

Segítő foglalkozású szakemberek jólléte a COVID-19 járvány első hullámában – A vitális kimerültség többtényezős vizsgálata

TÖRÖK GÁBOR PÁL* – ASZTALOS BERNADETT – JOÓB MÁTÉ –
TÉSENYI TIMEA – DANIS ILDIKÓ – PILINSZKI ATTILA

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet,
Budapest, Magyarország

(Beérkezett: 2021. április 22.; elfogadva: 2021. december 29.)

Elméleti háttér: Az olyan válsághelyzetekben, mint a COVID-19, kiemelt hangsúlyt kell kapjon a segítő szakmákban dolgozó szakemberek pszichés támogatása a szolgáltatások fenntarthatósága és a kiegész megelőzése szempontjából. Különösen fontos a kiegész hátterében felismerhető vitális kimerültség mérése. *Cél:* Keresztmetszeti vizsgálatunk célja a segítő területen dolgozók vitális kimerültségének és ennek különböző háttérváltozókkal való összefüggéseinek vizsgálata a COVID-19 első hullámában. *Módszerek:* Online kérdőívünket az egészségügy, a szociális ellátás, az oktatás és a hitélet területén dolgozó szakemberek ($n = 931$) töltötték ki. A kérdőív a vitális kimerültség felmérése mellett kitért a szociodemográfiai, fizikai (egészség-magatartással kapcsolatos), munkahelyi és családi jellemzők feltérképezésére. *Eredmények:* Megállapítottuk, hogy az egészségügyi és szociális dolgozók kimerültebbek, mint mások ($F(1, 929) = 16,801; p < 0,001$). A vitális kimerültség alakulásában a következő változóknak tulajdoníthatunk nagyobb prediktív hatást: az alvás minőségének változása ($\beta = 0,292; p < 0,01$), a család és munka egyensúlyának változása ($\beta = -0,238; p < 0,01$) és a szubjektív egészségi állapot ($\beta = -0,201; p < 0,01$). Közepes erősségű összefüggést láttunk az étkezések gyakoriságának változása és az alvásminőség változása között ($\chi^2(4, n = 931) = 144,8; p < 0,001$), valamint a család-munka egyensúly változása és az alvás minőségének változása között ($\chi^2(12, n = 788) = 171,4; p < 0,001$). *Következtetések:* Az alvás megfelelő minőségének és mennyiségének, a rendszeres étkezésnek és a fizikai aktivitásnak nemcsak megelőző szerepe, hanem stabilizáló ereje van akut krízisekben is. Az egyéni tényezőkön túl a munkáltatóknak is fontos szerepük van az alkalmazottak jóllétének megőrzésében, hiszen a munkahelyi kommunikáció és a munkakörülmények is jelentős mértékben befolyásolják azt.

Kulcsszavak: jóllét, vitális kimerültség, alvásminőség, segítő szakemberek, COVID-19, életmód

* Levelező szerző: Dr. Török Gábor Pál, Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közszolgálati Kar, Mentálhigiéné Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: torok.gabor@public.semmelweis-univ.hu

1. Bevezetés

A „Segítő szakemberek jóllétének és megváltozott élethelyzetének vizsgálata a magyarországi COVID-19 járvány kezdeti szakaszában” címmel indult kutatásunk célja a helyzetkép feltárása volt a hazai humán segítő foglalkozású szakemberek egyéni, családi és közösségi jóllétéről, pszichoszociális állapotáról, és a szubjektív megélésük megismerése a munka-család-feltöltődés egyensúly megtalálásának nehézségeiről és sikereiről a koronavírus okozta járványügyi helyzetben.

Magyarországon az első COVID-19 eseteket 2020. március 4-én jelentették be, majd 2020. március 28-án érvénybe lépett a kijárási korlátozásról szóló rendelet – 71/2020. (III. 27.) –, amely előírta, hogy a lakóhelyet csak munkavégzés céljából lehet elhagyni, nyilvános helyeken másfél méteres távolságot kell tartani, és a 65 év felettiak számára délelőtti vásárlási sávot kell létrehozni. Adatfelvételünk e rendelet érvényességének utolsó napjaiban, május 8. és 17. között zajlott.

A járvány és a korlátozások nagy hatással voltak az egyéni jóllétre, a társas kapcsolatokra és a munkakörülményekre is, ezzel több tanulmányban is foglalkoztak már az elmúlt időszakban, lakossági vizsgálatok keretében (pl. Hossain, Mullick, Haidar, & Aktaruzzaman, 2020; Kulig és mtsai, 2020; Lazáry, 2020; Lesser & Nienhuis, 2020; Recchi és mtsai, 2020; Yang & Ma, 2020) és speciális célcsoportok körében is (pl. Albert-Lőrincz & Albert-Lőrincz, 2020; Bhaumik, Moola, Tyagi, Nambiar, & Kakoti, 2020; Cao és mtsai, 2020). E tanulmányok eredményei rámutattak arra, hogy a járvány első két hullámában az egészségügyben (Alharbi, Jackson, & Usher, 2020; Barello & Graffigna, 2020; Shah, Chaudhari, Kamrai, Lail, & Patel, 2020), a szociális ellátásban (Banks és mtsai, 2020; Truell, 2020), az oktatásban (Albert-Lőrincz & Albert-Lőrincz, 2020; Collie & Martin, 2020; Hart & Nash, 2020; Sokal, Eblie Trudel, & Babb, 2020) és a hitélet területén (Greene, Bloomfield & Billings, 2020) is jelentős mértékű stresszel találkoztak a segítő szakemberek, ami hatással volt a személyes jóllétükre és a vitális kimerültségükre is.

Jelen kutatásunk sajátossága, hogy az adatokat kizárólag segítő szakemberek körében vettük fel az első karantén idején, amikor a legszigorúbb kijárási korlátozások között élt Magyarország teljes lakossága. Ez a helyzet mindenki számára új és megterhelő volt, ami jelentős stresszhelyzetet jelentett kiváltképp azokban a szektorokban, amelyek a járvány kiváltotta krízis kezelésében közvetlenül részt vettek.

Vizsgálatunk célja az volt, hogy felmérjük a vitális kimerültség alakulását négy változó csoport (szociodemográfiai jellemzők, fizikai jóllét, munka, család) összefüggésében az egészségügyben, a szociális ellátásban, az okta-

tásban és a hitélet területein dolgozó szakemberek körében. Cikkünkben a vitális kimerültséget a fizikai jóllét háttérváltozói közül kiemelten az alvásminőség változásával vetjük össze, mert a szakirodalom szerint jelentős összefüggés mutatkozik e két vizsgált tényező között (Richman, Kubzansky, Maselko, Ackerson, & Bauer, 2009; Cohen, Bavishi, Haider, Thankachen, & Rozanski, 2017; Frestad & Prescott, 2017).

Kutatási eredményeinkkel szeretnénk hozzájárulni a járványügyi krízishelyzetben az új, egyéni élethelyzetek segítéséhez, a munkahelyi feladatok és kihívások innovatív megoldásához, a szakmai motivációk fenntartásához, valamint a rendkívüli helyzetben való kitartás ösztönzéséhez és a kiégés megelőzéséhez.

2. Szakirodalmi áttekintés

A modern, 21. századi társadalmakban könnyen kialakulhatnak olyan helyzetek, amelyek a munkavállalók kimerüléséhez, esetleges kiégéséhez vezetnek. A hosszabb és kiszámíthatatlanabb munkaidő, a munkahelyi stressz, az időigényes feladatok és az egyéb tényezők megnehezítik a mindennapi munka és a magánélet egyensúlyát. A segítő szakmákban a vitális kimerültség és/vagy a kiégés gyakoribb lehet (Shanafelt és mtsai, 2015), mint más munkakörökben. Azokban a szakmákban, ahol a hosszú és megterhelő munkaórák (gyakran éjszaka és hétvégén), valamint a fizikailag és érzelmi-ileg intenzív munka jellemző, a munka és a családi igények kiegyensúlyozása komoly kihívást jelent. A segítő tevékenységben az együttérzésnek és a másokról való gondoskodásnak – minden pozitív jutalmazó hatása mellett –, az emocionális terhe is jelentős, és könnyen felborulhat a pozitív és negatív hatások egyensúlya. Ilyenkor a kifáradás, az úgynevezett „gondoskodás ára”, túlzott mértékű lehet, ami a segítő szakember kimerüléséhez és megbetegedéséhez vezethet (Kegyé, Takács, Ries, Zana, & Hegedűs, 2018; Salavecz, Neculai, Rózsa, & Kopp, 2006; Samson és mtsai, 2016).

A nem krízishelyzetben történő, általános munkavégzés következtében a kimerültség és a kiégés legnagyobb kockázata az egészségügyi szakembereknél figyelhető meg, az orvosok (Fralick & Flegel, 2014; Patel, Bachu, Adikey, Malik, & Shah, 2018; Tucker, Bejerot, Kecklund, Aronsson, & Åkerstedt, 2015; Walsh, 2013), az orvostanhallgatók (Ishak és mtsai, 2013) és az ápolók (Galletta és mtsai, 2016; Gorgievski, Van der Heijden, & Bakker, 2019) körében. Más szakmákkal összehasonlítva az orvosok esetében körülbelül kétszeres a kiégés, valamint a munka és a család konfliktusának kockázata (Shanafelt és mtsai, 2012). A COVID-19 járvány első hulláma idején azonban arra is rámutattak a vizsgálatok, hogy az idősödés kihívásaival

küzdő társadalmakban az ellátás megszervezése terén nagyobb teher hárult a szociális szférában dolgozókra is (Geisler, Berthelsen, & Muhonen, 2019; Lloyd, King, & Chenoweth, 2002).

Az egészségügyi és szociális szférában működő szakemberek mellett más területeken dolgozók is magas szintű érzelmi stresszt élnek meg: az oktatás (García-Carmona, Marín, & Aguayo, 2019; Sokal és mtsai, 2020) és a hitélet (Lewis, Turton, & Francis, 2007; Weaver, Larson, Flannelly, Stapleton, & Koenig, 2002) területén is veszélyben vannak a szakemberek. A segítők rendkívüli leterheltsége negatívan befolyásolhatja az általános egészségmagatartásukat is. Gyakran megfigyelhető körükben például az elégtelen alvás, a rendszertelen és egészségtelen táplálkozás, valamint a fizikai aktivitás elégtelensége (Tucker és mtsai, 2015). E tényezők hosszabb távú fennmaradása vitális kimerültséget okozhat és a szubjektív jóllét megváltozását eredményezheti, ami viszont a munkaminőség romlásával és a munkából való tartós kieséssel is fenyegethet.

