges vagyok, mint bárki más	1	2	3	4	5
c. Romlik az egészségem	1	2	3	4	5
d. Makkegészséges vagyok	1	2	3	4	5

III.4. Véleménye szerint Ön mennyit tehet egészségéért? Memnyire IGAZAK a következő állítások az Ön esetében? (Soranként csak egy számot jelöljön meg.)

1. nagyon sokat
2. sokat
3. keveset
4. semmit sem

III.5. Milyen magas Ön cipő nélkül?cm

III.6. Mekkora a testsúlya ruha és cipő nélkül?.....kg

III.7. A következő felsorolás olyan fizikai tevékenységeket tartalmaz, amelyek egy ÁTLAGOS NAPON előfordulhatnak. Korlátozza-e egészségi állapota ezek elvégzésében most? Ha igen, mennyire? (Minden sorban csak egy számot jelöljön meg!)

TEVÉKENYSÉG	Igen, nagyon korlátoz	Igen, kicsit korlátoz	Nem, egyáltalán nem korlátoz
a. Megerőltető fizikai tevékenység, pl.: futás, nehéz tárgyak emelése, megterhelő sportok x	1	2	3
b. Közepesen megterhelő tevékenység, pl.: porszívózás, kertészkedés, kirándulás	1	2	3
c. Bevásárlószatyor felemelése vagy cipelés	1	2	3
d. Több emeletnyi lépcsőn felmenni	1	2	3
e. Az első emeletre gyalog felmenni	1	2	3
f. Előrehajlás, lehajlás vagy letérdelés	1	2	3
g. 1 kilométernél hosszabb séta	1	2	3
h. Több száz méter séta	1	2	3
i. Száz méter séta	1	2	3
j. Önálló fürdés vagy öltözködés	1	2	3
Az elmúlt négy hét során testi egészsége miatt előfordultak-e az alábbi tevékenysége során (soranként csak egy számot jelöljön meg)			
		IGEN	NEM
a. Csökkentenie kellett a munkával vagy más elfoglaltsággal töltött időt		1	2
b. Kevesebbet végzett, mint amennyit szeretett volna		1	2
c. Bizonyos típusú munkát vagy tevékenységet nem tudott elvégezni		1	2
d. Csak nehézségek árán tudta elvégezni munkáját vagy más tevékenységeit (például az külön erőfeszítésébe került)		1	2

III.8. Az elmúlt négy héten lelki gondok (például lehangoltság vagy idegeskedés) miatt előfordultak-e az alábbiak munkája vagy más rendszeres tevékenysége során?

	IGEN	NEM
a. Csökkentenie kellett a munkával vagy más elfoglaltsággal töltött időt	1	2
b. Kevesebbet végzett, mint amennyit szeretett volna	1	2
c. Nem olyan gondosan végezte munkáját vagy más tevékenységét, ahogyan szokta	1	2

III.9. Van-e Önnek valamilyen krónikus betegsége vagy olyan egészségi problémája, ami legalább 6 HÓNAPJA tart, vagy előreláthatólag legalább 6 HÓNAPIG fog tartani?

1. nincs
2. van —> *Kérjük, az alábbiak közül húzza alá az Önt érintő betegséget/betegségeket!*
 - a. asztma (1)
 - b. allergia (pl. szénanátha, ekcéma, ételallergia) (2)
 - c. krónikus légzőszervi betegségek (pl. hörghurut, tüdőtágulás, bronchitis) (3)
 - d. szívkoszorúér-megbetegedés (4)
 - e. szívritmuszavar (5)
 - f. magas vérnyomás (6)
 - g. ízületi porckopás (7)
 - h. derék vagy hátfájás vagy egyéb krónikus derék vagy hátgerinc probléma (8)
 - i. nyaki fájdalom vagy egyéb krónikus nyaki gerincprobléma (9)
 - j. cukorbetegség (10)
 - k. gyomor- vagy nyombélfekély (11)
 - l. rosszindulatú daganatos megbetegedés (12)
 - m. migrén, erős fejfájás (13)
 - n. krónikus vesebetegség (14)
 - o. depresszió (15)
 - p. magas koleszterinszint (16)
 - q. csonttritkulás (17)
 - r. egyéb, éspedig:.....(18)

III.10. Milyen gyógyszereket szed rendszeresen orvosi utasításra?

1. Nem szed
2. Szed, éspedig:.....

III.11. Milyen gyógyszereket szed rendszeresen NEM orvosi utasításra?

1. Nem szed
2. Szed, éspedig:.....

III.12. Van e olyan egészségügyi panasa amelyet a munkájának tulajdonít?

1. Nincs
2. Van, éspedig:.....

III.13. Van-e olyan testi panasa amelyet munkájának tulajdonít?

1. Nincs
2. Van, éspedig:.....

III.14. Milyen erős testi fájdalmai voltak az ELMÚLT NÉGY HÉT során? (Csak egy számot jelöljön meg!)

1. Nem voltak
2. Nagyon enyhe
3. Enyhe
4. Közepes
5. Erős
6. Nagyon erős

III.15. Az ELMÚLT NÉGY HÉT során a fájdalom mennyire zavarta megszokott munkájában (beleértve a munkahelyi és házimunkát)? (Csak egy számot jelöljön meg!)

1. Semennyire
2. Egy kicsit
3. Közepesen
4. Meglehetősen
5. Nagyon

III.16. Az elmúlt négy hét során mennyire zavarta testi egészsége vagy lelki gondjai szokásos kapcsolatát családjával, barátaival, szomszédaival azaz másokkal?

1. Semennyire
2. Egy kicsit
3. Közepesen
4. Meglehetősen
5. Nagyon

III.17. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN összesen hány napot nem dolgozott a munkahelyén saját egészségi problémái miatt? nap

III.18. Az elmúlt 12 HÓNAPBAN hányszor fordult elő Önnek, hogy valamely betegsége, egészségi problémája gondot okozott Önnek, de emiatt nem maradt otthon, hanem elment dolgozni?..... nap

IV. Lelki Egészség.

IV.1. Az elmúlt 2 HÉT során érezte-e magát ? Tegyén X-et a megfelelő rubrikába!

	soha (1)	néha (2)	az időnek kevesebb, mint felében (3)	az időnek több mint felében (4)	az idő legnagyobb részében (5)	mindig (6)
1. vidámnak és jókedvűnek						
2. nyugodtnak és ellazultnak						
3. aktívnak és élénknek						
4. ébredéskor frissnek és kipihentnek						
5. a napjai tele voltak érdekes dolgokkal						

IV.2 Kérjük, olvassa el a következő állításokat, s jelölje, mennyire jellemzőek Önre!

1 - egyáltalán nem jellemző; 2 - csak egy kicsit jellemző; 3 - majdnem jellemző; 4 - teljes mértékben jellemző

1.	Akár a múltamat vizsgálom, akár a jövőmről elmélkedem, úgy érzem, én értelmesen élek.	1	2	3	4
2.	Olyan érzésem van, hogy sok dolog, ami velem történik, az zavaros, és nem is tudom, miért is mennek úgy a dolgok, ahogy mennek.	1	2	3	4
3.	Ha az életemet nézem, úgy látom, hogy az értelmes és következetesen alakul.	1	2	3	4
4.	Ritkán tapasztalom azt, hogy bármi is érdemessé tenné a mindennapjaimat.	1	2	3	4
5.	Úgy érzem, az életemből hiányoznak a világosan megfogalmazott célok.	1	2	3	4

IV.3. Olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat. Kérjük, minden állítás után tegyen X-et abba a rubrikába, amelyik a legjobban leírja az Ön érzéseit az ELMÚLT HÓNAP folyamán.

	egyáltalán nem jellemző ⁽¹⁾	alig jellemző ⁽²⁾	jellemző ⁽³⁾	teljesen jellemző ⁽⁴⁾
1. Minden érdeklődésem elvesztettem mások iránt				
2. Semmiben sem tudok dönteni többé.				
3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.				
4. Túlságosan fáradt vagyok ahhoz, hogy bármit is csináljak				
5. Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.				
6. Semmi munkát nem vagyok képes ellátni.				
7. Úgy látom, hogy jövőm reménytelen, és a helyzetem nem fog változni.				
8. Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok.				
9. Állandóan hibáztatom magam.				

IV.4. Mikor végeztek Önénél utoljára emlőrontgent vagy más szóval mammográfiás vizsgálatot?

1. az elmúlt 12 hónapban.
2. több mint 1 éve, de 2 éven belül.
3. több mint 2 éve, de 3 éven belül.
4. több mint 3 éve.
5. soha nem végeztek még.

IV.5. Mikor vettek Öntől utoljára kenetet citológiai (méhnyakhámsejt-) vizsgálatra, méhnyakrák szűrése céljából?

1. az elmúlt 12 hónapban
2. több mint 1 éve, de 2 éven belül
3. több mint 2 éve, de 3 éven belül
4. több mint 3 éve
5. soha nem vettek még
6. Milyen egyéb szűrővizsgálaton vett részt az elmúlt 2 évben:.....

V. Egészségmagatartás

V.1. Egy átlagos héten hány alkalommal és összesen mennyi időt tölt szabadidejében sportolással, testmozgással? hetente.....alkalommal, alkalmanként.....órát.

V.2. Kérjük, jelölje, melyik állítás illik Önre a legjobban dohányzással kapcsolatban!

1. Jelenleg dohányzom, átlagosan.....szálat szívok naponta.
2. Kevesebb, mint egy éve abbahagytam a dohányzást.
3. Már több, mint egy éve leszoktam a dohányzásról.
4. Sohasem dohányoztam.

V.3. Milyen gyakran fogyasztott Ön alkoholtartalmú italt?

