Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar

DOKTORI (PHD) DISSZERTÁCIÓ

MÉSZÁROS VERONIKA

Kiégés az egészségügyben – A kiégés korrelátumai, valamint megelőzésének lehetőségei

Pszichológiatudomány Doktori Iskola

Doktori iskola vezetője: Prof. Dr. Oláh Attila

SZEMÉLYISÉG- ÉS EGÉSZSÉGPSZICHOLÓGIAI PROGRAM

Programvezető: Prof. Dr. Oláh Attila
Témavezető: Prof. Dr. Oláh Attila

Elnök:	Dr. Bárdos György, PhD; Egyetemi tanár, ELTE PPK
Bírálók:	Pigniczkiné Dr. Rigó Adrien, PhD; Egyetemi docens, ELTE PPK
	Dr. Purebl György, PhD; Egyetemi docens, SE ÁOK
Titkár:	Dr. Kökönyei Gyöngyi, PhD; Egyetemi adjunktus, ELTE PPK
Tagok:	Dr. Pataki Ilona, PhD; Egyetemi docens, PPKE BTK
	Dr. Fűzné Dr. Pikó Bettina, PhD; Habil. egyetemi docens, SZTE ÁOK
	Dr. Varga Katalin, PhD; Habil. egyetemi docens, ELTE PPK

2013

TARTALOMJEGYZÉK

ÁBRAJEGYZÉK **5**

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE **5**

ELŐSZÓ **6**

ELMÉLETI BEVEZETŐ **8**

1. A KIÉGÉSRŐL ÁLTALÁBAN 9
2. A KIÉGÉS NAPJAINKBAN IS JELENLÉVŐ TEORETIKUS MEGKÖZELÍTÉSEI 10
2.1. Cristina Maslach és munkacsoportja – a kiégés multidimenzionális megközelítése *10*
2.2. Marianne Borritz és Tage S. Kristensen kiégés modellje *12*
2.3. Stevan E. Hobfoll és Arie Shirom – A kiégés Forrás Konzervációs Elmélete *14*
2.4 Helfer-szindróma és a kiégés pszichoanalitikus elmélete *15*
3. A KIÉGÉS JELLEMZŐI EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK KÖRÉBEN 16
3.1. A kiégés előfordulási gyakorisága *16*
3.2. Az egészségügyi dolgozók kiégésének jellegzetességei *18*
4. A KIÉGÉS MÉRÉSE EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK KÖRÉBEN 22
4.1. A kiégés mérésének lehetőségei és mérésének története *22*
4.2. A humán szolgáltató szektor számára fejlesztett kérdőív validálására vonatkozó adatok *24*
5. A KIÉGÉS HELYE A PSZICHOLÓGIAI KONSTRUKTUMOK KÖZÖTT 27
6. KIÉGÉS ÉS DEPRESSZIÓ – AZ ÖSSZEHASONLÍTÁS LEHETŐSÉGEI ÉS HOZADÉKA 29
6.1. A demográfiai jellemzők vizsgálata *31*
6.2. Pszichológiai szint, avagy a munkahelyi stressz, illetve a stresszel való megküzdés vizsgálata *32*
6.3. A kiégés és depresszió fiziológiai korrelátumai, egészségügyi következményei *34*
7. A MUNKAHELYI STRESSZTŐL A KIÉGÉSIG, AVAGY A STRESSZ-KEZELÉS JELENTŐSÉGE 35
7.1. A munkahelyi stressz kezelése a kiégés kontextusában *35*
7.2. A kognitív-tapasztalati énelmélet *39*
7.3. A tapasztalati elme alkalmazkodásának mérése, a konstruktív gondolkodás *41*
7.4. A konstruktív gondolkodás jelentősége a munkahelyi stressz és a kiégés szempontjából *43*
8. ÖSSZEGZÉS 44

EMPIRIKUS RÉSZ **45**

1. VIZSGÁLAT **46**

1. Célkitűzés 46
2. Módszer 46
3. Eredmények 49
4. Megvitatás 51

2. VIZSGÁLAT **54**

1. Célkitűzés 54
2. Módszer 55
3. Eredmények 59
4. Megvitatás 62

3. VIZSGÁLAT **65**

1. Célkitűzés 65
2. Módszer 65
3. Eredmények 68
4. Megvitatás 73

4. VIZSGÁLAT **75**

1. Célkitűzés 75
2. Módszer 75
3. Eredmények 78
4. Megvitatás 80

ÖSSZEFOGLALÁS **84**
IRODALOMJEGYZÉK **87**
MELLÉKLET **104**

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Rengeteg embernek tartozom köszönettel, akik támogattak, bíztattak, hittek bennem, és sok emberrel volt alkalmam együtt dolgozni, akiktől nemcsak kutatás módszertant tanulhattam, hanem emberileg is sokat jelentenek számomra.

A kutatói pályán két ember indított el, akiknek mindenképp elsőként szeretnék köszönetet mondani. Az egyik témavezetőm, Dr. Oláh Attila, aki már a szakdolgozatom megírása során is támogatta elképzeléseimet, tapasztalatával és lényeglátásával a doktori dolgozat megírásának végéig vezette gondolataimat. A másik édesanyám, Dr. Rásó Erzsébet, akinek sosem volt egy szemernyi kétsége sem azzal kapcsolatosan, hogy a lánya egyszer majd doktori fokozatot szerez, és akinek kutatói pályafutása, igényes, magas színvonalú munkája példaként szolgál számomra.

A kiégés témakörének vizsgálata során több hasonló érdeklődésű embert ismerhettem meg, akiknek szintén sokat köszönhetek. A Dr. Ádám Szilviával való folyamatos együttműködés sok új gondolatot és rengeteg szakmai fejlődést hozott. Többször ötleteltünk Szigeti Rékával is, akinek szintén jelentős hozzájárulása van a kiégés kérdőív adaptálásához. Emellett szeretnék köszönetet mondani Dr. Záray Gyulánénak és a MESZK budapesti szervezetének a többszörös adatfelvétel gyors és hatékony lebonyolításában nyújtott segítségért, valamint az összes egészségügyi dolgozónak, aki egy kis időt szánt arra, hogy munkámat támogassa.

A magas szintű módszertani ismeretekért, és a folyamatos bíztatásért végtelenül hálás vagyok Dr. Urbán Róbertnek, akinek minden helyzetben voltak olyan új gondolatai, melyek igen hatékonyan segítették munkámat. Valamint Dr. Szabó Mariannának, aki megismertette velem a nagyon logikus, ám pozitív szemléletű angolszász gondolkodást.

Hálás vagyok ELTE PPK Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék oktatóinak, különös tekintettel Dr. V. Komlósi Annamáriának, Dr. Nagy Jánosnak és Dr. Kökönyei Gyöngyinek, akik határozott, mégis empatikus, elfogadó attitűddel bíztattak, és a tanulmányaim során sok inspiráló gondolattal segítettek. Hallgatótársaim közül pedig Hevesi Krisztinának és Soltész Péternek köszönhetek sokat. Emellett köszönettel tartozom az SE Klinikai Pszichológiai tanszék munkatársainak – Dr. Perczel Forintos Dórának, Ajtay Gyöngyinek, Boross Viktornak, Fodor Kingának, Kocsis-Bogár Krisztinának, Komlósi Saroltának, Udvardy-Mészáros Ágnesnek és Vizin Gabriellának -, akik az ottani munkám során sok értékes, inspiráló gondolatot osztottak meg velem.

Végül, de nem utolsó sorban, köszönettel tartozom a családomnak, kiemelten férjemnek, Csigás Zoltánnak, aki mindig és minden szempontból a társam, a legkisebb gondolatoktól, a legnagyobb vállalásokig!

ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: Borritz és munkacsoportjának elképzelése (forrás: Borritz és mtsai , 2006)..... 13
2. ábra: a kiégés hierarchikus faktormodelljei – a bifaktoros és a másodrendű faktor modell. 26
3. ábra: a konstruktív gondolkodás mediáló szerepe a munkahelyi stressz és a kiégés viszonyában 80

TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE

1. Táblázat: az első vizsgálat mintájának leíró jellemzői 47
2. Táblázat: az MBI-HSS alternatív mérési modelljeinek illeszkedési mutatói..... 49
3. Táblázat: az MBI-HSS stésardizált faktorsúlyai 50
4. Táblázat: a második vizsgálat mintájának leíró jellemzői 55
5. Táblázat: a vizsgálatban használt kérdőívek leíró statisztikája 58
6. Táblázat: a kettő, három és négy látens osztályt tartalmazó modell illeszkedési mutatói ... 60
7. Táblázat: a három csoport jellemzői a depresszió és kiégés pontszámok mentén 60
8. Táblázat: a három csoport átlagainak összehasonlítása a vizsgált demográfiai, pszichés és szomatizációs jellemzők mentén 61
9. Táblázat: a harmadik vizsgálat mintáinak összehasonlítása demográfiai paraméterek mentén 66
10. Táblázat: a CTI faktorstrukturája magyar mintán 70
11. Táblázat: a CTI skálák nemi különbségei, reliabilitása, valamint kapcsolata a depresszióval 72
12. Táblázat: a negyedik vizsgálat mintájának leíró jellemzői 76
13. Táblázat: a vizsgálatban használt kérdőívek leíró statisztikája 77
14. Táblázat: a prediktor és moderátor változók közötti multikollinearitás 78
15. Táblázat: a konstruktív gondolkodás moderáló hatásának vizsgálata - a prediktor, a moderátor, valamint a belőlük képzett interakciós változókhoz tartozó nem stésard regressziós B értékek 79
16. Táblázat: az MBI-HSS tételeinek eloszlásvizsgálata 104
17. Táblázat: az MBI-HSS stésardizált faktorsúlyai (1732 egészségügyi dolgozó mintáján) 104
18. Táblázat: a CTI tételeinek eloszlásvizsgálata 105
19. Táblázat: a 4. vizsgálatba bevont kérdőívek eloszlásvizsgálata 105

ELŐSZÓ

A kiégés elsődleges, vagy másodlagos témakörként az utóbbi időben több doktori dolgozat része volt hazánkban. Talán éppen ezért, az évek során sokan kérdezték tőlem, hogy van-e még kihívás a terület vizsgálata kapcsán. Az egészségügy iránti elkötelezettségem, valamint a doktori tanulmányaim kapcsán olvasott magyar, illetve nemzetközi szakirodalom azonban egyre inkább meggyőzött arról, hogy a kiégés témaköre több tisztázásra szoruló, illetve vizsgálatot igénylő kérdéskört tartogathat még.

Elsőként a mérés pontosságával kapcsolatos kérdések emelkedtek ki számomra, hiszen hazai közegben sok kiégés fókuszú tanulmány született meg úgy, hogy a mérőeszköz pszichometriai paraméterei tisztázatlanok voltak. A tisztázás alapvetően lényeges, hiszen enélkül nem egyértelmű, hogy tényleg a kiégést mérjük-e, a kiégés abban a formában létezik, ahogy feltételeztük vagy, hogy azokkal a dimenziókkal képezhető le számunkra is, mint a világ más tájain élők emberek számára. A kiégést vizsgáló egyik legnépszerűbb eljárás a Maslach Kiégés Leltár (MBI) szakirodalmát áttekintve, az olvasott tanulmányokban megfigyelhető volt, hogy vannak különbségek az egyes népcsoportok kiégésről alkotott kognitív reprezentációiban. Ezen kívül, érzékelhetővé vált az is, hogy a kérdőív szerkezetét illetően még akadnak nyitott kérdések. Így indokoltnak láttam az MBI hazai mintán történő pszichometriai elemzését, és első vizsgálatom a kiégés konstruktum validitását járta körül.

A kiégés „belső szerkezetének” tanulmányozása, valamint a klinikai munkámból fakadó tapasztalatok egyre inkább felkeltették érdeklődésemet azzal kapcsolatosan, hogy a kiégés milyen kapcsolatban áll, egy a klinikai és egészségpszichológiában már jól ismert jelenséggel, a depresszióval. Munkám során több depressziós embert láttam, aki kiégett is volt, de voltak köztük olyanok is, akiket inkább kiégettnek tűntek, de a depresszió bizonyos jegyeit is hordozták magukon. Egyre határozottabban fogalmazódott meg bennem az elképzelés, hogy hosszú távon hatékony megoldás lenne egy már jól ismert jelenség - a depresszió - tükrében vizsgálni a kiégést. Így második szisztematikus empirikus vizsgálatom a kiégés és a depresszió összehasonlítását járta körül. A szakirodalmi áttekintés több hasonlóságot, mint különbséget körvonalazott. Kiemelkedett például, hogy mindkét konstruktumot jellemzi az érzelmi kimerültség, a problémamegoldás hatékonyságának csökkenése, a figyelem hanyatlása, valamint a szomatikus következmények jellegzetes mintázata. Különbségként pedig a kiégés enyhébb jellegét és munkahelyi kontextusát jelezték

az egyes tanulmányok. Erre építve terveztem második vizsgálatomat, amelynek segítségével lehetőségem nyílt arra, hogy a kiégést pontosabban elhelyezzem a pszichológiai konstruktumok között.

Már doktori tanulmányaim kezdetén tisztában voltam azzal a motivációmmal, hogy a kutatás során mindenképp olyan témával szeretnék foglalkozni, amelynek hozzáadott értéke van a gyakorlati munkámhoz is. Második empirikus vizsgálatom egy hosszabb távú projekt első része volt, melynek folytatásaként szerettem volna megismerni azokat az alkalmazkodást szolgáló személyiségtényezőket, melyek segítségével a kiégés megelőzhető, valamint feltérképezni azokat a folyamatokat, melyek a megelőzést szolgálják. Mivel képzésem során elsősorban a kognitív-viselkedésterápiás módszertant sajátítottam el, és főként ebben a szemléletben gondolkodom, ezért a vizsgálatom elméleti keretének is ezt választottam.

Miért pont az alkalmazkodást segítő személyiségtényezőkre esett a választás? A legtöbb klinikai- és egészségpszichológiában ismert tünetcsoportnak vannak úgynevezett módosítható, és nem módosítható rizikótényezői. Nem módosítható rizikótényező például a szocioökonómiai státus, a nem, az életkor, vagy a munkakör. Ezek legtöbbször adottak, és nem tudunk rajtuk változtatni. Vannak azonban olyan tényezők, melyek módosíthatók, fejleszthetők, mint a figyelmi fókusz, a problémamegoldás jellege, vagy éppen az adott helyzethez kapcsolódó negatív érzelmek és gondolatok. Ezek, az úgynevezett módosítható tényezők, állíthatók a készségfejlesztés szolgálatába, és képezhetik a prevenciós és intervenciós programok alappilléreit. Dolgozatom harmadik vizsgálatában ezért magyarra adaptáltam a Konstruktív Gondolkodás Kérdőívet, és a negyedik vizsgálatban pedig egy olyan integratív modellt vázoltam fel, melyben azonosíthatóvá válnak a konstruktív gondolkodás azon aspektusai, melyek befolyásolhatják a munkahelyi stressz és a kiégés kapcsolatát.

A vizsgálatok főként egészségügyi szakdolgozók körében készültek. A választás indoka az volt, hogy ezek az emberek sok tanulmány következtetése szerint nagymértékű munkahelyi stresszt élnek át, és ennek következtében nagyobb az esélyük a kiégésre is. Több vizsgálat elemzi a szakdolgozók kiszolgáltatott helyzetét, emellett firtatja azt a kitartást és példamutatást, mellyel munkájukat végzik. Bízom benne, hogy vizsgálatok segítséget nyújthatnak számukra is a velük történő munkahelyi események megértéséhez.

A dolgozatban leírtak természetesen több ember munkáját dicsérik. Bár a vizsgálatok alapötletének kidolgozása minden esetben saját munkám, a vizsgálati kérdések megfogalmazásában, a szakirodalom kutatásban, az adatgyűjtésben, és a végső írott változat kialakításában sokan segítettek. Ezért így is megköszönve munkájukat, a dolgozat további részeit többes számban fogalmaztam meg.

ELMÉLETI BEVEZETŐ

1. A kiégésről általában

A kiégés jelenségét először az 1950-es években írták le. Schwartz és Will a pszichiátrián dolgozó „reményvesztett ápolónő”, Graham Green pedig az afrikai dzsungelbe menekülő kiábrándult építész példáján keresztül szemléltette elsőként a kiégéssel kapcsolatos megfigyeléseit. Ezt követően számos esetleírás született a témában, ezek azonban megmaradtak anekdoták és esettanulmányok szintjén egészen addig, míg két kutató egymástól függetlenül az 1970-es évek közepén szisztematikusan tanulmányozni kezdte a jelenséget. Herbert J. Freudenberger német pszichiáter a munkahelyén megforduló önkénteseknél figyelte meg először a kiégést, melyet elhúzódó emocionális kimerüléssel, a motiváció és az elköteleződés csökkenésével, valamint mentális és fizikai panaszokkal jellemzett (Maslach és Schaufeli, 1993). A jelenséget pedig a következőképp definiálta: *„a kiégés krónikus fáradtsággal, depresszióval és frusztrációval jellemezhető állapot, melynek eredete egy olyan ügynek való odaszentelődésre vezethető vissza, mely nem hozta meg az előzetesen elvárt sikert, jutalmat”* (Freudenberger, 1974; 159.o.). Christina Maslach és munkacsoportja pedig humán segítő foglalkozásúak körében felvett szisztematikus interjú elemzés segítségével körvonalazta a kiégést, melyet a munkavégzés során fellépő stresszre adott válaszként definiált (Maslach, 1978; Maslach, 2003; Maslach és Schaufeli, 1993; Maslach és Jackson, 1979; Maslach és mtsai, 2001).

Mivel a kiégés kutatása kezdetben az alkalmazott területeken - terápiát, illetve tanácsadást végző szakemberek igényeként - jelent meg, az akadémikus pszichológia sokáig nem vett tudomást róla. Csupán „áltudományos zsargonnak” tartotta, mely inkább felszíni elemeket, mint mély, magvas gondolatokat hoz magával. Ez nem is csoda, hiszen a fogalom értelmezése az első időkben szerzőről-szerzőre változott, néha már nem is lehetett megállapítani, hogy egy-egy szerző azonos jelenségről beszél-e. A koncepció differenciálatlanná, szétesetté vált, és csaknem minden munkahelyen megjelenő személyes probléma kiégésként aposztrofálódott. Az inkább anekdota-csokorhoz hasonlító jelenség többnyire minden elméleti hátteret nélkülözött (Maslach és Schaufeli, 1993). Idővel azonban a társadalom szerkezetének átalakulása, az individualizmus erősödése, a másoktól való elszigetelődés, valamint a hivatások professzionalizálódása miatt megjelenése jelentős méreteket öltött. Kvázi társadalmi problémává vált. Ez pedig indokolttá tette konceptuális tisztázását, valamint helyének kialakítását a pszichológia más fogalmai között (Maslach és Schaufeli, 1993; Schaufeli és mtsai, 2009).

Napjainkban a kiégés fogalmát tisztázó teoretikus megközelítések két szempontból közelítenek a jelenséghez. Klinikai szempontokat hangsúlyozva, a kiégést betegség-kategóriaként tekintve, jellemzőit egészséggel kapcsolatos korrelátumokkal összevetve; illetve társadalmi szemszögből, a munkahelyi előzményeit és a teljesítményre gyakorolt hatásait elemezve. A következőkben többek között ezen szempontok mentén is tárgyaljuk a kiégéshez kapcsolódó négy nagyobb megközelítést: a legnagyobb teret hódító, Maslach és munkacsoportja által kialakított multidimenzionális modellt, illetve annak Borritz és Kristensen által továbbfejlesztett változatát, a kiégést munkahelyi stressz reakcióként definiáló Hobfoll-Shirom modellt, valamint a pszichodinamikus nézőpontot.

2. A kiégés napjainkban is jelenlévő teoretikus megközelítései

2.1. Cristina Maslach és munkacsoportja – a kiégés multidimenzionális megközelítése

A huszadik század közepe óta ember és munkájának kapcsolata a különféle tudományos fórumok egyre népszerűbb témája. A társadalom szerkezetében bekövetkező hatások következményeképp a munka iránti elköteleződés, odaszentelődés fogalma az idők során sokat vesztett presztízséből. A legtöbb munkavállaló számára munkakörnyezete hideggé, ellenségessé és követelővé vált. A globalizálódó gazdaság hatására, a fejlődő országokból olcsón, minimális szállítási költséggel bármilyen áru, bárhová a fogyasztó elé kerülhetett. A technológia fejlettségnek köszönhetően pedig, lehetővé vált, hogy a legtöbb dolgozó feladatait gépek vegyék át. A gazdasági és technológiai változások sok ember munkakörnyezetének megváltozását, a munka elsivárosodását, intrinzik értékének devalválódását eredményezték, és előtérbe tolták a kiégés lehetőségét (Maslach és Leiter, 1997; Schaufeli és mtsai, 2009).

