

A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében – lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában

Mészáros Veronika^{1, 2} ■ Cserhádi Zoltán dr.³ ■ Oláh Attila dr.¹
Perczel Forintos Dóra dr.² ■ Ádám Szilvia dr.³

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Budapest
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ²Klinikai Pszichológiai Tanszék,
³Magatartástudományi Intézet, Budapest

Bevezetés: Az egészségügyi szakdolgozók körében a depresszió és a kiégés előfordulása magas, ugyanakkor megelőzésükről kevés magyarországi kutatási adat áll rendelkezésre. *Célkitűzés:* A tanulmány a megküzdési stratégiák mediáló szerepét vizsgálja a munkahelyi stressz, a depresszió és a kiégés viszonylatában. *Módszer:* Keresztmetszeti vizsgálat 1333 egészségügyi szakdolgozó bevonásával. A résztvevők validált önkítöltős kérdőívek segítségével ítélték meg munkahelyi stresszterheltségüket, kiégettségüket, a depressziós tünetek jelenlétét, valamint megküzdésistratégia-preferenciáikat. Az elemzés strukturális egyenletmodellezéssel történt. *Eredmények:* A súlyos depresszió prevalenciája 5,6%-os volt. A minta csaknem 50%-a súlyos személyes teljesítménycsökkenésről számolt be. A munkahelyi stressz közvetlenül és közvetetten – a megküzdési stratégiák mediálása által – is előre jelezte a kiégetést, illetve a depressziós panaszokat. A megküzdési stratégiák közül a problémahelyzetek reális szemléletét erősítő kognitív átstrukturálás csökkentette a kiégés és depressziós tünetek megjelenésének valószínűségét. *Következtetések:* A vizsgálat új adatokkal szolgál kognitív szempontú intervenciós stratégiák tervezéséhez, valamint kiemeli a megküzdési stratégiák jelentőségét a depresszió és a kiégés megelőzésében. Orv. Hetil., 2013, 154, 449–454.

Kulcsszavak: munkahelyi stressz, megküzdési mechanizmusok, kiégés, depresszió, egészségügyi szakdolgozók

Coping with work-related stress in health care professionals – strategies for prevention of burnout and depression

Background: The prevalence of depression and burnout among health care professionals is high in Hungary. However, there is limited empirical data on disease prevention among these populations. *Aims:* This study aims at evaluating the mediating role of coping mechanisms in preventing depression and burnout. *Methods:* Cross-sectional survey among 1333 health care professionals. Participants completed self-administered questionnaires about their perception of work stress, burnout and depressive symptoms, as well as their preferred coping strategies. Analyses were performed using structural equation modelling. *Results:* The prevalence of severe depression and lack of personal accomplishment was 5.6% and nearly 50%, respectively. Work stress predicted symptoms of burnout and depression both directly and indirectly through the mediation by coping strategies. Of the coping strategies, cognitive restructuring, which accentuates the realistic assessment of challenging situations, was found to reduce the probability of the development of burnout and depression symptoms. *Conclusions:* This study provides further data for the development of cognitive interventional strategies and highlights the significance of these strategies in the prevention of depression and burnout among Hungarian health care professionals. Orv. Hetil., 2013, 154, 449–454.

Keywords: work stress, coping mechanisms, burnout, depression, health care workers

(Beérkezett: 2013. február 3.; elfogadva: 2013. február 21.)

A munkahelyi stressz, a depresszió, valamint a kiégés kezelése és megelőzése kulcsfontosságú kérdés az egészségügyben, hiszen a szakdolgozók 24–45%-ánál az önkitöltős tesztek klinikai depresszióknak megfeleltethető tüneteket jeleznek [1]. A munkakörnyezet bizonytalansága, a túlterheltség és a megbecsülés alacsony szintje miatt a munkahelyi stressz is intenzívebben érinti őket a más területen tevékenykedőkhöz képest [2]. Az egészségügyben dolgozók 91%-a számol be magas stresszterheltségről [3], a kiégés előfordulási gyakorisága pedig 50% körül van [4], így ezekben a munkakörökben a megfelelően kidolgozott, célzott prevenció és intervenció módszerek elengedhetetlenek.