1. Soha
2. Havonta vagy ritkábban
3. 2-4 alkalommal havonta
4. 2-3 alkalommal hetente
5. 4, vagy több alkalommal hetente

V.4. Egy átlagos munkanapon jut -e elegendő ideje megfelelően táplálkozni?

1. mindig
2. többnyire igen
3. nem minden esetben
4. többnyire nem

5. egyáltalán nem

V.5. Mennyire érdeklí az Ön környezetében élőket az, amit Ön csinál, ami Önnel történik?

1. eléggé érdeklí őket
2. van, amikor jobban, van, amikor kevésbé, nem igazán tudja megítélni
3. nem nagyon érdeklí őket
4. egyáltalán nem érdeklí őket

V.6. Hány olyan ember van akire számíthat ha komoly személyes problémája van?

1. nincs egy sem
2. egy vagy kettő
3. három-öt
4. hat vagy több

V.7. Meg tudja beszélni valakivel személyes dolgait?

1. mindig
2. többnyire igen
3. nem minden esetben
4. többnyire nem
5. egyáltalán nem

V.8 Elégedettség kérdőív (Diener) Kérem jelölje be az Önre leginkább jellemzőt.

Egyáltalán nem értek egyet (1) 1 2 3 4 5 6 7 (7) Teljesen egyetértek

1. Az életem a legtöbb tekintetben közel van az ideálishoz.	1	2	3	4	5	6	7
2. Az életkörülményeim kitünőek.	1	2	3	4	5	6	7
3. Elégedett vagyok az életemmel.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eddig minden fontosat megkaptam az életben, amit csak akartam.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ha újra leélhetném az életem, szinte semmin sem változtatnék.	1	2	3	4	5	6	7

V.9 Olvassa el valamennyi állítást figyelmesen és döntse el, hogy érzett-e valaha így munkájával kapcsolatban! *Kérjük, tegyen X-et a megfelelő rubrikába!*

Milyen gyakran érzi a következőket?	soha (1)	évente néhányszor (2)	havonta maximum egyszer (3)	havonta néhányszor (4)	hetente egyszer (5)	hetente többször (6)	naponta (7)
1. Úgy érzem, hogy a munkámból érzelmileg kikapcsoltam magam							
2. Úgy érzem, a munkanap végére elhasználódom.							
3.Fáradtnak érzem magam reggel, mikor felkelek, és szembe kell nézmem egy újabb nappal a munkámban							
4. Könnyen megértem, hogy a rám bízott betegek mikor mit éreznek							
5. Úgy érzem, van néhány beteg, akit úgy kezelek, mintha nem is lenne külön egyéniségük (személytelen tárgyak lennének)							
6. Egész nap emberekkel foglalkozni igazán kimerítő és feszültségkeltő számomra.							
7.Nagyon eredményesen kezelem a velem kapcsolatban álló emberek (betegek, hozzátartozók) problémáját							
8.Kiégettnek érzem magam a munkámtól							
9. Úgy érzem, munkámon keresztül, pozitív hatással vagyok más emberek életére.							
10. Mióta ezt a munkát végzem, érzéketlenebb lettem az emberek iránt							
11. Aggódok, hogy ez a munka érzelmileg megkeményít.							
12. Nagyon energikusnak érzem magam.							
13 .Frusztrálnak érzem magam a munkám során.							
14. Úgy érzem, túlságosan nagy energiát fektetek a munkámba							
15.Nem törődöm igazán azzal, hogy mi történik a betegekkel							
16. Túl sok stresszel jár számomra az,hogy közvetlenül emberekkel dolgozom.							
17. A betegekkel könnyen ki tudunk alakítani egy oldott légkört							
18. A kórházi / rendelőintézeti munka után felüdülve érzem magam.							
19. Sok értékes dolgot végzek ebben a munkában.							
20. Úgy érzem, erőim végén tartok							
21. Munkám során az érzelmi problémákat nagyon nyugodtan kezelem.							
22. Úgy érzem, a velem kapcsolatban állók engem okolnak problémáik miatt.							

V.10 Összességében mennyire elégedett Ön az életével mostanában? *Kérjük, értékelje 0-tól 10-ig!*
 egyáltalán nem elégedett (0) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 teljesen elégedett (10)

V.11. Megengedhet-e magának évi egyhetes üdülést?

1. igen
2. nem

V.12. Milyen gyakran van lehetősége olyan szabadidős tevékenységek végzésére, melyek során ki tud kapcsolódni fel tud tölteni?

1. amikor szeretném
2. nem minden esetben, amikor szeretném
3. többnyire nincs rá lehetőségem

VI. Szakmai közérzet.

VI.1. Milyen munkarendben dolgozik? (több válasz is megjelölhető)

1. Egyműszakos
2. Többműszakos
3. Folyamatos műszak
4. Ügyeleti munkarend

VI.2. Rendelkezik-e másodállással?

1. igen
2. nem

VI.3. Amennyiben rendelkezik másodállással, milyen területen?

1. egészségügy
2. egyéb, éspedig:.....

VI.4. Hány órát dolgozik hetente főállásában?

1. Kevesebb mint 40 órát
2. 40 órát
3. 40-50 óra között
4. több mint 50 órát

VI.5. Amennyiben rendelkezik másodállással, Hány órát dolgozik hetente mellékállásában?

1. kevesebb, mint 40 óra
2. 40 és 50 óra közt
3. több mint 50 órát

VI.6. Havonta hány ügyeletet vállal?

1. egyet sem
2. 1-3
3. 3-5
4. 5+

VI.7. Ajánlaná-e ismerőseinek a szakmáját?

1. igen
2. lebeszélném róla
3. nem tudom eldönteni
4. Kérem, indokolja választát:.....

VI.8. Ha visszamehetne az időben, újra ezt a szakmát választaná?

1. igen, teljes mértékben
2. nem
3. nem tudom megmondani

VI.9. Dolgozott-e külföldön az egészségügy területén?

1. igen
2. nem

VI.10. Foglalkoztatja-e külföldön való munkavállalás gondolata?

1. igen, komolyan gondolkodom külföldi munkavállaláson
2. foglalkoztat, de jelenlegi élethelyzetem miatt nem megyek
3. nem, szívesen maradok Magyarországon

VI.11. Ha lenne rá lehetősége miért menne külföldre? (több válasz is megjelölhető)

1. szakmai előrelépés érdekében
2. itthon tapasztalt eszköz és készlethiány miatt
3. kalandvágy
4. magasabb kereset
5. egzisztenciális biztonság.
6. egyéb,éspedig:.....

VI.12. Tett már lépéseket külföldön való munkavállalás érdekében?

1. igen
2. nem

VI.13. Amennyiben gondolkodik külföldi munkavállaláson, kérem sorolja fel mely tényezők akadályozzák a megvalósításában?

tényezők:.....

VI.14. Jelölje be Ön szerint mely tényező befolyásolja legnagyobb mértékben az egészségügyi pálya elhagyását?

Kérjük, értékelje 0-tól 10-ig!

1. Anyagi megbecsülés hiánya.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Erkölcsi megbecsülés hiánya.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Szakmai előrelépés hiánya.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Korszerűtlen eszközök, készlethiány.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Rossz munkahelyi környezet.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Munkavégzés minősége.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VII. Erőfeszítés-jutalom.**VII.1. Olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat. Kérjük, jelölje be, hogy mennyire ért vagy nem ért egyet az alábbi állításokkal! (0 - egyáltalán nem igaz, 4 - teljes mértékben igaz).**

1. Állandó időzavarral küzdök a nagy munkahelyi terhelés miatt.	0	1	2	3	4
2. Munkám közben gyakran félbeszakítanak, és sok a zavaró tényező.	0	1	2	3	4
3. Az elmúlt években a munkám egyre több erőfeszítést követel.	0	1	2	3	4
4. Kevés az esélyem arra, hogy munkahelyemen előléptessenek.	0	1	2	3	4
5. Kedvezőtlen változás történt a munkahelyi helyzetemben, vagy számíthatok erre.	0	1	2	3	4
6. Állásom bizonytalan.	0	1	2	3	4

VII.2. Olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat. Kérjük, jelölje be, hogy mennyire ért vagy nem ért egyet az alábbi állításokkal! (0 - egyáltalán nem igaz, 4 - teljes mértékben igaz).

1. Erőfeszítéseimért és teljesítményemért megkapom a megérdemelt megbecsülést és elismerést.	0	1	2	3	4
2. Erőfeszítéseim és teljesítményem alapján jó kilátásaim vannak az előlépésre.	0	1	2	3	4
3. Erőfeszítéseimért és teljesítményemért megfelelő fizetést/jövedelmet kapok.	0	1	2	3	4

VII.3. Olvassa el figyelmesen az alábbi állításokat. Kérjük, jelölje be, hogy mennyire ért vagy nem ért egyet az alábbi állításokkal! Köszönjük ,hogy minden állításra választott!

(0 - egyáltalán nem igaz, 4 - teljes mértékben igaz).

1. Az idő szorítása miatt gyakran érzem magam túlterheltnak.	0	1	2	3	4
2. Amint felébredek, azonnal a munkahelyi problémáimra gondolok.	0	1	2	3	4
3. Amint hazaérek, könnyen ellazulok, és félreteszem a munkahelyi gondokat.	0	1	2	3	4
4. A hozzám közel álló emberek szerint túl sok áldozatot hozok a munkámért.	0	1	2	3	4
5. Nehezen hagy nyugodni a munkám, még lefekvéskor is az jár a fejemben.	0	1	2	3	4
6. Ha a munkámat másnapra halasztóm, nyugtalanul alszom.	0	1	2	3	4

Köszönöm szépen türelmét, és válaszait!