A COVID-19 járvány, mint közegészségügyi vészhelyzet alapvetően megváltoztatta és sok esetben felborította az egyének, a közösségek és az egész társadalom korábbi életritmusát. A járvány által kiváltott változások jelentős hatással vannak a mentális egészségre, és sok ember életében válságot okoznak, főleg az amúgy is sérülékeny csoportokban, a korábban is jelentős megterhelés alatt álló és most fokozottan igénybe vett szakterületeken (Liu és mtsai, 2020; Pfefferbaum & North, 2020). A rendkívüli fizikai és emocionális terhelés megfelelő kezelésében fontos figyelembe venni, hogy a járvány okozta krízis és az azzal járó munkaterhek növekedése ugyan valóban veszélyt jelent a jóllét fenntartása és a vitális kimerülés szempontjából, e negatív hatás mérsékelhető. A korábbi kutatások eredményei ugyanis rámutattak arra, hogy a még emocionálisan rendkívül megterhelő munkakörökben is, mint például a hospice-nővérek esetében, akik gyakrabban találkoznak a halállal, a szenvedéssel és a tehetetlenséggel, a túlterhelődéstől és kiégéstől megóvhat, ha elkötelezetten és a munkában értelmet látva tudják végezni a segítők a tevékenységüket (Kegye és mtsai, 2018). Ezért a megnövekedett vagy átlagon felüli terhek viselésének képességét, a járvány életet veszélyeztető hatására adott egyéni reakciókat érdemes tágabb kontextusban, több tényező mentén vizsgálni. A szubjektív jóllét és a vitális kimerültség kutatása nemcsak a mentális állapot önjellemzését veszi figyelembe, hanem az életmódból, az egészség-magatartásból és a társas kapcsolatokból fakadó egyéb tényezőket is, és átfogó képet nyújt az egyén életminőségéről (Anderson & Fowers, 2020; Shi, Joyce, Wall, Orpana, & Bancej, 2019). Bár a jóllét lassan változó mutató, a COVID-19 járvány többszintű fenyegetés, amely könnyen felboríthatja a korábbi egyensúlyt, vagy súlyosbíthatja azokat a problémákat, amelyek korábban csak kisebb nehézségeket okoztak.

2.1. A vitális kimerültség, a jóllét és a kiegészés

A vitális kimerültség pszichológiai konstruktuma olyan állapotot ír le, amely a tartós, ellenőrizhetetlen stresszre adott emberi reakcióként értelmezhető (Appels, Höppener, & Mulder, 1987). A jelenség egy megfigyelhető és mérhető triáddal határozható meg, amelyek a fokozott mentális és fizikai fáradtság (energiavesztés), a fokozott ingerlékenység (irritabilitás) és a demoralizáció érzése.

Két nemrégiben publikált szisztematikus áttekintés és metaanalízis (Cohen, Bavishi, Haider, Thankachen, & Rozanski, 2017; Frestad & Prescott, 2017) eredményei szerint, a terület három évtizedes kutatása empirikus bizonyítékokat szolgáltat arra vonatkozóan, hogy a vitális kimerültség független előrejelző és kockázati tényező (relatív kockázat: 1,5–2,6) az első és visszatérő kardiovaszkuláris betegségek, az akut miokardiális infarktusz és a cerebrovaszkuláris események hátterében is. Appels és munkatársai (1987) a koszorúér-betegség megnövekedett relatív kockázatát (2,3) találták azoknál, akiknél a megterhelő esemény előtt magas volt a vitális kimerültség. A vitális kimerültség más pszichológiai konstruktumokhoz is kapcsolódik, például a depresszió szomatikus-affektív dimenziójához, a krónikus fáradtság szindrómához és a kiegészéshez, amelyek mindegyike összefügg a koszorúér-betegségek előfordulásával (Azevedo, Roest, Hoen, & De Jonge, 2014).

A kiegészési szindróma és a vitális kimerültség között szoros összefüggés van. A specifikus fizikai és pszichológiai tünetek mellett a kiegészésnek három kulcsfontosságú eleme is van: az érzelmi kimerültség, a cinizmus és a munkahatékonyság elvesztésének érzése, amely a krónikus stresszre adott hosszú távú válaszként is értelmezhető (Kudielka, Bellingrath, & Hellhammer, 2006). A Betegségek Nemzetközi Osztályozása (WHO, 2004) a kiegészést „a vitális kimerültség állapotaként” határozta meg.

A jóllét fogalma egy komplex, sokdimenziós konstruktum, amely holisztikus szemléleten, valamint a fejlődés és a mentális egészség biopszichoszociális-spirituális modelljén alapszik (Saad, de Medeiros, & Mosini, 2017). Célja a mentális állapot leírása, tágabb értelemben a társas kapcsolatok, az egészség-magatartás és a munkával kapcsolatos mutatók meghatározó jellemzői révén. Az egyéni jóllét azt jelenti, hogy az egyén képes megbirkózni a magánélet vagy a munkahely nehézségeivel, és kiegyensúlyozott, teljes életet élhet a sikeres megküzdés eredményeként (Dodge, Daly, Huyton, & Sanders, 2012; Headey & Wearing, 1989).

Összefoglalva elmondható, hogy a vitális kimerültség egy olyan kontinuum negatív végpontjaként értelmezhető, ahol a vitalitás a testi és szellemi jóllét pozitív észlelése. Ebből a szempontból a vitális kimerültség válasz a

hosszan tartó stresszre (Richman, Kubzansky, Maselko, Ackerson, & Bauer, 2009), amit Thayer (1990) nyomán „nagy feszültséggel és szorongással járó fizikai kimerültségnek” nevezhetünk.

2.2. A járványhelyzet és az életvitel összefüggései

Az életvitel fenti tényezőire a járványhelyzet jelentős hatást gyakorolt, mivel a társadalmi elszigeteltség és a közösségi terek bezárása mérhető változásokat okozott az emberek hangulatában és egészség-magatartásában. A nemzetközi kutatások eredményei szerint a helyzet a lakosság egy részének lehetőséget adott arra, hogy rugalmasabban szervezze az idejét, így többet aludjon, egészségesebben táplálkozzon, és többet edzen, mint korábban (Arora & Grey, 2020). E csoportban az egészséges életmód és a jóllét megnövekedett szintje volt kimutatható (Recchi és mtsai, 2020). Egy brit felmérésben azonban a válaszadók 49%-a számolt be magasabb stressz-szint-ről (szorongó és depresszív hangulatról), 38%-uk szerint kevesebbet vagy kevésbé jól aludt, mint a pandémiát megelőzően, és 35%-uk több ételt vagy kevésbé egészséges ételt evett, mint korábban (Duffy és mtsai, 2020). Az általános populációban azok a dolgozó nők, akik 0–5 éves gyerekeket neveltek a világjárvány kitörésekor, a munka és a család egyensúlyát jelölték meg a pandémia legnehezebb kihívásának. Különösen nehéz volt ez azok számára, akiknek a világjárvány idején az otthonukon kívül kellett dolgozniuk (Olaszországban: Del Boca, Oggero, Profeta, & Rossi, 2020; az Egyesült Királyságban: Sevilla & Smith, 2020).

A szakirodalomban már korábban is foglalkoztak azzal a jelenséggel, hogy például a női orvosok körében lényegesen gyakoribb a kiégés, mint a férfi orvosoknál (Walsh, 2013). A válság általában növelte a segítő szakmákban dolgozók és köztük kifejezetten a nők munkaterhelését. Ez utóbbi megállapítás abból a szempontból fontos, mivel a segítő szakemberek többsége általában nő.

Elmondható, hogy a segítőik életében a járvány hatására egyszerre jelentek meg jelentős stresszteni életesemények és krónikus stresszorok, amelyek a testi egészségi állapot jelentős prediktorai (Rózsa és mtsai, 2008). A krízishelyzet a szakemberek mentális egészségét és egyéni jóllétét is jelentősen befolyásolja (Kontoangelos, Economou, & Papageorgiou, 2020). Ezért az ő mentális állapotukat, általános és fizikai jóllét mutatóik változását figyelemmel kell kísérnünk annak érdekében, hogy megértsük a befolyásoló tényezőket, és megfelelő beavatkozásokat tudjunk tervezni (Arden & Chilcot, 2020).

A járvány negatív mentálhigiénés hatásaira rámutatva Osváth (2021) kiemeli, hogy az alvászavar gyakori jelenség, amely megnöveli a szorongásos

és depressziós tünetek megjelenési valószínűségét és a szuicidium kockázatát. Lin és munkatársai (2021) a járvány csúcspontján a kínai lakosság szubjektív alvásminőségének és mentális egészségének összefüggéseit vizsgálták. Eredményeik szerint a járvány általi fenyegetettség foka összefüggést mutatott az álmatlansággal, a depresszióval, a szorongással és az észlelt stresszel. A vizsgálatban résztvevők között a legnagyobb arányban a súlyos depresszió (24,5%) és a klinikai inszomnia (20,1%) volt tapasztalható, de a többi tünet is 15–18% közötti arányban volt jelen. Javaslatként fogalmazták meg azt, hogy a járvány elmúltával ezzel tudatosan foglalkozni kell. Francescini és munkatársai (2020) az olasz lakosság körében végeztek vizsgálatot, több mint 6000 fő vett részt a felmérésben. Vizsgálatuk szerint a lakosság több mint felének romlott az alvásminősége és alvási szokásai a lezárásokat is jelentő korlátozó intézkedések után. A kutatócsoport szerint multidiszciplináris beavatkozások szükségesek a lezárások okozta válságra adott válaszok megtervezése érdekében. Egy Magyarországi mintán is felvett nemzetközi kutatás eredménye pedig rámutatott arra is, hogy a stresszes médiakörnyezet is negatívan hat az alvás minőségére, ami pedig jelentősen befolyásolja a bezártsággal való megküzdés képességét és a járványhelyzet konstruktív kezelését az életvitelben (Simor és mtsai, 2021). Pappa és munkatársai (2020) a pandémia idején egészségügyi dolgozók körében folytattak kutatást. Eredményeik alapján hangsúlyozták annak szükségességét, hogy meg kell találni a mentális egészségi kockázatok mérséklésének módjait és hatékony intervenciókat szükséges kidolgozni ahhoz, hogy az egészségügyi dolgozók hosszabb pandémiás időszak esetén is el tudják látni a munkájukat, nagyobb mértékű egészségromlás nélkül. Vizsgálatukban a depresszió, a szorongás és az álmatlanság gyakoriságának emelkedését tapasztalták. Úgy találták, hogy a dolgozók jelentős részénél jelentkezett hangulat- és alvászavar (ez utóbbiról tízből négyen számoltak be), amelyek vitális kimerültséghez vezethetnek.

Egy másik olasz kutatásban Di Renzo és munkatársai (2020) a járvány és az étkezési szokások összefüggéseit vizsgálták. Azt tapasztalták, hogy a résztvevők 48,6%-ánál volt tapasztalható súlygyarapodás, miközben megnövekedett fizikai aktivitásról számoltak be. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a járvány – társadalmi és gazdasági következményei miatt – közvetve is nagy hatást gyakorol az emberek egészségére a társadalmi távolságtartás és az otthoni elszigeteltség révén.

Mivel az alvás, az étrend és a fizikai aktivitás önmegerősítő tranzakciós ciklussal rendelkezik, minden szokás pozitívan és negatívan erősítheti a másikat. Ezeknek egészséges körére van szükség a helytelen étrenddel összefüggő krónikus betegségek megelőzéséhez is (Arora & Grey, 2020; Ingram, Maciejewski, & Hand, 2020). A tartós időnyomás és a megzavart alvás vitális kimerültséget és kiégést egyaránt okozhat. Az alvás és a rekreá-

ciós folyamatok problémái közvetítőmechanizmusok lehetnek a munkahelyi stressz átélése és a kiegészítés között. A károsodott (csökkent vagy szét-töredezett) alvás nem képes támogatni a napi aktivitás utáni pihenést és felépülést, és hozzájárulhat az allosztatikus terheléshez és a szomatikus morbiditáshoz (Grossi, Perski, Osika, & Savic, 2015; Söderström, Jeding, Ekstedt, Perski, & Åkerstedt, 2012). A cirkadián ritmus megszakadása a nagyon – akár szélsőségesen – hosszú munkaidőből (12–24 óra) fakadó eltolódások miatt (Koy, Yunibhand, & Turale, 2020) nyomást gyakorolhat a test és a kognitív működés számos fiziológiai paraméterére (Caruso, 2014; Rhéaume & Mullen, 2018). Ezek az eredmények rámutatnak arra, hogy a közegészségügyi helyzet optimalizálása járvány idején nemcsak az orvostudomány és más egészségtudományok közreműködését igényli, hanem az összes olyan humán tudományét is, amelyek az életmóddal, a társas viselkedéssel és a munka-magánélet egyensúlyával foglalkoznak.