Jelen tanulmányunkban a munkahelyi stressz és a stresszel való megküzdés kontextusában elemezzük a kiégés és a depresszió jelenségét. Mivel az egészségügyi intervenciók modellek többsége a *Folkman* és *Lazarus* által felvázolt kognitív-tranzakcionista stresszmodellre épít [5, 6], mi is ezt választottuk tanulmányunk elméleti keretének. A stresszfolyamat egyidejű vizsgálata kevés egészségügyi szakdolgozóra fókuszáló vizsgálatban valósul meg [7, 8, 9, 10], így olyan adatelemzési eljárást – strukturális egyenletmodellezést – választottunk, amely az egyes tényezők együttes vizsgálatára, a közvetítő folyamatok hatásainak elemzésére, valamint a vizsgált tényezők önálló hatásának megállapítására is lehetőséget ad.

A folyamat első eleme a munkahelyi stressz, amelynek egyik legerősebb modellje az Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság modell [11]. A modell szerint stressz akkor keletkezik, amikor a megtett erőfeszítés és az érte kapott jutalom között egyensúlytalanság áll fent. Mivel az emberek kapcsolataikban a kölcsönösséget keresik, ennek hiánya distresszt okoz. Igaz ez a munkahelyen is, ahol az erőfeszítéseket visszajelzés (jutalom) kell, hogy kövesse, különben az egyén stresszt él át, s pszichológiai jólléte sérül. Jutalom alatt egyaránt érthető az elismerés, a visszajelzés, az előléptetés és a megfelelő anyagi kompenzáció is. Elsősorban korrelációs vizsgálatokból tudjuk, hogy az erőfeszítés és jutalom egyensúlyának hiánya főként emocionális kimerültséget hoz magával [12, 13, 14, 15, 16], de találhatunk példát deperszonalizációval és depresszióval kapcsolatos következményekre is [2, 14].

Az egyén a munkahelyi stresszre rendszerint valamilyen megküzdési stratégiával/módszerrel reagál, amely közvetítő szerepével jótékony, illetve kártékony irányba módosíthatja a munkahelyi stressz és kiégés/depresszió kapcsolatát [2, 5]. A megküzdési stratégiák különböző csoportosításai közül a legnépszerűbb a *Folkman* és *Lazarus* [6, 17] által elkülönített probléma- és érzelmközpontú megküzdés. Előbbi a szituáció megváltoztatására, utóbbi a saját érzelmi állapot korrekciójára törekszik a megterhelő események következményeként. Több vizsgálat kiemeli a problémafókuszú megoldási módok hatékonyságát a kiégés megelőzésében. Kifejezetten hatékony problémafókuszú megoldási stratégiá-

nak tekinthető a „kognitív átstrukturálás”, amely mind a kiégés, mind a depresszió különböző tüneteinek csökkentését elősegíti [10, 18]. A szintén problémafókuszú „problémamegoldás” stratégiájának ellentmondásos hatására figyelmeztetnek *Sasaki és mtsai* [18], akik vizsgálatukban azt találták, hogy a hatékony problémamegoldás egyaránt növeli a kiégés személyes teljesítmény komponensét és a deperszonalizációt is. Így hozzájárul ugyan a munkavállaló munkabírásának növeléséhez, de a cinikus látásmód kialakítását is elősegíti. Szintén nem egyértelmű az érzelmfókuszú stratégiák szerepe. Egyes vizsgálatok összefüggést találnak az érzelmfókuszú megküzdés és a kiégés deperszonalizáció komponensének növekedése között [19], más vizsgálatok csak az összefüggés hiányát erősítik meg a kiégéssel [20] és a depresszióval [7]. Az érzelmi- és problémafókuszú megküzdés mellett fontos védőtényezőnek bizonyul a társas támogatás, a munkahelyi kapcsolatok ápolása, mind a kiégés [2, 21, 22], mind pedig a depresszió [10, 23] szempontjából. A megküzdési stratégiák szerepe tehát közel sem tisztázott, azonban feltételezhető, hogy a munkahelyi stressz, valamint a kiégés és a depresszió között közvetítő szerepet töltenek be.

A bevezetőben leírtak mentén tehát feltételezhető, hogy

H1: A munkahelyi stressz, a depressziós tünetek, valamint a kiégés közvetlen kapcsolatban állnak.

Emellett:

H2: A megküzdési stratégiák mediátor szerepet töltenek be a munkahelyi stressz, valamint a kiégés és a depresszió között.