2. sz. melléklet (adatgyűjtési engedély Zala Megyei Szent Rafael kórház)

18.sz.melléklet



STATISZTIKAI ÉS TUDOMÁNYOS CÉLÚ ADATGYŰJTÉSI KÉRELEM
(Az adatkérést és engedélyezést rögzítő lapot az IAOF gyűjti)

Az adatkérő adatai	Név	Cseh Szabolcs
	Munkahely	ZMKH-NJH Népegészségügyi Osztály (8800 Nagykanizsa, Sugár út 4.) PTE-ETK doktori iskola (7621 Pécs, Vörösmarty u. 4.)
	Beosztás	Közegészségügyi Járványügyi Szakügyintéző Doktorandusz
	Elérhetőség	cím: 8866 Becsehely, József Attila u 13/3 Mobil telefon:+36/30 519-4204 Munkahelyi telefon:+36/93 537-105 Doktori iskola telefonszáma: +36/93 72/513-678

Az adatgyűjtési kérelem célja, rövid indoklása: „A Zala megyei magasabb szintű ellátó intézményekben az ellátást végző egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának, s az azokat befolyásoló tényezőknek a felmérése.” - címmel íródo doktori dolgozatomhoz kérdőíves adatgyűjtést kívánok végezni a Zala Megyei Szent Rafael Kórház direkt és indirekt betegellátási osztályain dolgozók körében. A kérdőív a dolgozói elégedettség dimenzióin túl standardizált kérdéseket is tartalmaz. A kérdőívek adatait az Európai Unió megbízásából végzett úgynevezett SF-36 kérdőíveinek kutatási eredményeivel kívánom összehasonlítani, publikálni.

A kért adatkör meghatározása (adatscsoport megnevezése, pl. kórlap, járóbeteg karton, ambuláns napló, számítógépes nyilvántartás): Az adatgyűjtés adatelemzés formájában valósul meg. Az adatgyűjtés eszköze kérdőív, mely saját szerkesztésű kérdésekből és validált kérdőívekből áll. A kérdőív saját szerkesztésű kérdéscsoportjai melyek a dolgozatban elemzésre kerülnek: szociodemográfiai adatok (nem, kor, iskolai végzettség, lakhely, családi állapot, anyagi helyzet önértékelése), munkahelyre, munkakörre vonatkozó kérdések, másodállás, egészségi állapot önértékelése, egészségmagatartásra vonatkozó kérdések (dohányzás, alkoholfogyasztás, sportolás), szűrővizsgálatokon való részvétel, testi tünetek, betegségek előfordulása. Validált kérdőívek: SF-36 életminőség vizsgáló kérdőív, Észlelt stressz (Perceived Stress Scale – PSS) kérdőív. Kiegészítő Maslava-Beck -féle depresszió skála. Koherencia-érzetet mérő skála.

Adatterjedelem (vizsgált évszám, vizsgált hónapok a kezdő és záró időpont megjelölésével, nem összefüggő időszakok esetében a kezdő és záró időpont megadása időszakonként):

A kérdőíves vizsgálat két fázisban kerülne lebonyolításra:
I fázis: 2019.03.01-2019.05.15
II fázis: 2019.09.01-2019.10.31

Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a rendelkezésemre bocsátott személyi és egészségügyi adatokat az „Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyi adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. Törvény értelmében, valamint az egység adatvédelméért felelős kórházi munkatárs tájékoztatásának megfelelően kezelem. Tudomásul veszem, hogy a kért dokumentumokat az adott egységből nem viszem ki, az adatgyűjtést a helyszínen végzem, illetve a tudományos közleményben nem szerepelhetnek egészségügyi és személyazonosító adatok oly módon, hogy az érintett személyazonossága megállapítható legyen. Tudományos kutatás során a tárolt adatokról nem készíthető személyazonosító adatokat is tartalmazó másolat.

Az adatkérő aláírása:



Dátum: Nagykanizsa, 2019.02.13

Az engedélyező (egység vezető és/vagy IEAF) aláírása:



Dátum: 2019.02.18.

3. sz. melléklet (adatgyűjtési engedély Kanizsai Dorottya kórház)

	<p>Kanizsai Dorottya Kórház Dr. Brünner Szilveszter Főigazgató főorvos</p> <p>Cím: 8800, Nagykanizsa, Szekeres J. u. 2-8. T/él: 93/502-092, Fax: 93/502-064 Email: titkarsag@nkkorhaz.hu</p>	
---	---	---

Ikt.sz.: *KDK/2418-3/2017.*
Tárgy: kutatási terv módosításának engedélye

Cseh Szabolcs

Kp. Röntgen


Tisztelt Kolléga Úr!

Hivatkozással a 2017. november 08. napján érkezett megkeresésére, engedélyezem intézményünkben „A Zala megyei magasabb szintű ellátó intézményekben az ellátást végző egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, egészségmegtartásának, s az azokat befolyásoló tényezőknek a felmérése” c. szakdolgozatához kapcsolódó kutatási terv 4. sz. fejezetének módosításában foglaltak szerinti adatgyűjtést.

Nagykanizsa, 2017. november 10.

Tisztelettel:

Dr. Brünner Szilveszter
főigazgató főorvos



4. sz. melléklet (RKEB engedély)

REGIONÁLIS, egyben INTÉZETI KUTATÁSETIKAI BIZOTTSÁG
9700. Szombathely, Markusovszky út 5.

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház
9700 Szombathely, Markusovszky u. 5.
Regionális Tudományos és
Kutatásetikai Bizottság

DÖNTÉSI ŰRLAP

Az Etikai Bizottság 2019 december 11. (év) (hó) (nap) tartott ülésen megvizsgálta az alábbi protokollt:

vizsgálat címe:

A Zala megyei magasabb szintű ellátó intézményekben az ellátást végző egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának, s az azokat befolyásoló tényezőknek a felmérése.

vizsgálat protokoll száma:	vizsgálat fázisa:	vizsgálat ikt. száma:
Tudományos munka	-	25/2019

A vizsgálat:

1. Beavatkozással járó klinikai vizsgálat
2. Beavatkozással nem járó gyógyszer megfigyeléses vizsgálat
3. Termásvíz gyógyvízzé engedélyezése
4. Tudományos vizsgálat

Vizsgálatvezető neve, beosztása, munkahelye

Kutatásvezető: PETŐNÉ DR. CSIMA MELINDA PhD egyetemi docens
.....

Kutatást végzi: CSEH SZABÓLCS
PTE-ETK Doktori iskola III. évfolyamos PhD hallgató
.....

vizsgálati kérelem benyújtásának dátuma: 2019.11.05.

Multicentrikus-e a vizsgálat? igen - nem

Szponzoráló gyógyszercég neve, címe:
.....
.....
.....

Az alábbi dokumentumokat vizsgálta meg a bizottság:

ikt. szám: 25/2019

tudományos munka

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház
9700 Szombathely, Markusovszky u. 3.
Csel Szabolcs
Regionális Tudományos és
Kutatásetikai Bizottság

Intézetvezető engedélye

Szabályozó hatóság jóváhagyása (ETT KFEB, OGYEI, TUKEB engedély)

Protokoll összefoglaló (magyar nyelvű)

prot. szám:

dátum: 2019.11.04.

Betegtájékoztató (magyar nyelvű) dátum:

Beteg-beleegyezési űrlap (magyar nyelvű) dátum:

Biztosításról szóló nyilatkozat (Fedezet igazolás)

Nyilatkozat arról, hogy a kutatásvezető a Helsinkii deklaráció értelmében végzi a vizsgálatot.

Kutatási terv közérdekű adatainak kivonata

Tudományos munka mellékleteként benyújtásra került:

- Tudományos munkát vezető önéletrajza, jogviszony igazolás
- Adatvédelmi nyilatkozat
- Kórházi dolgozók részére tájékoztató
- Kérdőívek

Az etikai bizottság döntése a protokoll és a kapcsoló dokumentumok felülvizsgálata után

A tudományos munka során a Zala megyei magasabb szintű ellátó intézményekben az ellátást végző egészségügyi dolgozók egészségi állapotának, egészségmegtartásának, s az azokat befolyásoló tényezők felmérése történik. A tervezett tudományos vizsgálat Petőné Dr. Csima Melinda PhD egyetemi docens vezetésével történik. Az egészségpszichológiai tárgyú kutatás tekintetében kérdőíves adatgyűjtés történik a Zala Megyei Szent Rafael Kórház és a Kanizsai Dorottya Kórház direkt és indirekt betegellátási osztályain. A tervezett tudományos munkát a szombathelyi Regionális Kutatásetikai Bizottság megfelelőnek és korszerűnek tartja. A vizsgálat minden érintett vizsgálóhelyen az Intézetvezető engedélyének birtokában kezdhető el.

döntéshozatalban résztvevő etikai bizottsági tagok: **ikt.szám: 25/2019**

Dr. Lőcsei Zoltán titkár
(osztályvezető főorvos, Általános Belgyógyászat)

Prof. Dr. Rácz Péter tag
(főorvos, tudományos tanácsadó, Szemészet)

Prof. Dr. Garzuly Ferenc tag
(főorvos, tudományos tanácsadó, Patológia)

Dr. Schneider Ferenc tag
(osztályvezető főorvos, Infektológiai Osztály)

Dr. Csákváry Violetta tag
(osztályvezető főorvos, Csecsemő-és Gyermeosztály)

Dr. Zimmerman Katalin tag
(főgyógyász, Kórház Gyógyszertára)

Dr. Vecseiné Kocsis Eszter tag
(szakpszichológus, Család és Nővédelmi Szakrendelés, Szhely.)