2.3. A COVID-19 járvány első hullámának hatása az egészségügyi és a szociális szférában

A pandémia kitörésekor, a kijárási korlátozások alatt – más országokhoz hasonlóan hazánkban is – a legnagyobb kihívást a betegek és az idősek ellátása jelentette, amely elsősorban az egészségügyi és a szociális szférát érintette, amelyekben bizonyos ellátásokat végig fenn kellett tartani. A járvány első hullámában e két terület képviselőire nehezedett hirtelen és váratlan nagy nyomás, így ők voltak leginkább kitéve a stressznek. Azokra, akik az egészségügyben – különösen a kórházi ellátásban – dolgoznak, hatalmas fizikai és pszichológiai igénybevétel hárult (fizikai, érzelmi és szellemi megterhelés, félelem és a fertőzési folyamatok bizonytalansága). A szociális szférában különösen az idősellátásban tevékenykedők voltak érintettek, ahol pár nap leforgása alatt kellett reagálni a megváltozott ellátási igényekre. A járvány első hullámában az időseket és a krónikus betegséggel élőket nevezték meg a legveszélyeztetettebbeknek, ezért az ő ellátásuk, elkülönítésük, illetve az ellátás új kereteinek kialakítása került a fókuszba. Az ellátás átszervezése a dolgozóknak jelentősen átalakított munkakörülményeket, a munkaidő-beosztás változását, valamint a lelki, illetve a fizikai terhelés növekedését jelentette (Osváth, 2021).

Az ellátásban legközvetlenebbül érintett egészségügyi dolgozóknak is jelentős változással kellett szembenézniük, mivel a korábbi járványok idején ilyen mértékű terheléssel és veszteségekkel nem kellett megküzdeniük (Maunder és mtsai, 2003). A növekvő számú kritikus állapotú beteg, a kompetenciahatárok átlépésével fenyegető körülmények, az aggódó hozzátartozókkal való kommunikáció, és az egyre emelkedő halálozások jelentős

distresszt okoztak. A szorongásukat tovább tetézték a bizonytalan információk, a szereteteiktől való elszakítotttság, illetve a félelem, hogy nehogy ők vigyék tovább a fertőzést (Schwartz, King, & Yen, 2020).

A korábbi SARS-, MERS- és H1N1-járványokkal kapcsolatos tapasztalatok szerint az egészségügyi dolgozók ezekben a helyzetekben gyorsan kiéghetnek. Ezen időszakokban ugyanis az általános munkavégzéssel járó stresszhelyzetek mellett további hatótényezők azonosíthatóak: a folyamatok és eljárások feletti ellenőrzés hiánya, a rossz kommunikáció és az elégtelen útmutatások, a pszichológiai támogatás hiánya, valamint a hosszan tartó szenvedések és halálos kimenetelű események tapasztalatai (Shah Kamrai és mtsai, 2020).

A felkészülés és az átalakítás mindkét szektort érintette, de az átalakulással egy időben megnövekedett számú ellátás a szociális területen azonnal tapasztalható volt. Ez másként alakult az egészségügyben, ahol az első hullámban várt terhelés végül is elmaradt, de később a második és harmadik hullámban kicsúcsosodott. Az idősellátásban megnövekedett az otthonápolás mennyisége is, de nagy számban jelentek meg a rendszerben azok az idősök is, akik bár ápolást nem, de ellátást, például vásárlást, ügyintéztést, gyógyszerkiváltást stb. igényeltek. A szociális szférának eddigi állományával e kibővült feladatkört úgy kellett ellátnia, hogy a járvány hatására a rendszerben lévő, szociálisan vagy pszichésen ellátásra szorulóknak a növekvő krízishelyzetben még rosszabb helyzetbe kerültek, és még több kihívást jelentettek az ellátóknak (Deák, 2020; Patyán, Széman, & Asztalos, 2020; Vass, 2020).

A korlátozó intézkedések, a távolságtartás, az otthoni elszigeteltség talán még nagyobb kihívást jelentett azokban a társadalmakban, ahol a lakoságon belül az idősök aránya jelentős. Írországban, ahol – hazánkhoz hasonlóan – a lakosság közel 20%-a 65 évnél idősebb, nagy félelem övezte az eszköz- és egészségügyi ellátási kapacitásokat. Brennan, Reilly, Cuskelly és Donnelly (2020) kiemelik, hogy a szociális munkásoknak kulcsszerepük van az ellátásban: ők azok, akik rendszeresen válságban lévő emberekkel dolgoznak, s egyre inkább olyan idősokkal, akik szegénységet, rossz egészségi állapotot, depressziót, kognitív hanyatlást élnek meg, ezek pedig a családtagokra is kihatnak, vagyis a társadalom egyéb tagjaira is. A járvány tovább súlyosbított számos problémát az idősök és gondozóik számára, mint például a mentális egészséggel kapcsolatos nehézségek növekedését (bánat, veszteség), az ezzel kapcsolatos etikai dilemmákat, és az önrendelkezés kérdésének problémakörét.

A pandémia mentális egészségre tett hatását elemezve több nemzetközi és hazai tanulmányban (pl. Bo és mtsai, 2020; Boyraz & Legros, 2020; Horesh & Brown, 2020; Osváth, 2021) is traumatikus hatásként írták le a járványhelyzetet, amelyben az alanyok poszttraumás stressztüneteket mu-

tattak. A változással járó stressz tehát traumatikus hatásúra is növekedhet ebben a helyzetben, az egyén a korábbi jóllétét fenntartó egyensúlyát elveszítve, sok esetben krízisbe kerül, a korábbi megküzdési stratégiái kevésnek bizonyulnak vagy nem működnek. Ezért kiemelten fontos azon tényezők beazonosítása, amelyeknek a hirtelen megváltozott körülmények között protektív és preventív szerepe lehet a megküzdési képesség fenntartásában és az egyéni krízishelyzetek elmélyülésének megelőzésében.

Tanulmányunk a segítő szakemberek mintáján vizsgálja a vitális kimerültség szintjének változatosságát, valamint a konstruktum társadalmi-gazdasági háttérváltozókkal, a fizikai jólléttel, a munkával és a családdal kapcsolatos összefüggéseit a COVID-19 járvány első hulláma alatt. Vizsgálatunk fókuszja a következő kutatási kérdések mentén fogalmazható meg:

1. Előre jelzik-e a vitális kimerültség szintjében mért különbségeket a segítő szakemberek körében mért szociodemográfiai háttérrel, fizikai jólléttel, valamint a munkával és családdal kapcsolatos változók közötti különbségek?
2. Mekkora a háttérváltozók különböző csoportjainak prediktív ereje a vitális kimerültség szintjének bejósolásában?

3. Módszerek

3.1. Résztvevők és eljárás

A keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálat megkezdése előtt az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottság jóváhagyását kértük (engedélyszám: IV/4005-2/2020/EKU). Az online kérdőív kitöltése előtt minden résztvevőt tájékoztattunk a vizsgálat céljáról, az önkéntességről és az adatok anonim kezeléséről. A részvétel feltétele az írásos beleegyezés adása volt.

Az adatokat egy online felmérési program (LimeSurvey) segítségével gyűjtöttük össze. A kérdőív 2020. május 8. és 17. között 10 napig állt rendelkezésre a magyarországi kijárási tilalom utolsó hetében. A válaszadókat hálalabda mintavételi módszerrel értük el, különféle szakmai levelezőlistákon és fórumokon. A kérdőív kitöltésére az egészségügy, a szociális ellátás, az oktatás és a hitélet területén dolgozó szakembereket kértük. Összesen 1535 válaszadó nyitotta meg a kérdőívet és kezdte el kitölteni. 751 résztvevő válaszolt minden kérdésre, 784 pedig részben töltötte ki a kérdőívet. Az elemzésben összesen 931 fő adatait használtuk. Nem alkalmaztunk kizárási kritériumokat.

3.2. Méréseszközök

Szociodemográfiai kérdésblokk: Az alapvető kérdéseken (nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely típusa) a kérdőívben rákérdeztünk a jövedelmi kategóriára (ennek egy kétértékű változatával végeztük az elemzéseket) és a szubjektív anyagi jólétre (részletesebben lásd az 1. táblázatban).

Maastrichti Vitális Kimerültség Kérdőív: a vitális kimerültség mérésére a Maastrichti Vitális Kimerültség Kérdőív magyar nyelvű, 5 tételes rövid változatát használtuk (Appels, Falger, & Schouten, 1993; Kopp, Falger, Appels, & Szedmák, 1998). A skála belső megbízhatósága az eredeti vizsgálatban megfelelőnek bizonyult (Cronbach- α = 0,83; Appels és mtsai, 1993). Kutatásunkban a skála eredeti dichotóm (igen-nem) pontozása helyett 5-fokozatú Likert-típusú skálát (végpontok: 1 = egyáltalán nem; 5 = teljes mértékben) használtunk a konstruktum differenciáltabb eloszlásának méréséhez. A kérdőívben elért magasabb pontszám nagyobb mértékű vitális kimerültséget jelez. Vizsgálatunkban a mérőeszköz belső konzisztenciája szintén megfelelő volt (Cronbach- α = 0,89).

Fizikai jóllét: az alvásról, az étkezésről és a fizikai aktivitásról is kérdeztük a válaszadókat. A kérdések a tényekre (pl.: „Az elmúlt héten naponta átlagosan hány órát aludt?”; „A járványügyi helyzet előtt milyen rendszerességgel étkezett?”; „A járványügyi helyzet előtt milyen gyakran végzett intenzív testmozgást?”) és a pandémiát megelőző gyakorlathoz képest kialakult változásra vonatkoztak (pl. „Milyen gyakran végez intenzív testmozgást a járványhelyzetet megelőző időszakhoz képest?”). A kérdőívben kitértünk a válaszadók szubjektív egészségi állapotára is („Milyennek tartja az Ön egészségi állapotát?”).

Munkához kapcsolódó változók: a munkaidővel és munkabeosztással kapcsolatos kérdéseinket az aktuális állapotra és retrospektív módon a járványhelyzet előtti időszakra vonatkozóan is feltettük. Két kérdés került a kérdőívbe a munkával való elégedettséggel kapcsolatban: az első a szakmai tevékenységről („Mennyire elégedett jelenlegi munkájával, szakmai tevékenységével [feladatok, hasznosság stb.]?”); a másik pedig a munkakörülményekről szövelt („Mennyire elégedett jelenlegi munkakörülményeivel [időbeosztás, munkaterhelés, kommunikáció stb.]?”). A kérdéseket a válaszadók 10-fokú Likert-skálán pontozták (végpontok: 1 = egyáltalán nem; 10 = teljes mértékben).

A családdal kapcsolatos változók: két egytétéles kérdést alkalmaztunk a családi életről („Jelenleg mennyire elégedett Ön a családjá mindennapi működésével?”) és a család-munka egyensúlyáról (Clarke, Koch, & Hill, 2004).