Maslach elképzelése szerint (1) a kiégés mentális és emocionális kimerüléssel jellemezhető (2) számos fizikai tünettel övezett jelenség, mely (3) a munkához kapcsolódva (4) olyan egyéneknél jelenik meg, akiket előzetesen semmilyen pszichopatológiával nem diagnosztizáltak. (5) Az állapot által okozott negatív attitűdök csökkentik a munkahelyi teljesítményt és hatékonyságot. A jelenségnek egyéni, interperszonális és önértékeléshez kapcsolódó aspektusa van. A jelenség egyéni aspektusa az *érzelmi kimerültség*, mely a fizikai és emocionális fáradtság állapota. A kiégés interperszonális dimenziója a *másoktól való elidegendés* – deperszonalizáció. Ez negatív, közönyös, érzéketlen, távolságtartó attitűddel jellemezhető, mely áthatja a munka minden szegmensét. A *személyes teljesítmény csökkenés*e az önértékelési aspektus, amely csökkent kompetenciaérzéssel, a produktivitás alacsony

szintjével írható le. Az egyes dimenziók egymástól függetlenül is jelen lehetnek, de össze is kapcsolódhatnak (Maslach és mtsai, 2001).

A kiégés kialakulásában személyes és munkahelyi tényezőknek egyaránt szerepe van. A legújabb írások a különböző tényezők össze nem illését domborítják ki, és hat típusát különböztetik meg (Leiter és Maslach, 2005; Maslach és Leiter, 1997; Maslach és mtsai, 2001). Az össze nem illés első területe *munkaterhelés*, azaz a munka által támasztott nem megfelelő mennyiségű kihívás. Ez megnyilvánulhat a munka mennyiségének, komplexitásának, időtartamának növekedésében. Kihat a munka minőségének csökkenésére, a fizikai és pszichés leterheltség mértékére, valamint a munka jutalomértékének devalválódására.

A munkahelyi célok felett érzett *kontroll hiány*a szintén kulcsfontosságú. Abszolút kontroll ugyan sohasem érhető el egy-egy szituáció felett, azonban valamekkora – a munkavállaló igényeihez igazodó – kontroll szükséges ahhoz, hogy az egyén munkáját kielégítőnek, sőt élvezetesnek találja. Fontos szempont, hogy a legérdekesebb, legnagyobb kihívást jelentő dolgok a legkevésbé kontrollálhatók, így az optimális kontrollérzés mértéke nemcsak egyénenként, hanem szituációnként és feladatonként is különböző lehet.

A munkavégzés valamilyen formában „el kell, hogy nyerje jutalmát”, a *munkáért kapott jutalom* azonban sokféle lehet. Az emberek általában remélik, hogy munkájuk anyagi elismerést, presztízst, karriert és biztonságot nyújt majd számukra. Ezen felül, a feladatok érdekessége sokszor már önmagában jutalmazó lehet. Ha az egyén úgy érzi, hogy erőfeszítései nem hoznak megfelelő jutalmat, az kiábrándultsághoz, és nagy valószínűséggel kiégéshez vezet.

A *munkahelyi közösségek* szintén egyéni jóllét tartóoszlopai. Azon felül, hogy a csapatmunka sok helyen szinte már elengedhetetlen eleme a szervezeti hatékonyságnak, a munkahelyi közösségek társas támogatást, biztonságot, boldogságot, dicséretet nyújthatnak a személy számára. A munka lehet egysíkú, de az emberi kapcsolatok sohasem azok! A munkával kapcsolatos gondolatok megosztása növeli a szubjektív jóllét érzését; míg a krónikus, megoldatlan problémákkal terhelt munkatársi kapcsolatok frusztrációt, ellenségességet, végül pedig közösségtől való elfordulást eredményeznek.

Amennyiben egy szervezet dolgozóit egyenlőként kezeli, nem favorizálja, akkor megfelel a *becsületesség* kritériumának. A becsületes munkahely elismeri az ott dolgozókat, és hitet ad a munka értékességében!

A kiégés utolsó okaként az egyén és munkahely *érték*einek disszonanciáját emelik ki a szerzők. Ezért munkába állás előtt mindenképp fontos a felek értékeinek tisztázása, az

azonosságok és különbségek elemzése, mérlegelése. Értékek közötti össze nem illés még a nagyfokú elméleti egyezés mellett is fennállhat, hiszen az elméletben átgondolt, és a ténylegesen megvalósított értékek is különbözőek lehetnek. Emellett fontos, hogy az értékek korántsem statikusak, az idő előrehaladásával változhatnak, kicserélődhetnek. Azonban a lényeg ugyanaz marad: a munkavállaló tudjon igazodni a szervezet elveihez, ha lehetősége van, formálja azokat, de nézetei ne térjenek el gyökeresen a központilag képviselt eszméktől!

Az össze nem illés eredményeként megjelenő kiégés a munka iránti elköteleződés leépülésével, az érzelmek eróziójával, valamint a munka és egyén közötti szakadék fokozottabb megélésével jellemezhető. Az elmélet leírja, hogy a kiégés legtöbbször erős, sikeres életpozícióból indul és a munka iránti elköteleződés magas foka jellemzi. A kiégés következtében a lelkesedés elvész, az egyén energiája, hatékonyságérzése, valamint a munkába való bevonódása jelentősen megcsappan. Az érzelmek dominánsan negatív színezetűvé válnak, a pozitív emóciók pedig fokozatosan eltűnnek a nem-verbális megnyilvánulások palettájáról. Frusztráció és harag veszi át a helyüket. A személy megéli saját tehetetlenségét, elköteleződése szétforgácsolódását. Gyötrő állapotáért pedig általában másokat hibáztat. Ellenségességével próbálja kompenzálni saját sikertelenségét, alacsony önértékelését. A pozitív érzelmek kifakulása megnehezíti a másokkal való együttműködést, illetve a jelentésteli kapcsolatok fenntartását, a negatív érzelmek jelenléte pedig növeli a diszfunkcionális érintkezéseket. A munka és a személy közötti össze nem illés – a környezet bevonásával - fenntartja önmagát, sőt az idő előrehaladásával egyre erősebbé válik. E folyamatért pedig, nem okolható kizárólag az egyén, vagy kizárólag a munkahely, az egyént körülvevő szituáció. Az össze nem illés a kapcsolatból vezethető le, melynek látható eredménye a kiégés állapota (Angerer, 2003; Maslach és Leiter, 1997; Maslach és mtsai, 2001).

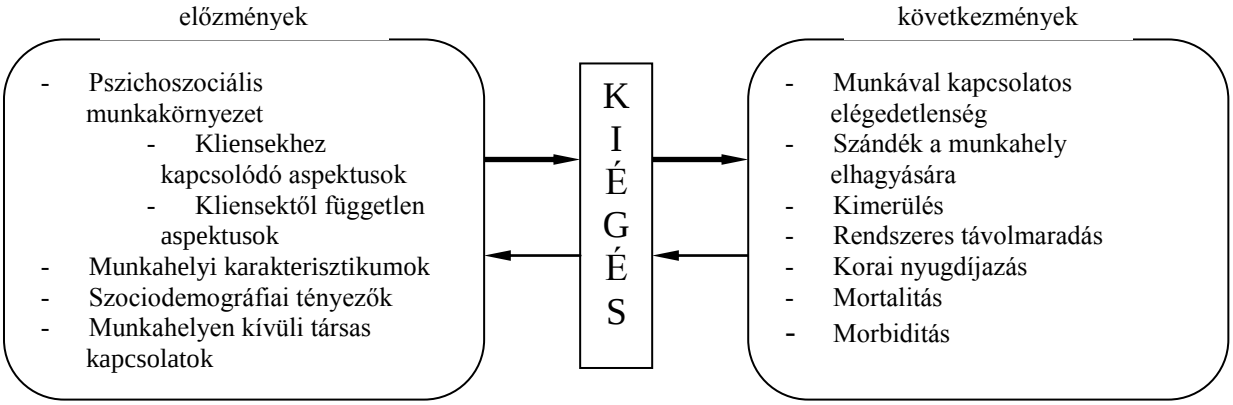
2.2. Marianne Borritz és Tage S. Kristensen kiégés modellje

Borritz és Kristensen munkacsoportja 1997-ben longitudinális vizsgálat sorozatot tervezett a kiégés, a munkamotiváció és a munkahelyi elégedettség vizsgálatára (Project on Burnout, Motivation és Job Satisfaction – PUMA-study). Az elsősorban empirikus alapokra építkező modell szerint a kiégés mentális, emocionális és fizikai fáradtság, mely egy érzelmileg megterhelő munkahelyi szituációba való hosszú távú bevonódás eredményeként jön létre (Schaufeli és Greenglass, 2001). Az elmélet részletezi a Maslach-modell *érzelmi kimerültség* dimenzióját, és megkülönbözteti az egyéni, a munkához, valamint a „kliensekhez”

kapcsolható kiégést. Az *egyéni kiégés* fizikai és pszichés fáradtság, mely a munkától független, az egyén által megélt, szubjektív jelentésmezőben leképzett állapot. A *munkához kapcsolódó kiégés* a munkának tulajdonított fáradtságot, a *kliensekhez kapcsolódó kiégés* pedig a munka során történő egyéni találkozásokból fakadó kimerülést jelenti (Kristensen és mtsai, 2005).

A kiégést tágabb koncepcionális keretben jellemző szerzők célja volt, hogy feltérképezzék a jelenség elterjedtségét dán segítő foglalkozásúak körében, azonosítsák azokat a munkahelyi tényezőket, melyek növelik kialakulásának esélyét; illetve elemezzék hatását a munkahelyi elégedettségre, a kimerülésre, a szabadságolás gyakoriságára, a korai nyugdíjazásra, valamint a mortalitásra és a morbiditásra. A kiégés tisztább meghatározását a fent említett következmények, valamint a következőkben elemzett előzmények tükrében kísérelték meg (ld. 1. ábra). Mivel a segítő foglalkozások központi feladata az emberekkel való érintkezés, így az előzmények között megjelent a pszichoszociális munkakörnyezet kliensekhez kapcsolódó és kliensektől független aspektusa. Előzményekként tarthatók még számon a munkakör olyan karakterisztikumai, mint a tapasztalat, valamint az egy hétre eső munkaórák száma. Ezek mellett megkülönböztethetők még a szociodemográfiai tényezők; valamint az életstílus olyan komponensei, mint a társas kapcsolatok, vagy a dohányzás; és emellett bizonyos személyiségtényezők is. A kiégés előzményekkel és következményekkel való kapcsolata többirányú. A fő irányt természetesen az előzmények – jelenség – következmények sorrend alkotja, azonban fordított irányú hatások is elképzelhetők. Gondoljunk például arra, amikor egy hosszú időtartamú betegség indítja el a kiégés folyamatát azzal, hogy megnehezíti a munkába való visszailleszkedést. Az előzmények és következmények tehát egymástól függetlenül és egymással kölcsönhatásban is létrehozhatják a jelenséget (Borritz és mtsai, 2006).

1. ábra: Borritz és munkacsoportjának elképzelése (forrás: Borritz és mtsai , 2006)



2.3. Stevan E. Hobfoll és Arie Shirom – A kiégés Forrás Konzervációs Elmélete

A Forrás-konzervációs modell megközelítése szerint a kiégés a közszféra és a magánszektor értékrendjének összemosódásával kapott kiemelkedő szerepet a segítő foglalkozásúak körében. Az értékrendek átfedésének következtében a humán segítőknek fokozott érzelmi, kognitív és fizikai terhelés mellett piaci célokat kellett megvalósítania, tekintet nélkül arra, hogy munkájuk jellege ezt nem tette lehetővé (Shirom, 2003). Az Arie Shirom által megfogalmazott elképzelés Stevan E. Hobfoll Forrás Konzervációs Elméletére (Conservation of Resources Theory – COR Theory) támaszkodik. A Forrás Konzervációs Elmélet, a stressz leírásának egy lehetséges megközelítése, mely szerint az emberek fenntartják, védik, és küzdelmet folytatnak azokért a „forrásokért", melyeket értékesnek tartanak. A forrásoknak négy lehetséges válfaja van: tárgyak (pl. lakás, autó), körülmények (pl. jó házasság, munkahelyi stabilitás), személyes tulajdonságok (pl. magas önértékelés, jó társas fellépés) és energia (pl. munkavégző képesség, empátia). Ezek lehetnek elsődlegesek, ha alapvetőek az emberi léthez (pl. étel, biztonság), vagy másodlagosak, ha az egyén versenyképességéhez, forrásszerzési potenciáljához járulnak hozzá. Stresszről akkor beszélhetünk, ha az egyént a források elvesztésével kapcsolatos veszély fenyegeti, ha a források már elvesztek, vagy ha a befektetések ellenére a forrás nem megszerezhető. Az egyének forrásokat fektethetnek be abból a célból, hogy minimalizálják a forrásvesztést, megvédjék a már meglévő forrásaikat, vagy új forráshoz jussanak. A befektetés mértékét az elvárt előny és a lehetséges hátrány befolyásolja. A több forrással rendelkezők többet tudnak befektetni, és kisebb stresszt élnek át veszteséges, illetve fenyegetett helyzetben. A megalapozott forrás-rendszerrel rendelkezők kisebb eséllyel esnek áldozatul a stressz kaszkádnak, nyitottabbak a külvilágra, és kevéssé vesznek fel defenzív álláspontot. Különösen fontos helyet foglal el a források között a társas támogatás. Ez az energia-típusú forrás bővíti a belső források körét, mivel lehetővé teszi a támogató személyek forrásainak másodlagos használatát, növeli a támogatott személy identitásának komplexitását, és rendkívüli támogatást nyújt a belső források hirtelen „kiapadásakor" (pl. traumatikus életesemény) (Hobfoll és Shirom, 2001).

A Forrás Konzervációs Elmélet szerint stressz szituációban a források elvesztése mindig kritikusabb, mint a forrás-nyereség. A nyereség mindig a veszteség kontextusában értelmezhető. A kiégés esetében folyamatos forrás-vesztés áll fenn – nem ritkán nyereségek mellett is. Az elsősorban energiaként megjelenő forrásokat felemésztő folyamat sok ideig láthatatlan, egy idő után viszont tapinthatóan megjelenik az egyén mindennapi életében. Az elméletben az energia három formája különíthető el: a fizikai, a kognitív és az érzelmi

energia. A kiégés ebben a kontextusban a fennálló stresszhelyzetre adott érzelmi válasz, mely az egyén energia-forrásainak folyamatos apadása; a külvilág számára pedig, az érzelmi kimerülés, a fizikai fáradtság, illetve a kognitív gyengeség látható jelenléte. A kiégés elsősorban másodlagos forrásokat érint, és lehetetlenné teszi az újratöltődést (Shirom, 2003). A Forrás Konzervációs Elmélet újdonsága, hogy a kiégést kiemeli a szervezeti környezetből. Munkahelyi és hétköznapi helyzetekre egyaránt fókuszálva elemzi a jelenség társas, egyéni pszichés és fiziológiai aspektusait, ezáltal teljesebbé téve a kiégés fogalmának megértését.

2.4 Helfer-szindróma és a kiégés pszichoanalitikus elmélete

A kiégés pszichodinamikus elképzelésének gyökerei a Schmidtbauer (1977) által leírt Helfer-szindrómára vezethetők vissza. A Helfer-szindróma kialakulásának előzménye, hogy a gyermek teljesítménnyel kapcsolatos kompetencia élményét a szülő nem erősíti meg, figyelmen kívül hagyja. A teljesítmény figyelmen kívül hagyása pedig bizonytalan önértékeléshez és a külső megerősítés folyamatos kereséséhez vezet. A gyerekből önmagában bizonytalan, szülőjének folytonosan megfelelni vágyó „felnőtt” válik, akinek élete nagy részét a gyermekkorában annyira hiányolt megerősítés keresése teszi ki. A Helfer-szindróma azonban nem egyenlő a kiégéssel, akkor vezet kiégéshez, ha a személy a foglalkozásában kapott megerősítést túlhangsúlyozza, valamint az ott alkalmazott elveket, szabályokat és kereteket magánéletére is alkalmazza. Segítőként viselkedik a magánéletében is, vagy hasonlóan tökéletes környezetet kíván megteremteni otthon is, ahogy azt a munkahelyi környezetében már kialakította. Így válhat „foglalkozása áldozatává”, vagy épp örökké elégedetlen „perfekcionistává” (Fekete, 1991).

Az Ayola Pines által megalkotott - a pszichoanalitikus hagyományokat az egzisztencialista szemlélettel ötvöző - kiégés elmélet megőrzi a teljesítés iránti vágy gondolatát, azonban nem görcsös megerősítés hajszolásként, hanem a gyermekkori tapasztalatokra épített, valamint a szülői normákat is figyelembe vevő karrierválasztáshoz kapcsolódó vágyak be nem teljesüléseként definiálja. Pines elméletében a kiégés a szó konkrét értelmében is jelentést hordoz. Olyan emberek sajátja, akik életük nagy részét egy ügy köré fűzik fel (pl. karrier-célok, házassági, vagy családi kötelékek tökéletesítése), ennek érzelmileg, mentálisan és fizikailag is rengeteg energiát szentelnek, e cél elérése hozza „tűzbe” őket. Majd egy ponton úgy érzik, hogy mindez talmi, hiábavaló, vagy jelentéktelen. A kitűzött cél értéktelen, a tűz elhamvad, kiég… Ezért ebben az értelmezésben a kiégés *„fizikai,*

érzelmi és mentális fáradtság, melyet az érzelmileg megterhelő szituációkba való hosszú távú bevonódás eredményez" (Pines és Aronson, 1998; idézi Pines, 2001).

Az egzisztenciális nézőpont a munka, értelemképző szerepének hangsúlyozásával gazdagítja az elképzelést. Az életet, mint az értelemkeresés folyamatát határozza meg, ahol az egyén mindenkori elsődleges motivációja élete jelentésének tisztázása, és e jelentés megvalósítása. Sok időn keresztül a jelentéskereséshez a vallás adott keretet. A mindenkori teremtő szerinti élet elkülönített jót, rosszat, helyest, és helytelent. S mivel a hit erős volt, a teremtő megkérdőjelezése csak ritkán fordult elő. Napjainkban azonban a vallás keretképző szerepe gyengülni látszik. Helyét sok ember életében a foglalkozásbeli, a párkapcsolati, vagy az élet egyéb területei által meghatározott értelemkeresés veszi át (Pines, 1993; Pines, 2002; Pines és Nunes, 2003). A kiégés egzisztencialista elmélete szerint a magasan motivált emberek olyan célokat tűznek ki maguk elé, vagy olyan elvárásoknak igyekeznek megfelelni melyek az egész emberiség, egy bizonyos csoport vagy önmaguk számára fontosak. A segítő környezet lehetővé teszi a sikert, a siker pedig egzisztenciális jelentőségérzést ad az egyén számára. Azonban a környezeti stresszorokat felvonultató, megterhelő, túlzott elvárásokat közvetítő környezet kudarcot, és egy idő után kiégést hoz magával (Pines, 1993).

A kiégéssel kapcsolatos elképzelések áttekintése lehetőséget ad a fogalom tágabb kontextusba helyezésére, a dolgozat céljainak pontosabb körvonalazása érdekében azonban elengedhetetlen a vizsgált célcsoporttal, az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos szakirodalom áttekintése.

3. A kiégés jellemzői egészségügyi dolgozók körében

3.1.A kiégés előfordulási gyakorisága

A gyógyító tevékenységgel foglalkozók személyiségükből, munkájuk jellegéből fakadóan fokozottan veszélyeztetettek a kiégés szempontjából. A segítségnyújtás nemcsak „szakképzettség-használat" bizonyos helyzetek követelményei mentén, hanem érzelmi munkát, empátiát igénylő tevékenység, mely velejárója a mindennapoknak (Fekete, 1991). Mivel a gyógyító tevékenység nem kevés érzelmi igénybevétellel jár, a kiégés fokozottan jelen van e közegben. Tanulmányok hosszú sora közöl adatokat orvosok (Moreno-Jimerez és mtsai, 2008; Travado és mtsai, 2005; Trufelli és mtsai, 2008) és ápolók (Jenkins és Allen, 1998; Nathan és mtsai, 2007) kiégettségének mértékéről. Egy 15 tanulmányt áttekintő

metaelemzés adatai alapján az egészségügyben dolgozók *érzelmi kimerültsége, deperszonalizáció*ja szignifikánsan magasabb, *személyes teljesítmény* csökkenése átlagos a Maslach és munkatársai által megállapított normákhoz viszonyítva (Skirrow és Hatton, 2007).