Szabó Péterné tag
(egyetemi okleveles ápoló, Általános Sebészeti Osztály)

Molnár Árpád tag
(kórházi lelkész, Szombathely, Szent Márton u.40)

Tóthné Dr. Nagy Eleonóra tag
(jogász, osztályvezető, Nyilvántartási Osztály)

(Jóváhagyás esetén)

E jóváhagyás hatályban tartásához a kérelmező feladata értesíteni a Regionális Kutatásetikai Bizottságot módosításokról, kiegészítésekről, komoly vagy várható káros eseményekről, a vizsgálat megszüntetéséről vagy bármely jelentős döntésről, amely kihatással van a kockázat-haszon arányra. A vizsgálat menetére vonatkozó rutin tájékoztatást éves jelentésben kell megadni.

Az elnök neve: Prof. Dr. Márkus Béla (főorvos, tudományos tanácsadó)

Az elnök aláírása:

Dátum:2019.....(év)december.....(hó)11.....nap

10 Publikációs jegyzék

Csima, M., Podráczky, J., **Cseh, S.**, Sipos, D., Garai, S., & Fináncz, J. (2024, April 20). Downside of Helping Professions: A Comparative Study of Health Indicators and Health Behaviour among Nurses and Early Childhood Educators. *Healthcare*. <https://doi.org/10.3390/healthcare12080863>

Csima, M., **Cseh, S.**, Fináncz, J. (2022b). Segítő szakmák árnyoldala. In 21. századi képességek, írásbeliség, esélyegyenlőség (pp. 317–317).

Judit, F., **Szabolcs, C.**, Melinda, C. (2022). A kora gyermekkori nevelésben és az egészségügyi ellátórendszerben dolgozók lelki egészségének összehasonlító elemzése. In Oktatás egy változó világban – Kutatás, innováció, fejlesztés (pp. 90–91).

Csima, M., **Cseh, S.**, Fináncz, J. (2022a). A kora gyermekkori nevelésben és az egészségügyi ellátórendszerben dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának összehasonlító elemzése. In Egy nyelvet beszélünk? Gyermeklét és pedagógia a nyelvi, kulturális és társadalmi terek kontextusában - 15. Képzés és Gyakorlat Nemzetközi Neveléstudományi Konferencia (2022. április 28.): Program és Absztraktok (pp. 174–175).

Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban. *ORVOSI HETILAP*, 163(19), 759–766. <http://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

Cseh, S., Zorga, B., Sipos, D., Fináncz, J., Csima, M. (2021a). Differential factors of healthcare professionals' well-being in Zala county state hospitals. *NÉPEGÉSZSÉGÜGY*, 98(2), 281–281.

Cseh, S., Zorga, B., Sipos, D., Fináncz, J., Csima, M. (2021b). Professional well-being of nurses in Southwest Hungarian hospitals [Profesní duševní pohoda zdravotních sester v nemocnicích na jihozápadě Maďarska]. *KONTAKT*, 23(2), 76–82. <http://doi.org/10.32725/kont.2021.016>

Dávid, S., Csaba, V., Attila, A. P., Péter, K., **Szabolcs, C.**, András, K., ... Melinda, P. C. (2020). The effects of family and workplace on the burnout levels of radiographers working in oncology patient care. *Medical Imaging and Radiotherapy Journal*, 37(2), 5–12. <http://doi.org/10.47724/MIRTJ.2020.i02.a001>

Sipos, D., Varga, V., Pandur, A. A., Kedves, A., Petőné Csima, M., **Cseh, S.**, ... Kovács, Á. (2019). Radiológiai osztályon dolgozó szakdolgozók kiegészi szintje Magyarországon [Burnout level among radiology department workers in Hungary]. *ORVOSI HETILAP*, 160(27), 1070–1077. <http://doi.org/10.1556/650.2019.31442>

11 Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni témavezetőmnek, Dr. Csimá Melinda Tanárnőnek, hogy támogatta és szakmailag segítette munkámat továbbá köszönöm számításoknál nyújtott segítségét.

Köszönettel tartozom továbbá, Dr. Fináncz Judit Tanárnőnek, aki folyamatos támogató segítséget nyújtott.

Köszönettel tartozom a PTE ETK és az Egészségtudományi Doktori Iskola vezetőségének és munkatársainak, hogy doktori tanulmányaim során minden szükséges segítséget megadtak számomra.

Köszönetem fejezem ki Dr. Divinyi Tamás járási tisztiorvos Úrnak, hogy mint felettesem támogatta és inspirálta fokozatszerzésemet.

Köszönetet szeretnék mondani a Kanizsai Dorottya kórház, illetve a Zala Megyei Szent Rafael kórház ápolási igazgatóinak a támogató segítségükért.

A legnagyobb köszönettel feleségemnek tartozom, aki mindvégig támogatott mind a tanulmányaim alatt, mind a magánéletben.

12 Irodalomjegyzék

Adamsson, A., Bernhardsson, S. (2018). Symptoms that may be stress-related and lead to exhaustion disorder: a retrospective medical chart review in Swedish primary care. *BMC Family Practice*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12875-018-0858-7>

Alkaabi, A., Aljaradin, M. (2023). Green Hospitals for the Future of Healthcare: A Review. *Al-Kitab Journal for Pure Sciences* <https://doi.org/10.32441/kjps.06.02.p4>

Ádám, S., Mészáros, V. (2012). Psychometric properties and health correlates of the Hungarian Version of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) among physicians. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 13(2), 127–143. <https://doi.org/10.1556/mental.13.2012.2.2>

Ádám, S., Hazag, A. (2013). High prevalence of burnout among medical students in Hungary: Engagement and positive parental attitudes as potential protective factors. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 14(1), 1–23. <https://doi.org/10.1556/mental.14.2013.1.1>

Ádám, S., Nistor, A., Nistor, K., Hazag, A. (2014). Negative and positive predictive relationships between coping strategies and the three burnout dimensions among Hungarian medical students. *Orvosi Hetilap*, 155(32), 1273–1280. <https://doi.org/10.1556/oh.2014.29949>

Ádám, S., Nistor, A., Nistor, K., Cserhádi, Z., Mészáros, V. (2015). A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezők feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 156(32), 1288–1297. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30220>

Aelterman, A., Engels, N., Van Petegem, K., Pierre Verhaeghe, J. (2007). The well-being of teachers in Flanders: the importance of a supportive school culture. *Educational Studies*, 33(3), 285–297. <https://doi.org/10.1080/03055690701423085>

Alfuqaha, O., Alshra'ah, H. (2018). Burnout among nurses and teachers in Jordan: a comparative study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 20(2), 55–65. <https://doi.org/10.12740/app/80168>

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress, and Coping*. Jossey-Bass, San Francisco ISBN: 0875894127

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass, San Francisco ISBN: 1555420281

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>

Aszmann, A. (2007). *Népegészségügy, prevenció* (pp. 1-52). SZIE, Gödöllő, elektronikus egyetemi jegyzet.

Barabás Katalin. (2006). *Egészségfejlesztés – Alapismeretek pedagógusoknak*. Medicina Kiadó, Budapest ISBN: 9632260341

Baumann, B. (1961). Diversities in Conceptions of Health and Physical Fitness. *Journal of Health and Human Behavior*, 2(1), 39. <https://doi.org/10.2307/2948863>

Beck, A. T., Beck, R. W. (1972). Shortened version of BDI. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.

Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409–419. <https://doi.org/10.1177/109019817400200407>

Bíró, V., Balajti, I., Ádány, R., Kósa, K. (2008). Health behaviour survey among medical students. *Orvosi Hetilap*, 149(46), 2165–2171. <https://doi.org/10.1556/oh.2008.28427>

Boros, J., Györke, J. Pásztorné, S.E., et, al. (2018). *Results of the European public health survey conducted in 2014. Summary data. [A2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok.]* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest ISBN:9789632355085

Boros Júlianna (2019): A felnőtt magyar népesség egészségmagatartása [PhD-értekezés] Pécs: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Demográfia és Szociológia Doktori Iskola. Letöltés dátuma: 2021. április 10. forrás:http://szociologia.btk.pte.hu/sites/default/files/Doktori_Iskola/egeszsegmagataras_doktori_ertekezes_bj_pte.pdf

Boruzs, K., Juhász, A., Nagy, C., Szabó, Z., Jakovljevic, M., Bíró, K., Ádány, R. (2018). High Inequalities Associated With Socioeconomic Deprivation in Cardiovascular Disease Burden and Antihypertensive Medication in Hungary. *Frontiers in Pharmacology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fphar.2018.00839>

Elena, B. P., Carmen, T. U., Alicia, A. M. (2010). Job Satisfaction of Secondary School Teachers: Effect of Demographic and Psycho-Social Factors. *Revista De Psicología Del Trabajo Y De Las Organizaciones*, 26(2), 115–122. <https://doi.org/10.5093/tr2010v26n2a3>

Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J. P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical

activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 54(24), 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>

Chari, R., Chang, C. C., Sauter, S. L., Petrun Sayers, E. L., Cerully, J. L., Schulte, P., Schill, A. L., Uscher-Pines, L. (2018). Expanding the Paradigm of Occupational Safety and Health. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 60(7), 589–593. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001330>

Chohan, L., Dewa, C. S., El-Badrawy, W., Nainar, S. M. H. (2020). Occupational burnout and depression among paediatric dentists in the United States. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 30(5), 570–577. <https://doi.org/10.1111/ipd.12634>

Cook, B. L., Wayne, G. F., Kafali, E. N., Liu, Z., Shu, C., Flores, M. (2014). Trends in Smoking Among Adults With Mental Illness and Association Between Mental Health Treatment and Smoking Cessation. *JAMA*, 311(2), 172. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.284985>

Czeglédi, E., Tandari-Kovács, M. (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12–19. <https://doi.org/10.1556/650.2019.30856>

Czibalmos, Á., Nagy, Zs., Varga, Z., Husztik, P., (1999). Páciens megelégedettségi vizsgálat. *Népegészségügy*, 1. 2-8.