H3: A problémafókuszú stratégiák – a kognitív átstrukturálás és problémamegoldás –, valamint az emberi kapcsolatok/társas támogatás jelenléte a kiégés és a depresszió alacsonyabb szintjét eredményezi.

H4: Az érzelmfókuszú stratégia – feszültségcsökkentés – pedig több, kiégéshez és depresszióhoz kapcsolódó panaszt hoz magával.

Módszer

Résztvevők

A vizsgálatban 1333 egészségügyi szakdolgozó vett részt, ebből 66 férfi (5,0%) és 1256 nő (94,2%), 11-en (0,8%) nem adták meg a nemüket. Átlagéletkoruk 43,09 év (minimum = 20 év; maximum = 78 év; SD = 9,81 év). A kérdőívet kitöltők közül legtöbben 30-as (430 fő, 32,3%) és 40-es (441 fő, 33,1%) éveikben járnak. Az egészségügyben átlagosan 20,62 éve dolgoznak (minimum = 0,1 év; maximum = 53 év; SD = 10,5). A vizsgálat keretében 2500 kérdőívet osztottunk szét a főváros 23 kerületében. A minta a budapesti egészségügyi szakdolgozók körében reprezentatív az ellátási szint (alap, járó, fekvő, egyéb – például gyógyszerterápiás asszisztensek, idősok otthonában dolgozók) tekintetében. A kérdőívet a MESZK területi szervezetének helyi vezetői jut-

tatták el a szakdolgozókhöz. 1732 kérdőív érkezett vissza, amelyből 399 hiányosan kitöltött volt. Így a vizsgálatba azt az 1333 főt válogattuk be, akik a hipotézisek vizsgálatához kapcsolódó kérdőíveket hiánytalanul töltötték ki (53,3%-os válaszarány). Az 1. táblázatban ábrázoltuk a vizsgálatban részt vevők demográfiai adatait.

Mérőeszközök

Munkahelyi stressz

Az Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív [11] a munkahelyi erőfeszítések, a munkahelyi jutalmak és a túlvállalás három fődimenziójából tevődik össze. A kérdőív „erőfeszítés” alskálája a munkában tapasztalható időnyomást, a felelősségvállalást, a túlórák mennyiségét térképezi fel. A „jutalom” alskála pedig az anyagi juttatás, az elismerések és a karrier támogatottsága szempontjából ad információt. Ugyanezen mérőeszköz „túlvállalás” alskálája a munkától való eltávolodás képességét, a túlterheltséget méri fel hat tétel segítségével. Az erőfeszítés- és jutalomskála elsősorban extrinzik, a stressz egyéntől független komponenseit méri, a túlvállaláskála viszont az egyéni megelégségről, a munkából való kivonódás képességének zavaráról ad információt. A válaszadás egy négyfokú Likert-skálán történik [24]. A hattételes túlvállaláskála reliabilitása mintánkban a tételszámhoz viszonyítva rendkívül alacsony lett ($C_{\alpha} = 0,52$), ezért a továbbiakban ezt összefüggések elemzésére nem használtuk.

Megküzdés

A munkahelyi stresszorokkal való megküzdés mérésére a Rózsa és munkatársai által kialakított 16 tételű Megküzdési MódoK Kérdőív kilenctételes rövidített változatát használtuk [25]. A kérdőívet eredetileg Folkman és Lazarus alakította ki 1980-ban, ennek különböző változatait a magyar szakirodalomban igen széles körben használják. Jelen változat három copingstratégiát mér fel három-három tétellel:

Kognitív átstrukturálás: A helyzetek reális szemléletének kialakítása, a problémahelyzetek kapcsán megélt növekedésérzés megtapasztalása.

Problémamegoldás: A problémák elemzése, valamint problémahelyzetekben a másoktól való segítségkérés.

Feszültségcsökkentés: A probléma evással, ivással, nyugtatószedéssel, dohányzással való kezelése.

A skálák Cronbach-alfa-értéke rendre 0,65, 0,50 és 0,50, amely a tételszámhoz mérten megfelelő.

Emellett több kérdéssel mértük a vizsgálatban részt vevők munkahelyi kapcsolatait – a betegekkal, a felettessel, az orvos kollégákkal, az ápolószemélyzettel, valamint a kisegítőszemélyzettel (a skála megbízhatóságát lásd a 2. táblázatban!).