Hazánkban egy 495 háziorvost és rezidenst megkérdező vizsgálat tanulsága szerint a megkérdezettek 34,8%-a magas fokú *érzelmi kimerültség*et, 60,9%-a magas fokú *deperszonalizáció*t és 95,9%-a (!) magas fokú *személyes teljesítmény*csökkenést mutat a Maslach Kiégés Leltár amerikai standardjai alapján (Ádám és mtsai, 2009). Egy másik, 805 ápolót megkérdező vizsgálat tanulsága szerint - a Freudenberger és Richelson által összeállított kiégés kérdőív viszonyítási értékeit figyelembe véve -, az ápolók 33,9%-át kiégés fenyegeti, 5,5%-a kiégett, 0,9%-a pedig a kiégés mellett súlyos pszichiátriai megbetegedéssel is jellemezhető (Pálfi és mtsai, 2008)

Akár összehasonlítási alap nélkül is szembetűnő a hazánkban gyógyító tevékenységet végzők rendkívül rossz állapota. Főként a *deperszonalizáció* és a *személyes teljesítmény* alacsony szintje markáns orvosok esetében, valamint az is figyelemre méltó, hogy az ápolók közel 40%-a kiégett, vagy a kiégés szempontjából veszélyeztetett! A magas szintű kiégés hátterében leginkább a munkahelyi stressz megemelkedett szintje feltételezhető. A munkahelyi stresszorok közül az alacsony fizetés, a rendkívül magas munkaidő, az adminisztratív terhek mennyisége, az idő-, elismerés, illetve a társas támogatás hiánya jellemzi fokozottan a magyar egészségügy szerkezetét (Ádám és mtsai, 2009; Pálfi és mtsai, 2007).

Néhány vizsgálat arról is beszámol, hogy az egészségügy különböző területein dolgozók a kiégés szempontjából más-más mértékben érintettek. Többen az onkológiai, terminális betegeket ápoló, illetve intenzív osztályos ellátást tartják a legveszélyeztetettebb területnek (Glasberg és mtsai, 2007; Moreno-Jimerez és mtsai, 2008). Ezt a jelenséget ápolói mintán hazai vizsgálat is megerősíti (Köbli és mtsai, 2008).

Egy 10 vizsgálatot és 2357 főt tömörítő metaelemzés onkológián dolgozók körében kimutatta, hogy az *érzelmi kimerültség* 36%-ban, a *deperszonalizáció* 20%-ban, a *személyes teljesítmény* csökkenés pedig 30%-ban jellemzi a mintát (Trufelli és mtsai, 2008), mely mindhárom esetben szignifikánsan magasabb a normatív átlagnál. Köztudottak olyan általános - ezekben a szakmákban szintén érvényesülő - hatások is, miszerint a nőknél magasabb kiégés átlagértéke, mivel karrier lehetőségeik behatároltak, kisebbnek érzékelik a munkájuk felett gyakorolt kontrollt, valamint a munkahely pszichoszociális stresszorai markánsabban hatnak személyiségükre. Hajlamosabbak az *érzelmi kimerültség*re, szemben a

férfiakkal, akiknél a *deperszonalizáció*nak nagyobb a valószínűsége (Schaufeli és Enzmann, 1998; idézi Houkes és mtsai, 2008).

3.2.Az egészségügyi dolgozók kiégésének jellegzetességei

A kiégéssel foglalkozó szakirodalom széles körben tárgyalja a kiégéssel együttjáró jellemzőket, melyeket Weber és Jaekel-Reinhardt (2000) után érzelmi, interperszonális és kognitív sajátosságok köré csoportosítunk. A továbbiakban elsőként az érzelmek megélésének nehézségeiről, az empátiás készség csökkenéséről, majd az interperszonális deficitek kapcsán a betegekkel, a családdal, valamint a kollégákkal való megváltozott kapcsolatteremtésről lesz szó. Végül pedig kognitív szempontból az információfeldolgozás, a döntés nehézségei, és a kreativitás megfogyatkozása kerül nagyító alá.

3.2.1. A kiégés megváltozott érzelmi állapota

Törődni a beteg fizikai állapotával - ez az ápolók és orvosok elsődleges feladata. A fizikai állapotról való ismeretszerzést megkönnyíti a másikkal való gördülékeny kommunikáció, valamint az érzelmi összehangolódás. A kiégett állapot mindezeket megnehezíti. A rossz közérzettel, fáradsággal, elgyengüléssel, érzelmi elszíntelenedéssel jellemezhető állapotban mind az empátiás válaszkészség, mind pedig az érzelemreguláció sérül (Denollet és De Vries, 2006).

Az érzelmi összehangolódás, a verbális és nem-verbális információk dekódolása *empátiá*t követel. Az empátia kognitív és affektív jelenség. Megfelelő kognitív kapacitás szükséges ahhoz, hogy képesek legyünk a perspektíva átvételére; érzelmi teljesítmény, hogy meg tudjuk élni a másik érzelmeit; illetve az önszabályozás bizonyos foka, hogy az érzelmi átélést megfelelően tudjuk kontrollálni (Buda 1978; Ruysschaert, 2009). Az empátia kimerülése Kulcsár (1998) szerint egyértelműen összefüggésbe hozható a kiégéssel. Az *érzelmi kimerülés* az empátiás kapacitás kimerülése, amelyből a *deperszonalizáció*, azaz az empátiás kognícióról a nem empátiás kognícióra való átváltás szükségszerűen következik. Amennyiben a segítő hivatás nem gyakorolható hatékonyan, a segítő a beteget tárgyként kezeli majd. Day és Chambers (1991; idézi Kulcsár 1998) az empátia és kiégés kapcsolatának elemzése kapcsán arra jutott, hogy az empátia „személyes distressz” aspektusa pozitív kapcsolatban áll a kiégés mértékével, azonban az empátiás törődés és a perspektíva átvétel negatívan korrelál a *deperszonalizáció*, és a *személyes teljesítmény* csökkenésének mértékével. Tehát a kiégés egyértelmű kapcsolatban áll az empátiás válaszra való képesség hiányával, különösen a másokra orientált empátiás válaszok megfogyatkozásával.

Az empátiás reakciók mellett a másokkal való hatékony interakció elengedhetetlen feltétele az érzelmek szabályozása is. A kiégett állapotban tapasztalt érzelemszabályozási nehézségeket az *érzelmi munká*val kapcsolatos kutatások részletesen tárgyalják. Hochschild (1983) elmélete szerint az érzelmi munkavégzés két módon történhet. Egyfelől, a felszíni reguláció segítségével, melynek során verbális és nem-verbális módon is létrejön a társas szempontból kívánatos érzelem, azonban nincs mögötte autentikus tartalom. A szociálisan kívánatos érzelmek létrehozásával párhuzamosan pedig a megélt érzelmek elfojtása történik. Másfelől a mélyreguláció segítségével, melynek során az egyén saját érzelmeit erősíti fel, és jeleníti meg a társas szituációban. Előbbi inkább reakció fókuszú, utóbbi pedig előzmény fókuszú érzelemregulációnak tekinthető Gross (1998) érzelemregulációs elképzelése szerint. Az érzelemszabályozást általában, mint a kiégés előzményét tárgyalják a különböző vizsgálatok, így ezekből csak közvetett következtetéseket vonhatunk le a kiégés következményeire vonatkozóan. Több vizsgálat szerint a felszíni reguláció egyértelmű bejóslója az *érzelmi kimerültség*nek, a *deperszonalizáció*nak és a *személyes teljesítmény* csökkenésének is. Tehát azoknak az egészségügyi dolgozóknak nagyobb az esélye a kiégésre, akik gyakran a szociális normák kívánalmai szerint, autentikus érzelmeiket hátrahagyva reagálnak az érzelmi kihívást jelentő szituációkban. A mélyreguláció, azaz az igazi érzelmek felvállalása az interakciókban hatékonyabbá, közelibbé teszi az érzelmi kapcsolatokat, ezáltal megóvja a munkavállalót a kiégéstől (Brotheridge és Grandey, 2002; Grandey, 2000; Lovell és mtsai, 2009; Zammuner és Galli, 2005). Mivel a kiégés és a szociálisan kívánatos viselkedés negatív összefüggésben áll egymással (Maslach és mtsai, 2001), feltételezhető, hogy kiégett állapotban a szociális kívánatossággal szoros kapcsolatban lévő felszíni reguláció háttérbe szorul, és az interperszonális helyzetekben az autentikus érzelmek kifejezését elősegítő mélyreguláció kerül előtérbe. Bár erre vonatkozó adat - tudomásunk szerint - nem áll rendelkezésre a szakirodalomban.

3.2.2. Interperszonális aspektusok

A gyógyításban elengedhetetlen szempont a *betegekkel való kapcsolat minősége*. Az orvos-beteg kapcsolatban az *orvos* segítő, támogató, megértő viselkedése kulcsfontosságú. Ez a típusú attitűd a beteg igényeinek előtérbe helyezésével a saját szükségletek háttérbe szorításával jellemezhető. A beteggel való magas szintű összehangolódás segít a félelmek, aggodalmak, bizonytalanságok felszínre hozásában, tisztázásában, és megfelelő kezelésében, valamint a nyitottabbá teszi a kapcsolatot. Emellett lehetőséget biztosít az orvos számára, hogy saját érzelmeit, gondolatait is tisztázza. Travado és munkatársai (2005) olasz, spanyol és

portugál orvosoknál a kiégés és a gyógyítás pszichoszociális – egyéni érzelmi, gondolati és társas – aspektusaival kapcsolatos nyitottság összefüggéseit vizsgálták. A pszichoszociális aspektusokra való nyitottság csökkenti az *érzelmi kimerültség* és a *deperszonalizáció* mértékét. A magas kiégettség a kezelés hatékonyságára, a betegség kimenetére, illetve a beteggel való együttműködés hatékonyságára vonatkozóan kevesebb pozitív és több negatív elvárással jár együtt. Emellett a *személyes teljesítmény* csökkenése negatívan befolyásolja a beteggel való kommunikáció minőségét, és a kommunikációt igénylő helyzetek kezelésének hatékonyságát is. Egy másik vizsgálatban Glasberg és munkatársai (2007) a „lelkiismereti stressz" és a kiégés között tártak fel összefüggéseket egészségügyben dolgozóknál. Lelkiismereti stressznek nevezték azokat az értékkonfliktusokból eredő problémákat, melyek az egészségügyi dolgozók terhelésének és a gyógyítás, ápolás minőségének konfliktusából adódnak. A lelkiismereti problémák tudatosítását és elfojtását egyaránt vizsgálták. Eredményeik alapján a lelkiismereti problémák túlzott mértékű tudatosítása és elfojtása egyaránt az *érzelmi kimerültség* és a *deperszonalizáció* magas fokával jár együtt, így a kiégés szempontjából a tudatosítás közepes szintje a leginkább adaptív.

Az *ápolók* a beteg testi ellátása mellett lelki támaszt is nyújtanak a lábadozás során. Mivel a legtöbbet ők érintkeznek a beteggel, ők nyújtanak segítséget a mindennapi problémák kezelésében. Az ápoló-beteg kapcsolat minőségét olyan egyszerű tényezők is befolyásolhatják, mint az egy ápolóra jutó betegek száma, hiszen minden további beteg növeli a beavatkozásokban való hibázás és a kiégés valószínűségét is (Garrett, 2008). A betegek felé mutatott pozitív verbális és nem-verbális megnyilvánulások mennyisége és minősége összekapcsolódik a személyes teljesítmény-érzés magas szintjével (Jenkins és Allen, 1998). Az *érzelmi kimerülés* és *deperszonalizáció* alacsony szintje pedig fenntartja a beteggel kapcsolatos kíváncsiságot, a problémái iránti érzékenységet (Pálfiné és mtsai, 2007). Érdekes jelenség, hogy az úgynevezett „nehéz" – terminális állapotban lévő, vagy elítélt - betegeket gondozó ápolók kevésbé kiégettek főáramban dolgozó munkatársaikhoz képest. Bár itt a betegekkel való kapcsolat jellege sokkal több kihívást, döntési bizonytalanságot, feszültséget és kevesebb kölcsönösen kielégítő emocionális kapcsolati lehetőséget rejt magában, az ezen a területen dolgozók lelki edzettsége, kihíváskeresése, képzettsége átsegíti őket a nehéz helyzeteken (Dickinson és Wright, 2008).

Már Maslach multidimenzionális kiégés-modellje tisztázta, hogy kiégés és a *társas támogatás* szoros kapcsolatban állnak egymással. A munkahelyi közösségek hiánya, illetve a munkatársak kritizáló, feltételekhez kötött érzelmi viszonyulása egy idő után kiégéshez vezet (Maslach és Leiter, 1997). A társas támogatás kiégésre gyakorolt hatását több tanulmány

elemzi (pl. Borritz és mtsai, 2006; Payne 2001; Schmitz és mtsai, 2000), azonban keveset tudunk arról, hogy hogyan hat a kiégés a szociális kapcsolatokra. Leíró jellegű adatok vannak arról, hogy a kiégett ember barátaival, és családjával is foglalkozási szerepén keresztül kommunikál, magánéletét nehezen választja el munkahelyi identitásától, vagy épp kapcsolatok nélkül, magányába burkolózva él (Ádám és mtsai, 2006; Fekete, 1991). Houkes és munkatársai (2008) azonban a kiégés társas kapcsolatokra gyakorolt hatásának objektív vizsgálatára vállalkoztak. Longitudinális vizsgálatukban arról számoltak be, hogy a *személyes teljesítmény* magas szintje és a kollégáktól kapott társas támogatás kölcsönösen hatást gyakorolnak egymásra. Emellett a munka és magánélet összeegyeztetésének nehézsége hosszú távú következményekkel jár az *érzelmi kimerültség*re nézve. Így a társas kapcsolatok elszegényedése, professzionalizálódása a kiégés egyik tünete lehet. A jelenség tehát az élet minden interperszonális kapcsolatára hatást gyakorol, nemcsak a munkahelyen, hanem a magánéletben is!

3.2.3. Kiégés és kognitív hiányosságok

A kiégett emberek gyakran panaszkodnak figyelmi problémákra, az információk fejbentartásának képtelenségére, vagy beszélgetés közbeni koncentrációs problémákra. Ám e téma empirikus vizsgálata igen csekély. Az *információfeldolgozás hibái*t Van der Linden, Keijsers, Eling és Van Schajk (2005) a kivitelező funkciók működésével hozták összefüggésbe. Klinikai mértékű kiégéssel, magas és átlagos kiégés pontszámmal rendelkezőket hasonlítottak össze vizsgálatukban, ahol a következőket feltételezték: (1) a kiégett emberek önbevallás alapján több kognitív nehézségről számolnak be, (2) automatikus válaszok elnyomásában több kihagyást és hibát ejtenek, (3) illetve fokozott figyelmi teljesítményingadozást mutatnak a Bourdon-Wiersma tesztben. A vizsgálatban mindhárom feltevés megerősítést nyert. A klinikai és magas kiégés pontszámmal rendelkező csoport mindhárom esetben elkülönült a kontrolltól. Egy másik vizsgálat az önkontroll funkciók ereje, a kognitív hibák valószínűsége és a kiégés között keresett összefüggést. A Broadbent-féle Kognitív Kudarc Kérdőíven elért pontszám, valamint a Neubach és Schmidt által kifejlesztett önkontroll deficitet mérő skála pozitívan kapcsolódott az *érzelmi kimerültség*hez, és a *deperszonalizáció*hoz egyaránt. Azaz az érzelmileg kimerült és/vagy deperszonalizált egyének önkontrollt igénylő helyzetekben kevésbé képesek spontán, impulzív válaszaik, és az ezzel járó érzelmi reakciók elnyomására, illetve gyakrabban vétenek tipikus kognitív hibákat (pl. tárgyak nevének elfelejtése, dolgok elejtése) nem kiégett társaiknál. A kiégés egyfelől a csökkent önkontroll képesség és a kognitív deficitek következménye, másfelől fenntartója is e

diszfunkcióknak (Schmidt és mtsai, 2007). A vizsgálatok praktikus következménye számottevő, ha figyelembe vesszük, hogy az információfeldolgozás nehézségei a munka legtöbb területére – hibázási valószínűség, döntési problémák, folyamat-követési képesség stb. - hatást gyakorolnak.

A gyógyítási folyamat tele van kritikus, életeket befolyásoló döntésekkel. A *döntés* racionális és intuitív tényezőket egyaránt tartalmaz. Pszichés, szociális, morális aspektusai jelentősek lehetnek. Nem egyszer szorongás kötődik hozzá a kockázatossága miatt. A döntésnek különleges súlya van krónikus, terminális, vagy épp agresszív, önsértő betegekkel kapcsolatosan. Ilyen esetekben egy-egy választás következményei fokozottabban visszahathatnak a gyógyítóra. Moreno-Jimérnez és munkatársai (2008) terminális beteg gyermekekkel és felnőttekkel dolgozó orvosokat hasonlítottak össze nem terminális betegekkel foglalkozókkal. A terminális betegekkel foglalkozóknál magasabb volt a döntésekkel kapcsolatos félelem. Az *érzelmi kimerültség* és a *deperszonalizáció* magasabb szintje összekapcsolódott a döntéshozással kapcsolatos szorongással. Ezen felül a *deperszonalizáció* nagymértékű ruminációval is összefüggött.

A *kreativitás* és az innovatív munkahelyi légkör hatékonyabbá teszi a problémák megoldását, fokozza a teljesítményt és összetartja az embereket. Az *érzelmi kimerültség* és főként a *deperszonalizáció* magas szintje negatív hatással van a kreativitásra, illetve a növekedésre való képességre. A kreativitás elvesztésével pedig a helyzetek megoldási módjainak változatossága, a kockázatvállalás, illetve az egy-egy megoldásba vetett hit is elhalványul (Berg és mtsai, 1994; Sadovich, 2005). Nem kétséges tehát, hogy a kiégés hatást gyakorol a kognitív folyamatokra. Lehetséges, hogy negatív hatása elsősorban a kivitelező funkciókat, azaz a magasabb rendű humán folyamatokat érinti, erre azonban még kevés empirikus bizonyíték létezik.

4. A kiégés mérése egészségügyi dolgozók körében

4.1. A kiégés mérésének lehetőségei és mérésének története

A kiégéssel foglalkozó különböző irányzatok a konstruktum mérésére saját mérőeszközt alkottak. Így a multidimenzionális megközelítés keretein belül megszületett a *Maslach Kiégés Leltár* (Maslach Burnout Inventory; Maslach és mtsai, 1996), Borritz és Kristensen munkacsoportja körvonalazta a *Koppenhága Kiégés Leltárt* (Coppenhagen Burnout Inventory; Borritz és mtsai, 2006), a Forrás Konzervációs modell lenyomataként

Shirom és munkatársai megalkották a *Shirom-Melamed KiégésMérőt* (Shirom-Melamed Burnout Measure; Shirom és Melamed, 2006), a pszichoanalitikus-egzisztencialista megközelítés képviselői pedig kidolgozták a *KiégésMérőt* (Burnout Measure; Enzmann és mtsai, 1998).

A sokféle lehetőség ellenére a szakirodalom 90%-a a Maslach Kiégés Leltárral (továbbiakban MBI) dolgozik. Ennek oka, hogy az MBI ötvözi a multidimenzionális elképzelés által kimunkált elméleti hátteret, valamint a megbízhatóságára vonatkozó vizsgálatok meglehetősen differenciált képet vázolnak fel a kérdőívről. Mivel a dolgozat empirikus vizsgálataihoz is az MBI-t használtuk, indokoltnak tartjuk a továbbiakban áttekinteni a mérőeszköz megalkotásának hátterét és pszichometriai szempontú kimunkálását.