Csabai, M. (2001) Egészségpszichológia. In: Buda, B., Kopp M., Nagy E.: (Szerk.) *Magatartástudományok* (159-177). Medicina Könyvkiadó, Budapest ISBN: 963 242 350 X

Csabai, M., Molnár, P. (2009). *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Medicina Könyvkiadó, Budapest ISBN: 9632262086

Cseh, S., Fináncz, J., Sipos, D., Stromájer, G., Csima, M. (2022). Betegellátásban dolgozók munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban. *Orvosi Hetilap*, 163(19), 759–766. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32422>

Csizmadia, P. (2018). Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására A Meikirch modell. *Egészségfejlesztés*, 59(1), 45–51. <https://doi.org/10.24365/ef.v59i1.239>

Csoboth, Cs. (2006). Dohányzás összefüggése az életminőséggel a magyar lakosság körében. In: Kopp, M., Kovács, M. E. (szerk.) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (pp. 203-210). Semmelweis Kiadó, Budapest

De Hert, S. (2020, October). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia*, Volume 13, 171–183. <https://doi.org/10.2147/lra.s240564>

Detre, Z. (2007). Sport as a treatment of stress, anxiety, and depression [Sporttal a stressz, a szorongás és a depresszió ellen.]. *Belügyi Szemle*, 55(1), 29–49.

Deutsch, Sz., Fejes E., Kun, A., Medvés, D. (2015). A jóllétet meghatározó tényezők, vizsgálata az egészségügyi szakdolgozók körében. *Alkalmazott Pszichológia*. 15, 49-71. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.2.49>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>

Diener, E. (1995). A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research*, 36(2), 107–127. <https://doi.org/10.1007/bf01079721>

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

Divaris K., Lai, C., Polychronopoulou, A., et al, (2012). Stress and burnout among Swiss dental residents. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*, 122, 610–615.

Dodge, R., Daly, A., Huyton, J., Sanders, L. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235. <https://doi.org/10.5502/ijw.v2i3.4>

Dressner, M., Kissinger, S. (2018). Occupational injuries and illnesses among registered nurses. *Monthly Labor Review*. <https://doi.org/10.21916/mlr.2018.27>

Dubos R. (1960). *The Mirage of Health – Utopias, Progress and Biological Change*. Harper & Brothers, New York ISBN: 9780813512600

ECNP, (2000). Post Traumatic Stress Disorder: Guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. Consensus Meeting. *European Neuropsychopharmacology* 10(4), 297–303. [https://doi.org/10.1016/s0924-977x\(00\)00076-6](https://doi.org/10.1016/s0924-977x(00)00076-6)

Egri, Z., Kőszegi, I. R. (2016). Az egészségi állapot szerepe hazánk területi gazdasági fejlődésében. *Területi Statisztika*, 56(5), 520–548. <https://doi.org/10.15196/ts560502>

Európai Parlament és Tanács, (2008). Az Európai Parlament és a Tanács 1338/2008/EK rendelete a népegészségre és a munkahelyi egészségre és biztonságra vonatkozó közösségi statisztikáról. *Magyar közlöny* 51(354)

Feith, H. J., Kovácsné Tóth, G., Balázs, P. (2008). Health and health-related behaviour of future and graduated professional female nurses and doctors. *Mentálhigiéné ÉS Pszichoszomatika*, 9(4), 289–304. <https://doi.org/10.1556/mental.9.2008.4.1>

Fekete, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai. Helfer-szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 4 (1), 17-29.

Fináncz, J., Nyitrai, G., Podráczky, J., Csima, M. (2020). Connections between Professional Well-Being and Mental Health of Early Childhood Educators. *International Journal of Instruction*, 13(4), 731–746. <https://doi.org/10.29333/iji.2020.13445a>

Fináncz, J., Csima, M. (2020). Pedagógusok szakmai közérzetének konceptuális megközelítése és vizsgálata a koragyermekkorai pedagógiai professzióban. *Magyar Pedagógia*, 120(3), 247–268. <https://doi.org/10.17670/mped.2020.3.247>

Fodor, L. (2013). Az egészségmagatartás pszichopedagógiai megközelítése. *Magiszter*, (8), 14–22.

Forrai, J. (2023, Február 26). *A foghúzás történetéből*. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/368824490_A_FOGHUZAS_TORTENET_EBOL

Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Fülöp, E., Gábris, Z. (2022). Kiegészítés a kognitív érzelemreguláció tükrében magyar orvosok között. *Orvosi Hetilap*, 163(8), 319–327. <https://doi.org/10.1556/650.2022.32388>

Fülöp, E., Devecsery, G., Csabai, M. (2012). Relationship between emotional involvement and burnout among psychiatric residents. *Mentálhigiéné ÉS Pszichoszomatika*, 13(2), 201–217. <https://doi.org/10.1556/mental.13.2012.2.6>

Fürediné Kovács Annamária (2008): A fogyasztók egészségügyi kockázateszlelése és kockázatredukciós magatartásának vizsgálata. [PhD-értekezés] Gödöllő: Szent István Egyetem Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola letöltés dátuma: 2022.10.11. forrás: https://archive2020.szie.hu/file/tti/archivum/Furedine_phd.pdf

Gholami, A., Farsi, M., Hashemi, Z., Lotfabadi, P. (2012). Quality of Life in Nurses Working in Neyshabur Hospitals. <https://doi.org/10.5812/thrita.7384>Gochman, D. S. (Ed.). (1997). *Handbook of Health Behavior Research II*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1760-7>

Goodwin, R. D., Perkonigg, A., Höfler, M., Wittchen, H. U. (2013). Mental disorders and smoking trajectories: A 10-year prospective study among adolescents and young

adults in the community. *Drug and Alcohol Dependence*, 130(1–3), 201–207. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.11.009>

Graf, S., Paolini, S., Rubin, M. (2014). Negative intergroup contact is more influential, but positive intergroup contact is more common: Assessing contact prominence and contact prevalence in five Central European countries. *European Journal of Social Psychology*, 44(6), 536–547. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2052>

Greenfield, S., Nelson, E. C. (1992). Recent Developments and Future Issues in the Use of Health Status Assessment Measures in Clinical Settings. *Medical Care*, 30(Supplement), MS23–MS41. <https://doi.org/10.1097/00005650-199205001-00003>

Guseo, A., Hertelendi, A. (2014). Let's save our nurses and doctors! *Orvosi Hetilap*, 155(52), 2082–2092. <https://doi.org/10.1556/oh.2014.29956>

Gyórfy, Z. (2019). Kiegészés és reziliencia (rugalmas ellenállás) a magyarországi orvosok körében. *Orvosi Hetilap*, 160(3), 112–119. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31258>

Gyórfy, Z., Ádám, S. (2013). Somatic and mental morbidity of young female physicians. Does emotional exhaustion constitute the missing link? *Orvosi Hetilap*, 154(1), 20–27. <https://doi.org/10.1556/oh.2013.29521>

Gyórfy, Z., Girasek, E. (2014). Workload, work satisfaction and burnout among Hungarian female residents. Results of representative, online survey. *Orvosi Hetilap*, 155(46), 1831–1840. <https://doi.org/10.1556/oh.2014.30038>

Halász, G. (1980). *Analysis of school organization. [Az iskolai szervezet elemzése.]* MTA Pedagógiai Kutatócsoport, Budapest

Thomas, A. R. (1976). The Organizational Climate of Schools. *International Review of Education / Internationale Zeitschrift Für Erziehungswissenschaft / Revue Internationale de l'Education*, 22(4), 441–463. <http://www.jstor.org/stable/3443272>

Hegedűs, K., Kovács, M., (2008), A munkahelyi stressz hatása az egészségügyi dolgozókra, *Hippocrates* 10(2), 60-64.

Helman. C.G. (2003). *Kultúra, egészség és betegség*. Medicina Könyvkiadó, Budapest ISBN: 9632427661

Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. Academic Press, London ISBN: 9780123441508

Hidvégi, Péter., Kopkáné-Plachy, Judit., Müller, A. (2015). *Az egészséges életmód*. EKF Líceum Kiadó ISBN 978-615-5297-32-8

Wong, H., Wong, M. C., Wong, S. Y., Lee, A. (2010). The association between shift duty and abnormal eating behavior among nurses working in a major hospital: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 1021–1027. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.01.001>

Hompoth, E. A., Töreki, A., Pető, Z. (2018). A kiégésszindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály dolgozóinak körében. *Orvosi Hetilap*, 159(3), 113–118. <https://doi.org/10.1556/650.2018.30933>

Howard, L., Bekele, D., Rowe, M., Demilew, J., Bewley, S., Marteau, T. (2012). Smoking cessation in pregnant women with mental disorders: a cohort and nested qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(3), 362–370. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12059>

Vámosiné Rovó, Gy. (2020): Az egészségügyi szakdolgozók általános fizikai- és mentális egészségének vizsgálata kérdőíves módszerrel. [PhD-értekezés] Pécs: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar. Egészségtudományi Doktori Iskola.
letöltés dátuma: 2023.01.01 forrás:
http://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Vamosi neRovoGyongyver_tezis_ertekezes.pdf

Hungarian Central Statistical Office, (2018). *Microcensus 2016. The prestige of professions. [Mikrocenzus 2016. A foglalkozások presztízse.]* Központi Statisztikai Hivatal, Budapest ISBN: 9789632355276

Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21. <https://doi.org/10.2307/2955359>

IHME (2019): GBD compare. Institute for Health Metrics and Evaluation honlapja. Letöltés dátuma: 2021. 05. 31. forrás: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/#>

Tamás, I., Németh, A., Lampek, K. (2018). *Az egészségügyi szakdolgozók kiégetségének összefüggése az egészségügyi ellátás során kialakuló agressziós cselekmények gyakoriságával és a munkahelyi konfliktussal.* Mentálhigiéné És Pszichoszomatika; Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.012>

Jäger, M., Jordan, C., Theilmeier, A., et al. (2012). Lumbar-Load Analysis of Manual Patient-Handling Activities for Biomechanical Overload Prevention Among Healthcare Workers *The Annals of Occupational Hygiene*. <https://doi.org/10.1093/annhyg/mes088>

Jin, M. U., Jeong, S. H., Kim, E. K., Choi, Y. H., Song, K. B. (2015). Burnout and its related factors in Korean dentists. *International Dental Journal*, 65(1), 22–31. <https://doi.org/10.1111/idj.12142>

Jokić-Begić, N. (2003). Samoopisne tehnike. In Biro, M., Butollo, W. (ur.): *Klinička psihologija*, Katedra za Kliničku psihologiju Ludwig Maximilians Universitat, *Futura publikacije, München, Novi Sad*, 182-195.