Kiegészítés

A kiegészítést a Maslach Kiegészítés Leltárral mértük. Az MBI Human Services Survey formáját Maslach és munkatár-

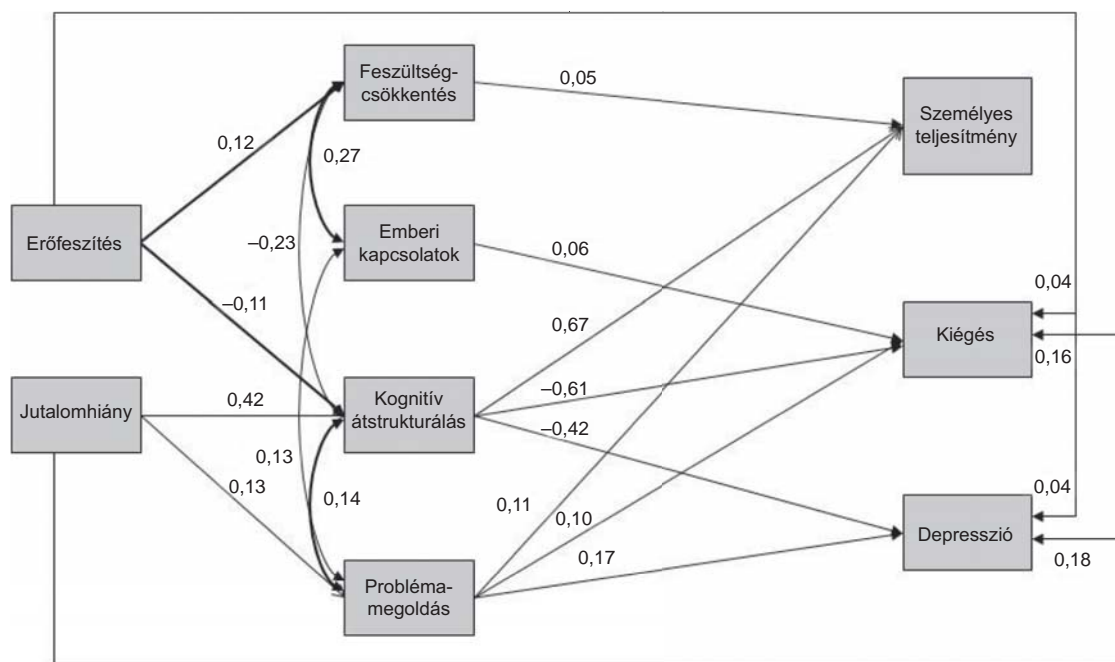
1. táblázat | Demográfiai adatok

Változók	N	(%)
<i>Teljes minta</i>	1333	100,0
Ellátási szint		
Alapellátás	73	5,5
Járóbeteg-ellátás	390	29,3
Fekvőbeteg-ellátás	801	60,0
Egyéb	41	3,1
Hiányzó adat	28	2,1
Életkor		
20–30	120	9,0
31–40	430	32,3
41–50	441	33,1
51–60	267	20,0
61≤	51	3,8
Hiányzó adat	24	1,8
Lakóhely		
Budapest és Pest megye	902	67,7
Város	285	21,4
Község, falu	137	10,3
Hiányzó adat	9	0,6

2. táblázat | A használt kérdőívek leíró statisztikai elemzése

	Skála átlaga (szórás)	Minimum és maximum	Megbíz- hatóság (Cronbach- α)
<i>Munkastressz</i>			
Erőfeszítés	14,77 (5,50)	6–30	0,75
Jutalomhiány	11,69 (3,95)	4–20	0,78
Túlvállalás	15,05 (2,81)	7–24	0,52
<i>Megküzdési stratégiák</i>			
Kognitív átstrukturálás	4,40 (1,96)	0–9	0,65
Problémamegoldás	5,22 (1,73)	0–9	0,50
Feszültségcsökkentés	1,04 (1,38)	0–13	0,50
Emberi kapcsolatok	24,44 (3,11)	10–30	0,77
<i>Kiegészítés</i>	37,97 (19,53)	0–115	0,87
Személyes teljesítmény	32,66 (9,15)	1–48	0,80
<i>Depresszió</i>	9,07 (8,64)	0–51	0,82

sai kifejezetten a humán szolgáltatószektorban dolgozók kiégettségének vizsgálatára fejlesztették ki [26]. A kérdőív 22 tételt tartalmaz, a tételek megítélése hét-pontos skálán történik. A magyar változatban a kérdőív három alskálája mellett az összpontszám is értelmezhető. Az *emocionális kimerültség* az egyén fizikai és pszichés kimerülését mérő egyéni dimenzió; a *depersonalizáció* (elidegenedés) a munkától, valamint a betegektől, munkatársaktól való eltávolodást mérő interperszonális dimenzió. A *személyes teljesítmény* pedig fordított skála.