Az MBI fejlesztése hosszú múltra tekint vissza, melynek során sok finomítás történt az eredeti koncepcióhoz képest. Kialakítása az 1970-es években kezdődött, abban az időszakban, amikor az Egyesült Államok társadalma érzékelni kezdte a versengővé formálódó, individualizálódó társadalmi berendezkedés hátulütőit. Maslach és kollégái egy átfogó projekt részeként megbízást kaptak az egészségügyben és az úgynevezett „humán szolgáltató szektorban" dolgozók „munkahelyi élményeinek" felmérésére. A kutatócsoport félig strukturált interjúk segítségével rendőrök, tanácsadók, ápolók, pedagógusok, szociális munkások, pszichiáterek, pszichológusok, ügyvédek, valamint irodai alkalmazottak véleményét értékelte. Majd az összeszedett anyagból és a Freudenberger által megjelentetett esettanulmányokból kvalitatív módszerek segítségével körvonalazta azt a fajta kimerült, energiavesztett, másoktól elzárkózó állapotot, mely később a kiégés nevet kapta. A felmért szakmák jellegéből adódóan a kiégés koncepciójában hangsúlyozódott az érzelmek, az értékek és a másokkal való kapcsolat szerepe. Ezt követően a munkacsoport - tapasztalatainak számszerűsítéseként - tételsort állított össze, melynek hitelességét tesztelni kezdte az említett foglalkozási csoportokban. A többszörös tesztelés eredményeként 22 tételes skála született a „humán szolgáltató szektorban" dolgozók részére. Mivel a kérdőív tételei „munkatársakra, kliensekre és betegre" vonatkoztak, a specifikáltabb célcsoporttal – diákokkal - dolgozó pedagógusok felmérését ez lehetetlenné tette, pedig ezen a területen is volt igény a kiégés mérésére. Így a munkacsoport az 1980-as évek közepén létrehozta az MBI oktatási területre adaptált változatát is (Maslach Burnout Inventory – Educators Survey; Maslach és mtsai, 2008; Maslach és Schaufeli, 1986; Schaufeli és mtsai, 2009).

Az 1990-es években a multinacionális vállalatok virágzásnak indultak az Egyesült Államokban. Az átalakulás hatásaként munkavállalók felé támasztott követelések nőttek, a munkával kapcsolatos fejlődési, anyagi, visszajelzéssel összefüggő lehetőségek pedig egyre

jobban szűkültek. Az egyensúly megborulása miatt a dolgozók kizsákmányoltnak, kihasználtnak érezték magukat, és munkájuk iránti elköteleződésük csökkent. Az átalakulás emellett az értékek változását is magával hozta. A közösség erejébe vetett hit felbomlott, a segítségnyújtás ereje devalválódott, a jóllét mérőeszköze pedig a gazdagság lett. Az 1990-es években zajló folyamatok életre hívták a kiégés globalizálódását. A kiégés már nemcsak a humán segítő szektorban dolgozókat érintette, hanem a munkavállalók többsége számára érzékelhetővé vált. Ennek eredményeként született meg az MBI általános változata (Maslach Burnout Inventory – General Survey; Maslach és mtsai, 1996), mely lehetőséget adott a kiégés foglalkozástól független mérésére. A kiégés jelentőségét azóta egyre több országban felismerik. Vizsgálata az Egyesült Államok mellett Európában is egyre nagyobb erőket mozgat meg (Maslach és mtsai, 2008; Schaufeli és mtsai, 2009).

4.2. A humán szolgáltató szektor számára fejlesztett kérdőív validálására vonatkozó adatok

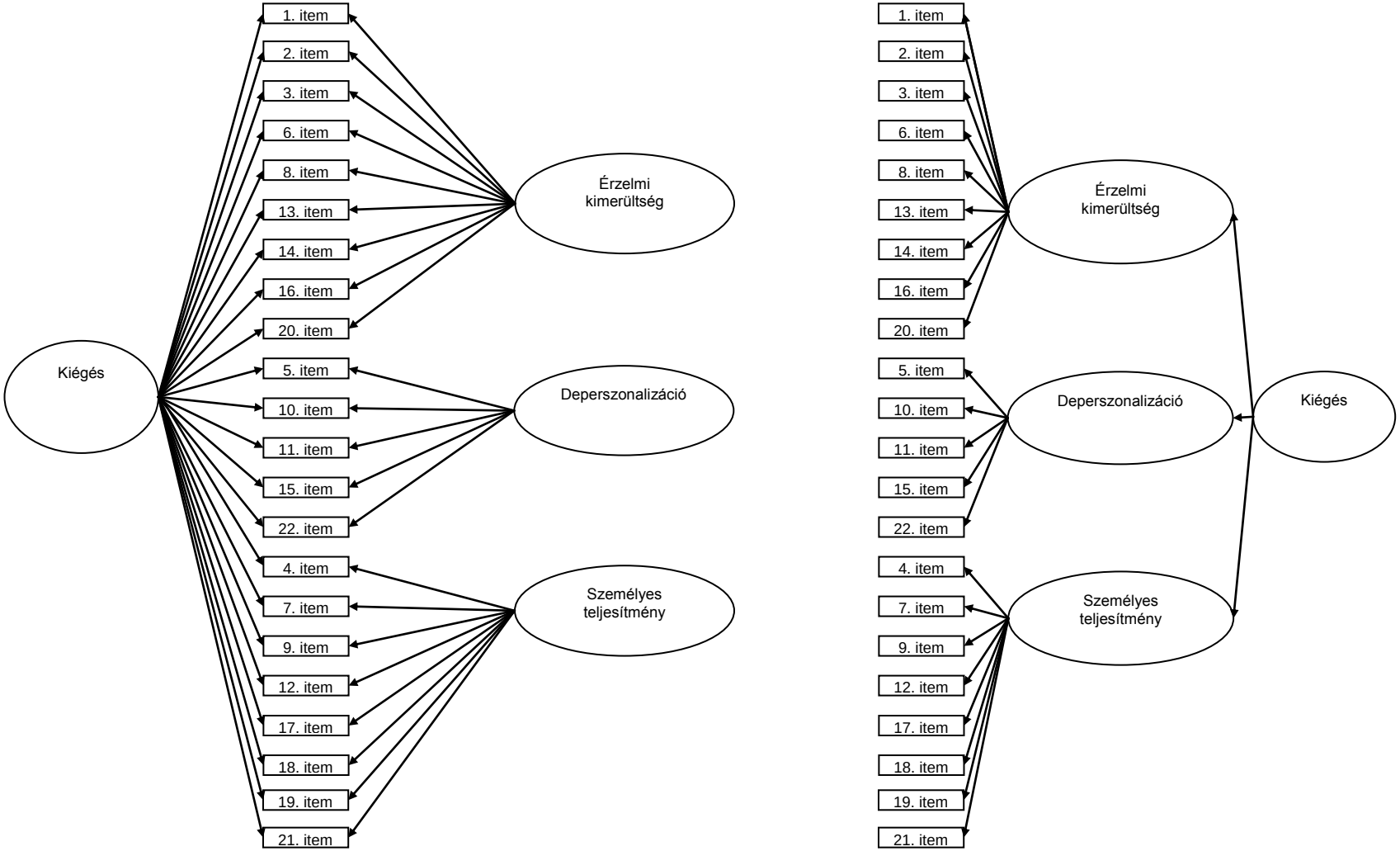
A mérőeszköz fejlesztését a szerzők több fázisban végezték. Elsőként kvalitatív módszerekkel elemezték a humán szolgáltató szektor dolgozóival felvett interjúkat, melyből 47 tételes kérdéssort állítottak össze. A kérdéssort hasonló összetételű 605 fős mintán felvették, ezt követően főkomponens elemzéssel ortogonális (varimax) rotációt alkalmazva 4 faktort találtak, mely a variancia 75%-át magyarázta. A 47 tételt faktorsúlyokra, item-total korrelációkra, valamint válaszadási tendenciákra vonatkozó kritériumok mentén 25 tételre csökkentették. A 25 tételes kérdéssort 420 főn tesztelték. Mivel a negyedik faktoron ebben az esetben mindössze három tétel súlyozódott, szakértői, illetve pszichometriai megfontolások alapján a három tételt kivették a mérőeszközből. Így nyerte el a humán szolgáltató szektor számára készült MBI (a továbbiakban MBI-HSS) a végső, 22 tételes formáját (Maslach és mtsai, 2008).

Az MBI-HSS a kiégés három aspektusát méri. Az *érzelmi kimerültség* dimenzió a kiégés emocionális aspektusát ragadja meg. A munkahelyi túlterheltségre adott válaszként fáradtsággal, megterhelődéssel, feszültséggel teli állapotot ír le. A másokkal való kapcsolat jellegét méri fel a *deperszonalizáció* dimenzió, mely a kérdőív általános formájában cinizmusként jelenik meg. Ez a negatív, közönyös, érzéketlen, távolságtartó attitűd áthatja a munka minden aspektusát. A *személyes teljesítmény csökkenése* a fogalom önértékeléssel összefüggő szegmense, mely csökkent kompetenciaérzéssel, valamint a produktivitás alacsony szintjével írható le (pl. Maslach és mtsai, 1996; Maslach és mtsai, 2008).

Az MBI-HSS pszichometriai sajátosságait az 1980-as évek óta számos tanulmány vizsgálta (Kalliath és O'Driscoll, 2000; Kanste és mtsai, 2006; Richardsen és Martinussen, 2004; Taris, 2006; Taris és mtsai, 2005; Vanheule és mtsai, 2007). Egy nemrégiben megjelent, 45 tanulmányt elemző metaanalízis pedig kimutatta, hogy a széles körben elfogadott három-faktoros struktúra mellett a kérdőív kettő-, három-, négy-, valamint öt-faktoros struktúráját is megerősítették bizonyos elemzések (Worley és mtsai, 2008). Míg a legtöbben az MBI-HSS három-faktoros modelljét támasztják alá (Kalliath és O'Driscoll 2000; Kanste és mtsai, 2006; Richardsen és Martinussen 2004; Vanheule és mtsai, 2007), addig van olyan tanulmány, mely az *érzelmi kimerültség*et és a *deperszonalizáció*t egy faktorként konceptualizálja (Brookings és mtsai, 1985). Négy-faktoros modellt javasol Iwanicki és Schwab (1981), melyben megkülönbözteti a *deperszonalizáció* munka-, illetve kliens-specifikus aspektusát. Míg Densten (2001) a *személyes teljesítmény* két oldalát különíti el, és a kiégést öt-faktoros konstruktumként definiálja. További bizonytalanság, hogy az egészségügyi dolgozók mintáján készült MBI-HSS-t vizsgáló tanulmányok többsége a három faktoros struktúra illeszkedését bizonyos tételek eltávolításával segíti elő, így közel sem teljesen tisztázott a kérdőív belső szerkezete (Kalliath és O'Driscoll, 2000; Kanste és mtsai, 2006; Richardsen és Martinussen, 2004; Vanheule és mtsai, 2007).

Nincs egyetértés az egyes dimenziók közötti kapcsolat természetét illetően sem. Bár Maslach és Jackson (1981) az *érzelmi kimerültség*et, a *deperszonalizáció*t és a *személyes teljesítmény* csökkenést három különálló dimenzióként konceptualizálja, számos megerősítő faktorelemzéssel dolgozó tanulmány szoros összefüggéseket mutat ki a dimenziók között (Gil-Monte, 2005; Mäkikangas és mtsai, 2011; Vanheule és mtsai, 2007). Az *érzelmi kimerültség* és a *deperszonalizáció* között 0,73; az *érzelmi kimerültség* és a *személyes teljesítmény* között -0,49; és a *deperszonalizáció* és a *személyes teljesítmény* között pedig akár -0,62-es korreláció is lehet (Worley és mtsai, 2008). A dimenziók közötti közepes/erős korreláció felveti a hierarchikus faktorstruktúra lehetőségét - így a másodrendű faktor modell, vagy a bifaktoros modell (ld. 2. ábra) illeszkedésének tesztelését. A hierarchikus modellek segítségével pedig lehetővé válik annak tesztelése, hogy a kérdőív összpontszáma az adott kérdőív esetén használható-e. Emellett a bifaktoros modell azt is megmutatja, hogy az alskáláknak mekkora egyéni hozzáadott értéke van a jelenség megértéséhez (Brunner és mtsai, 2012). Az MBI-HSS hierarchikus faktorszerkezetének elemzését munkacsoportunk a világon elsőként végezte el. Az elemzés az első vizsgálatban kerül bemutatásra.

2. ábra: a kiégés hierarchikus faktormodelljei – a bifaktoros és a másodrendű faktor-modell.



5. A kiégés helye a pszichológiai konstruktumok között

A kiégés más konstruktumoktól való megkülönböztetése kulcsfontosságú a fogalom önálló léte szempontjából. Mivel a kiégés az első időkben teoretikus elképzelések hiányában, elsősorban empirikus megfigyelések mentén körvonalazódott, elengedhetetlen volt határainak tisztázása, más fogalmakhoz való viszonyának vizsgálata. Az első nagy kihívást a *stressz* fogalmától való elkülönítés jelentette. A kiégést Burke és Richardsen 1996-os tanulmányában a Selye féle általános adaptációs szindróma harmadik - kimerülés – szakaszához kapcsolta, a fázist pedig folyamatos energiavesztéssel, valamint a szervezet tartalékainak felhasználásával jellemezte, ahol az energia-nyereség már nem, vagy csak alig lehetséges. Melamed és munkatársai (2006) a Lazarus-féle stresszel való megküzdés folyamatában a megküzdés sikertelenségével, a helyzet megoldásával kapcsolatos egyszerre frusztrált és enervált állapottal hozták kapcsolatba a jelenséget. A két elképzelés egymással összhangban van, hiszen a kiégés az utóbbi leírás szerint is stressz következményeként létrejövő energiavesztéssel járó, kimerült állapot. A stressz és kiégés közötti ok-okozati kapcsolatot longitudinális vizsgálat is megerősítette, így a köztük lévő különbség napjainkra jól körülhatárolhatóvá vált (Schaufeli és Bakker, 2004).

A kiégés fiziológiai aspektusát részletesen tárgyaló Hobfoll-Shirom-féle Forrás Konzervációs Elmélet (2001) a *vitális kimerültség* fogalmát is összekapcsolja a kiégéssel. A vitális kimerültség Ad Appels és munkatársai (2004) fogalma, melyet fáradtsággal, energiahiánnyal, fokozott irritabilitással, valamint hát- és kézfájdalmakkal jellemeznek. A vitális kimerültség erős közepes korrelációt mutat a kiégés fiziológiai aspektusaival, azonban az érzelmi aspektusától teljes mértékben független (Melamed és mtsai, 2006; Shirom és mtsai, 2005).

Inkább fenomenológiai, mint fiziológiai szempontból érdekes a kiégés és az *unalom* kapcsolata. A pszichoanalitikus-egzisztencialista elmélet keretei között Pines az első időkben az unalom szinonimájaként használta a kiégést, majd eredetét és megjelenését is különválasztotta. Míg az unalmat elhúzódó fizikai, mentális, vagy érzelmi nyomás következtében létrejövő távolságtartó magatartásként; addig a kiégést, az intenzív érzelmi töltettel jellemezhető helyzetbe való magas fokú egyéni bevonódás következményeként definiálta. A kiégést az egyén szempontjából releváns, értelmes helyzetben megélt értelemvesztés következményének tartotta, az unalmat pedig a helyzet értelmességétől függetlenül határozta meg. A pszichoanalitikus-egzisztencialista elmélet későbbi

megfogalmazásaiban a kiégés fogalma tágabbá vált, és magába foglalta az unalmat is (Burke és Richardsen, 2001).

Szintén az egzisztencialista irányzat igényeként fogalmazódott meg a kiégés és a *demoralizáció* megkülönböztetésének jelentősége. Mindkét állapot közös jellemzőjeként írták le a kiábrándulást, az értelemvesztést, és a jelentésnélküliséget. Azonban míg a kiégést csak munkahelyi kontextusban, addig a demoralizációt az élet többi területén is értelmezték (Santoro, 2011).

Kifejezetten a segítő kapcsolatok jellegének leírására vonatkozóan jelent meg a szakirodalomban a *másodlagos traumatizáció*, és a *vikariáló traumatizáció* fogalma. A másodlagos traumatizáció (eredetileg részvét általi fáradtság; Figley, 2009) a betegek traumájára adott hirtelen kimerüléses reakció, melynek tünetei megegyeznek a poszttraumás stressz betegség tüneteivel (traumával kapcsolatos intruzív emlékbetörések, a traumára való emlékezés elkerülése, és hiperarousal tünetek). A vikariáló traumatizáció a terapeuták élményeinek tartós változását írja le a traumatizált emberekkel való foglalkozás következményeként. A terapeuta bizalommal, biztonsággal, intimitással, kontrollal, és önértékeléssel kapcsolatos sémáit érinti, jellemzői pedig szintén megegyeznek a poszttraumás stresszbetegség tüneteivel (Pearlman és Macian, 1995). A traumatizáció két típusa nagyon hasonló, csak a mögöttük lévő konceptuális keret különbözik. Míg a másodlagos traumatizáció elsősorban a humanisztikus-, a vikariáló traumatizáció a kognitív-self elmélet keretei között értelmezhető. A kiégést a traumatizáció két formájától elsősorban a kialakulás gyorsasága különíti el. Míg a kiégés fokozatos kimerülés eredménye, addig a traumatizáció mindkét formája az empátiás kapacitás szabályszerű „kiégetése”. Emellett a három fogalom elkülönítésére irányuló empirikus tanulmányok azt találták, hogy kifejezetten traumatizált terapeuták körében a traumatizáció két típusa erősebben kapcsolódik egymáshoz, mint a kiégéshez (Jenkins és Baird, 2002). Nem traumatizált terapeuták körében viszont a kiégés intenzívebben kapcsolódik a traumatizáció mindkét típusához, mint a kétféle traumatizáció egymáshoz, valamint erősebb bejóslója a terapeuták által megélt distressznek is (Devilly és mtsai, 2009).

Eddig azt részleteztük, hogy a kiégés mely szempontok mentén különíthető el más fogalmaktól. A *neuraszténia* fogalom esetében viszont a hasonlóságok kiemelése kapott nagyobb hangsúlyt. Az ezredforduló végére Norvégiában és Svédországban a kiégés társadalmi szintű problémává nőtte ki magát, ezért az ország vezetése indokoltnak látta, hogy a kiégést diagnosztikus kategóriaként definiálja. Diagnosztikus kritériumpontként a BNO-10-ben szereplő neuraszténia (F4380) diagnózist jelölték meg. A neuraszténia minimális

erőfeszítést követő tartós és súlyos fáradsággal, valamint legalább két héten át fennálló irritabilitással és pihenésre való képtelenséggel jellemezhető. Schaufeli és munkatársai (2001; 2009) vizsgálatai alapján a neuraszténia megfeleltethető a Maslach Kiégés Leltár *érzelmi kimerültség* és *deperszonalizáció*, vagy *érzelmi kimerültség* és *személyes teljesítmény* skáláján elért magas fokú kiégésnek. Így ebben a két országban egészségügyi ellátást kapnak azok, akik az *érzelmi kimerültség* és legalább még egy kiégés dimenzión magas fokú kiégéssel jellemezhetők.

Látható tehát, hogy a kiégés kapcsolatrendszere sok szempontból körüljárt téma. A továbbiakban kiemeljük és részletezzük a depresszióval való kapcsolatát, mely a dolgozat második vizsgálatának kérdésfeltevéseit vezeti be.

6. Kiégés és depresszió – az összehasonlítás lehetőségei és hozadéka

Már a kiégés sajátosságait leíró fejezetekből is tapasztalható, hogy a jelenség sok szempontból hasonlít a depresszióra. A két konstruktum hasonlóságát elsőként Firth (1986) vetette fel. Megfigyelte, hogy a professzionális depresszióval kapcsolatosan dokumentált fáradt, érzések nélküli, levert állapot rendkívül hasonlít a kiégés Cherniss (1980) által leírt definíciójára.

A két jelenség hasonlósága több szempontból elemezhető. Mind kiégett, mind depressziós állapotban megfigyelhető a mások problémáira adott érzelmi válaszok számának csökkenése, az empátiás kognícióról a nem empátiás kognícióra való átváltás (Kulcsár, 1998; Leiter és Durup, 1994), a jelentős örömképtelenség, a szociális ingerektől való eltávolodás (Houkes és mtsai, 2008), az információk felidézésével, valamint a döntéssel kapcsolatos nehézségek (Moreno-Jimerez és mtsai, 2008; Schmidt és mtsai, 2007). Elmondható az is, hogy mindkét állapot alacsony alap aktivációs szinttel jár, az aktivációs szint csökkenés azonban a kiégés esetében nem annyira jelentős, mint a depresszió fennállásakor. A kiégett emberek vitálisabb benyomást keltenek, mint a depressziósok, ritkán veszítenek súlyukból, vagy mutatnak pszichomotoros meglassulást (Shirom és Ezrachi, 2003). Az egyes helyzetekhez kapcsolódó saját felelősségről is reálisabb elképzelésük van, emellett bűntudatuk is kisebb, mint a depresszióval küzdőké (Brenninkmeyer és mtsai, 2001). A kiégés jobb körvonalazása szempontjából relevánsnak tűnik tehát a depresszióval való

összehasonlítás, mivel a hasonlóságok és különbségek feltérképezése lehetővé teszi a kiégés pontosabb felismerését, elhelyezését a pszichológiai konstruktumok között.