Ezeket is 10-fokú Likert-típusú skálán mértük (végpontok: 1 – egyáltalán nem; 10 – teljes mértékben). Emellett megkérdeztük, hogy miként változtak ezek a járvány következtében (végpontok: -3 = sokkal kevésbé elégedett; +3 = sokkal inkább elégedett).

3.3. Adatelemzés

Azokat a résztvevőket, akik nem válaszoltak a vitális kimerültségre vonatkozó kérdésekre, töröltük az adatbázisból. A szűkített adatállományban a vizsgált változók hiányának aránya elfogadható (Bennet, 2001) volt (az értékek legfeljebb 10%-a hiányzott, a vitális kimerültség itemeinél ez az arány kevesebb volt, mint 2%). A hiányzó adatok pótlására a Multiple Imputation (MI) módszert alkalmaztuk, kivéve azokat a változókat, amelyeknél a hiány szisztematikus volt.

Első lépésként a változók leíró statisztikáit vizsgáltuk, és az adatok normalitását Q-Q és P-P diagramokkal és az eloszlások ferdeségének és csúcsosságának figyelembevételével elemeztük. A vitális kimerültség mint kimeneti változó normális eloszlásúnak bizonyult (ferdeség = 0,129, SE = 0,080; meredekség = -0,956, SE = 0,160). A szocioökonómiai és egyéb háttérváltozók, valamint a vitális kimerültség közötti összefüggéseket egy szemponos varianciaanalízissel és Pearson-féle korrelációval vizsgáltuk. Ezután egy hierarchikus lineáris regressziós modellt építettünk a vitális kimerültség prediktorainak és az azok által megmagyarázott varianciájának tesztelésére. A modellt négy lépésben építettük fel Enter módszerrel, hogy megvizsgáljuk a különböző változócsoportok (szociodemográfiai változók, fizikaijóllét-változók, munkához kapcsolódó változók és családdal kapcsolatos változók) magyarázó erejét. Ezt követően χ^2 -próbákat végeztünk a modellben *kiemelt* prediktív erővel bíró változó és egyéb tényezők összefüggéseinek vizsgálatára.

4. Eredmények

4.1. Leíró statisztika

A mintában szereplő 931 szakember az egészségügyben (21,2%), a szociális ellátásban (38,4%), az oktatásban (22,6%), a hitélet területén (7,4%), a válaszadók egytizede pedig párhuzamosan több területen végzi a tevékenységét. A résztvevők 23–77 évesek voltak ($M = 45,3$ év, $SD = 9,8$ év). Az adatfelvétel idején a válaszadók 77,7%-ának volt partnere, 32,6%-uk a fővárosban élt, és döntő többségük (93,6%) felsőfokú végzettséggel rendelkezett. A család teljes jövedelmét tekintve a legtöbb válaszadó (22,3%) a 301–400 E Ft kate-

góriát jelölte meg, a szubjektív anyagi jólétre vonatkozó kérdésre a legtöbben (50,5%) a „beosztással jól kijönnek” választ adták (1. táblázat).

1. táblázat. Szociodemográfiai jellemzők

<i>Háttérváltozók I.: Szociodemográfiai jellemzők</i>		<i>n</i>	<i>% / M ± SD</i>
Életkor (év)		927	45,3 ± 9,79
Nem*	Nő	289	91,2
	Férfi	28	8,8
Iskolai végzettség	Legfeljebb középfokú	59	6,4
	Felsőfokú	815	87,9
	PhD	53	5,7
Lakóhely	Főváros	301	32,6
	Vidék	622	67,4
Párkapcsolatban él	Igen	673	77,7
	Nem	223	22,3
Gyermekek száma	0	351	39,1
	1	190	21,2
	2	203	22,6
	3 vagy több	154	17,1
A legfiatalabb gyermek életkora (év)		555	14,72 ± 8,61
Családi jövedelem**	legfeljebb 400 E Ft	505	55,5
	401 E Ft felett	405	44,5
A család anyagi helyzetének változása	rosszabb lett	176	18,9
	nem változott	712	76,5
	jobb lett	43	4,6
Szubjektív anyagi jólét	gondok nélkül élnek	261	28
	beosztással jól kijöttek	470	50,5
	éppen hogy kijöttek a havi jövedelmükből	167	18
	hónapról hónapra anyagi gondjaik voltak vagy nélkülözések között éltek	33	3,5

Megjegyzés: * Egy adatfelvételi hiba miatt a nemi megoszlást mintánknak csak egy kisebb részénél ($n = 317$) ismerjük. A hiányosságról részletesebben a limitációkban írtunk.

** A családi jövedelmük jellemzését a válaszadók tíz kategória közül választhatták ki. Az elemzésben a medián értéke alapján osztottuk két részre a mintát.

A függő és a háttér (független) változók leíró statisztikáit a 2. táblázat mutatja. Néhány, a változásra vonatkozó kérdés (pl. az alvás mennyisége, az étkezés rendszeressége, a családi étellel való elégedettség, a család és a munka egyensúlya) esetében azt találtuk, hogy a válaszadók közel azonos arányban számoltak be negatív, illetve pozitív irányú változásról. Az alvás minőségét és a fizikai aktivitást tekintve viszont negatívabb elmozdulást látunk.

2. táblázat. Leíró adatok

Változók	<i>n</i>	%/ M ± SD
Háttérváltozók II.: Fizikai jóllét		
A járványügyi helyzet előtt egy átlagos nap...		
kevesebbet tudtam aludni, mint most.	252	27,2
ugyanannyit aludtam, mint most.	423	45,8
többet tudtam aludni, mint most.	250	27
A jelen járványügyi helyzetben...		
rosszabbul alszom.	341	36,8
ugyanúgy alszom, se jobban, se rosszabbul.	486	52,4
jobban alszom.	100	10,8
A járványügyi helyzet előtt...		
napi 1-2 alkalommal tudtam étkezni.	210	22,8
napi 3-5 alkalommal tudtam étkezni.	711	77,2
A jelen járványügyi helyzetben...		
ennél rendszertelenebbül tudok étkezni.	137	14,8
ugyanolyan rendszerességgel tudok étkezni, mint előtte.	612	66,2
ennél rendszeresebben tudok étkezni.	176	19
A járványügyi helyzet előtt milyen gyakran végeztem intenzív testmozgást?		
Nem végeztem.	130	14
Havi 1-2 alkalommal.	152	16,4
Heti 1-2 alkalommal.	395	42,7
Heti 3-4 alkalommal vagy többször.	249	26,9

Változók	<i>n</i>	%/ M ± SD
A jelen járványügyi helyzetben...		
ritkábban mozgok, mint előtte.	387	42,4
ugyanolyan rendszerességgel mozgok.	308	33,7
gyakrabban mozgok, mint előtte.	218	23,9
Ön szerint általában mennyire egészségesen étkezik?		
1 - egyáltalán nem	26	2,8
2	94	10,1
3	392	42,1
4	343	36,8
5 - teljes mértékben	76	8,2
Milyennek tartja az Ön egészségi állapotát?		
1 - nagyon rossz	3	0,3
2	50	5,4
3	380	40,8
4	433	46,5
5 - nagyon jó	65	7
Alvással töltött órák száma	925	6,91 ± 1,09
Háttérváltozók III.: Munkával kapcsolatos változók		
Munkaterület		
Egészségügy	165	21,2
Szociális ellátás	299	38,4
Oktatás	176	22,6
Hitéleti	58	7,4
Vegyes	81	10,4
Munkabeosztás		
csak nappal	719	90,8
éjszaka is	73	9,2
Munkatapasztalat (év)	814	16,6 ± 10,91

Változók	<i>n</i>	%/ M ± SD
Heti munkaóra	821	39,3 ± 18,44
Elégedettség a munkával (szakmai tevékenység) (1 = egyáltalán nem; 10 = teljes mértékben)	821	7,22 ± 2,33
Elégedettség a munkával (munkakörülmények) (1 = egyáltalán nem; 10 = teljes mértékben)	823	6,15 ± 2,63
A járványhelyzetben a teljes munkaidő hány százaléka távmunka?	703	62,05 ± 38,39
Háttérváltozók IV.: Családdal kapcsolatos változók		
Elégedettség a család mindennapi működésével (1 = egyáltalán nem; 10 = teljes mértékben)	808	7,47 ± 2,09
Hogyan változott ez a járványügyi helyzet következtében? (-3 = sokkal kevésbé; +3 = sokkal inkább)	809	0,08 ± 1,39
Család-munka egyensúly (1 - egyáltalán nem; 10 - teljes mértékben)	677	6,1 ± 2,03
Hogyan változott ez a járványügyi helyzet következtében? (-3 = sokkal kevésbé elégedett; +3 = sokkal inkább elégedett)	788	-0,07 ± 1,54
Függő változó		
Vitális kimerültség (5-25)*	931	13,96 ± 5,48

Megjegyzés: * Az eredeti változónál adatimputálást alkalmaztunk.

4.2. A vitális kimerültség összefüggései a háttérváltozókkal

Egy szempontos varianciaanalízist végeztünk annak megállapítására, hogy megfigyelhető-e eltérés a vitális kimerültség szintjében a különböző háttérváltozók szerinti csoportok között. A következő változók kapcsán nem mutatkozott szignifikáns különbség: nem, párkapcsolati státusz (van-e párkapcsolata vagy egyedül él), a gyermekek száma, településtípus, a pandémiát megelőző étkezések gyakorisága, a járvány előtti testmozgás gyakorisága, a járvány előtti munkaidő. Megállapítottuk azonban, hogy a vitális kimerültség az alacsony (legfeljebb középfokú) iskolai végzettségűek körében szignifikánsan magasabb ($M = 16,07$, $SD = 5,35$) volt, mint a felsőfokú végzettségűek ($M = 13,8$, $SD = 5,42$) körében ($F(1, 929) = 9,711$; $p = 0,35$). A vitális kimerültség magasabb szintje volt tapasztalható azoknál, akik 6 év alatti

gyermeket neveltek, mint az idősebb gyermekes háztartásoknak ($F(3, 551) = 2,898; p = 0,002$). Szignifikáns különbséget találtunk az objektív ($F(1, 908) = 9,079; p = 0,003$) és szubjektív ($F(3, 927) = 17,92; p < 0,001$) anyagi jólét kategóriák és a családi jövedelemnek a járvány során bekövetkező változása között is ($F(2, 928) = 3,158; p = 0,043$). A rosszabb anyagi helyzet magasabb vitális kimerültséggel járt együtt. A fizikai jóllét mutatóinál azt láthattuk, hogy a kedvezőtlen változások az alvási idő mennyiségében ($F(2, 928) = 83,588; p < 0,001$) és minőségében ($F(2, 928) = 141,005; p < 0,001$), a fizikai aktivitás gyakoriságában ($F(2, 928) = 36,312; p < 0,001$) és az étkezések gyakoriságában ($F(2, 928) = 53,313; p < 0,001$) növelték a vitális kimerültséget. Azoknak, akik egészségesebbnek tartották magukat ($F(3, 927) = 60,1; p < 0,001$), és akik önmaguk szerint egészségesen étkeztek ($F(4, 926) = 11,377; p < 0,001$), alacsonyabb volt a vitális kimerültség pontszámuk. Az egészségügyi és szociális dolgozók kimerültebbek voltak, mint mások ($F(1, 929) = 16,801; p < 0,001$). Azoknak, akik a járvány kezdeti időszakában éjszakai műszakban is dolgoztak, magasabb volt a vitális kimerültség pontszámuk, mint azoknak a munkavállalóknak, akik csak nappali műszakban végezték munkájukat ($F(3, 927) = 6,947; p < 0,001$). Ezenkívül a munkaidő növekedése ($F(2, 928) = 23,421; p < 0,001$) és a munkabeosztás változása (ha a korábbival ellentétben a megkérdezés idején éjszakai műszakban is dolgoztak) ($F(2, 928) = 5,433; p = 0,005$) is a vitális kimerültség fokozódásával járt együtt.