1. ábra | A munkahelyi stressz, a megküzdés, valamint a depresszió és kiégés összefüggései

Megjegyzés: A modell 1333 fő bevonásával MLM-módszerrel készült. A regressziós β -értékeket STD YX standardizációval jelenítettük meg. Csak a szignifikáns standardizált regressziós β -értékeket ábráztuk. A regressziós β 0-tól eltérő értéke írja le a két változó közötti összefüggés jellemzőit. Mértéke a hatáserejét, előjele az összefüggés irányát jelzi. A modell illeszkedése megfelelő – Satorra-Bentler $\chi^2 = 11,08$; $df = 3$; $p = 0,01$; RMSEA = 0,05 (0,02–0,07); CFI = 0,99; TLI = 0,95; SRMR = 0,02

A munkahelyi teljesítés élményét, a munkával kapcsolatos kompetenciaérzést mérő, önértékeléssel kapcsolatos dimenzió. Az emocionális kimerültség és a deperszonalizáció skála tartalma nem különbözik szignifikánsan a teljeskiégés-érték tartalmától, így hipotéziseink tesztelésére csak a teljes kiégés értéket, illetve a személyes teljesítmény dimenziót alkalmaztuk [27]. A teljeskiégés-érték vizsgálatunkban 0,87-os, a személyes teljesítmény pedig 0,80-es Cronbach-alfa-értékkel rendelkezik. Az amerikai standardok alapján értelmezett személyes teljesítmény élmény kifejezett hiányát a minta 49,7%-a (663 fő), közepes mértékű csökkenését a minta 23,3%-a (310 fő) és megfelelő megélését a minta 27,0%-a (360 fő) mutatja.

Depresszió

A depresszió mérésére a 21 tételű Beck Depresszió Kérdőív [28] kilenc tételű rövidített változatát használtuk. A kérdőívet hazai mintán Rózsa, Szádóczy és Füredi [29] validálta. A kérdőívbe a legmagasabb Cronbach-alfa-értékű kilenc változó került be. Az egyes tételek a pesszimizmusra, elégedettség-örömképesség hiányára, önvádásra, szociális visszahúzódsra, döntésképtelenségre, munkaképtelenségre, alvászavarra, fáradékonyságra, illetve a testi tünetekre vonatkozó túlzott aggodalomra vonatkoznak [30]. A rövidített skála reliabilitása 0,83 [29], vizsgálatunkban 0,82. Mintánkban 75 fő (5,6%) súlyos, 101 fő (7,6%) közepes, 308 fő (23,1%) enyhe depressziós tüneteket mutat. 849 fő (63,7%) nem depressziós.

Statistikai elemzés

Az adatok elemzéséhez SPSS 20.0 szoftvert használtunk. Az útelemzést Mplus 6.1-es programmal végeztük. Az útelemzés illeszkedési mutatóit a nemzetközi standardok alapján a CFI (Comparative fit index) és TLI (Tucker–Lewis-index) -érték 0,9 feletti, az RMSEA (Root mean square error approximation) 0,06 és az SRMR (Standardized root mean square residual) 0,08 alatti, valamint a nem szignifikáns Satorra–Bentler χ^2 segítségével határoztuk meg.

Eredmények

Hipotéziseink vizsgálatát útelemzés módszerével teszteltük. Első hipotézisünkben feltételeztük, hogy a munkahelyi stressz közvetlen hatást gyakorol a depressziós tünetekre és a kiégésre. Ahogy azt az 1. ábra mutatja, a jutalom hiánya mind a kiégést, mind pedig a depressziós tünetek megjelenését nagyobb eséllyel idézi elő (rendre: $\beta = 0,16$ és $\beta = 0,18$), mint az erőfeszítések mennyisége (mindkét esetben $\beta = 0,04$). Tehát az egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotát jobban befolyásolja, ha úgy érzik, nem kapják meg a teljesítményükért járó elismerést, fizetést, megbecsülést, mint ha kevés idő alatt sok munkát, hatalmas erőfeszítés mellett kell végezniük.