A depressziót és a kiégést a Forrás Konzervációs Elmélet tárgyalja egy elméleti keretben (Shirom, 2003; Shirom és mtsai, 2005). Az elmélet szerint mind a kiégés, mind a depresszió megterhelő helyzetekre adott érzelmi válasz. Megterhelő helyzetekben az egyén eleinte képes aktívan küzdeni, szembenézni az őt fenyegető hatásokkal, minimalizálva az őt érő veszteségeket. Az aktív megküzdés háttérbe szorulásával azonban egyre kevesebb érzelmi energiát fektet a helyzetbe. Viselkedése távolságtartóvá válik, teljesítménye csökken. Ez a kiégés állapota. Az állapot jellemzője, hogy elsősorban a munkavégzéshez kapcsolódó energiatartalékok felemésztése történik, ám krónikussá válásával, az alacsony energetikai állapot nemcsak a munkára, hanem az élet minden területére kifejti hatását, ez pedig már depressziós tüneteket okoz. A modell szerint a kiégés az úgynevezett másodlagos emberi erőforrások apadásához köthető, melyek az egyén versenyképességéhez, növekedési potenciáljához járulnak hozzá (pl. munkavégzés minősége). Ezzel szemben a depresszióban az emberi lét elsődleges/alapvető erőforrásai (pl. biztonság, élelemszerzés képessége) is sérülhetnek.[1] A modell tehát a kiégést enyhébb, a depressziót súlyosabb állapotként definiálja, indirekt módon pedig megjelöli a munkához kapcsolódó megterhelő helyzeteket, illetve az ezekkel való megküzdést, mely mentén a nem kiégett, a kiégett és a depressziós emberek elkülönülnek egymástól. A Forráskonzervációs elmélet elképzelését a kiégés depressziót előrejelző szerepével kapcsolatosan több empirikus vizsgálat alátámasztotta már (Bakker és mtsai, 2000; Glass és mtsai, 1993). Elenyésző azonban azoknak a vizsgálatoknak a száma, melyek differenciálásukra vállalkoznak. A következő fejezetek a kiégés és a depresszió összehasonlító elemzését célozzák meg, nemcsak a stresszel való megküzdés szempontjából, hanem demográfiai és szomatikus aspektusok mentén is. Emellett az összehasonlító elemzés célja a dolgozat második vizsgálatának felvezetése is, melynek fókuszában a nem veszélyeztetett, a kiégés, illetve a depresszió szempontjából veszélyeztetett csoportok körvonalazását segítő tényezők azonosítása áll.

[1] Az elmélet rokonságot mutat a Seligman (pl. 1976, 1976, 1978) által megfogalmazott depresszió Tanult Tehetetlenség elméletével, ahol a depresszió szintén az élet minden területére hatást gyakorló, tehetetlennek ítélt és megélt állapot. A két elméletet az különbözteti meg, hogy a Tanult Tehetetlenség elméletben a tehetetlenség elsősorban kognitív szinten fogalmazódik meg. A Forráskonzervációs elméletben azonban fizikai, érzelmi és kognitív energiacsökkenés is tapasztalható.

6.1. A demográfiai jellemzők vizsgálata

A munkahelyi stressz, illetve a stresszel való megküzdés Shirom és munkatársai elmélete (2003, 2005) szerint lényeges tényező a két jelenség megkülönböztetése szempontjából, azonban nem zárható ki, hogy akadnak más szempontok is, melyek szintén támpontokat adhatnak a megkülönböztetéshez. A kiégés és a depresszió összehasonlítására több szinten van lehetőség. Információt adhat például a depressziós és a kiégett emberek demográfiai karakterisztikumainak vizsgálata.

Régóta ismert, hogy azoknak az embereknek nagyobb az esélye a depresszióra, akik egyedül élnek. Mivel a *párkapcsolat* érzelmi és anyagi támaszt biztosít, a párkapcsolatban élők kisebb eséllyel lesznek depressziósok az egyedülállókhoz képest (Ross és mtsai, 1990; Simon és Marcussen, 1999). Egészségügyi dolgozók körében végzett vizsgálatok igazolják, hogy a családosok/partnerkapcsolatban élők kevésbé szenvednek a kiégéshez kapcsolódó *érzelmi kimerültség*től, vagy a *deperszonalizáció*tól (Alacacioglu és mtsai, 2009; Fujiwara és mtsai, 2003; Maslach és Jackson, 1985). Elmondható azonban az is, hogy teljesítményük kisebb az egyedülállókhoz képest, mivel a munkahely és a család összeegyeztetése a munkahelyi teljesítmény szempontjából nehezített (Alacacioglu és mtsai, 2009). Az egészségügyi dolgozók esetében a család azért is különleges jelentőségű, mert az átlagos munkavállalóknál több időt töltenek a munkahelyükön, így a munkahely és magánélet egyensúlyának fenntartása szempontjából lényeges, hogy családi életük is értékes, jelentésteli időtöltést adjon számukra (Ádám és mtsai, 2008; Hegedűs és mtsai, 2004; Hegedűs és mtsai, 2008). Ebből a szempontból tehát a kiégés és a depressziós állapot hasonló. Az egyedülállók veszélyeztetettebbek, mint a családos emberek. A nem veszélyeztetett csoportban pedig több a párkapcsolatban élő, vagy házas ember.

A családtól érkező társas támogatás mellett a *munkahelyi társas kapcsolatok* elsősorban a kiégés szempontjából játszanak jelentős szerepet. Tanulmányok sora számol be arról, hogy a kiégéssel szemben a munkahelyi társas támogatás több formája védelmet nyújt. Hozzájárul az egyén biztonságérzetéhez, erősíti a valahová tartozás élményét, valamint védelmet nyújt a munkahelyi stressz káros hatásaival szemben (Boyle és mtsai, 1991; Brackett és mtsai, 2010; Himle és mtsai, 1991; Jenkins és Elliott, 2004; Tennant, 2001). Ahogy azt a Forrás Konzervációs Elmélet keretein belül is tárgyaltuk, a depresszió generalizált állapot, mely az élet minden területére kifejti hatását. Így egyre több tanulmány mutatja ki azt is, hogy depressziós állapotban a munkahelyi kapcsolatok minősége rosszabb a nem depressziós állapothoz képest (Park és mtsai, 2004; Wu és mtsai, 2011). Feltételezhető tehát, hogy a

depressziós és a kiégett munkavállalók munkahelyi kapcsolatainak minősége rosszabb az átlagos munkavállalókhoz viszonyítva.

Míg a depressziós panaszok vizsgálata inkább *életkor*hoz kötődik, a kiégés a *munkahelyen eltöltött évek* számának függvényében értelmezhető. Az életkor és a munkahelyen eltöltött évek magas korrelációja miatt a két szempont összehasonlítása érdemleges lehet. Egyre elterjedtebb az a nézet, hogy a fejlett országokban a depressziós panaszok fiatalabb korban gyakoribbak, mint idősebb korban; azonban a fejlődő országokban nincs számottevő különbség a különböző életkori sávokban lévő emberek depressziós panaszainak mennyisége és súlyossága között (Kessler és mtsai, 2010; Williams és mtsai, 2007). A kiégéssel kapcsolatosan pedig több adat arra mutat, hogy minél több évet tölt valaki az egészségügyben, annál kevésbé lesz kiégett (Ahola és mtsai, 2006; Alacacioglu és mtsai, 2009). A jelenségnek két magyarázata ismert. Az első az úgynevezett "reality shock" elmélet, mely szerint a fiatal munkavállaló már akkor lelkesedését veszti, amikor azt tapasztalja, hogy munkahellyel kapcsolatos elvárásai nincsenek összhangban az állás által kínált lehetőségekkel. A másik magyarázat arra a mintavételi hibára mutat rá, miszerint az idősebb munkavállalók közül azok hajlamosabbak válaszolni az önkitöltős tesztekre, akik relatíve rugalmasak, egészségesek, így mentális és egészségre vonatkozó mutatóik az életkori sávjukhoz képest az átlagnál kedvezőbbek (Ahola és mtsai, 2006). Mindent összegezve tehát feltételezhető, hogy akik több éve dolgoznak az egészségügyben, védettebbek lesznek a kiégés ellen. A depresszióra vonatkozóan azonban ilyen feltevés nem tehető. A demográfiai mutatókat tekintve, a kiégés és depresszió hasonló képet mutat. Az egyedülállók és a rossz munkahelyi kapcsolatokkal rendelkezők nagyobb arányban kiégettek, vagy depressziósok. Emellett a rövidebb munkatapasztalat veszélyeztető tényezőnek mutatkozik a kiégéssel kapcsolatosan.

6.2. Pszichológiai szint, avagy a munkahelyi stressz, illetve a stresszel való megküzdés vizsgálata

Az összehasonlítás további szempontja lehet a *munkahelyi stressz,* illetve a *stresszel való megküzdés* vizsgálata kiégett és depressziós egyének körében. Több vizsgálat ismert, mely ezen szempontok mentén vizsgálja a két jelenséget (pl. Bowden, 1994; Lopes Cardozo és mtsai, 2012; Melchior és mtsai, 2007; Prinz és mtsai, 2012; Sears és mtsai, 2000). A munkahelyi stressz hatásainak elemzése többnyire két modell segítségével történik, melyekben közös, hogy a munkahelyi stresszt a környezet és az egyéni sajátosságok közötti

interakció eredményeként definiálják. A követelmények-kontroll modellben (JDCS-modell; Karasek 1979) környezeti tényezőként a munkahely által támasztott *követelmények* jelennek meg, személyi tényezőként pedig a munkafolyamatok felett gyakorolt *kontroll*, azaz a munkához kapcsolódó készségek kamatoztatásának képessége és a munkafolyamatok feletti döntés lehetősége definiálódik. Az erőfeszítés-jutalom egyenlőtlenség modellben (EJE-modell; Siegrist és mtsai, 1997; Siegrist és mtsai, 2004) a munkahelyi tényezőket az *erőfeszítés* mértéke, azaz az időnyomás, a fizikai megterhelés, a felelősségvállalás, a túlórák mennyisége; illetve a *jutalmak hiánya*, azaz az anyagi juttatások, az elismerések és a karrierlehetőségek elérhetősége írja le. Személyi tényezőként pedig a *túlvállalás* mértéke jelenik meg, mely a megbecsülés és az elismerés iránti vágyat, a teljesítmény érdekében tett megfeszített munkavégzést, valamint a munkából való kivonódás akadályozottságát jelöli. Több adat mutat arra, hogy egészségügyi dolgozók körében a kiégés szorosan kötődik a munkahelyi stresszhez. A munkahelyi stressz különböző aspektusai elsősorban a kiégés *érzelmi kimerültség* és *deperszonalizáció* komponensének megjelenését befolyásolják (Bakker és mtsai, 2004; Demerouti és mtsai, 2001; Demerouti és mtsai, 2000; Kitaoka-Higashiguchi és mtsai, 2004; Kittel és Leynen, 2003). A kiégést és a depressziót összehasonlító vizsgálatokból az is kiderül, hogy a stressz nagyobb mértékben járul hozzá a kiégés *érzelmi kimerülés* és *deperszonalizáció* komponenséhez, mint a depressziós tünetek megjelenéséhez (Lopes Cardozo és mtsai, 2012; Melchior és mtsai, 2007). Így feltételezhető, hogy a depressziós és kiégett munkavállalók több munkahelyi stresszt élnek át azokhoz képest, akik nem küzdenek ezekkel a problémákkal.

Az egyén a munkahelyi stresszre rendszerint valamilyen megküzdési stratégiával válaszol. A megküzdési stratégiák különböző csoportosításai közül a legnépszerűbb a Folkman és Lazarus (1980) által elkülönített *probléma-/feladat-* és *érzelemközpontú megküzdés*. Az *érzelemközpontú megküzdési stratégiák* akkor kerülnek előtérbe, ha a megterhelő események következményeképp nincs lehetőség a közvetlen problémamegoldásra, csak a saját érzelmi állapot korrekciójára (Oláh, 2006). Mivel mind a kiégés, mind pedig a depresszió az átlagosnál magasabb negatív affektivitással jellemezhető, a saját érzelmek kezelése kulcsfontosságú ezekben az állapotokban. Így az *érzelemközpontú megküzdési stratégiák* használati gyakorisága elkülöníti a depressziós és nem depressziós, valamint a kiégett, és nem kiégett embereket egymástól. A kiégett - különösen az *érzelmileg kimerült* - és a depressziós tünetekkel jellemezhető munkavállalók intenzívebben használják az *érzelemközpontú megküzdési stratégiák*at (Prinz és mtsai, 2012). Az *érzelemközpontú megküzdési stratégiák* előtérbe kerülésével pedig a pozitív problémaorientációt igénylő

problémaközpontú megküzdési stratégiák háttérbe szorulnak. Elmondható tehát, hogy mind kiégett, mind depressziós állapotban ritkább a *problémaközpontú*, és gyakoribb az *érzelemközpontú megküzdési stratégiák* használata (Bowden, 1994; Sears és mtsai, 2000).

6.3. A kiégés és depresszió fiziológiai korrelátumai, egészségügyi következményei

A kiégés és depresszió egészségre gyakorolt hatásában szintén nagyfokú hasonlóság figyelhető meg. A Forrás Konzervációs Elméletben leírt intenzitáskülönbség itt viszont már élesebben tapasztalható. Hazai tanulmányokból tudjuk, hogy *szomatizációs tünetek* közül a kiégéssel leggyakrabban a fáradtság, az alvási zavarok, a fejfájás, a szédülés, az izom fájdalom, a gyomor-bélrendszeri panaszok és a magas vérnyomás jár együtt (Ádám, 2008; Pikó, 2006). A depresszióhoz ezeken felül étvágytalanság, szexuális motiváció hiány is kapcsolódhat (Tölgyes, 2003). A depresszió szélesebb körű következményei az *egészségügyi következmények* szintjén is tapasztalhatók. A vizsgálatok többsége megerősíti mindkét jelenség *kardiovaszkuláris megbetegedések*kel való összefüggéseit. A Finnish Health 2000 vizsgálat szerint a kiégés megbízható, kortól, nemtől, családi állapottól, szocioökonómiai státustól független előrejelzője a kardiovaszkuláris megbetegedéseknek (Honkonen és mtsai, 2006), illetve független rizikófaktora az akut, nem halálos miokardiális infarktusnak (Shirom és mtsai, 2005). Lényeges kutatási eredmény az is, hogy akut miokardiális infarktus után hat hónappal a halálozási ráta depressziósoknál négyszeres, a nem depressziós szív- és érrendszeri megbetegedésben szenvedőkhöz képest. Ennek hátterében stresszhez, hormonális változásokhoz, valamint a depressziósok megváltozott viselkedéséhez (dohányzás, egészségtelen táplálkozás) kapcsolódó tényezők állhatnak. Ezen kívül, a depresszió többszörösére növeli az *agyér-rendszeri katasztrófák* utáni halálozási arányt, és prospektív vizsgálat támasztja alá azt is, hogy depressziósok esetében 2,6-szoros a stroke esélye a kontroll csoporthoz képest (Evans és mtsai, 2005). Mind a kiégés, mind pedig a depresszió független rizikófaktora a 2. típusú *cukorbetegség*nek, mivel csökkenti fizikai aktivitást és növeli a dohányzás és alkoholfogyasztás mennyiségét (Evans és mtsai, 2005; Melamed és mtsai, 2006; Rihmer, 1996). Emellett a depresszió jelentősége egyre inkább körvonalazódik a *dagantos* megbetegedésekben, ahol inkább következményként jelenik meg, hiszen daganatos megbetegedés kemoterápiás kezelése gyakran „betegség viselkedést" aktivál, mely már önmagában is immunszupresszív folyamatokat indít, így növeli a lábadozási időt, és csökkenti a túlélés esélyét. A leírtak mentén feltételezhető, hogy a szomatizációs tendencia és a szomatikus betegségek megnövekedett gyakorisága depresszióval élők körében jelentősebb,

mint a kiégésben szenvedők körében. A kiégésben szenvedők pedig nagyobb arányú szomatizációs tendenciát mutatnak a kiégéstől és depressziótól nem szenvedő csoporthoz képest.

7. A munkahelyi stressztől a kiégésig, avagy a stressz-kezelés jelentősége

A munkahelyi stressz, valamint a stressz kezelésének képessége nemcsak abból a szempontból lényeges, hogy segít elkülöníteni a kiégést és a depressziót. A stressz kezelésének kifinomultabb vizsgálata kiégés kontextusában lehetővé teszi az egyén azon képességeinek feltárását, melyek segítségével a kiégés elkerülhetővé, kezelhetővé válik. Ezen képességek birtokában az egyén jólléte, munkahelyi elégedettsége növekszik, indirekt módon pedig – ahogy azt az előző fejezetekben is leírtuk – segít elkerülni a depressziós tüneteket. A disszertáció harmadik és negyedik vizsgálata a stresszkezelési képességek differenciálására irányul. A témakör bemutatását azon vizsgálatok különböző irányzatainak összefoglalásával kezdjük, melyek a kiégés kezelését és megelőzését célozzák. Ezt követően pedig részletezünk egy, a munkahelyi sikeresség vizsgálatában már alkalmazott stresszkezelési módszert – a kognitív-tapasztalati énelmélethez kötődő konstruktív gondolkodás modelljét -, melyet a disszertáció keretein belül specifikusan a kiégéssel kapcsolatosan is tárgyalunk.

7.1. A munkahelyi stressz kezelése a kiégés kontextusában

Az előző részben kiemeltük, hogy a kiégés a stresszterheltség következményeként szorosan kapcsolódik a munkahelyi stresszhez. A kapcsolat jellegéből fakadóan a munkahelyi stressz kezelésével, valamint a kiégés megelőzésével foglalkozó vizsgálatokban a munkahelyi stressz előzmény-változóként, a kiégés pedig kimeneti-változóként jelenik meg. Kapcsolatukat bizonyos tényezők - melyek a kapcsolat szempontjából moderátor, vagy mediátor szerepet töltenek be - módosítani, vagy mérsékelni képesek. Ilyen tényezők lehetnek bizonyos személyiségvonások, a személyiség működésének típusos formái (pl. A-típusú személyiség), vagy a megküzdési stratégiák (Edwards és Burnard, 2003; Fothergill és mtsai, 2004). Akadnak azonban olyan elképzelések is, melyek közvetítőként a szalutogenikus megközelítés megküzdési eredményességen alapuló személyiségfaktorait vonják be. Ezek az elméletek pedig ötvözik a személyiségvonások és a megküzdési stratégiák jellemzőit.

A közvetítő tényezők első csoportját a személyiségvonások és személyiségtípusok képviselik. A személyiségtípusok és személyiségvonások moderáló tényezőként lépnek be a munkahelyi stressz és a kiégés kapcsolatába, mivel jellegükből fakadóan konstans módon befolyásolják a munkahelyi stressz megélését, és ezáltal a kiégés mértékét. Egy, az ötfaktoros személyiségmodell, és a kiégés kapcsolatrendszerét vizsgáló metaelemzés kimutatta, hogy a *neuroticizmus* pozitív, az *extroverzió*, a *barátságosság* és a *lelkiismeretesség* pedig negatív kapcsolatban van a kiégéssel, a *nyitottság* kapcsolata azonban csak a *személyes teljesítmény* dimenzióval igazolódott (Swider és Zimmerman, 2010). Mivel a kiégés meglehetősen szoros kapcsolatban áll az érzelmekkel, a legszorosabb kapcsolatot az *extroverzió*val és a *neuroticizmus*sal mutatja. Így a kevesebb pozitív érzelmet átélő introvertált, és több negatív érzelmet megtapasztaló érzelmileg labilis személyek hajlamosak leginkább a kiégésre (Alarcon és mtsai, 2009; Ro és mtsai, 2010). Az *extroverzió* és a kiégés kapcsolatának további finomításaként az extroverzió szerepét a kiégés különböző fázisaiban is vizsgálták. A vizsgálat tanulsága szerint az interperszonális kapcsolatokat intenzív mértékben kereső extrovertáltak a kiégés korai fázisában hajlamosabbak az *érzelmi kimerülés*re. A kapcsolatkeresés a kiégés későbbi fázisában pedig védi őket attól, hogy kialakuljon náluk a másoktól való elidegenedettség állapota, így az extroverziónak a kiégés későbbi fázisaiban protektív szerepe van (Iacovides és mtsai, 2003).