A vitális kimerültség és a magas mérési szintű változók összefüggéseit vizsgálva Pearson-féle korrelációs elemzést végeztünk. Statisztikailag szignifikáns, negatív irányú összefüggés mutatkozott a vitális kimerültség és az életkor ($r(931) = -0,120; p < 0,001$), az alvással töltött órák ($r(931) = -0,308; p < 0,001$), a szakmai tevékenységgel való elégedettség ($r(931) = -0,245; p < 0,001$), a munkakörülményekkel való elégedettség ($r(931) = -0,430; p < 0,001$), a távmunka aránya ($r(931) = -0,120; p < 0,001$), a családi étellel való elégedettség ($r(808) = -0,345; p < 0,001$) és annak (kedvező irányú) változása ($r(809) = -0,285; p < 0,001$), valamint a család és a munka egyensúlya ($r(677) = -0,439; p < 0,001$) és annak (kedvező irányú) változása ($r(788) = -0,518; p < 0,001$) között. Szignifikáns, pozitív irányú összefüggést mutatunk ki a vitális kimerültség és a heti munkaórák száma között ($r(93) = -0,184; p < 0,001$).

Hierarchikus többszörös lineáris regresszió elemzést futtattunk annak meghatározására, hogy a szociodemográfiai jellemzők, a fizikai jóllét mutatói, valamint a munkával és a családdal kapcsolatos változócsoporthoz hozzáadása miként javítja a vitális kimerültség előrejelzését. Első lépésként – a redundáns hatások kiszűrése érdekében – négy modellt teszteltünk az egyes témakörökben egymástól függetlenül, minden olyan háttérváltozó

bevonásával, amely a korábbi elemzések során szignifikáns összefüggést mutatott a vitális kimerültség pontszámával. Ezután egy komplex modellt építettünk azokkal a változókkal, amelyek a különálló modellekben továbbra is szignifikánsak maradtak (lásd a 3. táblázat első oszlopát).

A teljes modell (4. lépés) statisztikailag szignifikáns volt, $R^2 = 0,551$, $F(22, 652) = 35,117$, $p < 0,001$; korrigált $R^2 = 0,535$. A fizikai jóllét mutatóinak hozzáadása az R^2 legnagyobb növekedését eredményezte (0,344, $F(11, 652) = 37,439$, $p < 0,001$), bár a változók mindegyik csoportja hozzájárult a modell prediktív erejéhez. A következő változók esetében tapasztaltuk a legnagyobb prediktív hatást: az alvás minőségének változása ($\beta = 0,292$), a családi munka egyensúlyának változása ($\beta = -0,238$), és a szubjektív egészség ($\beta = -0,201$).

3. táblázat. A vitális kimerültség többváltozós elemzése (hierarchikus lineáris regresszió elemzés)

Változók	Vitális kimerültség és általános jóllét pontszám							
	1. lépés		2. lépés		3. lépés		4. lépés	
	B	β	B	β	B	β	B	β
Konstans	14,595		23,059		25,930		26,532	
<i>Szociodemográfiai jellemzők</i>								
Életkor	-0,067	-0,122**	-0,069	-0,125**	-0,054	-0,098**	-0,040	-0,072*
Szubjektív anyagi jóllét	1,407	0,201**	0,192	0,027	0,011	0,002	0,047	0,007
<i>Fizikai jóllét</i>								
Alvásmennyiség (óra)			-0,370	-0,075*	-0,382	-0,077*	-0,356	-0,072*
Változás az alvás mennyiségében (ref.: Nincs változás)								
kevesebb			-0,128	0,011	-0,026	0,002	-0,128	-0,011
több			0,607	0,052	0,351	0,030	0,607	0,052
Változás az alvás minőségében (ref.: Nincs változás)								
rosszabb			3,137	0,292**	2,979	0,278**	3,137	0,292**
jobb			-1,345	-0,076*	-1,353	-0,076*	-1,345	-0,076*
Változás az étkezés gyakoriságában (ref.: Nincs változás)								
kevesebb			1,737	0,497**	1,653	0,114**	1,737	0,090**
több			-0,091	-0,007	-0,119	-0,009	-0,091	-0,007

3. táblázat (folytatás)

Változók	Vitális kimerültség és általános jóllét pontszám							
	1. lépés		2. lépés		3. lépés		4. lépés	
	B	β	B	β	B	β	B	β
Változás a testmozgás gyakoriságában (ref.: Nincs változás)								
kevesebb			1,075	0,101*	0,764	0,072*	1,075	0,101*
több			-0,233	-0,019	-0,286	-0,023	-0,233	-0,1
Szubjektív egészségi állapot			-1,553	-0,240**	-1,335	-0,209**	-1,281	-0,201**
<i>Munkával kapcsolatos változók</i>								
Munkaterület (1 - Szociális és egészségügy; 0 - egyéb)					-0,040	-0,004	-0,251	-0,023
Elégedettség a munkakörülményekkel					-0,599	-0,263**	-0,383	-0,180**
Változás a munkabeosztásban (ref.: Nincs változás)								
korábban éjszakázott, jelenleg csak nappal					-0,080	-0,002	-0,922	-0,021
jelenleg éjszakai műszakban (is) dolgozik					0,830	0,031	0,172	0,006
Változás a munkaidőben (ref.: Nincs változás)								
kevesebb					-0,308	-0,027	0,232	0,020
több					-0,278	-0,023	-0,500	-0,041
<i>Családdal kapcsolatos változók</i>								
Elégedettség a családi működéssel							-0,160	-0,061*
Család-munka egyensúly							-0,255	-0,099*
Változás a család-munka egyensúlyban							-0,882	-0,238**
R^2	0,052		0,378		0,444		0,515	
F	18,330**		33,074**		28,716**		32,518**	
ΔR^2	0,052		0,326		0,066		0,071	
ΔF	18,330**		34,185**		12,812**		31,178**	

4.3. Az alvásminőség változásának összefüggései a háttérváltozókkal

Elemzésünk következő lépéseként megvizsgáltuk, hogy milyen tényezőkkel mutat összefüggést az alvás minőségének változása. A keresztábrázolások és a statisztikai próbák eredményei alapján elmondható, hogy a fizikai jóllét más mutatói összefüggést mutattak az alvás minőségével, összefüggés volt megfigyelhető továbbá a munkával és a családdal kapcsolatos változókkal is. Az asszociációs mérőszámokat (Cramer- V) is figyelembe véve megállapíthatjuk, hogy a kérdések többségében gyenge kapcsolatról beszélhetünk. Közepes erősségű összefüggést láttunk az étkezés gyakoriságának változása és az alvásminőség változása között ($\chi^2(4, n = 931) = 144,8; p < 0,001$), valamint a család-munka egyensúly változása és az alvás minőségének változása között ($\chi^2(12, n = 788) = 171,4; p < 0,001$) (az összefüggések irányát lásd a 4. táblázatban).

4. táblázat. Az alvásminőség változásának összefüggései

Vizsgált változók	Az alvásminőség változása			
	χ^2	p	Cramer- V	Megjegyzés
Jövedelemváltozás	4,39	0,356	0,049	
Korcsoport	7,76	0,458	0,065	
Munkabeosztás változása	3,54	0,471	0,044	
Családi helyzet	4,65	0,326	0,051	
Van-e 6 év alatti gyermeke?	5,24	0,770	0,024	
Szubjektív anyagi jólét	39,2	<0,001	0,145	rosszabb anyagi helyzet ↓
Mennyire étkezik egészségesen?	27,64	<0,001	0,122	egészségtelenebb táplálkozás ↓
Milyennek tartja az egészségi állapotát?	46,79	<0,001	0,159	rosszabbnak tartja egészségét ↓
Étkezés gyakoriságának változása	144,82	<0,001	0,279	rendszerintelenebb étkezés ↓
Munkaterület	33,19	<0,001	0,134	egészségügy, szociális ↓
Munkaidő változása	71,44	<0,001	0,196	munkaidő növekedése ↓
Elégedettség a munkafeltételekkel	22,52	<0,001	0,110	elégedetlenebb ↓
Családi élettel való elégedettség	29,45	<0,001	0,135	elégedetlenebb ↓
Család-munka egyensúly	28,31	<0,001	0,145	kevésbé hatékony és sikeres ↓
Család-munka egyensúly változása	171,39	<0,001	0,330	kevésbé, mint előtte ↓

5. Megbeszélés

Kutatásunk középpontjában azok a szakemberek álltak, akik segítő munkájuk révén az átlagosnál több változásnak és több új stresszforrásnak voltak kitéve a COVID-19 pandémia kitörésekor, és így életükben a szokásos rend még inkább megváltozott.

A hierarchikus regresszióanalízis eredményei megmutatták, hogy a vizsgált változók (szociodemográfiai háttér, fizikai jóllét, munka, család) minden csoportja jelentősen befolyásolta a szakemberek vitális kimerültségét a pandémia első heteiben, a nagyfokú korlátozások idején. A modell minden lépésében azonosítani tudtuk a háttérváltozók csoportjainak prediktív erejét, de eredményeink szerint leginkább a fizikai jóllét határozta meg a vitális kimerültséget. A végső modellben az alvásminőség változásának és az étkezés gyakorisága megváltozásának volt kiemelt jelentősége, de a szubjektív egészség, a munkakörülményekkel való elégedettség, a munkarend változása, a családi élettel való elégedettség, a család és a munka egyensúlya, illetve a család és a munka egyensúlyának változása is jelentős hatással volt a vitális kimerültségre és a közérzetre. Eredményeink rámutattak, hogy az alapvető fizikai szükségletek rendezettségének jelentős szerepe van a vitális kimerülés elkerülésében és a jóllét fenntartásában, ezért az erre való odafigyelés kiemelt jelentőségű az egészség és a teljesítőképesség szempontjából.

A segítő tevékenységekben megélt etikai kihívások, az együttérzésből fakadó fáradtság és a másodlagos traumatikus stressz nagyon fontos, a terhelhetőséget befolyásoló tényező, elsősorban az ápolónők és az orvosok, de a tanárok, a szociális munkások és a hitélet területén dolgozók számára is, a mindennapi munkában, de kiváltképp olyan hosszan tartó krízisek idején, mint a COVID-19 járvány. Amellett, hogy gyakrabban találkoznak a szenvedéssel és a halállal, az erőforrások arányosítására és kihasználására vonatkozó döntéshozatal, az érzelmi kommunikáció és a támogatás hiánya is hozzájárulhat az együttérzésből fakadó kimerültséghez, a pszichés traumák és az értékrenddel nem összeegyeztethető erkölcsi döntésekből fakadó sérülések kialakulásához (Alharbi, Jackson, & Usher, 2019; Alharbi és mtsai, 2020; Barello & Graffigna, 2020; Janeway, 2020; Kegye és mtsai, 2018; Morley & Vellas, 2020). Az erkölcsi kérdések feszültsége a pandémia idején a szociális munkában (Banks és mtsai, 2020), valamint az egészségügyi ellátás területén (Rosenbaum, 2020) is fokozottan megjelent. Ez lehet a magyarázata annak is, hogy kutatásunk mintájában az egészségügyi és szociális dolgozók kimerültebbnek bizonyultak, mint más szakemberek. Noha a hangsúly Magyarországon is a kórházi ellátásra összpontosult, a szociális ellátásban dolgozók is a küzdelem élvonalában találták magukat, ezért kiváltképp stresszesnek és túlterheltnak érezték magukat.