Feltételeztük azt is, hogy a megküzdési stratégiák mediátor szerepet töltenek be a munkahelyi stressz, valamint a kiégés és a depresszió között. Az 1. ábrán jól

látható, hogy az emberi kapcsolatok mozgósítására épülő megküzdési stratégián kívül a Megküzdési MódoK Kérdőív mindhárom skálájának mediátor szerepe van. A megküzdési stratégiák közül a legerősebb kapcsolatrendszere a kognitív átstrukturálásnak van, amelynek megjelenését a jutalmak hiánya segíti elő ($\beta = 0,42$), s az erőfeszítések mennyisége pedig gátolja ($\beta = -0,11$). A stratégia előre jelzi a kiégés és a depresszió csökkenését, valamint a személyes teljesítmény növekedését (ezt a harmadik hipotézisünk kapcsán részletesen tárgyaljuk). Így második hipotézisünk igazolást nyert.

Harmadik hipotézisünk szerint a problémafókuszú stratégiák – a kognitív átstrukturálás és problémamegoldás –, valamint az emberi kapcsolatok/társas támogatás jelenléte a kiégés és a depresszió alacsonyabb szintjét eredményezi. Egyértelműen bebizonyosodott, hogy a problémahelyzetekből kihozott kreatív megoldásokat, a helyzetek jó oldalának előtérbe helyezését, valamint a megterhelő helyzetekben létrejövő potenciális növekedésérzést létrehozó kognitív átstrukturálás jelentősen csökkenti a kiégés és a depresszív tünetek megjelenésének valószínűségét (rendre: $\beta = -0,61$ és $\beta = -0,42$), valamint növeli a hatékony teljesítés érzését ($\beta = 0,67$). Ellentmondásos eredményeket kaptunk viszont a problémamegoldás és az emberi kapcsolatok stratégiájának vizsgálata esetén. A problémaelemzéssel, racionális problémamegoldási módok keresésével járó „problémamegoldás” stratégia ugyan kismértékben emeli a személyes teljesítményt ($\beta = 0,11$), azonban depresszív ($\beta = 0,17$) és kiégéses ($\beta = 0,10$) panaszok megjelenéséhez vezet, így hatékonysága megkérdőjelezhető e két jelenség szempontjából. Szintén elmondható ez az „emberi kapcsolatok” stratégiáról is, amely bár kismértékben, de okozhat kiégést ($\beta = 0,06$). Így harmadik hipotézisünkben mindössze a kognitív átstrukturálás jótékony hatását tudtuk bizonyítani, a problémamegoldás és társas kapcsolatok szerepe ellentmondásos.

Utolsó hipotézisünkben azt vizsgáltuk, hogy az érzelmfókuszú stratégiaként jellemezhető feszültségcsökkentés több, kiégéshez és depresszióhoz kapcsolódó panaszt hoz magával. Ennek hatását csupán a kiégés személyes teljesítmény dimenziójára tudtuk kimutatni ($\beta = 0,05$), depresszióra és kiégésre vonatkozó hatása tehát nem igazolódott.

Megbeszélés

Jelen tanulmányunkban bizonyítottuk a munkahelyi stressz – elsősorban a jutalmak hiányának – közvetlen hatását, és a megküzdési stratégiák mediátor szerepét a kiégés és a depresszió szempontjából. Markánsan alátámasztottuk a kognitív átstrukturálás megküzdési stratégia jótékony hatását a fent említett két tényezőre. Nem tudtuk viszont igazolni a többi megküzdési stratégia általunk elvárt hatását, hiszen feltevéseinkkel ellentétben azt találtuk, hogy a problémamegoldás és a feszültségcsökkentés növeli a kiégés személyes teljesítmény kom-

ponensét. Emellett a társas kapcsolatok jelenléte és a problémamegoldás elősegíti a kiégést, utóbbi pedig a depressziós panaszok megemelkedéséhez is hozzájárul.

Eredményeink összhangban vannak azokkal a szakirodalmi adatokkal, amelyek szerint a munkahelyi stressz közvetlen hatást gyakorol a depresszióra és a kiégésre [12, 13, 14, 15, 16], valamint igazolják a megküzdési stratégiák mediátor szerepét hangsúlyozó elméleteket is [2, 5, 9]. Egy irányba mutatnak azokkal az elemzésekkel, amelyek megerősítik a kognitív átstrukturálás jótékony, valamint a problémamegoldás és az érzelmfókuszú stratégiák ellentmondásos szerepét [7, 10, 18, 19, 20]. Nem támogatják viszont azokat az eredményeket, amelyek a társas támogatás jótékony hatását hangsúlyozzák [2, 10, 21, 22, 23].