Kaļūznaja, D., Lakiša, S. (2016). *Preschool Personnel Exposure to Occupational Noise*. Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B, Natural, Exact and Applied Sciences; De Gruyter Open. <https://doi.org/10.1515/prolas-2016-0046>

Kegyé, A., Takács, S., Ries, B., Zana, G., Hegedűs, K. (2018). A szakmai élet minőségét mérő kérdőív (Professional Quality of Life Scale) magyar változatának validálása. *Orvosi Hetilap*, 159(35), 1441–1449. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31126>

Khanna, R., Khanna, R. (2013). Is medicine turning into unhappy profession? *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 17(1), 2. <https://doi.org/10.4103/0019-5278.116363>

Kheiraoui F., La Torre G. (2012) Quality of life among healthcare workers: A multicentre cross-sectional study in Italy, *Public Health*, 126: 624-629.

Kiss, T., Polonyi, T. É., Imrek, M. (2018). Munkahelyi stressz és egészség: A Burnout-szindróma a 21. században – kutatás, mérés, elmélet és terápia. *Alkalmazott Pszichologia*, 18 (2). pp. <https://doi.org/10.17627/alkpszich.2018.2.75>

Knesebeck, O., Verde, P. E., Dragano, N. (2006). Education and health in 22 European countries. *Social Science Medicine*, 63(5), 1344–1351. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.043>

Kocsicska, I. (2023). Burnout syndrome among health care workers in Hungary – a literature review. *Metszetek*, 11(3), 62–77. <https://doi.org/10.18392/metsz/2022/3/4>

Kopp, M. (2008). *Magyar lelkiállapot 2008, Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest ISBN: 9789633310878

Kopp, M., Skrabski, Á. (2009). Hungarian state of mind after the millennium [Magyar lelkiállapot az ezredforduló után.]. *Távlatok: világ nézet, lelkiség, kultúra*, 19, 32–52.

Kopp, M., Skrabski Á. (1998): *Magyar lelkiállapot az ezredforduló után*, Népeesség, orvos, társadalom, MTA, 1998 (1722/2018. (XII. 18.) Korm. határozat a nemzeti egészségügyi programokról, valamint az azokhoz kapcsolódó, a 2019–2022. évekre vonatkozó szakpolitikai programokról

Kopp, M. (2007). Beck Depresszió Kérdőív. In Perczel Forintos, D., Ajtay, Gy., Kiss, Zs. (szerk.): *Kérdőívek, becsülőkálák a klinikai pszichológiában*. (pp. 44-45). Semmelweis Kiadó, Budapest, ISBN:

Korossy, A., Blázovics, A. (2016, May 1). *Ájurvéda a modern orvostudományban*. Orvosi Hetilap. <https://doi.org/10.1556/650.2016.ho2545>

Kovács, M. (2003). *Időskori depresszió és szorongás*. Springer Tudományos Kiadó, Budapest ISBN 978-963-642-969-0

Kovács, M., Kovács, E. (2012). 'Are medical students in danger?' – *Burnout and engagement to medical studies in Hungary*. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*; Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/mental.13.2012.2.4>

Kovács, M., Kovács, E., Hegedűs, K. (2012). *The relationship between emotion work and burnout. A comparative study in various groups of health care workers*. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*; Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/mental.13.2012.2.7>

KSH 2019: *Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2019* Letöltés dátuma: 2021. 09. 02. forrás: <https://www.ksh.hu/elef/index.html>

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>

Kruger, J., Dunning, D. (1999). Unskilled and unaware of it: How difficulties in recognizing one's own incompetence lead to inflated self-assessments. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1121–1134. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.6.1121>

Kulcsár, Zs. (1998). *Egészségpszichológia* (pp. 15-39.). ELTE Eötvös Kiadó, Budapest ISBN:9634631568

Kumar, S. (2016). Burnout and Doctors: Prevalence, Prevention and Intervention. *Healthcare*, 4(3), 37. <https://doi.org/10.3390/healthcare4030037>

Kumari, S., Kumar, R. (2020). Green hospital - A necessity and not option. *Journal of Management Research and Analysis*. <https://doi.org/10.18231/j.jmra.2020.010>

Kuo, C. T., Chiang, T. L. (2013). The association between relative deprivation and self-rated health, depressive symptoms, and smoking behavior in Taiwan. *Social Science & Medicine*, 89, 39–44. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.015>

Lalonde, M. (1974): *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa letöltés dátuma: 2021.08.11 forrás: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Lam, E., Kvaavik, E., Hamer, M., Batty, G. (2013). Association of secondhand smoke exposure with mental health in men and women: Cross-sectional and prospective

analyses using the UK Health and Lifestyle Survey. *European Psychiatry*, 28(5), 276–281. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.04.001>

Landsbergis, P. A. (1988). Occupational stress among health care workers: A test of the job demands-control model. *Journal of Organizational Behavior*, 9(3), 217–239. <https://doi.org/10.1002/job.4030090303>

Lawrence, D., Hafekost, J., Hull, P., Mitrou, F., Zubrick, S. R. (2013, May 11). Smoking, mental illness and socioeconomic disadvantage: analysis of the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *BMC Public Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-462>

Lazarus, R.S., Folkman S. (1984). *Stress appraisal and coping*. Springer Pub. ISBN:9780826141927

Leppanen, R. A., Olkinuora, M. A. (1987). Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 13(1), 1–8. <https://doi.org/10.5271/sjweh.2086>

Liebenberg, A. R., Coetzee, J. F., Conradie, H. H., Coetzee, J. F. (2018). Burnout among rural hospital doctors in the Western Cape: Comparison with previous South African studies. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 10(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1568>

Lipienné-Krémer, I., Vincze, F., Dió, M., Mészáros, J. (2015). Egészségmagatartási vizsgálat a szüléshőknél körében dohányzás, alkohol – és kávéfogyasztás tekintetében. *Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 15(10), 34-38.

Lippai, L. (2017). *Holisztikus egészség, egészségmagatartás és egészségfejlesztés*. Szegedi Tudományegyetem, Szeged ISBN:978615545588

Makara, P. (1987). Az egészségmegőrzési program életmód-akcióprogramja és feladatai in Kun, A. (Szerk.): *Egészséget mindenkinek 2000!-re* (pp.62-96.). Editorg Kiadó, Budapest

Malik, S., Blake, H., Batt, M. (2011). How healthy are our nurses? New and registered nurses compared. *British Journal of Nursing*, 20(8), 489–496. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.8.489>

Martos, T., Sallay, V., Désfalvi, J., Szabó, T., Ittész, A. (2014). Psychometric characteristics of the Hungarian version of the Satisfaction with Life Scale (SWLS-H). *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 15(3), 289–303. <https://doi.org/10.1556/mental.15.2014.3.9>

- Maslach, C., Leiter, M. P. (2016). New insights into burnout and health care: Strategies for improving civility and alleviating burnout. *Medical Teacher*, 39(2), 160–163. <https://doi.org/10.1080/0142159x.2016.1248918>
- Maslach, C. (2003). Job Burnout. *Current Directions in Psychological Science*, 12(5), 189–192. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
- Maslach, D., Jackson, S., Leiter, M., Schaufeli, W., Schwab. R. (1986). *Maslach Burnout Inventory manual, general survey, human services survey, educators survey and scoring guides*. Mind Garden ,Menlo Park, CA
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory Manual. 3rd edition*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Mawson, S. (1999). What is the SF-36 and can it measure outcome of physiotherapy? *Physiotherapy*, 88(4), 208-212.
- Medisauskaite, A., Kamau, C. (2019). Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(5), e027362. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027362>
- Mészáros, V., Cserhádi, Z., Oláh, A., Perczel Forintos, D., Ádám, S. (2013). Coping with work-related stress in health care professionals – strategies for prevention of burnout and depression. *Orvosi Hetilap*, 154(12), 449–454. <https://doi.org/10.1556/oh.2013.29572>
- Michal, M., Wiltink, J., Reiner, I., Kirschner, Y., Wild, P. S., Schulz, A., Zwiener, I., Blettner, M., Beutel, M. E. (2013). Association of mental distress with smoking status in the community: Results from the Gutenberg Health Study. *Journal of Affective Disorders*, 146(3), 355–360. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.019>
- Mohos, A., Varga, A., Hargittay, C., Csatlós, D., Kalabay, L., Torzsa, P. (2021). Magyar családorvosok egészségi állapotának, életmódjának vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 162(12), 449–457. <https://doi.org/10.1556/650.2021.31971>
- Mojtabai, R., Crum, R. M. (2013). Cigarette Smoking and Onset of Mood and Anxiety Disorders. *American Journal of Public Health*, 103(9), 1656–1665. <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300911>
- Molnár, E. (2002): Ápolók egészségi állapota-2001. *Nővér*, 15 (4), 4-10.