A minta többi alcsoportjában, az oktatás-nevelés és a hitélet területein is megmutatkozott a túlterheltségből fakadó veszélyeztetettség a vitális kime-

rültség pontszámaiban, mivel az etikai kérdések, a munkavégzés nehézségei és a bizonytalanságból fakadó pszichés terhek, mint stresszorok és kockázati tényezők az ő munkaterületüket is érintették. A hitélet területén a lelkigondozóknak (Greene és mtsai, 2020) és más pszichés támogatást nyújtó, például mentálhigiénés szakembereknek a megváltozott életviteli körülmények között szintén meg kell küzdeniük a saját életükben is észlelt stresszel, az együttérzésből fakadó kimerültséggel, valamint a másodlagos traumás stresszel (Joshi & Sharma, 2020). Kiemelendő, hogy a tanárok számára is komoly kihívást jelent a fizikai távolságtartás kezelése a gyerekekkel és a kollégákkal munkavégzés közben (Collie & Martin, 2020).

A pszichés jóllét szempontjából a korábbi vizsgálatokban az alvás bizonyult az egyik legfontosabb tényezőnek, mivel az alvás minősége és mennyisége jelentősen befolyásolja a testi és lelki egészséget (Fu és mtsai, 2020; Kripke, Garfinkel, Wingard, Klauber, & Marler, 2002). Ezt megerősítették eredményeink, amelyek azt mutatják, hogy a rossz alvásminőségű egyének nagyobb vitális kimerültségtől szenvedtek, és az alvásminőség változásai voltak a legnagyobb hatással a jóllétre. Mintánkban figyelemre méltó hányad (36,8%) az alvásminőség romlásáról számolt be. Ez abból a szempontból is figyelemfelhívó eredmény, mivel a korábbi kutatások eredményei rámutattak arra, hogy a minőségi alvással rendelkező személyek jobb fizikai jóllétet mutatnak (Huang & Zhao, 2020).

Korábban is ismert volt (Ferris, Williams, Shen, O'Keefe, & Hale, 2005), de kutatásunkban is alátámasztást nyert, hogy a rendszeres testmozgás hozzájárulhat a jó alvásminőség fenntartásához. Így értelmezhető biztató adatnak, hogy válaszadóink 57,6%-a legalább akkora fizikai tevékenységet folytatott a vilájárvány első hulláma alatt, mint korábban, ha nem azt feltételezzük, hogy előtte sem mozogtak. Eredményeink megerősítik, hogy a fizikai aktivitás a jó alvásminőséggel is összefügg, kiemelve a rendszeres testmozgás védőhatását (Ferris és mtsai, 2005; Metlaine, Leger, & Choudat, 2005).

Különösen fontosak ezek az eredmények azért, mert a személyes életviteli következmények mellett az alvásminőség romlásának a csökkenő munkateljesítmény miatt gazdasági következményei is vannak, mivel a munka minősége és az alvás minősége összefüggést mutat egymással (Metlaine és mtsai, 2005; Simor és mtsai, 2021).

Kutatásunk másik fontos kiemelő eredménye, hogy a COVID-19 járvány során számos munkával és családdal kapcsolatos változó (a munkakörülményekkel való elégedettség, a munkarend megváltozása, a családi élettel való elégedettség, a család és a munka egyensúlya) szintén jelentős hatással volt a közérzetre. Mintánkban a munka többletterhei, valamint a munka és a magánélet egyensúlyának változása visszahatott a vitális kimerültségre. Ezek az eredmények felhívják a figyelmet arra, hogy a

COVID-19 válságban a megfelelő fizikai védőeszközök (pl. maszk, fertőtlenítés, távolságtartás) mellett a munkavégzés egyéb körülményeivel is foglalkozni kell (pl. ellenőrzött munka- és szünetbeosztás, munkaidő-korlátozás, az online eszközökről való „lecsatlakozás joga”; Chiuffo, 2019; Hesselberth, 2017). Emellett a fizikai szükségletekre való odafigyelés (pl. étkezés, ivás, megfelelő alvás, mozgás) is kiemelt fontosságú, ahogy elengedhetetlen a mentális támogatás jelentősége is (érzelmekek és tapasztalatok megosztása, kapcsolatfelvétel és társas támogatás biztosítása). Mindezek együtt szükségesek a munka és a család egyensúlyának megőrzéséhez, a vitális kimerültség, a kiégés, a traumatizáció, a mentális egészségi problémák és a pszichoszomatikus problémák, betegségek elkerülése érdekében. Sok országban e célból az egészségügyi szervezetek az egyes ágazatok támogatására vonatkozó ajánlásokat tettek közzé a politikai döntéshozók számára, az egészségügyi dolgozók (WHO, 2020b), az ápolók (Maben & Bridges, 2020), a szociális munkások (Global Social Service Workforce Alliance, UNICEF, International Federation of Social Workers & Alliance for Child Protection in Humanitarian Action, 2020), a tanárok (Sokal és mtsai, 2020; WHO, 2020a) és a hitéleti munkatársak (Greene és mtsai, 2020; WHO, 2020c) támogatása érdekében. Fontosnak tartjuk, hogy a szakemberek lelki egészségét segítő ajánlások Magyarországon is megfogalmazódjanak, figyelembe véve a specialitásokat, és hogy ezek el is jussanak a célcsoportokhoz.

A családbarát foglalkoztatási politikák általában, mint például a munkaidő-ellenőrzés és kiszámítható ütemezés (Tucker és mtsai, 2015), valamint a vezetők és a munkatársak szociális támogatása (Walsh, 2013) segíthetik a fizikai jóllét fenntartását, illetve a munka és a család megfelelő egyensúlyát, és így csökkenthetik a vitális kimerültség és kiégés esélyét. A megelőzésben kiemelt szerepe van az öngondoskodási készségek segítésének, mint amilyen például a rendszeres táplálkozás, a kielégítő alvás, a rendszeres szünetek munka közben, vagy a rendszeres fizikai aktivitás kialakítása. Ezt tovább segíthetik a megterhelő élethelyzetekben azok a célzott beavatkozási módszerek, amelyek csökkenthetik a stresszorok negatív hatásait a mentális és fizikai egészségre, pl. kognitív viselkedéses tréning, relaxációs technikák, meditáció, tanácsadás vagy pszichoterápia (Fralick & Flegel, 2014; Ishak és mtsai, 2013; Rozanski & Cohen, 2017). Hazánkban országszerte elérhető például a bizonyítottan hatékony Willams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő tréning (Stauder, Balog, Kovács, & Susánszky, 2016). A stresszkezelés egyénileg is elsajátítható és gyakorolható alapvető technikái és számos népszerű mindfulness technika és meditációs módszer is hatékonyan alkalmazható a járvány által okozott megváltozott élethelyzetben is (Czeplédi, 2016; Schlosser, 2012).

Összességében a jelen cikkünkben kiemelt eredményeink arra mutatnak rá, hogy a pandémia által okozott életviteli változások fokozzák a segítő

szakemberek veszélyeztetettségét a vitális kimerüléssel szemben, ezért mind egyéni, mind pedig az egyes ágazatokban a munkaszervezés szintjén, új struktúrák kialakítására van szükség, a romló egészség-magatartási és kedvezőtlen jólléti tendenciák elkerüléséhez. A hatékony megküzdés egy ilyen váratlan és rendkívüli helyzetben azt jelenti, hogy az egyén képes új egyensúlyt, életritmust, rendet és határokat kialakítani a megváltozott körülmények között is, egyrészt a személyes életvitelében és munkájában, másrészt e kettő viszonyában (Chew, Wei, Vasoo, Chua, & Sim, 2020; Rettie & Daniels, 2020). Az egyes ágazatok támogatása és a munkahelyek oldaláról pedig különösen fontos ebben az időszakban a segítő szakmákban dolgozó szakemberek általános jóllétének támogatása, kiégésük megelőzése, valamint a járvány utáni hosszú távú negatív pszichés hatások, a „pszichodémia” (Osváth, 2021) elkerülése és a hatékony szolgáltatások fenntarthatósága érdekében. Kiemelt segítséget kell számukra nyújtani az egészséges életvitel fenntartásában és az akut stressz feldolgozásában a járvány további szakaszaiban, vagy hasonló váratlan válságok idején is.

6. Következtetések

Mára világossá vált, hogy a COVID-19 járvány nem egy váratlan és gyorsan múló kihívás, amelyet egy gyors krízisintervencióval kezelni lehet. Inkább hosszú távú és következetes figyelemre és többszintű beavatkozásra van szükség az egyének és közösségek ellenálló képességének megerősítéséhez és a krízis utáni új egyensúly megtalálásához.

Vizsgálatunkból kiderült, hogy az alapvető fizikai jóllét tudatos fenntartása és ápolása döntő fontosságú egy krízishelyzetben és kiváltképp az egyén életritmusát több szinten felborító karantén idején. Az alvás megfelelő minőségének és mennyiségének, a rendszeres étkezésnek és a fizikai aktivitásnak nemcsak megelőző jelentősége, hanem stabilizáló ereje van akut válságok esetén is, ezért ennek propagálása és támogatása kiemelten fontos cél és feladat a lakosság segítésében.

Az egyéni szinten túl szükségesnek tűnik, hogy a munkahelyek még tudatosabban tartsák fenn a munkahelyi kereteket, és ha szükséges, tisztázzák vagy módosítsák azokat. A mindenki által elfogadott világos keretrendszer biztonságot nyújt a külső változások közepette. Az intézményvezető szemszögéből a személyre szabott vezetésnek kell előtérbe kerülnie, mivel az alkalmazottak eltérően reagálnak a megváltozott körülményekre. Ezenkívül a formális és informális kommunikációs csatornák újragondolása és megtervezése döntő fontosságú lehet a munkahelyi közösség számára, mivel ebben a helyzetben kulcskérdés a külső információk kiszámítható kommunikációja és a belső, elsősorban érzelmi reakciók megosztása.

A COVID-19 járvány nemcsak egyéni és közösségi szinten jelent kihívást. Át kell gondolni a politikai döntési lehetőségeket is, hogy az ellátási rendszer rugalmasabban legyen képes alkalmazkodni a váratlan kihívásokhoz. A túlszabályozás akadályja lehet a gyors és hatékony döntéseknek. Az ágazati kormányzásnak gyorsan és világosan közölnie kell az operatív irányelveket, de a szubszidiaritás elvének figyelembevételével az alacsonyabb szintű beavatkozási szabadság is segítő tényező lehet.

Végül, de nem utolsósorban megemlíthetjük az interdiszciplinaritás fontosságát. A COVID-19 járvány világossá tette, hogy a globális járvány nem csak egészségügyi kérdés, mivel kihat a társadalom egészére. Ezért elengedhetetlen, hogy a különböző ágazatok közötti együttműködés és kommunikáció a lehető leghatékonyabb legyen a jelenség komplex elemzésének elvégzéséhez és a megfelelő intézkedések megtételéhez.