Vizsgálatunk elsődleges célja az volt, hogy az eddig külön-külön vizsgált tényezőket egy modellbe ágyazva elemezzük azok egymásra gyakorolt hatását. Kiemelten törekedtünk arra, hogy a munkahelyi stressz kontextusában értsük meg azokat a megküzdési mechanizmusokat, amelyek hasznosak lehetnek a mentális egészség megőrzése szempontjából. Eredményeink megerősítik a kognitív pszichoterápiás megközelítések által javasolt kognitív átstrukturálás jelentőségét. Kiemelik, hogy a problémahelyzetek reális szemlélete, valamint a pozitív problémaorientáció kialakítása jótékony hatást gyakorol a mentális egészségre. Nem támasztják viszont alá a tényleges cselekedetek (problémamegoldás coping stratégia) hasznát. Az egészségügyi szakdolgozók számára tehát hasznosabb a problémák reális szemléletének kialakítása, mint a problémák megoldására tett tényleges kísérletek. Ennek egy magyarázata lehet, hogy a legtöbb egészségügyi szakdolgozó nincs olyan pozícióban, hogy tényleges, önmaga számára minden szempontból kielégítő változást hozzon létre. Így eredményeink aláhúzzák a kognitív átstrukturálást (mint intervenciók eszközt) használó beavatkozások létjogosultságát [31, 32].

Kutatásunk egyik korlátja, hogy keresztmetszeti vizsgálat révén, az ok-okozati viszonyok csak szakirodalmi adatokon, illetve kutatói feltételezéseken alapulnak. A tényleges ok-okozati összefüggések kimutatásához longitudinális vizsgálatra lenne szükség. További korlátot jelent, hogy vizsgálatunk nem országosan reprezentatív az egészségügyi szakdolgozókra nézve, mivel az adatfelvétel központja Budapest volt, ezért a vizsgálatban részt vevők többsége a fővárosban, illetve a főváros-hoz közeli településeken él. A gyengeségek mellett számos erősség is jellemzi tanulmányunkat. Vizsgálatunkba 1333 egészségügyi szakdolgozót vontunk be, amely – a minta mérete révén – megbízható következtetések levonására ad lehetőséget. Emellett magyar viszonylatban elsőként elemezzük rendszerben a munkahelyi stressz, a megküzdési stratégiák, illetve a kiégés és depresszív tünetek kapcsolatát, ezáltal empirikus alapot adva lehetséges kiégésintervenciók beavatkozásoknak.

Eredményeink a kognitív terápiás intervenciók létjogosultságát hangsúlyozzák a kiégés és depresszió meg-

előzésében és kezelésében egészségügyi szakdolgozók körében. Bízunk abban, hogy vizsgálatunk a továbbiakban hasznos lesz célzott intervenciók tervezéséhez és kivitelezéséhez egyaránt!

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozunk a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Budapesti Szervezet elnökségének a kutatás lefolytatásában nyújtott technikai segítségért, valamint annak az 1333 egészségügyi szakdolgozónak, akik példátlan összefogásukkal és a vizsgálatunkban való részvételükkel hozzájárultak azon célunkhoz, hogy egy „egészségesebb egészségügyet” hozunk létre!