Molnár, R., Győrffy, Z. (2012). Opportunities for further progress of sociological studies about doctors and medical students. *Orvosi Hetilap*, 153(44), 1738–1744. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29478>

Moravcsik-Kornyicki, G., R. Fedor, A. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinae Et Sociologica*, 12(32), 21–46. <https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2>

Mravikné Homolya, B., Sebők, M. (2021). Munkavállalói elkötelezettség, elégedettség. Empirikus kutatás a közforgalmú gyógyszertárakban. *Vezetéstudomány - Budapest Management Review*, 52(6), 56–70. <https://doi.org/10.14267/veztud.2021.06.05>

Nagy, Zs. (2004). A dolgozói elégedettség, mint a szervezet versenyképességének meghatározója. *Marketing & Menedzsment*. 38(5), 24-35.

National Survey of the Work and Health of Nurses Canada (2005): A Summary of Highlights from the 2005 Letöltés dátuma: 2018.06.21. forrás: http://www.cihi.ca/CIHIextportal/pdf/internet/NURSING_NSWHN_SUMMARY2005_EN

Neuberger, M. (2019). Tobacco control: prevention and cessation in Europe. *Memo - Magazine of European Medical Oncology*, 12(2), 156–161. <https://doi.org/10.1007/s12254-019-0485-6>

Nelson, G. (1994, April). The development of a mental health coalition: A case study. *American Journal of Community Psychology*, 22(2), 229–255. <https://doi.org/10.1007/bf02506864>

Németh, A., Irinyi, T. (2009): Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében. *Nővér*, 22 (3), 33-38.

Németh, A. (2016). Orvosok kiégettségének összefüggése az egészséggel, életérzéssel, alváskörülményekkel. *Orvosi Hetilap*, 157(16), 623–630. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30410>

Németh, A., Betlehem, J., Lampek, K. (2014). Ápolók romló egészségi állapota. *Nővér*, 27(3), 1-44.

Németh, A. (2016). Orvosok egészség-magatartása. *Orvosi Hetilap*, 157(30), 1198–1206. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30488>

Neuberger, M. (2014). Tobacco control: prevention and cessation. *Noise & Health*, 14(59): 166-78.

Nowakowska-Domagala, K., Jablkowska-Górecka, K., Kostrzanowska-Jarmakowska, L., Morteń, M., Stecz, P. (2015, June). The Interrelationships of Coping Styles and Professional Burnout Among Physiotherapists. *Medicine*, 94(24), e906. <https://doi.org/10.1097/md.0000000000000906>

O' Keeffe, A., Hayes, B., Prihodova, L. (2019, February 11). "Do as we say, not as we do?" the lifestyle behaviours of hospital doctors working in Ireland: a national cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6451-8>

OECD (2017): *Update Report 2017 - Inclusive Growth*. letöltés dátuma: 2023.01.01 forrás: <https://www.oecd.org/mcm/documents-archive/2017/C-MIN-2017-3-EN.pdf>

OECD, (2018). Education at a Glance 2018: OECD Indicators, *OECD Publishing, Paris*, <https://doi.org/10.1787/eag-2018-en>.

OECD, (2023). Rákügyi országprofil: Magyarország 2023, *OECD Publishing, Paris*, <https://doi.org/10.1787/39a8899f-hu>.

Ogińska, H., Pokorski, J., Ogiński, A. (1993). Gender, ageing, and shiftwork intolerance. *Ergonomics*, 36(1-3), 161–168. <https://doi.org/10.1080/00140139308967868>

Orosz, É., Kollányi, Zs. (2016). *Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon*. WHO Magyarországi Iroda, Budapest

OSHA. n.d. (2023): Healthcare overview letöltés dátuma: 2023.04.09 forrás: <https://www.osha.gov/healthcare>

Ökrösné Kerek, S., Staller, J. (2022). A hozzátartozó nehézségei a demenciával élő rokon ápolása során. *Nővér*, 35(4), 30–37. <https://doi.org/10.55608/nover.35.0015>

Pálfiné Szabó, I. (2008). The characteristics of nurses' and caregivers' behaviour in different clinical settings with special attention to burnout syndrome. *Orvosi Hetilap*, 149(31), 1463–1469. <https://doi.org/10.1556/oh.2008.28370>

Pardo, A., McKenna, J., Mitjans, A., Camps, B., Aranda-Garcia, S., Garcia-Gil, J., Violan, M. (2014). Physical Activity Level and Lifestyle-Related Risk Factors From Catalan Physicians. *Journal of Physical Activity and Health*, 11(5), 922–929. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0249>

Pásztor, K. (2006). Az egészségügyi dolgozók orvoshoz – fordulási szokásai, *Nővér*, 19(3), 3-9.

- Pavlish, C., Brown-Saltzman, K., Fine, A., Jakel, P. (2015). A Culture of Avoidance: Voices From Inside Ethically Difficult Clinical Situations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 159–165. <https://doi.org/10.1188/15.cjon.19-02ap>
- Pék, E., Mártai, I., Marton, J., Betlehem, J. (2013). Health survey of ambulance workers with the help of generic questionnaire (SF-36). *Orvosi Hetilap*, 154(47), 1865–1872. <https://doi.org/10.1556/oh.2013.29746>
- Peterson, C., Park, N., Sweeney, P. J. (2008). Group Well-Being: Morale from a Positive Psychology Perspective. *Applied Psychology*, 57(s1), 19–36. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00352.x>
- Pikó, B., Piczil, M. (1998). Az elégedettség és elégedetlenség szociológiai vizsgálata a nővéri hivatásban. *LAM* 8, 728-734.
- Pikó, B. (1999). Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízsének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37 79-89.
- Pikó, B. (2020). *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai kiadó. Budapest <https://doi.org/10.1556/9789634544623>
- Pikó, B. (2010). *Védőfaktorok nyomában – A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan, Budapest
- Pikó B., Piczil M. (2000). És rajtunk ki segít...?- Kvalitatív egészségszociológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 10, 110-120.
- Pikó, B. (2002). *Egészségtudatosság serdülőkorban* (pp.5- 38). oldal Akadémiai Kiadó, Budapest
- Pikó, B. (2014). Interrelationships among stress, coping and psychological well-being among preclinical medical students. *Orvosi Hetilap*, 155(33), 1312–1318. <https://doi.org/10.1556/oh.2014.29953>
- Pikó, B., Piczil, M. (2006). Relationship between Characteristics of Psychosocial Work Environment and Life Satisfaction among Nurses. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 7(4), 301–310. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.4.3>
- Pikó, B., Piczil, M. (2012). Study of stress, coping and psychosomatic health among would-be baccalaureate nurses. *Orvosi Hetilap*, 153(31), 1225–1233. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29431>
- Polyák, É., Breitenbach, Z., Szekeresné-Szabó, Sz. (2015). *Klinikai és gyakorlati dietetika - Az élettudományi-klinikai felsőoktatás gyakorlatorientált és hallgatóbarát*

korszerűsítése a vidéki képzőhelyek nemzetközi versenyképességének erősítésére. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest

Porto, G., Carneiro, S., Vasconcelos, B., Nascimento, M., Leal, J. (2014). Burnout syndrome in oral and maxillofacial surgeons: a critical analysis. *International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 43(7), 894–899. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2013.10.025>

Raag, M., Pärna, K. (2018). Cigarette smoking and smoking-attributable diseases among Estonian physicians: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5105-6>

Rosta, E., Almási, Z., Karácsony, I., Konkoly Thege, B., Hegedűs, K. (2012). Health behavior of medical students. Introduction of mental hygienic skills in the medical education in Hungary. *Orvosi Hetilap*, 153(29), 1153–1157. <https://doi.org/10.1556/oh.2012.29374>

Rouleau, D., Fournier, P., Philibert, A., Mbengue, B., Dumont, A. (2012). The effects of midwives' job satisfaction on burnout, intention to quit and turnover: a longitudinal study in Senegal. *Human Resources for Health*, 10(1). <https://doi.org/10.1186/1478-4491-10-9>

Royer, N., Moreau, C. (2015). A Survey of Canadian Early Childhood Educators' Psychological Wellbeing at Work. *Early Childhood Education Journal*, 44(2), 135–146. <https://doi.org/10.1007/s10643-015-0696-3>

Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., et al. (2003). The general Hungarostudy 2002 nationally representative survey methodology and a psychometric test battery used features. [A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői.] *Psychiatria Hungarica*, 18(2), 83–94.

Rurik, I., Kalabay, L. (2009). Morbidity, demography and life style of Hungarian medical doctors 25 years after graduation. *Orvosi Hetilap*, 150(12), 533–540. <https://doi.org/10.1556/oh.2009.28566>

Salavecz, G., Neculai, K., Rózsa, S., Kopp, M. (2006). Az Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 7(3), 231–246. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.7>

Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>

Schneider, A., Bak, M., Mahoney, C., Hoyle, L., Kelly, M., Atherton, I. M., Kyle, R. G. (2019). Health-related behaviours of nurses and other healthcare professionals: A cross-sectional study using the Scottish Health Survey. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 1239–1251. <https://doi.org/10.1111/jan.13926>

Schwarzwälder, S., Friedrich, D., Braeseke, G., et al. (2011). Occupational Health and Safety Risks in the Healthcare Sector. Guide to prevention and good practice. *Publications Office of the European Union*, <https://doi.org/10.2767/27263>

Seedhouse, D. (1988). *Ethics: The Heart of Health Care*. Wiley, New York

Seedhouse, D. (2001). *Health: The Foundations for Achievement. 2nd edition*. Chichester, Wiley.