7. A kutatás korlátai

A vizsgálat egy korlátjaként meg kell jegyeznünk, hogy egy adatfelvételi hiba miatt – a nemre vonatkozó kérdés kimaradt a kérdőív szerkesztésénél – összesen 317 válaszadó esetében tudtuk azonosítani a nemet. Ellenőrzésképpen ezen az almintán elemeztük a nemek közötti különbségeket. Megállapítottuk, hogy a válaszadók neme nem mutat szignifikáns összefüggést sem a függő változóval (vitális kimerültség) ($F(1,316) = 0,044$; $p = 0,835$), sem a legtöbb háttérváltozóval. A nemek közötti különbségeket csak a COVID-19 előtti munkaidőben tapasztaltuk: a férfiak több órát dolgoztak a járvány előtt ($F(1,316) = 5,266$; $p < 0,022$). További limitációt jelent az eredmények értelmezésében, hogy a mintánk nem volt reprezentatív a segítő szakemberekre vonatkozóan, és nem minden ágazat volt azonos arányban képviseltetve, ezért az eredményeink általánosíthatósága korlátozott. Hiányosságnak tekinthető az is, hogy a kérdőívben nem szerepelt közvetlen kérdés a társas izolációra és koronavírusal fertőzött személlyel való kontaktusra vonatkozóan.

Irodalom

- Albert-Lőrincz, E., & Albert-Lőrincz, C. (2020). A COVID-19 pandémia okozta krízis hatása szociális munka szakos erdélyi magyar egyetemisták egészségmagatartására. *Erdélyi társadalom*, 18(1), 75–92.
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2019). Compassion fatigue in critical care nurses. An integrative review of the literature. *Saudi Medical Journal*, 40(11), 1087–1097.
- Alharbi, J., Jackson, D., & Usher, K. (2020). The potential for COVID-19 to contribute to compassion fatigue in critical care nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2762–2764.

- Anderson, A. R., & Fowers, B. J. (2020). Lifestyle behaviors, psychological distress, and well-being: A daily diary study. *Social Science & Medicine*, 263, 113263. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.113263
- Appels, A., Falger, P.R., & Schouten, E.G. (1993). Vital exhaustion as risk indicator for myocardial infarction in women. *Journal of Psychosom Research*, 37(8), 881–890.
- Appels, A., Höppener, P., & Mulder, P. (1987). A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *International Journal of Cardiology*, 17(1), 15–24.
- Arden, M.A., & Chilcot, J. (2020). Health psychology and the coronavirus (COVID-19) global pandemic: A call for research. *British Journal of Health Psychology*, 25(2), 231–232.
- Azevedo, d.M.R., Roest, A., Hoen, P., & De Jonge, P. (2014). Cognitive/affective and somatic/affective symptoms of depression in patients with heart disease and their association with cardiovascular prognosis: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 44(13), 2689–2703.
- Bagdy, E. (2014). *Relaxáció Megnyugvás Belső Béke*. Budapest: Kulcslyuk Kiadó
- Banks, S., Cai, T., de Jonge, E., Shears, J., Shum, M., Sobočan, A. M. (2020). Practising ethically during COVID-19: Social work challenges and responses. *International Social Work*, 63(5), 569–583.
- Barello, S., & Graffigna, G. (2020). Caring for health professionals in the COVID-19 pandemic emergency: Toward an “epidemic of empathy” in healthcare. *Frontiers in Psychology*, 11, 1431. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.01431
- Bennett, D.A. (2001). How can I deal with missing data in my study? *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(5), 464–469.
- Bhaumik, S., Moola, S., Tyagi, J., Nambiar, D., & Kakoti, M. (2020). Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5, e002769. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-002769
- Bo, H.-X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., & Cheung, T. (2021). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological Medicine*, 51(6), 1052–1053.
- Boyras, G., & Legros, D. N. (2020). Coronavirus Disease (COVID-19) and Traumatic stress: Probable risk factors and correlates of posttraumatic stress disorder. *Journal of Loss and Trauma*, 25(6–7), 503–522.
- Brennan, J., Reilly, P., Cuskelly, K., & Donnelly, S. (2020). Social work, mental health, older people and COVID-19. *International Psychogeriatrics*, 32(10), 1205–1209.
- Cao, J., Wei, J., Zhu, H., Duan, Y., Geng, W., Hong, X. (2020). A Study of Basic Needs and Psychological Wellbeing of Medical Workers in the Fever Clinic of a Tertiary General Hospital in Beijing during the COVID-19 Outbreak. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(4), 252–254.
- Caruso, C. C. (2014). Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 16–25.
- Chew, Q. H., Wei, K. C., Vasoo, S., Chua, H. C., & Sim, K. (2020). Narrative synthesis of psychological and coping responses towards emerging infectious disease outbreaks in the general population: practical considerations for the COVID-19 pandemic. *Singapore Medical Journal*, 61(7), 350–356.
- Chiuffo, F. (2019). *The ‘right to disconnect’ or ‘how to pull the plug on work’*. Letöltve: 2021. 03. 14-én: https://www.academia.edu/39778268/The_Right_to_Disconnect_or_How_to_Pull_the_Plug_on_Work
- Clarke, M. C., Koch, L. C., & Hill, E. J. (2004). The work-family interface: differentiating balance and fit. *Family Consumer Sciences Research Journal*, 33(2), 121–140.
- Cohen, R., Bavishi, C., Haider, S., Thankachen, J., & Rozanski, A. (2017). Meta-analysis of relation of vital exhaustion to cardiovascular disease events. *The American Journal of Cardiology*, 119(8), 1211–1216.

- Collie, R., & Martin, A. (2020). *Teacher wellbeing during COVID-19*. Letöltve: 2021. 12. 21-én: <https://www.teachermagazine.com.au/articles/teacher-wellbeing-during-covid-19>
- Czeglédi, E. (2016). A stresszkezelés alkalmazási lehetőségei az elhízás kezelésében. *Orvosi Hetilap*, 157(7), 260–267.
- Deák, E. (2020). Pszichiátriai betegek ellátása a Covid-19-fenyegetettség idején. *Szociális szemle*, 13(1), 24–28.
- Del Boca, D., Oggero, N., Profeta, P., & Rossi, M. (2020). Women's and men's work, housework and childcare, before and during COVID-19. *Review of Economics of the Household*, 18, 1001–1017.
- Di Renzo, L., Gualtieri, P., Pivari, F., Soldati, L., Attinà, A., & Cinelli, G. (2020). Eating habits and lifestyle changes during COVID-19 lockdown: an Italian survey. *Journal of Translational Medicine*, 18(1), 229.
- Dodge, R., Daly, A. P., Huyton, J., & Sanders, L. D. (2012). The challenge of defining wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 2(3), 222–235.
- Duffy, B., Allington, D., Beaver, K., Meyer, C., Moxham-Hall, V., & Murkin, G. (2020). *Life under lockdown: coronavirus in the UK*. Letöltve: 2021. 03. 09-én: <https://www.kcl.ac.uk/news/life-under-lockdown-coronavirus-in-the-uk>
- Ferris, L. T., Williams, J. S., Shen, C. L., O'Keefe, K. A., & Hale, K. B. (2005). Resistance training improves sleep quality in older adults a pilot study. *Journal of Sports Science & Medicine*, 4(3), 354–360.
- Franceschini, C., Musetti, A., Zenesini, C., Palagini, L., Scarpelli, S., Quattropani, M. C., et al. (2020). Poor sleep quality and its consequences on mental health during the COVID-19 lockdown in Italy. *Frontiers in Psychology*, 11, 574475. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.574475
- Frestad, D., & Prescott, E. (2017). Vital exhaustion and coronary heart disease risk: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 79(3), 260–272.
- Fu, W., Wang, C., Zou, L., Guo, Y., Lu, Z., & Yan, S. (2020). Psychological health, sleep quality, and coping styles to stress facing the COVID-19 in Wuhan, China. *Translational Psychiatry*, 10(1), 225.
- Galletta, M., Portoghese, I., Ciuffi, M., Sancassiani, F., D'Aloja, E., & Campagna, M. (2016). Working and environmental factors on job burnout: A cross-sectional study among nurses. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 12, 132–141.
- García-Carmona, M., Marín, M. D., & Aguayo, R. (2019). Burnout syndrome in secondary school teachers: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychology of Education*, 22(1), 189–208.
- Geisler, M., Berthelsen, H., & Muhonen, T. (2019). Retaining social workers: The role of quality of work and psychosocial safety climate for work engagement, job satisfaction, and organizational commitment. *Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance*, 43(1), 1–15.
- Global Social Service Workforce Alliance, UNICEF, International Federation of Social Workers & Alliance for Child Protection in Humanitarian Action. (2020). *Social Service Workforce Safety and Wellbeing during the COVID-19 Response - Recommended Actions*. Letöltve: 2020. 10. 28-án: <https://www.unicef.org/media/68501/file/Social-Service-Workforce-Safety-and-Wellbeing-during-COVID19-Response.pdf>
- Gorgievski, M. J., Van der Heijden, B. I., & Bakker, A. B. (2019). Effort-reward imbalance and work-home interference: a two-wave study among European male nurses. *Work & Stress*, 33(4), 315–333.
- Greene, T., Bloomfield, M., & Billings, J. (2020). Psychological trauma and moral injury in religious leaders during COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1) 143–145.

- Grossi, G., Perski, A., Osika, W., & Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder—clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(6), 626–636.
- Hargreaves, G. (2006). *Stresszkezelés*. Budapest: Scolar
- Headey, B., & Wearing, A. (1989). Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(4), 731–739.
- Hesselberth, P. (2017). Discourses on disconnectivity and the right to disconnect. *New Media & Society*, 20(5), 1994–2010.
- Horesh, D., & Brown, A. D. (2020). Traumatic stress in the age of COVID-19: A call to close critical gaps and adapt to new realities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(4), 331–335.
- Hossain, I., Mullick, A., Haidar, A., & Aktaruzzaman, M. (2020). The COVID-19 Pandemic and Mental Health: A Systemic Review. *Texila International Journal of Academic research*, Letöltve: 2021. 03. 14-én: https://www.researchgate.net/publication/341276953_The_COVID-19_Pandemic_and_Mental_Health_A_Systemic_Review
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 288, 112954.
- Ingram, J., Maciejewski, G., & Hand, C. J. (2020). Changes in diet, sleep, and physical activity are associated with differences in negative mood during COVID-19 lockdown. *Frontiers in Psychology*, 11, 2328.
- Ishak, W., Nikraves, R., Lederer, S., Perry, R., Ogunyemi, D., & Bernstein, C. (2013). Burnout in medical students: a systematic review. *The Clinical Teacher*, 10(4), 242–245.
- Janeway, D. (2020). The Role of Psychiatry in Treating Burnout Among Nurses During the Covid-19 Pandemic. *Journal of Radiology Nursing*, 39(3), 176–178.
- Joshi, G., & Sharma, G. (2020). Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102300.
- Kegey, A., Takács, S., Ries, B., Zana, Á., & Hegedűs, K. (2018). A szakmai élet minőségét mérő kérdőív (Professional Quality of Life Scale) magyar változatának validálása. *Orvosi Hetilap*, 159(35), 1441–1449.
- Kontoangelos, K., Economou, M., & Papageorgiou, C. (2020). Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits. *Psychiatry Investigation*, 17(6), 491–505.
- Kopp, M. S., Falger, P. R., Appels, A., & Szedmák, S. (1998). Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 60(6), 752–758.
- Koy, V., Yunibhand, J., & Turale, S. (2020). “It is really so exhausting”: Exploring intensive care nurses’ perceptions of 24-hour long shifts. *Journal of Clinical Nursing*, 29(17–18), 3506–3515.
- Kripke, D. F., Garfinkel, L., Wingard, D. L., Klauber, M. R., & Marler, M. R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of general psychiatry*, 59(2), 131–136.
- Kudielka, B. M., Bellingrath, S., & Hellhammer, D. (2006). Cortisol in burnout and vital exhaustion: an overview. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*, 28(1), 34–42.
- Kulig, B., Erdélyi-Hamza, B., Elek, L. P., Kovács, I., Daria, S., & Konstantinos, F. (2020). A COVID-19 pandémia hatása a pszichológiai jóllétre, az életmódra és a járvány eredetével kapcsolatos attitűdökre pszichiátriai betegséggel élő és egészséges személyekben: egy nagy nemzetközi vizsgálat első magyarországi adatai. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(4), 154–165.