Az ötfaktoros személyiségmodell mellett az *A*- és a *D-típusú személyiség* vizsgálatára is találhatunk példákat. Mivel a türelmetlen, ellenséges, teljesítményorientált, versengő, másokból negatív választ kiváltó *A-típusú személyek* negatív affektivitása magas, ezért többen feltételezték, hogy nagyobb eséllyel égnek ki a nem *A-típusú személyek*hez képest. A vizsgálatok azonban azt mutatják, hogy az *A-típusú személyek* teljesítménye kiváló, így nem élnek meg teljesítmény csökkenést, sőt inkább teljesítmény növekedésről számolnak be. Emellett sem az *érzelmi kimerülés,* sem a *deperszonalizáció* nem érinti őket, így az *A-típusú személyiség*szerkezet kevéssé releváns a kiégés szempontjából (Alarcon és mtsai, 2009; Hallberg és mtsai, 2007). A negatív affektivitásra szintén hajlamos, szorongó, aggodalmaskodó, társas interakcióktól visszahúzódó *D-típusú személyiség*nek viszont kicsi, ám szignifikáns moderáló hatása van a munkahelyi stressz és a kiégés kapcsolatában. A D-típusú személyek alacsony stresszhatás mellett magasabb kiégést élnek át a nem *D-típusú személyek*hez képest, így a kiégés szempontjából érintettebbek lehetnek a nem *D-típusú személyek*hez viszonyítva (Oginska-Bulik és Juczynski, 2006; Polman és mtsai, 2010).

A munkahelyi stressz és a kiégés kapcsolatát mediálhatják a megküzdési stratégiák. A megküzdési stratégiák a munkahelyi stresszre adott válaszként jelennek meg, mely válasz

módosíthatja a kiégés megjelenésének valószínűségét. Az előzőekben már bemutatott *probléma-* és *érzelemközpontú megküzdési stratégiák* különböző formáit többen vizsgálták a kiégés szempontjából. A vizsgálatok tanulsága alapján elmondható, hogy habár a *problémaközpontú megküzdési stratégiák* használata nehezített kiégett állapotban, mégis ezek azok, amelyek protektív szerepet töltenek be a kiégés szempontjából (Lim és mtsai, 2010; Sasaki és mtsai, 2009; van der Colff és Rothmann, 2009). A depresszió kapcsán sokszorosan vizsgált, *problémaközpontú megküzdési stratégiák* közé sorolható *kognitív átstrukturálás*, vagy pozitív átstrukturálás (Aldao és Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao és mtsai, 2010; Garnefski és Kraaij, 2006; Garnefski és mtsai, 2004; Martin és Dahlen, 2005; Wu és mtsai, 2011) protektív hatása kimutatható a kiégés kapcsán is. A szintén *problémaközpontú stratégiá*nak tekinthető *problémamegoldás* pedig a kiégés *személyes teljesítmény* aspektusára gyakorol jótékony hatást (Sasaki és mtsai, 2009).

Lazarus (1980; 1993) koncepciójában az *érzelemközpontú megküzdési stratégiák* a helyzettől való távolmaradást/elkerülést, vagy a saját negatív érzelmek különböző módszerekkel történő csillapítását szolgálják, így nem meglepő, hogy mélyítik az *érzelmi kimerülés*t és a másoktól való elidegenedést is (Ben-Zur és Michael, 2007; Narumoto és mtsai, 2008). Az érzelmek szabályozását szolgáló problémamegoldási stratégiákat a kognitív-érzelemregulációs megközelítések új keretben tárgyalják. Felvetik annak lehetőségét, hogy vannak bizonyos érzelemregulációs stratégiák, melyek a fenyegető szituációban a problémamegoldás hatékony, előremutató módszerei lehetnek (Dennis, 2007). Így többen mutatták ki például az *elfogadás,* a *szupresszió,* valamint a *katasztrofizáció* hiányának protektív hatását; egyenlőre még csak szorongó és depressziós egyének körében (Aldao és mtsai, 2010; Dennis, 2007; Garnefski és Kraaij, 2006; Garnefski és mtsai, 2004).

Növekszik azon vizsgálatok száma is, melyek a megküzdés eredményességét meghatározó személyiségtényezőket involváló mini-teóriák elképzeléseit elemzik a munkahelyi stressz és a kiégés viszonylatában. Ezen elképzelések egyértelmű előnye, hogy olyan tényezőket körvonalaznak, melyek a személy-környezet interakcióban erősítik a cselekvő személy pozícióját, így kvázi adaptívnak tekinthető sajátosságokat írnak le (Oláh, 2006). Míg a személyiségvonások és a megküzdési stratégiák kezelésével kapcsolatosan viszonylag határozott álláspont alakult ki arra vonatkozóan, hogy előbbi konstans jellege miatt a prediktor változóval interakcióban moderáló szerepet tölt be a kimeneti változó szempontjából; utóbbinak pedig mediátor szerepe van a munkahelyi stressz és a kiégés viszonyában, a megküzdés eredményességét meghatározó személyiségtényezőket illetően eddig még nem született egységes álláspont. Egyes vizsgálatok mediátorként (Alarcon és

mtsai, 2009; van der Colff és Rothmann, 2009), mások moderátorként (Beehr és Bowling, 2005; Benishek és Lopez, 1997) vonják be ezeket a munkahelyi stressz és a kiégés kapcsolatába. Több vizsgálat csoportosul a *„keményen helytálló személyiség”* elképzelése köré. A keményen helytálló személyek elkötelezettek a tevékenység iránt, melyet végeznek. Az élet eléjük gördülő akadályait kihívásként fogják fel, és hisznek abban, hogy ésszerű keretek között kontrollálni tudják a velük történő eseményeket (Kobasa, 1979; Kobasa és mtsai, 1982). A munkahelyi stressz és a kiégés kapcsolatát a *„keményen helytálló személyiség”* moderálja, hiszen az ezzel a személyiségvonással jellemezhető emberek a munkahelyi problémahelyzeteket kihívásként fogják fel, és képesek ezeket a továbbiakban olyan módon alakítani, ahogy az nekik a legmegfelelőbb. Ezáltal a kiégés mindhárom komponense szempontjából a *„keményen helytálló személyiség”* protektív tényezőnek számít (Alarcon és mtsai, 2009; Beehr és Bowling, 2005; Benishek és Lopez, 1997). Létezik azonban vizsgálat a *koherencia érzék* mediáló hatásának felderítésével kapcsolatosan is. Az Antonovsky által leírt koherencia érzék nem pusztán megküzdési stratégia, hanem annak képessége, hogy az egyén mennyire képes differenciáltan észlelni a külső, illetve belső világ kihívásait, mennyire képes flexibilisen kezelni a rendelkezésére álló erőforrásokat, illetve hogyan tudja ezeket használni a stresszorral való megküzdés kapcsán (Antonovsky, 1979). Van der Colff és munkatársai (2009) a *koherencia érzék*, a megközelítő és elkerülő megküzdés, illetve a társas támogatás keresés közvetítő hatását vizsgálták a kiégéssel kapcsolatosan. Azt találták, hogy a *koherencia érzék*nek mediáló hatása van a kiégés mindhárom dimenziójával kapcsolatosan, és szignifikáns protektív hatását a többi tényező bevonása mellett is megtartja. Végül pedig megerősítést nyert az is, hogy a kellemes dolgok elvárásával kapcsolatos *diszpozicionális optimizmus* hite szintén negatív korrelációt mutat az *érzelmi kimerültség*gel és a *deperszonalizáció*val, a *személyes teljesítmény* növekedésével pedig pozitívan korrelál (Alarcon és mtsai, 2009). A megküzdés eredményességéhez kapcsolódó személyiségteóriák előnyei közé tartozik, hogy egyesítik a stabil személyiségvonások és a módosítható megküzdési készségek tulajdonságait, ezáltal integratív képet nyújtva a személyiség működéséről. Emellett a komplexebb teóriák megfogalmaznak olyan személyiségváltozókat, melyek a kimeneti változók szempontjából rizikót jelenthetnek, vagy protektív szereppel bírnak, így differenciált megismerésük lényeges lehet például a beavatkozások tervezésekor.

7.2. A kognitív-tapasztalati énelmélet

A komplex elméletek egyike az Epstein pl.(1998; 2003; 1999) által megfogalmazott kognitív-tapasztalati énelmélet. A modell erőssége, hogy mind a *személyiség felépítéséről*, mind az *alkalmazkodás sajátosságairól* integratív képet ad, támpontokat kínálva ezáltal azon személyiségtényezőkről, melyek fontosak lehetnek az adaptivitás szempontjából. További előnye, hogy ötvözi a pszichodinamikus, a tanuláselméleti, a fenomenológiai és a modern kognitív-információfeldolgozással kapcsolatos hagyományokat, így integratív modellnek tekinthető.

Az elmélet szerint a *személyiség* hierarchikusan szervezett sémákból épül fel, melyek közül egyesek tágabb, mások szűkebb hatókörrel rendelkeznek. A tágabb hatókörrel rendelkezők stabilabbak, nehezebb őket megkérdőjelezni. A szűkebb tartományúak megkérdőjelezése kisebb intenzitású környezeti változásokkal is lehetséges. A sémák olyan kognitív-érzelmi egységek, melyek egy része a világ leképezését segíti (leíró sémák), a másik része a gördülékenyebb alkalmazkodást teszi lehetővé (motivációs sémák). A kétféle séma lehetővé teszi a világról alkotott kép folyamatos újrakonstruálását, ezáltal pedig elősegíti a személyiség dinamikus alkalmazkodását a környezethez. A legtágabb leíró sémák korai életkorban alakulnak ki, az ént, az egyénnel érintkező más embereket, valamint a világot írják le. Amennyiben csecsemőkorban az alapvető szükségletek kielégülnek, az egyén a világot jó szándékú és kiszámítható helynek; másokat segítőkésznek, elfogadónak; önmagát pedig kompetensnek, jónak és értékesnek látja. Szintén a legkorábbi életkortól jelen vannak olyan motivációs sémák (alapvető szükségletek) is, melyek a koherens értékkészlet és a magas önbecsülés kialakítását és fenntartását, a másokkal való szoros kapcsolat létrehozását, valamint az öröm maximalizálását és a fájdalom minimalizálását célozzák, elősegítve ezáltal az életben való sikeresebb boldogulást (Epstein, 1998; Epstein és Pacini, 1999). Ha szükségletek mentén frusztráció lép fel, az egyén érzékennyé válik a külső, illetve a belső világból érkező ingerek bizonyos konstellációira. Az elmélet szerint, a személyiség szerveződésében így kialakuló érzékeny pontokat félig tudatos, döntően automatikus kompulzív viselkedés védi, illetve tartja távol a hasonló ingerkonstellációktól (Epstein, 2003).

A személyiségfejlődés során szerzett élmények segítségével a leíró és motivációs sémák egyre differenciáltabbá válnak. Felépül a tapasztalati elme, mely holisztikus, érzelmekkel, gondolatokkal és emlékekkel átszőtt képet alkot a különböző szituációkról, és az egyén alapvető szükségletei mentén cselekszik. Ebből következik, hogy ritkán dolgozik logikus érvekkel, az új információkra kevésbé érzékeny, de tanítható. Gyorsan cselekszik, és kevésbé rugalmas. Rugalmatlansága főként akkor tapasztalható, ha a személyiség érzékeny

pontjait védi. A szocializáció során, kvázi a realitás-kontroll részeként épül a személyiségbe a racionális elme. A logikus, előzményeket és következményeket szisztematikusan elemző, integrált, flexibilis és tudatos működésmóddal jellemezhető racionális elme a helyzetek minél adekvátabb leképezésére törekszik, ezáltal segítve az egyén adaptációját. Epstein a két rendszer fejlődését Freud és Piaget énfejlődés elméletével hozza párhuzamba. Freud énfejlődési elméletében az ösztönénből származó ösztönkésztetések valósággal való összeegyeztetését a külvilággal szoros kapcsolatban álló ego segíti. Hasonlóan a pszichoanalitikus énfejlődési elmélethez, a tapasztalati énben megjelenő alapvető késztetések szocializált kifejezését is racionális én segíti, azonban a pszichoanalitikus elméletben megjelenő ösztönén kezdetlegessége, differenciálatlansága ellentétben áll a tapasztalati én potenciális differenciációs lehetőségeivel. A racionális és tapasztalati elme együttes, egymásra ható differenciálódása Piaget kognitív fejlődéselméletéhez hasonlítható, ahol a külvilággal való interakció hatására a nem racionális rendszerek szofisztikálódása racionális és tapasztalati információk együttes, mindent figyelembe vevő mérlegelése jön létre serdülőkorra, a formális műveletek időszakára (Epstein és Pacini, 1999).

Ahogy azt az előbbiekben kiemeltük, a modell a *helyzetekhez való alkalmazkodás*ról is képet ad. Az alkalmazkodásra kevésbé van lehetőség a személyiség érzékeny pontjai mentén. Ha a szituációhoz kapcsolódó ingerek érzékeny pontokat, azaz séma sérüléseket érintenek, a tapasztalati elme rigid, kompulzív választ ad, hogy elkerülje a stresszteli szituációt. Így például a „félelmetes, elutasító másokkal" kapcsolatos elképzelésekből levont gyors, szélsőséges következtetések hozhatják létre a *kategorizáló gondolkodás*t; a „világ bizonytalanságával, kiszámíthatatlanságával" kapcsolatos biztonságra törekvése felerősítheti a *babonás* és az *ezoterikus gondolkodás*t; az „énnel kapcsolatos bizonytalanság" kompenzálásaképp pedig túlzott mértékű (*naiv*) *optimista* gondolkodás jöhet létre. A stabilan szerveződő alapsémák mentén viszont, az alkalmazkodást kívánó helyzetekre adott válaszok is adaptívabbak. Ha az énről alkotott kép kompetens, szerethető; az egyén képes önmagát elfogadni, és pozitív, megfontolt választ adni a környezet kihívásaira. Ha a másokról alkotott képe elfogadó, támogató; nincs szüksége arra, hogy kategorizálja, címkézze az embereket. Ha a világ jó és kiszámítható; lehetővé válik az aktív, cselekvésorientált viselkedés, hiszen nem kell félni a váratlan következményekről. Tehát az ép és differenciált sémákra épülő tapasztalati elme lehetővé teszi a helyzetekben mutatott konstruktív gondolkodást, azaz a megfelelő adaptációt. A sémák sérülései mentén ellenben a konstruktív gondolkodás sérülhet, így a helyzetekhez való alkalmazkodás is nehezítetté válik (Epstein, 2003).

7.3. A tapasztalati elme alkalmazkodásának mérése, a konstruktív gondolkodás

A tapasztalati elme alkalmazkodásának mérésére Epstein és munkatársai (2001) a Konstuktív Gondolkodás Kérdőívet (Costructive Thinking Inventory, a továbbiakban CTI) fejlesztették ki. A kérdőív kialakításához a szerzők kognitív pszichoterapeuták által írt könyveket – Beck (1976), Ellis (1962), Meichenbaum (1977) - elemeztek, melyek segítségével az alkalmazkodás maladaptív formáinak széles skáláját tudták vizsgálni. Barátok, ismerősök segítségét kérték, hogy hozzanak életükből saját példákat a konstruktív és destruktív gondolkodásra. Emellett egyetemisták megfigyeléseire is támaszkodtak, akik azt az instrukciót kapták, hogy harminc napon keresztül írják le a legkellemesebb, illetve a legkellemetlenebb élményeikből származó gondolataikat (Epstein, 1998; Epstein és Meyer, 1989). Az elemzések során nyert információkból, valamint a hallgatók által adott válaszokból 4740 érzelmileg érintett helyzetből származó pozitív és negatív automatikus gondolatot szedtek össze. A többértelmű, a bizonytalan és a redundáns állításokat eltávolítva 200 itemet alkottak, melyek megfogalmazását ötfokú skálához illesztették. Az itemeket független szakértők kategóriákba sorolták, ezt követően törölték azokat, melyek nem egyértelműen egy kategóriához tartoztak. Valamint azok a skálák is kikerültek a kérdőívből, melyek kevesebb, mint három itemet tartalmaztak. A folyamat eredményeként 18 kategóriát és 108 itemet találtak elfogadhatónak. A kategóriákat feltáró faktorelemzésnek vetették alá, melynek eredményeként öt faktor bontakozott ki. Az öt faktorból kettő a konstruktív gondolkodást, három a differenciálatlan, merev gondolkodást méri. Teoretikus alapokra hivatkozva a szerzők utólag a *babonás gondolkodás* skálát a merev, differenciálatlan gondolkodási módok közé illesztették. Így a konstruktív gondolkodást az érzelmi és viselkedéses megküzdési módok, a differenciálatlan, merev gondolkodást pedig a *kategorikus,* a *babonás*, és az *ezoterikus gondolkodás*, valamint a *naiv optimizmus* reprezentálja (Epstein, 2001).

Az elmélet a konstruktív gondolkodást a kihívásokhoz, nehéz szituációkhoz való rugalmas alkalmazkodásként írja le. A konstruktív gondolkodók képesek a személyiségükből fakadó probléma-megoldási stratégiák flexibilis használatára, és ezáltal kiegyensúlyozott interperszonális kapcsolatok és magas munkahelyi teljesítmény elérésére. Továbbá kevesebb pszichés problémáról és több egészség megőrzésére tett erőfeszítésről számolnak be (Epstein, 2001; Scheuer és Epstein, 1997; Stacciarini és Troccoli, 2004). A konstruktívan gondolkodó, *érzelmi megküzdés*t gyakran használó emberek önmagukat elfogadják, kevéssé érzékenyek az elutasításra, a kudarcra. Jellemző rájuk a pozitív gondolkodás, és az örömökre érzékeny, elfogadó attitűd. Azok, akiknek a *viselkedéses megküzdés* az erősségük, gyakran gondolkodnak azon, hogy milyen konkrét lépéseket lehetne tenni az egyes problémák

megoldása érdekében. Gyakran optimisták, extrovertáltak, energikusak és magabiztosak. Elfogadnak másokat, s nem ítélkeznek felettük. Míg a jó *érzelmi megküzdés*sel jellemezhető emberek elsősorban önmaguk elfogadásában és az érzelmi információk hatékony kezelésében jeleskednek, addig a *viselkedéses megküzdők* elsősorban mások elfogadására és a(z interperszonális) problémahelyzetek hatékony kezelésére törekszenek.

A kérdőív másik pólusán a differenciálatlan, merev gondolkodás áll. Ennek egyik megnyilvánulása a *babonás gondolkodás*, mely azt méri, hogy az egyén mennyire hajlamos arra, hogy egymástól független eseményeket ok-okozati kapcsolatba hozzon egymással. Egy másik formája a *kategorizáló gondolkodás*, mely annak mércéje, hogy az egyén mennyire hajlamos fekete-fehéren látni a világot, és mennyire hajlik az előítéletes gondolkodásra, a mások feletti ítélkezésre. Továbbá a differenciálatlan gondolkodás vonzza a mágikus, természetfeletti, tudományosan megkérdőjelezhető dolgokban való hitet. Így az *ezoterikus gondolkodás*sal jellemezhető emberek sokszor nem rendelkeznek a kritikai elemzés képességével, inkább az első benyomásaikra hagyatkoznak. Végül ide tartozik a *naiv optimizmus*, vagyis a túlzott pozitivitással és a valóságtól elrugaszkodott gondolkodással járó irreálisan pozitív gondolkodás (Epstein, 2001).

A CTI faktorstruktúráját német és török is kutatók vizsgálták. Hoyer és munkatársai (1998) 439 egyetemi hallgatón és 187 bőrgyógyászati problémával küzdő betegen főkomponens elemzéssel, ortogonális rotációt használva tesztelte a kérdőív német változatának faktorstruktúráját. A két legstabilabb skálának az *érzelmi megküzdés* és az *ezoterikus gondolkodás* skála bizonyult, a *babonás gondolkodás* pedig nem különült el önálló skálaként. Ennek indoka, hogy a *babonás gondolkodás* skála tételei inkább elméleti, mint pszichometriai megfontolásokból maradtak benne a kérdőívben. A *viselkedéses megküzdés*, a *naiv optimizmus* és a *kategoriális gondolkodás* esetében több tétel nem a megfelelő skálán súlyozódott, kereszttöltéssel rendelkezett, vagy nem érte el az adott skálán a 0,3-as faktorsúlyt. Ezeket a tételeket a kérdőív német változatából kiemelték. Tosun és Karadag (2008) a kérdőív török változatát 362 tanár bevonásával, feltáró faktorelemzéssel, varimax rotációt használva vizsgálta. A nem megfelelően illeszkedő tételeket eltávolította, ezáltal érve el a tételek optimális illeszkedését.