Irodalom

- [1] www.weborvos.hu. [Hungarian]
- [2] *Tennant, C.*: Work-related stress and depressive disorders. *J. Psychosom. Res.*, 2001, 51, 697–704.
- [3] http://osha.europa.eu/hu/publications/reports/hu_esener1-summary.pdf.
- [4] *Palfi, I., Nemeth, K., Kerekes, Z., et al.*: The role of burnout among Hungarian nurses. *Int. J. Nurs. Pract.*, 2008, 14, 19–25.
- [5] *Galbraith, N. D., Brown, K. E.*: Assessing intervention effectiveness for reducing stress in student nurses: Quantitative systematic review. *J. Adv. Nurs.*, 2011, 67, 709–721.
- [6] *Folkman, S., Lazarus, R. S.*: An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J. Health Soc. Behav.*, 1980, 21, 219–239.
- [7] *Shikai, N., Shono, M., Kitamura, T.*: Effects of coping styles and stressful life events on depression and anxiety in Japanese nursing students: A longitudinal study. *Int. J. Nurs. Pract.*, 2009, 15, 198–204.
- [8] *Michielsen, H. J., Croon, M. A., Willemssen, T. M., et al.*: Which constructs can predict emotional exhaustion in a working population? A study into its determinants. *Stress Health*, 2007, 23, 121–130.
- [9] *Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., et al.*: Relationships among burnout, coping style and personality: Study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2008, 62, 174–176.
- [10] *Wu, H., Ge, C. X., Sun, W., et al.*: Depressive symptoms and occupational stress among Chinese female nurses: The mediating effects of social support and rational coping. *Res. Nurs. Health*, 2011, 34, 401–407.
- [11] *Siegrist, J., Starke, S., Chandola, T., et al.*: The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc. Sci. Med.*, 2004, 58, 1483–1499.
- [12] *Demerouti, E., Bakker, A. B., de Jonge, J., et al.*: Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scand. J. Work Environ. Health*, 2001, 27, 279–286.
- [13] *Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., et al.*: A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J. Adv. Nurs.*, 2000, 32, 454–464.
- [14] *Kittel, F., Leymen, F.*: A study of work stressors and wellness/health outcomes among Belgian school teachers. *Psychol. Health*, 2003, 18, 501–510.
- [15] *Bakker, A. B., Demerouti, E., Verbeke, W., et al.*: Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Hum. Resource Manage.*, 2004, 43, 83–104.
- [16] *Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., et al.*: Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Stress Health*, 2004, 20, 255–260.
- [17] *Oláh, A.*: Emotions, coping and optimal experience. [Érzelmek, megküzdés és optimális élmény.] Trefort Kiadó, Budapest, 2006. [Hungarian]
- [18] *Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., et al.*: Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *J. Nurs. Manag.*, 2009, 17, 359–365.
- [19] *Ben-Zur, H., Michael, K.*: Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Soc. Work Health Care*, 2007, 45, 63–82.
- [20] *Van der Colff, J. J., Rothmann, S.*: Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA J. Ind. Psychol.*, 2009, 35, 1–10.
- [21] *Pikó, B.*: Behavioral science approach to nursing profession: Psychosomatic symptoms – job related stress – social support. [A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás.] *LAM*, 2001, 11, 318–325. [Hungarian]
- [22] *Polman, R., Borkoles, E., Nicholls, A. R.*: Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *Br. J. Health Psychol.*, 2010, 15, 681–696.
- [23] *Bennett, P., Lowe, R., Matthews, V., et al.*: Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress and Health*, 2001, 17, 55–63.
- [24] *Salavecz, G., Neculai, K., Rózsa, S., et al.*: Reliability and validity of the Effort–Reward Imbalance Questionnaire. [Az Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2006, 7, 231–246. [Hungarian]
- [25] *Rózsa, S., Purebl, G., Susánszky, É., et al.*: Dimensions of coping: Hungarian adaptation of the Ways of Coping Questionnaire. [A megküzdés dimenziói: a Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2008, 9, 217–241. [Hungarian]
- [26] *Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P.*: Maslach Burnout Inventory: Manual (3rd edition). Consulting Psychologists Press, Palo Alto, CA, 1996.
- [27] *Mészáros, V., Ádám, S., Szabó, M., et al.*: The bifactor model of the Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) – an alternative measurement model of burnout. *Stress Health*, 2013. Jan 24. (Epub ahead of print)
- [28] *Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., et al.*: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1961, 4, 561–571.
- [29] *Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J.*: Properties of the sorted version of Beck Depression scale in a local sample. [A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.] *Psychiatria Hung.*, 2001, 16, 384–402. [Hungarian]
- [30] *Köpp, M., Szedmák, S., Lőke, J., et al.*: The frequency and significance of depression symptoms among the Hungarian population. [A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében.] *LAM*, 1997, 7, 136–144. [Hungarian]
- [31] *Van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., Buunk, B. P.*: The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *J. Appl. Psychol.*, 1998, 83, 392–407.
- [32] *Leiter, M. P., Maslach, C.*: Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work. Jossey-Bass, San Francisco, CA, 2005.

(Mészáros Veronika,
Budapest, Tömő u. 25–29., 1083
e-mail: meszaros.veronika81@gmail.com)