- Lazáry, J. (2020). A COVID-19 pandémia akut hatásai a pszichés állapotra a járvány első szakaszában. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 22(4), 172-177.
- Lesser, I. A., & Nienhuis, C. P. (2020). The Impact of COVID-19 on Physical Activity Behavior and Well-Being of Canadians. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3899.
- Lewis, C. A., Turton, D. W., & Francis, L. J. (2007). Clergy work-related psychological health, stress, and burnout: An introduction to this special issue of *Mental Health, Religion and Culture*. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(1), 1-8.
- Lin, L. Y., Wang, J., Ou-Yang, X. Y., Miao, Q., Chen, R., & Liang, F. X. (2021). The immediate impact of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak on subjective sleep status. *Sleep Medicine*, 77, 348-354.
- Liu, S., Yang, L., Zhang, C., Xiang, Y.-T., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e17-e18.
- Lloyd, C., King, R., & Chenoweth, L. (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health*, 11(3), 255-265.
- Maben, J., & Bridges, J. (2020). Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. *Journal of Clinical Nursing*, 29, 2742-2750.
- Maunder, R., Hunter, J., Vincent, L., Bennett, J., Peladeau, N., & Leszcz, M. (2003). The immediate psychological and occupational impact of the 2003 SARS outbreak in a teaching hospital. *Canadian Medical Association Journal*, 168(10), 1245-1251.
- Metlaine, A., Leger, D., & Choudat, D. (2005). Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Industrial Health*, 43(1), 11-19.
- Morley, J. E., & Vellas, B. (2020). Editorial: COVID-19 and Older Adults. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(4), 364-365.
- Osváth, P. (2021). A COVID-19-pandémia mentálhigiénés következményei. Hogyan tudunk felkészülni a pszichodémiás krízisre? *Orvosi Hetilap*, 162(10), 366-374.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity*, 88, 901-907.
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behavioral Sciences*, 8(11), 98.
- Patyán, L., Széman, Z., & Asztalos, B. (2020). Gondozók helyzete a Covid idején. *Magyar Gerontológia*, 12(Különszám), 48-49.
- Pfefferbaum, B., & North, C. S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510-512.
- Recchi, E., Ferragina, E., Helmeid, E., Pauly, S., Safi, M., & Sauger, N. (2020). The "Eye of the Hurricane" Paradox: An Unexpected and Unequal Rise of Well-Being During the Covid-19 Lockdown in France. *Research in Social Stratification and Mobility*, 68, 100508.
- Rettie, H., & Daniels, J. (2020). Coping and tolerance of uncertainty: Predictors and mediators of mental health during the COVID-19 pandemic. *American Psychologist*, 76(3), 427-437.
- Rhéaume, A., & Mullen, J. (2018). The impact of long work hours and shift work on cognitive errors in nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 26-32.
- Richman, L. S., Kubzansky, L. D., Maselko, J., Ackerson, L. K., & Bauer, M. (2009). The relationship between mental vitality and cardiovascular health. *Psychology and Health*, 24(8), 919-932.
- Rosenbaum, L. (2020). Facing Covid-19 in Italy – ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line. *New England Journal of Medicine*, 382(20), 1873-1875.

- Rozanski, A., & Cohen, R. (2017). From vitality to vital exhaustion and other states of “tense tiredness”: a new biopsychosocial risk domain. *Psychosomatic Medicine*, 79(3), 256–259.
- Rózsa, S., Kő, N., Krekó, K., Unoka, Z., Ottmár, E., & Fecskó, E. (2008). A hétköznapi stresszkeltő életesemények koncepciója és mérése : a Hétköznapi Életesemények Kérdőív hazai adaptációjának bemutatása. *Alkalmazott Pszichológia*, 10(1-2), 131–158.
- Saad, M., de Medeiros, R., & Mosini, A. C. (2017). Are We Ready for a True Biopsychosocial-Spiritual Model? The Many Meanings of „Spiritual”. *Medicines*, 4(4), 79.
- Salavecz, G., Neculai, K., Rózsa, S., & Kopp, M. (2006). Az Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége, *Mentálhigiénié és Pszichoszomatika*, 7(3), 231–246.
- Samson, T., Iecovich, E., & Shvartzman, P. (2016). Psychometric characteristics of the Hebrew version of the Professional Quality-of-LifeScale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52, 575–581.
- Schlosser, K. (2012). Mindfulness, meditáció és klinikai hatékonyság – áttekintés. In Mikonya Gy. (szerk.) *Vallásos mozgalmak nézetei a családi életéről és az oktatásról* (143–157). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Schwartz, J., King, C. C., & Yen, M. Y. (2020). Protecting healthcare workers during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak: lessons from Taiwan’s severe acute respiratory syndrome response. *Clinical Infectious Diseases*, 71(15), 858–860.
- Sevilla, A., & Smith, S. (2020). Baby Steps: The Gender Division of Childcare during the COVID-19 Pandemic. *Oxford Review of Economic Policy*, Letöltve: 2021. 03. 17-én: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7499756/>
- Shah, K., Chaudhari, G., Kamrai, D., Lail, A., & Patel, R. S. (2020). How essential is to focus on physician’s health and burnout in coronavirus (COVID-19) pandemic? *Cureus*, 12, e7538. DOI: 10.7759/cureus.7538
- Shah, K., Kamrai, D., Mekala, H., Mann, B., Desai, K., & Patel, R. S. (2020). Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks. *Cureus*, 12, e7405. DOI: 10.7759/cureus.7405.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., & Satele, D. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., Sinsky, C., Satele, D., & Sloan, J. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613.
- Shi, Y., Joyce, C., Wall, R., Orpana, H., & Bancej, C. (2019). A life satisfaction approach to valuing the impact of health behaviours on subjective well-being. *BMC Public Health*, 19(1), 1547.
- Simor, P., Polner, B., Báthori, N., Sifuentes-Ortega, R., Van Roy, A., Albajara Sáenz, A., et al. (2021). Home confinement during the COVID-19: day-to-day associations of sleep quality with rumination, psychotic-like experiences, and somatic symptoms. *Sleep*, 44, zsab029. DOI: 10.1093/sleep/zsab029
- Sokal, L., Eblie Trudel, L., & Babb, J. (2020). Supporting teachers in times of change: The job demands – resources model and teacher burnout during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Contemporary Education*, 3, 67. DOI: 10.11114/ijce.v3i2.4931
- Söderström, M., Jeding, K., Ekstedt, M., Perski, A., & Åkerstedt, T. (2012). Insufficient sleep predicts clinical burnout. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(2), 175–183.
- Stauder, A., Balog, P., Kovács, M., & Susánszky, É. (2016) A Williams ÉletKészségek® stresszkezelő és pszichoszociális készségfejlesztő program magyar adaptációja és 10 éves tapasztalatai. *Mentálhigiénié és Pszichoszomatika*, 17(2), 81–95.

- Thayer, R. E. (1990). *The biopsychology of mood and arousal*. Oxford University Press.
- Tucker, P., Bejerot, E., Kecklund, G., Aronsson, G., & Åkerstedt, T. (2015). The impact of work time control on physicians' sleep and well-being. *Applied Ergonomics*, 47, 109–116.
- Vass, B. Á. (2020). Hajléktalanellátás a Covid-19-járvány időszakában: Interjú egy integrált intézmény munkatársával. *Szociális Szemle*, 13(1), 43–48.
- Walsh, J. (2013). Gender, the work-life interface and wellbeing: a study of hospital doctors. *Gender, Work & Organization*, 20(4), 439–453.
- Weaver, A. J., Larson, D. B., Flannelly, K. J., Stapleton, C. L., & Koenig, H. G. (2002). Mental health issues among clergy and other religious professionals: A review of research. *Journal of Pastoral Care & Counseling*, 56(4), 393–403.
- WHO (2004). *ICD-10 : international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision*. World Health Organization.
- WHO (2020a). *Key Messages and Actions for COVID-19 Prevention and Control in Schools*. Letöltve: 2021. 03. 30-án: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/key-messages-and-actions-for-covid-19-prevention-and-control-in-schools-march-2020.pdf?sfvrsn=baf81d52_4
- WHO (2020b). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*, 18 March 2020. Letöltve: 2021. 03. 30-án: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations>.
- WHO (2020c). *Practical considerations and recommendations for religious leaders and faith-based communities in the context of COVID-19: interim guidance*, 7 April 2020. Letöltve: 2021. 03. 30-án: <https://www.who.int/publications/i/item/practical-considerations-and-recommendations-for-religious-leaders-and-faith-based-communities-in-the-context-of-covid-19>
- Yang, H., & Ma, J. (2020). How an epidemic outbreak impacts happiness: Factors that worsen (vs. protect) emotional well-being during the coronavirus pandemic. *Psychiatry Research*, 289, 113045. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113045

Szerzői munkamegosztás

A kutatás lefolytatásában, az elemzésben és a tanulmány szövegezésében minden szerző azonos arányban vett részt.

Nyilatkozat érdekütközésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdekütközések.

The helping professionals' subjective well-being during the first wave of COVID-19: A cross-sectional study of vital exhaustion

TÖRÖK, GÁBOR PÁL – ASZTALOS, BERNADETT – JOÓB, MÁTÉ –
TÉSENYI, TIMEA – DANIS, ILDIKÓ – PILINSZKI, ATTILA

Theoretical background: In a critical situations such as COVID-19, priority should be given to the psychological support of helping professionals regarding the sustainability of services and prevention of burnout. It's exceptionally important to measure the vital exhaustion that might be a reason of burnout. *Aim:* The purpose of this study was to investigate helping professionals' vital exhaustion in relation to different groups of background variables during the first period of the COVID-19 pandemic. *Methods:* Helping professionals from health and social care, education, and the field of religion ($n = 931$) were contacted with an online questionnaire in Hungary in the spring of 2020. After calculating descriptive statistics of vital exhaustion, we examined the sociodemographic, physical (related to health behavior), professional and personal background variables. *Results:* Health and social care workers were more exhausted than members of other helping professions ($F(1, 929) = 16.801, p < 0.001$). In the development of vital exhaustion, we could attribute a greater predictive effect to the following variables: change in the quality of sleep ($\beta = 0.292, p < 0.01$), change in family-work balance ($\beta = -0.238, p < 0.01$), and subjective health ($\beta = -0.201, p < 0.01$). We could attribute a moderate correlation between changes in the frequency of meals and changes in sleep quality ($\chi^2(4, n = 931) = 144.8, p < 0.001$), and changes in family-work balance and changes in sleep quality ($\chi^2(12, n = 788) = 171.4, p < 0.001$). *Conclusions:* Proper quality and quantity of sleep, regular meals, and physical activity not only have preventive significance but they also have a stabilizing effect in acute crises. Work conditions and communication at work can have a major influence on wellbeing. Therefore beyond the individual factors employers also play an important role to maintain their employees' wellbeing.

Keywords: well-being, vital exhaustion, quality of sleep, helping professionals, Covid-19, lifestyle

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)