Fontos azonban kiemelni, hogy az előzőekben leírt kutatásoknak több gyenge pontja is van. Maga Epstein (Epstein, 2001; Epstein és Meyer, 1989) is hangsúlyozza, hogy a CTI skálái korrelálnak egymással, emellett a skálák bizonyos tételeinek kiemelésével egy összesített konstruktív gondolkodás skála is alkotható. Ez pedig arra utal, hogy az eddig alkalmazott ortogonális rotáció helyett a faktorok korrelációját lehetővé tévő oblique rotáció

alkalmasabb a struktúra elemzésére. Emellett a vizsgálatba bevont egyének száma is kevés a kérdőív 108 itemének adekvát elemzéséhez, amely szintén megkérdőjelezi a kapott eredmények érvényességét. Így tehát szükségessé válik a kérdőív faktorstruktúrájának újbóli elemzése, melyre harmadik vizsgálatunkban vállalkozunk.

7.4. A konstruktív gondolkodás jelentősége a munkahelyi stressz és a kiégés szempontjából

Ahogy azt az előzőekben ismertettük a kiégés krónikus, érzelmi és mentális kimerüléssel jellemezhető állapot, olyan érzelmi elsivárosodás, mely befolyásolja az egyén alkalmazkodási képességét, és krónikus jellegéből fakadóan kihat a személyiség működésére is. A legtöbb elmélet érzelmi aspektusát hangsúlyozza, tárgyalja összefüggéseit a negatív érzelmekkel, és elkülöníti az olyan állapotoktól, melyekben szintén a negatív érzelmek dominálnak (pl. depresszió, traumatizált állapotok) (Brenninkmeyer és mtsai, 2001; Devilly és mtsai, 2009; Glass és Mcknight, 1996; Jenkins és Baird, 2002; Maslach és mtsai, 2001; Shirom, 2003; Shirom és Ezrachi, 2003). Mivel a kiégés által létrehozott érzelmi erózió a megküzdési potenciáloknál mélyebb, a személyiség különböző aspektusait érintő változásokat hozhat létre; a tapasztalati elme korai élményekből származó, holisztikusan reprezentált, érzelmi élmények mentén kialakított, a személyiség működésén alapuló rugalmas alkalmazkodási módja fontos támpontokkal szolgálhat a kiégés szempontjából. Másfelől a kiégés a munkahelyi stressz következményeképp létrejövő állapot, ahol a konstruktív gondolkodás módosíthatja a két tényező kapcsolatát. A konstruktív gondolkodók személyiségükből fakadóan kevesebb stresszt élhetnek át, mivel a nehezebb helyzeteket könnyebben interpretálják kihívásként, mint fenyegetésként. Tehát a konstruktív gondolkodás moderálhatja a stresszhelyzetek megélését, és ezáltal gyakorol hatást a kiégésre. Másfelől mediáló szerepet is betölthet, hiszen a tényleges stresszhelyzetek kezelése könnyebb azok számára, akik rugalmasan, differenciáltan gondolkodnak, és így kevésbé égnek ki (Evers és mtsai, 2005).

Kevés vizsgálatról tudunk, mely a konstruktív gondolkodás munkahelyi stresszel és kiégéssel való összehasonlítására vállalkozott. Stacciarini és Tróccoli (2004) a konstruktív gondolkodás munkahelyi stresszel, pszichés tünetekkel és munkahelyi elégedettséggel való összefüggéseit vizsgálták ápolók és főnővérek körében. A két csoportot együtt vizsgálva a konstruktív gondolkodást reprezentáló *érzelmi* és *viselkedéses típusú megküzdési módok* közepes mértékű negatív korrelációban voltak a munkahelyi stresszel. A két csoportot külön

vizsgálva azonban látható volt, hogy az ápolóknál az *érzelmi típusú megküzdési formák* erősebb összefüggést mutatnak a munkahelyi stresszel, mint a *viselkedéses megküzdési formák*, a főnővérek körében azonban fordított a helyzet. Emellett mindkét csoportban a *kategoriális gondolkodás* közepes, a *naiv optimizmus* pedig gyenge pozitív korrelációt mutatott a munkahelyi stresszel. Evers és munkatársai (2005) ápolók körében végzett kutatása pedig leírja, hogy a konstruktív gondolkodás a *deperszonalizáció* kialakulását határozza meg a legnagyobb mértékben (a *deperszonalizáció* varianciájának 21%-át magyarázza), de hatást gyakorol az *érzelmi kimerültség* és a *személyes teljesítmény* csökkenésének kialakulására is. Mindeddig nem volt olyan vizsgálat, mely a konstruktív gondolkodást egységes keretben, a munkahelyi stressz és kiégés tükrében vizsgálta volna, valamint arra kereste volna a választ, hogy a konstruktív gondolkodás a munkahelyi stressz percepcióját befolyásoló, és ezáltal a kiégésre ható moderátor változó; vagy a munkahelyi stresszre adott válaszként megjelenő, a munkahelyi stressz és kiégés kapcsolatát mediáló változó-e. Negyedik vizsgálatunkban ezen kérdések végiggondolására vállalkozunk.

8. Összegzés

A dolgozat keretei között tehát négy empirikus vizsgálat valósul meg. Az első vizsgálatban az MBI-HSS magyar nyelvű változatának faktoriális validitását teszteljük, szem előtt tartva a szakirodalomban eddig leírt vizsgálatok által megválaszolatlanul hagyott kérdéseket. A második vizsgálatban egy olyan demográfiai, pszichés és szomatizációs aspektusok mentén leírható profil kialakítását célozzuk meg, mely a kiégett egészségügyi szakdolgozókat elkülöníti, a nem veszélyeztetett, valamint a depresszió szempontjából veszélyeztetett egészségügyi szakdolgozóktól. Harmadik és negyedik vizsgálatban nagyobb hangsúlyt fektetünk a kiégés kialakulásában szerepet játszó pszichés tényezőkre, ezért magyarra adaptáljuk, és pszichometriai szempontból teszteljük a CTI kérdőívet. Végül megvizsgáljuk a konstruktív gondolkodás szerepét a munkahelyi stressz és kiégés kapcsolatában, kiemelt figyelmet fordítva a konstruktív gondolkodás moderáló, vagy mediáló szerepének elemzésére.

EMPIRIKUS RÉSZ

1. VIZSGÁLAT

A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló MBI-HSS magyar változatának validálása egészségügyi dolgozók körében

1. Célkitűzés

A vizsgálat célkitűzése a humán szolgáltató szektorban dolgozók számára fejlesztett Maslach Kiégés Leltár faktorstruktúrájának szisztematikus vizsgálata volt. Mivel a magyar nyelvű kérdőív faktorstruktúrájának pszichometriai elemzése nem ismert, ezért indokoltnak láttuk elkészíteni ezt, annak érdekében, hogy a kérdőív hazánkban is teljes értékű mérőeszközzé váljon. Ahogy azt a bevezetőben is kiemeltük, nincs egyetértés a szakirodalomban a kérdőív faktorstrukturájára vonatkozóan. A széles körben elfogadott három-faktoros struktúra mellett bizonyos elemzések a kérdőív kettő-, három-, négy-, valamint öt-faktoros struktúráját is megerősítették már (Worley és mtsai, 2008). Emellett több szerző leírta az MBI-HSS dimenziói közötti közepes/erős mértékű korrelációt (Gil-Monte, 2005; Mäkikangas és mtsai, 2011; Vanheule és mtsai, 2007; Worley és mtsai, 2008). *Ez felveti annak lehetőségét, hogy az MBI-HSS faktorstruktúrája hierarchikus szerkezetű, továbbá kiemeli az egy-, kettő-, három-, négy- és öt-faktoros változat tesztelésének szükségességét.*

2. Módszer

2.1. Minta

Az országos szintű felmérésben 664 egészségügyi dolgozó vett részt. A mintaválasztás korra, nemre, egészségügyi végzettségre, valamint lakhelyre is reprezentatív volt. 664 főből 11 fő nem válaszolt a kérdésekre, ezért a minta elemszáma 653-ra csökkent (válaszadási ráta 98,3%[♣]). Vizsgálatban 420 orvos és 233 ápoló, valamint egészségügyi asszisztens vett részt

[♣] A disszertációban megjelenő számformátumokat azok értelmezhetőségének érdekében és nagyságszintjének megfelelően a vizsgálatok során a következőképp jelenítjük meg: **Módszer rész:** százalék = 1 tizedes jegy, átlag = 1 tizedes jegy, szórás = 1 tizedes jegy, megbízhatóság (Cronbach-alfa) = 2 tizedes jegy; **Eredmények rész:** korreláció = 2 tizedes jegy, t-próba = 2 tizedes jegy, χ^2 – próba = 2 tizedes jegy, átlag = 2 tizedes jegy, szórás = 2 tizedes jegy, illeszkedési mutatók = 3 tizedes jegy, faktorsúly = 3 tizedes jegy, szignifikancia = nagyságszinttől függően 2, vagy 3 tizedes jegy, multikollinearitás (VIF érték) = 3 tizedes jegy, omega és hierarchikus omega = 2 tizedes jegy

(441 nő (67,5%) és 212 férfi (32,5%)), akiktől munkájuk jellegére (orvos/ápoló/egészségügyi asszisztens), napi munkájuk időtartamára, nemére, életkorára, partnerkapcsolatára, valamint gyermekeinek számára vonatkozó adatokat is gyűjtöttünk. A munkahelyük földrajzi eloszlását tekintve 297-en Budapesten, 164-en megyeszékhelyen, 151-en városban és 36-an faluban dolgoznak (5-en nem válaszoltak a kérdésre). Életkoruk 21 és 79 év között van, átlagéletkoruk 45,7 év (SD = 11,0). 502 főnek van partnere (76,9%), valamint 523 főnek (80,1%) van gyermeke. Tizenegy egészségügyi asszisztensnek (1,7%) nincs középfokú végzettsége, 202 fő (32,5%) középfokú végzettséggel rendelkező szakképzett ápoló, 10 főnek (1,5%) van főiskolai diplomája. A legtöbben 12 órát dolgoznak egy nap (382 fő, 59,8%), illetve 155 főnek 8 óra a napi munkaideje (23,7%). Az egy nap átlagosan dolgozott órák száma 11,0 (szórás = 2,3 óra) (a leíró jellemzőket ld. részletesen az 1. táblázatban).

1. Táblázat: az első vizsgálat mintájának leíró jellemzői

Iskolai végzettség	*Szakmunkásképző (%)*	*Gimnázium és OKJ (%)*	*Főiskola (%)*	*Egyetem (%)*	*Hiányzó adat (%)*	
	11 (1,7)	202 (31,0)	10 (1,5)	420 (64,3)	10 (1,5)	
Munkahely	*Budapest, vagy Pest megye (%)*	*Megyeszékhely (%)*	*Város (%)*	*Község, falu (%)*	*Hiányzó adat (%)*	
	297 (45,5)	164 (25,1)	151 (23,1)	36 (5,5)	5 (0,8)	
Családi állapot	*Van partner (%)*	*Nincs partner (%)*	*Hiányzó adat (%)*			
	502 (76,9)	145 (22,2)	6 (0,9)			
Gyerekek száma	*Nincs (%)*	*Egy (%)*	*Kettő (%)*	*Három (%)*	*Négy, vagy több (%)*	*Hiányzó adat (%)*
	125 (19,0)	152 (23,3)	266 (40,7)	78 (11,9)	27 (4,2)	5 (0,8)

2.2. Mérőeszköz

A Maslach Kiégés Leltár humán szolgáltató szektor (MBI-HSS; Maslach és mtsai, 1996) számára készített változata kifejezetten e szakterület dolgozóinak kiégettségét méri. A kérdőív szabályos angolról magyarra fordítási eljárással készült (fordítás és visszafordítás), az egyes tételek érthetőségét pilot csoport (N=16 fő) tesztelte. A kérdőív 22, a munkavégzésre vonatkozó tételt tartalmaz, ahol a kitöltő feladata annak megítélése, hogy a felsorolt állítások mennyire jellemzik a munkáját. A tételek megítélése hétfokú skálán történik, mely nullától (soha) hatig (minden nap) terjed. A kérdőív három skálát tartalmaz. Az *érzelmi kimerültség* az egyén fizikai és pszichés kimerülését mérő egyéni dimenzió; a *deperszonalizáció* (elidegenedés) a munkától, valamint a betegektől és munkatársaktól való eltávolodást mérő interperszonális dimenzió. A *személyes teljesítmény* a munkahelyi teljesítés élményét, a

munkával kapcsolatos kompetenciaérzést mérő önértékeléssel kapcsolatos dimenzió. A magas *érzelmi kimerültség* és *deperszonalizáció*, valamint a *személyes teljesítmény* alacsony szintje jelzi a kiégést. A kérdőívben az *érzelmi kimerültség*et 9 item, a *deperszonalizáció*t 5 item, a *személyes teljesítmény*t pedig 8 item méri. Mivel a mérőeszköz jogdíjas, a vizsgálatban való felhasználása a forgalmazóval való szerződéskötést követően történt.[2]

2.3. Adatelemzés

Mintánkon megerősítő faktorelemzést végeztünk, hogy eljussunk az adatainkra legoptimálisabban illeszkedő modellhez. Mivel a kérdőív tételei nem normál eloszlásúak (ld. melléklet 16. táblázat), figyelembe vettük, hogy a standard hiba és a khi-négyzet statisztika normalitástól való eltérésre nem érzékeny, ezért a maximum likelihood módszer egy robusztus változatát alkalmaztuk (MLM módszer; Muthen és Muthen, 1998-2010). Teszteltük az MBI-HSS egy- (Kanste és mtsai, 2006), kettő- (Brookings és mtsai, 1985), három- (Maslach és mtsai, 1996), négy- (Iwanicki és Schwab, 1981) és öt-faktoros (Densten, 2001) modelljét is. Mivel a faktorok között a korreláció magas, ezért két hierarchikus modell illeszkedését is megvizsgáltuk. Az első, az úgynevezett másodrendű faktor-modell, mely az MBI-HSS esetében három elsődleges és egy másodlagos faktorból áll. A második, az úgynevezett bifaktoros modell, három domain-specifikus és egy általános faktort tartalmaz (ld. 2. ábra). A mérőeszközök hierarchikus faktor modell vizsgálata viszonylag elterjedt a személyiség- és egészségpszichológiában (pl. Costello és mtsai, 2007; Ryff és Keyes, 1995; Whitman és mtsai, 2009), azonban a bifaktoros modellezés viszonylag új eljárás, mely hatékonyabb lehetőségét adja a konstruktum specifikus multidimenzionalitás vizsgálatának, mint pl. a másodrendű faktorelemzés (Brunner és mtsai, 2012; Chen és mtsai, 2006). A bifaktoros modell előnye, hogy képes az általános és domain-specifikus faktorok együttes kezelésére, így becsülhetővé válik az is, hogy mekkora megmagyarázott variancia arány tulajdonítható az általános faktornak. Ennek mérőszáma az általános variancia index (ECV; Bentler, 2009; Ten Berge és Socan, 2004). A bifaktoros modellben egy tétel az általános és a domain-specifikus faktorokon is súlyozódhat. Ennek következtében képet kaphatunk arról, hogy használhatóak-e külön az általános és domain-specifikus faktorok (Reise és mtsai, 2007). Sőt amennyiben a bifaktoros modell illeszkedése megfelelő, a domain-specifikus faktorok kapcsolata más változókkal a globális faktortól függetlenül tanulmányozható (Chen és mtsai, 2006).

---

[2] Ezúton is szeretnénk köszönetet mondani a CPP Inc.-nek, hogy kedvezményes feltételekkel rendelkezésünkre bocsátotta az MBI-HSS-t.

Modellünk illeszkedési mutatóit a nemzetközi standardok alapján a CFI (Comparative fit index) és TLI (Tucker-Lewis index) érték 0,900 feletti, az RMSEA (Root mean square error approximation) 0,050 és az SRMR (Standardized root mean square residual) 0,080 alatti, valamint a nem szignifikáns Satorra-Bentler χ^2 segítségével határoztuk meg. Emellett figyelembe vettük a BIC (Bayesian information criteria) mutatót is, melynek ugyan nincs egységesen elfogadott cutoff pontja, azonban alacsonyabb értéke informatív lehet a jobb illeszkedés tekintetében.

3. Eredmények

Az adatelemzés részben leírtak mentén nem-hierarchikus és hierarchikus modellek segítségével teszteltük az MBI-HSS faktorstruktúráját.

2. Táblázat: az MBI-HSS alternatív mérési modelljeinek illeszkedési mutatói

	Satorra-Bentler χ^2	*Df*	*p*	*RMSEA 90% CI*	*CFI*	*TLI*	*SRMR*	BIC
				Nem hierarchikus modellek				
Egy faktoros modell	1710,607	209	<0,001	0,105 [0,100-0,110]	0,652	0,616	0,109	51442
Két faktoros modell	982,793	208	<0,001	0,076 [0,071-0,080]	0,822	0,802	0,072	50642
Három faktoros modell	846,684	206	<0,001	0,070 [0,066-0,075]	0,848	0,830	0,071	48298
Négy faktoros modell	790,292	202	<0,001	0,067 [0,062-0,072]	0,865	0,845	0,069	50440
Öt faktoros modell	596,614	142	<0,001	0,070 [0,064-0,076]	0,876	0,850	0,080	44047
				Hierarchikus modellek				
Másodrendű modell	846,684	206	<0,001	0,070 [0,066-0,075]	0,848	0,830	0,071	48298
Bifaktoros Modell	509,894	187	<0,001	0,052 [0,047-0,058]	0,922	0,903	0,052	48670

Megjegyzés: CFI = Comparative fit index; TLI = Tucker–Lewis index; RMSEA = Root mean square error of approximation; SRMR = Standardized root mean square residual; BIC = Bayesian information criteria CI = Confidence interval.

Ahogy az a 2. táblázatból is látszik, csak a bifaktoros modell érte el az illeszkedés elfogadott kritériumait. A modell finomítása érdekében kiszámítottuk az általános variancia indexet is (ECV; Bentler, 2009; Ten Berge és Socan, 2004), melynek fényében azt találtuk, hogy a kiégés összevont pontszáma az általános variancia 53%-át magyarázza. A specifikus faktorok, úgymint az *érzelmi kimerültség*, a *deperszonalizáció* és a *személyes teljesítmény* rendre 15%, 11% és 21%-ot magyaráznak. A standardizált faktorsúlyokat a 3. táblázat tartalmazza.

3. Táblázat: az MBI-HSS standardizált faktorsúlyai

Bifaktoros modell								
Item	*Érzelmi kimerültség*	*Teljes kiégés*	*Item*	*Deperszo-nalizáció*	*Teljes kiégés*	*Item*	*Személyes teljesítmény*	*Teljes kiégés*
1. "érzelmi kimerült-ség érzése"	**0,540**	**0,586**	5. "a betegek személy-telen tárgyként kezelése"	0,074	**0,475**	4. "megérteni a betegeket"	**0,458**	-0,084
2. "felörlő-dés"	**0,673**	**0,565**	10. "érzéket-lenség érzés"	**0,101**	**0,587**	7. "hatékony megbírkó-zás a betegek problémái-val"	**0,630**	**-0,166**
3. "fáradtság érzés"	**0,517**	**0,495**	11. "a munka rideggé tesz"	**0,209**	**0,690**	9. "pozitív befolyás a betegekre"	**0,588**	**-0,251**
6. "megter-helő emberek-kel dolgozni"	0,031	**0,683**	15. "érdekte-lenség érzés"	0,068	**0,411**	12. "energi-záltság érzés"	**0,450**	**-0,380**
8. "fásultság érzés"	**0,100**	**0,798**	22. "önhibáztatás "	-0,023	**0,429**	17. "nyugodt légkör teremtésé-nek képessége"	**0,609**	**-0,241**
13. "ideges-ség érzés"	**-0,104**	**0,790**				18. "felvilla-nyozottság érzés"	**0,550**	**-0,397**
14. "túl kemény munka"	**0,317**	**0,240**				19. "érdemle-ges dolgok a munkában"	**0,511**	**-0,237**
16. "túl sok feszültség"	0,091	**0,601**				21. "az érzelmi problémák nyugodt kezelése"	**0,495**	**-0,324**
20. "véges erőbefek-tetés"	**0,328**	**0,632**						

Megjegyzés: A szignifikáns (p < 0,01) faktorsúlyokat kiemeltük. Mivel a kérdőív jogvédelem alatt áll, a táblázat a kérdőív tételeinek rövidített megfogalmazását tartalmazza. Az egyes tételek előtt megjelenő számok az eredeti skála tételének sorszámai.