Seligman, M. (2018). PERMA and the building blocks of well-being. *The Journal of Positive Psychology*, 13(4), 333–335. <https://doi.org/10.1080/17439760.2018.1437466>

Selye, J. (1976). *Stressz distressz nélkül. Korunk tudománya*. Akadémiai Kiadó, Budapest. ISBN 963-05-1106-1

Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., Peter, R. (2004). The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*, 58(8), 1483–1499. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00351-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00351-4)

Sipos, D., Varga, V., Pandur, A. A., Kedves, A., Petőné Csima, M., Cseh, S., Betlehem, J., Moizs, M., Repa, I., Kovács, R. (2019). Radiológiai osztályon dolgozó szakdolgozók kiegészi szintje Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 160(27), 1070–1077. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31442>

Sjödín, F., Kjellberg, A., Knutsson, A., Landström, U., Lindberg, L. (2012). Noise exposure and auditory effects on preschool personnel. *Noise and Health*, 14(57), 72. <https://doi.org/10.4103/1463-1741.95135>

Sjödín, F., Knutsson, A., Lindberg, L., Kjellberg, A., Landström, U. (2012). Noise and stress effects on preschool personnel. *Noise and Health*, 14(59), 166. <https://doi.org/10.4103/1463-1741.99892>

Smith, P. H., Homish, G. G., Giovino, G. A., Kozlowski, L. T. (2014). Cigarette Smoking and Mental Illness: A Study of Nicotine Withdrawal. *American Journal of Public Health*, 104(2), e127–e133. <https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301502>

Spányik, A., Simon, D., Rigó, A., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z. (2022). Subjective COVID-19-related work factors predict stress, burnout, and depression among

healthcare workers during the COVID-19 pandemic but not objective factors. *PLOS ONE*, 17(8), e0270156. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270156>

Stankovic, M., Töreki, A., Lázár, G., Pető, Z. (2019). A kiégésszindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikájának dolgozói körében és összehasonlítása a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon kapott eredményekkel. *Orvosi Hetilap*, 160(20), 784–791. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31396>

Stokes, J., Noren, J., Shindell, S. (1982). Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*, 8(1), 33–41. <https://doi.org/10.1007/bf01324395>

Sontag, S. (1983). *A betegség, mint metafora*. Európa Kiadó, Budapest ISBN: 9630730588

Susánszky, É., Szántó, Zs. (2013). *Magyar lelkiállapot 2013* (pp. 13-21). Semmelweis Kiadó, Budapest

Susánszky, É. (2002). A betegviselkedés In: Szántó, Zs, Susánszky É. (szerk.): *Orvosi szociológia* (pp. 113-125). Semmelweis Kiadó, Budapest

Susánszky, É., Konkoly T., Barna K., Stauder., A., Kopp, M. (2006). A who jól-lét kérdőív rövidített (wbi-5) magyar változatának validálása a hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 7 (3), 247-255. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.8>

Szabó, L. (2003). Happiness is relative. Disability and subjective quality of life. [A boldogság relatív – Fogyatékoság és szubjektív életminőség.] *Szociológiai Szemle*, 13, 86–105.

Szalai, E., J., Kunovszki, P., Tóth, Z. (2021). Kiegész a magyar fogorvosok körében. *Orvosi Hetilap*, 162(11), 419–424. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32010>

Szántó, Zs., Susánszky., É. (2022). *Orvosi Szociológia: Egyetemi tankönyv*. Semmelweis Kiadó, Budapest

Szényei, G. A., Ádám, S., Györffy, Z., Túry, F. (2015). A kiegészi szindróma megelőzése — A hagyományoktól a modern információs technológiáig. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 70(4), 847–862. <https://doi.org/10.1556/0016.2015.70.4.8>

Szondy, M. (2010). *A boldogság tudománya*. Jaffa Kiadó, Budapest

Tagiuri, R. Litwin, G. (1968.) *Organizational climate: explorations of a concept*. Harvard Business School, Boston, MA

- Tarkar, P. (2022, January 1). Role of green hospitals in sustainable construction: Benefits, rating systems and constraints. *Materials Today: Proceedings*. <https://doi.org/10.1016/j.matpr.2021.12.511>
- Terebessy, A., Matyasovszky, M., Horváth, F., Horosz, R., Juhász, I., Győrffy, Z. (2016). A testmozgás szerepe az egészségügyi dolgozók egészségfejlesztésében. *Orvosi Hetilap*, 157(39), 1563–1570. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30540>
- Thomsen, S., Arnetz, B., Nolan, P., Soares, J., Dallneder, J. (1999). Individual and organizational well-being in psychiatric nursing: a cross-cultural study. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 749-757
- Uzzoli Annamária (2004): Az egészségi állapot társadalmi-területi különbségei Magyarországon, [PhD-értekezés] Budapest: Eötvös Loránd Tudományegyetem Természettudományi Kar. Földtudományi Doktori Iskola letöltés dátuma: 2022.01.02 forrás: http://geogr.elte.hu/REF/REF_Tezisek/UA_tezisek.pdf
- van Horn, J. E., Taris, T. W., Schaufeli, W. B., Schreurs, P. J. (2004, September). The structure of occupational well-being: A study among Dutch teachers. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 77(3), 365–375. <https://doi.org/10.1348/0963179041752718>
- van Mark, A., Spallek, M., Kessel, R. et al. (2006). Shift work and pathological conditions. *J Occup Med Toxicol* 1, 25. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-1-25>
- Van Riezen, H., Segal, M. (1988). *Comparative Evaluation of rating scales for clinical psychopharmacology*, Elsevier, Amsterdam ISBN 100444808965
- Vas, L., Gombor, A. (2008). Life satisfaction among Hungarian and Israeli medical students. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 9(4), 323–347. <https://doi.org/10.1556/mental.9.2008.4.3>
- Veenhoven, R. (2007). Quality of Life Research. in: Bryant, Clifton D. and Peck, Dennis L. (ed.): *21st Century Sociology. A Reference Handbook 1–2* (pp. 54– 62) SAGE Publications ISBN:9781412916080
- Vitrai, J., Bakacs, M., (2021). Hazai Egészségpillanatkép 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 35–46. doi: 10.24365/ef.v62i2.654
- Vitrai, J. Bakacs, M., Varsányi, P. (2017). *Hazai egészség-pillanatkép, 2017 [Hungarian health at a glance, 2017]*, 5-8. 10.24365/ef.v.58i4205.
- Wakefield, M., Williams, D. R., Menestrel, S. L., Flaubert, J. L. (Eds.). (2021). *The Future of Nursing 2020-2030*. <https://doi.org/10.17226/25982>

- Ware, J. E. (2008). Improvements in short-form measures of health status: Introduction to a series. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61(1), 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.08.008>
- Ware, J. E. Jr.. (1993). *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England, Medical Centre, Boston MA
- Warr, P. (1994). A conceptual framework for the study of work and mental health. *Work & Stress*, 8(2), 84–97. <https://doi.org/10.1080/02678379408259982>
- Wartiningsih, M., Supriyanto, S., Widati, S., Ernawaty, E., Lestari, R. (2020, July 3). Health Promoting Hospital: A Practical Strategy to Improve Patient Loyalty in Public Sector. *Journal of Public Health Research*, 9(2), [jphr.2020.1832](https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1832). <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1832>
- Weibel, L., Brandenberger, G. (1998). Disturbances in Hormonal Profiles of Night Workers during Their Usual Sleep and Work Times. *Journal of Biological Rhythms*, 13(3), 202–208. <https://doi.org/10.1177/074873098129000048>
- West, Robert Michie, Susan. (2020). A brief introduction to the COM-B Model of behaviour and the PRIME Theory of motivation. *Qeios*. 10.32388/WW04E6.2.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61611-6)
- WHO (2010): *A healthy lifestyle WHO recommendations*. Letöltés dátuma: 2021.08.23. forrás: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations>
- WHO (2014): Risks in ambient work environment (who.int) Letöltés dátuma: 2021.08.23. forrás: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/risks-in-ambient-work-environment>
- WHO (2019): *Statistics overview 2019*. Letöltés dátuma: 2021.08.23. forrás: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311696/WHO-DAD-2019.1-eng.pdf>
- WHO (2022): *Occupational health: health workers*. Letöltve: 2023. február 10. forrás: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>
- WHO (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. World Health Organization, Geneva

Wilski, M., Chmielewski, B., Tomczak, M. (2015). *Work locus of control and burnout in Polish physiotherapists: The mediating effect of coping styles*. International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health; Nofer Institute of Occupational Medicine. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00287>

World Health Organization (2005): *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. letöltés dátuma 2021.01.03. forrás: http://www.who.int/mental_health/evidence/MH_Promotion_Book.pdf

Yıldırım, K. (2014). Main factors of teachers professional well-being. *Educational Research and Reviews*, 9(6), 153–163. <https://doi.org/10.5897/err2013.1691>

7. sz. melléklet

**DOKTORI ÉRTEKEZÉS BENYÚJTÁSA ÉS NYILATKOZAT A DOLGOZAT
EREDETISÉGÉRŐL**

Alulírott

név: Cseh Szabolcs

születési név: Cseh Szabolcs

anyja neve: Molnár Margit Gyöngyi

születési hely, idő: Kaposvár, 1982.01.02

**Betegellátásban dolgozók egészségi állapotának, egészségmagatartásának,
munkahelyi jóllétének vizsgálata két Zala megyei kórházban**

című doktori értekezésemet a mai napon benyújtom a(z)

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola

PR-1 EGÉSZSÉGTUDOMÁNY HATÁRTERÜLETEI Prof. Dr. Kovács L. Gábor
programvezető E-70 A nevelési stílus, a koherencia-érzet és az egészségmagatartás
összefüggéseinek vizsgálata témavezető Programjához/témacsoportjához
Témavezető(k) neve: Dr. Csima Melinda

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.

Továbbá nyilatkozom, hogy hozzájárulok a doktori értekezésem DOI azonosító
igényléséhez.

Dátum: 2024.04.15

doktorvárományos aláírása

Petőné dr. habil Csima Melinda PhD

egyetemi docens

témavezető aláírása