Látható, hogy a teljes kiégés faktoron a 4. item kivételével az összes item súlyozódik, azonban a specifikus faktorokon nem mindegyik saját item súlyozódik. Ez azt sugallja, hogy ezek az itemek inkább a teljes kiégést mérik, mint az adott specifikus faktort. Az *érzelmi*

kimerültség kilenc iteméből hét a specifikus faktoron és a *teljes kiégés* faktoron is súlyozódik. Azonban a stresszre, feszültségre utaló itemek "megterhelő emberekkel dolgozni" és "túl sok feszültség" csak a teljes kiégés faktoron súlyozódnak. A *deperszonalizáció* skála mind az öt iteme súlyozódik a teljes kiégés faktoron, azonban csak két item ("érzéketlenség érzés" és "a munka rideggé tesz") súlyozódik a domain-specifikus faktoron. A 4. item kivételével az összes *személyes teljesítmény* skálához kapcsolódó item súlyozódik az általános és a domain-specifikus faktoron is. Mivel a *személyes teljesítmény* skála itemei fordítottak, ezért faktorsúlyuk az általános faktoron negatív.

Az egyes skálák reliabilitásának meghatározása érdekében kiszámoltuk a modellen alapuló omega és hierarchikus omega reliabilitás mutatókat. Az omega mutató megmutatja a megfigyelt skála pontszámának (pl. *érzelmi kimerültség* összpontszám) megmagyarázott variancia arányát, mely a teljes kiégés faktornak és a specifikus faktornak tulajdonítható. Például az *érzelmi kimerültség* esetén az omega mutató által megmagyarázott variancia a teljes kiégés és a specifikus *érzelmi kimerültség* faktornak. Ezzel szemben a hierarchikus omega mutató csak a specifikus faktornak tulajdonítható megmagyarázott variancia arányt jelzi. Így például az *érzelmi kimerültség* esetében a specifikus *érzelmi kimerültség*ből fakad (Brunner és mtsai, 2012; Reise és mtsai, 2010). Mind az omega, mind a hierarchikus omega 0 és 1 közötti értéket vehet fel, a megmagyarázott variancia arány az 1 felé közelítve nő.

Az omega mutató az *érzelmi kimerültség* esetében 0,88, a *deperszonalizáció* esetében 0,80 és a *személyes teljesítmény* esetében is 0,80 volt, melyből levonható az a következtetés, hogy a skálák reprezentálják az általuk lefedett jelenséget. A hierarchikus omega az *érzelmi kimerültség* esetében 0,17, a *deperszonalizáció* esetében 0,19 és a *személyes teljesítmény* esetében 0,79 volt, mely jelzi azt, hogy az *érzelmi kimerültség* és *deperszonalizáció* esetében jóval nagyobb varianciát magyaráz a teljes kiégés faktor, mint a specifikus faktor. A *személyes teljesítmény* esetében viszont a specifikus faktor hozzáadott értéke nagyobb.

4. Megvitatás

Első vizsgálatunk célja tehát az MBI-HSS konstruktum validitásának vizsgálata volt. Egészségügyi dolgozókon teszteltük a kérdőív nem hierarchikus egy-, kettő-, három-, négy-, öt-faktoros modelljét, valamint a hierarchikus másodrendű- és bifaktoros modelljét. Csak a bifaktoros – egy teljes pontszámot, valamint a specifikus *érzelmi kimerültség*, *deperszonalizáció* és *személyes teljesítmény* skálákat tartalmazó - modell illeszkedése volt megfelelő. Eredményeink azt mutatják, hogy a kiégés összpontszám megmagyarázott

variancia arányának relatíve nagy hányadát adja a *teljes kiégés* faktor, mely kiemeli/alátámasztja a kiégés összpontszám jelentőségét a kiégés konceptualizálásában. Mind megmagyarázott variancia index, mind pedig a hierarchikus omega mutató azt sugallja, hogy az értékekben mutatott variancia döntő többségében az *érzelmi kimerültség* és *deperszonalizáció* skálák esetében a *teljes kiégés* faktornak tulajdonítható. Ezzel szemben a *személyes teljesítmény* skálán elért pontszám inkább reflektál a kiégés teljesítmény specifikus dimenziójára.

Eredményeink összhangot mutatnak azon elképzelésekkel, melyek feltételezik, hogy a kiégés magját az *érzelmi kimerültség* és *deperszonalizáció* dimenziók alkotják (Brookings és mtsai, 1985; Schaufeli és van Dierendonck, 1993), míg a *személyes teljesítmény* némileg különbözik a kiégés konstruktumától. Elképzelhető, hogy az alacsony színvonalú *személyes teljesítmény* inkább következménye a kiégésnek, mintsem a jelenség integráns része (Kristensen és mtsai, 2005; Schaufeli és van Dierendonck, 1993). Azonban magyarázat lehet az is, hogy a *személyes teljesítmény* skála markáns egyéni hozzáadott értéke az úgynevezett "healthy worker effect"-nek tulajdonítható. Mivel ez a dimenzió van a leggyengébb kapcsolatban a konstruktummal, lehetséges, hogy egyéni hatása elsőként jelenik meg egészséges populációban (Mäkikangas és mtsai, 2011; Worley és mtsai, 2008). A *teljes kiégés* dimenzió bevezetése felvet néhány további kérdést. Vajon a dimenzió megjelenése csak a válaszadási torzításból adódik, vagy jelentésteli komponens. Ennek eldöntésére érdekes lenne a kérdőívet különböző kultúrákban vizsgálni.

4.1. Praktikus megfontolások és a vizsgálat korlátai

Maslach és munkatársai (1996) az MBI-HSS skáláinak független használatát javasolják, mivel a három skála a kiégés különböző oldalaira reflektál. Vizsgálatunkból azonban kiderül, hogy az *érzelmi kimerültség, deperszonalizáció* és *személyes teljesítmény* skála mellett a kiégés összpontszáma is használható. A legtöbb egyéni megmagyarázott variancia aránnyal a *személyes teljesítmény* skála rendelkezik (hierarchikus omega mutató), ezért ennek a skálának van a legtöbb egyéni hozzáadott értéke a konstruktum méréséhez. Azonban az omega mutatók alapján az *érzelmi kimerültség* és a *deperszonalizáció* skála is megállja önállóan a helyét.

A praktikus megfontolások mellett érdemes kitérni a vizsgálat korlátaira is. Fontos megjegyezni, hogy résztvevők önbeszámolós teszt segítségével adtak számot kiégettségük mértékéről, így az adatgyűjtés körülményei nem standardizáltak, tehát nem kontrollálható környezeti tényezők befolyásolhatják az eredményeket. További korlátot jelent a relatíve kicsi

mintaméret, mely két foglalkozás csoportból tevődik össze. Míg a minta reprezentatív a magyar ápolókra és orvosokra, nem reprezentatív a magyar egészségügyi szektorra nézve, melynek értelmében eredményeink csak korlátozott mértékben általánosíthatók. A kiégés jelentőségének folyamatos növekedése miatt a kutatások folytatása mindenképp indokolt a mérőeszköz megfelelő struktúrájának finomítása érdekében.

2. VIZSGÁLAT

A kiégés és depresszió differenciál diagnosztikája –
avagy a kiégés és depresszió szempontjából veszélyeztetett és nem veszélyeztetett egészségügyi szakdolgozók jellemzőinek ismertetése

1. Célkitűzés

A vizsgálat célkitűzése a kiégés és depresszió egymáshoz való viszonyának elemzése, illetve olyan demográfiai, pszichés és szomatizációs jellemzők együttes vizsgálata volt, melyek a kiégés és depresszió szempontjából veszélyeztetett és nem veszélyeztetett embereket elkülöníthetik egymástól. A bevezetőben leírt Forrás Konzervációs Elmélet, és több empirikus tanulmány eredményének ismeretében (Brenninkmeyer és mtsai, 2001; Shirom 2003; Shirom és Ezrachi, 2003; Shirom és mtsai, 2005) feltételeztük, hogy

H1: A kiégés előrejelzi a depressziós panaszokat.

H2: A demográfiai, pszichés és szomatizációs jellemzők megkülönböztetnek egy nem veszélyeztetett, egy csak a kiégés szempontjából veszélyeztetett, és egy a kiégés és a depresszió szempontjából is veszélyeztetett csoportot.

Illetve, hogy

H3: A kiégett emberek csoportja demográfiai, pszichés és szomatizációs jellemzők mentén is elkülöníthető a depresszió és kiégés szempontjából veszélyeztetett, illetve a nem veszélyeztetett csoporttól.

Ahogyan már korábban leírtuk, a kiégés elsősorban a pályakezdőket érinti (Ahola és mtsai, 2006; Alacacioglu és mtsai, 2009). Az egyedülállók, rossz munkahelyi kapcsolatokkal rendelkezők szintén nagyobb eséllyel esnek a kiégés áldozatául (Fujiwara és mtsai, 2003; Jenkins és Elliott, 2004; Maslach és Jackson, 1985). A kiégett munkavállalókat az átlagosnál nagyobb mértékű munkahelyi stressz, több érzelemközpontú és kevesebb problémaközpontú stratégia jellemzi (Bakker és mtsai, 2004; Demerouti és mtsai, 2001; Kitaoka-Higashiguchi és mtsai, 2004), illetve a depressziós képnél kevesebb, az átlagos képnél viszont több szomatizációs tünettel küzdenek (Pikó, 2006; Tölgyes, 2003). Ezeket a jellemzőket egységes keretben - tudomásunk szerint – eddig még nem vizsgálták.

2. Módszer

2.1. Résztvevők

A vizsgálatban 1732 egészségügyi szakdolgozó vett részt, a résztvevők 94,3%-a nő (1634 fő), 4,6%-a férfi (79 fő). 1,1% (19 fő) esetében hiányoznak a nemre vonatkozó adatok. A résztvevők átlagéletkora 44,1 év (min = 20 év; max = 78 év; SD = 10,1 év). A kérdőívet kitöltők közül legtöbben 30-as (520 fő; 30,0%) és 40-es (564 fő; 32,6%) éveikben járnak. Az egészségügyben átlagosan 21,4 éve dolgoznak (min = 1 év; max = 65 év; SD = 10,7 év). A vizsgálatban résztvevők többségének van partnere (1035 fő; 59,8%) és Budapesten vagy Pest megyében él (1189 fő; 68,6%). Legtöbbjük egy (483 fő; 28,6%), vagy két gyermeket (562 fő; 32,4%) nevel (lásd a 4. táblázatban).

A vizsgálat keretében 2500 kérdőívet osztottunk szét a főváros 23 kerületében lévő egészségügyi intézményekben. A 2500 kérdőívből 1732 érkezett vissza (69,3%-os válaszadási arány). A minta a budapesti egészségügyi szakdolgozók körében reprezentatív az ellátási szint (alap, járó, fekvő, egyéb – pl. gyógyszertári asszisztensek, idősek otthonában dolgozók) tekintetében. A kérdőíveket a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara budapesti szervezetének helyi vezetői juttatták el a szakdolgozókhoz.

4. Táblázat: a második vizsgálat mintájának leíró jellemzői

Iskolai végzettség	*Szakmunkásképző (%)*	*Szakközépiskola (%)*	*Gimnáziumi érettségi (%)*	*OKJ-s képzés (%)*	*Főiskola, egyetem (%)*	*Hiányzó adat (%)*
	118 (6,8)	238 (13,7)	135 (7,8)	762 (44,0)	454 (26,2)	25 (1,4)
Ellátási szint	*Alapellátás (%)*	*Járóbeteg ellátás (%)*	*Fekvőbeteg ellátás (%)*	*Egyéb (%)*	*Hiányzó adat (%)*	
	108 (6,2)	524 (30,3)	989 (57,1)	71 (7,1)	40 (2,3)	
Lakhely	*Budapest, vagy Pest megye (%)*	*Város (%)*	*Község, falu (%)*	*Hiányzó adat (%)*		
	1189 (68,6)	361 (20,8)	170 (9,8)	12 (0,7)		
Életkor	*20-30 (%)*	*31-40 (%)*	*41-50 (%)*	*51-60 (%)*	*61, vagy több (%)*	*Hiányzó adat (%)*
	136 (7,9)	520 (30,0)	564 (32,6)	383 (22,1)	85 (4,9)	44 (2,5)
Egészségügyben töltött évek	*1-10 (%)*	*11-20 (%)*	*21-30 (%)*	*31-40 (%)*	*41, vagy több (%)*	*Hiányzó adat (%)*
	283 (16,3)	513 (29,6)	513 (29,6)	289 (16,7)	46 (2,7)	88 (5,1)
Családi állapot	*Nőtlen, hajadon (%)*	*Van partner (%)*	*Nincs partner (%)*	*Hiányzó adat (%)*		
	292 (16,9)	1035 (59,8)	369 (21,3)	36 (2,1)		
Gyerekek száma	*Nincs (%)*	*Egy (%)*	*Kettő (%)*	*Három, vagy több (%)*	*Hiányzó adat (%)*	
	482 (28,5)	483 (28,6)	562 (32,4)	162 (9,4)	43 (2,5)	

2.2. Mérőeszközök

A fent említett demográfiai adatok mellett a résztvevők a következő kérdőíveket töltötték ki:

Munkahelyi stressz: Az Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív (Effort–Reward Imbalance Questionnaire, ERI; Siegrist és mtsai, 2004) a munkahelyi *erőfeszítés*ek, a munkahelyi *jutalmak* és a *túlvállalás* három fő dimenziójából tevődik össze. A kérdőív *erőfeszítés* alskálája a munkában tapasztalható időnyomást, a felelősségvállalást, a túlórák mennyiségét térképezi fel. A *jutalom-hiány* alskála az anyagi juttatások, az elismerések és a karrier támogatottsága szempontjából ad információt. Ugyanezen mérőeszköz *túlvállalás*-skálája a munkától való eltávolodás képességét, a megbecsülés és elismerés iránti vágyat méri fel hat tétel segítségével. Az *erőfeszítés* és *jutalom-hiány* skála elsősorban extrinsic, a stressz egyéntől független komponenseit méri, a *túlvállalás* skála viszont az egyéni megélésről, a munkából való kivonódás képességének hiányáról tájékoztat. A válaszadás egy négyfokú Likert-skálán történik (Salavecz és mtsai, 2006). Az ERI, illetve a későbbiekben bemutatott kérdőívek/skálák átlagát, minimumát, maximumát és reliabilitás mutatóit az 5. táblázatban közöljük.

Munkahelyi kapcsolatok: a vizsgálatban több kérdéssel mértük a résztvevők *munkahelyi kapcsolat*ait. A kérdéseket a felettessel, az orvos kollégákkal, az ápoló személyzettel, a betegekkel, valamint a kisegítő személyzettel való kapcsolat minőségére vonatkozóan tettük fel.

Megküzdés: A munkahelyi stresszorokkal való megküzdés mérésére a Rózsa és munkatársai által kialakított 16 tételes Megküzdési Módok Kérdőív (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) 9 tételes rövidített változatát használtuk (Rózsa és mtsai, 2008). A kérdőívet eredetileg Folkman és Lazarus alakította ki 1980-ban, ennek különböző változatait a magyar szakirodalomban igen széles körben használják. Jelen változat három coping stratégiát mér fel 3–3 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 problémák evéssel, ivással, nyugtató szedéssel, dohányzással való kezelése.

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

Kiégés: A kiégést a Maslach Kiégés Leltárral mértük. Az MBI-HSS-t Maslach és munkatársai kifejezetten a humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégettségének vizsgálatára fejlesztették ki (Maslach és mtsai, 1996). A kérdőív 22 tételt tartalmaz, a tételek megítélése 7 pontos skálán történik. A magyar változatban a kérdőív három alskálája mellett az összpontszám is értelmezhető. Az *érzelmi kimerültség* az egyén fizikai és pszichés kimerülését mérő egyéni dimenzió; a *deperszonalizáció* (elidegenedés) a munkától, valamint a betegektől, munkatársaktól való eltávolodást mérő interperszonális dimenzió. A *személyes teljesítmény* pedig fordított skála; a munkahelyi teljesítés élményét, a munkával kapcsolatos kompetenciaérzést mérő önértékeléssel kapcsolatos dimenzió (Mészáros és mtsai, 2013).
A teszt magyar változatának nincsenek cut off pontjai. Az amerikai standardok alapján azonban elmondható, hogy 19 pont felett közepes, 27 pont felett pedig magas *érzelmi kimerültségről;* 3 pont felett közepes, 6 pont felett magas *deperszonalizációról*; 34 pont alatt alacsony, 39 pont alatt pedig közepes *személyes teljesítményről* beszélhetünk (Maslach és mtsai, 1996).

Depresszió: A depresszió mérésére a 21 tételes Beck Depresszió Kérdőív (Beck Depression Inventory, BDI-R; Beck és mtsai, 1961) 9 tételes rövidített változatát használtuk. A kérdőívet hazai mintán Rózsa, Szádóczky és Füredi (2001) validálta. A kérdőívbe a legmagasabb Cronbach-alfa értékű 9 változó került be. Az egyes tételek a pesszimizmusra, elégedettség-örömképesség hiányára, önvádlásra, szociális visszahúzódásra, döntésképtelenségre, munkaképtelenségre, alvászavarra, fáradékonyságra, illetve a testi tünetekre vonatkozó túlzott aggodalomra vonatkoznak (Kopp és mtsai, 1997). Az országos normatív mintán kapott adatok alapján a 21 tételes teszt 0-9 pont között normál, 10-18 pont között enyhe, 19-25 pont között középsúlyos, 25 pont felett pedig súlyos depressziót jelez. A 9 tételes kérdőív pontszáma 2,22-vel szorozva illeszthető ezekhez a tartományokhoz (Kopp és Skrabski, 1992).

Szomatizációs tendencia: a szomatizációs tendencia mérésére a Kroenke és munkatársai (2002) által összeállított 15 tételes Szubjektív Testi Tünet Skálát (Patient Health Questionnaire, PHQ) használtuk. A skála olyan testi tünetek előfordulási gyakoriságát méri egy hónapos intervallumra vetítve, melyek közül egyesek orvosi értelemben magyarázhatók, mások pedig nem, s egyfajta szomatizációs tendenciát jeleznek. A tünetek megítélése 0-tól 2-ig terjedő, háromfokú skálán történik, ahol a 2, a tünetek rendkívül zavaró jelenlétét jelöli. Mivel a nőknél a skála 15, a férfiaknál a skála 14 tételének összpontszáma értelmezhető, vizsgálatunkban a mindkét nemnél használható 14 tétel összpontszámát használtuk.

5. Táblázat: a vizsgálatban használt kérdőívek leíró statisztikája

	Átlag (szórás)	*Minimum – maximum*	*Megbízhatóság (Cronbach alfa)*
Munkahelyi stressz			
Erőfeszítés	8,4 (3,5)	3 – 15	0,79
Jutalom hiány	16,2 (5,0)	6 – 30	0,72
Túlvállalás	14,8 (3,7)	6 – 24	0,81
Munkahelyi kapcsolatok	20,7 (2,7)	7 – 25	0,76
Megküzdés			
Kognitív átstrukturálás	4,4 (2,0)	0 – 9	0,65
Problémamegoldás	5,2 (1,7)	0 – 9	0,50
Feszültségcsökkentés	1,0 (1,4)	0 – 13	0,50
Kiégés	37,5 (19,3)	0 – 115	0,86
Érzelmi kimerültség	18,1 (11,0)	0 – 54	0,86
Deperszonalizáció	4,9 (5,2)	0 – 30	0,67
Személyes teljesítmény	32,7 (9,0)	0 – 48	0,79
Depresszió	4,0 (3,8)	0 – 25	0,81
Szomatizációs tendencia	7,4 (5,1)	0 – 28	0,83

2.3. Adatelemzés

Az adatelemzést Mplus 6.1-gyel végeztük. A első hipotézist útelemzés módszerével teszteltük. Figyelembe vettük, hogy a standard hiba és a khi-négyzet statisztika normalitástól való eltérésre nem érzékeny, ezért a maximum likelihood módszer egy robusztus változatát alkalmaztuk (MLM módszer; Muthen és Muthen, 1998-2010). Egy modellben teszteltük a kiégés bifaktoros modelljét, valamint a bifaktoros modell viszonyát a depresszióval. Modellünk illeszkedésének megállapításához az első vizsgálatban leírt illeszkedési mutatókat használtuk.

A második és harmadik hipotézis teszteléséhez látens osztályelemzést alkalmaztunk, mely alkalmas arra, hogy az elemzésbe bevont folytonos változók segítségével úgynevezett látens osztályokat különítsen el. Az osztályok kategoriálisak, ha az egyén az egyik látens osztályba tartozik, nem tartozhat egy másikba is (Collins és Lanza, 2010). A modell illeszkedése, valamint az osztályok száma az illeszkedési mutatók segítségével határozható meg. A legtöbb tanulmány a látens osztályok meghatározására az Akaike Information Criterion-t (AIC) és a Bayesian Information Criterion-t (BIC) javasolja. Az AIC a modellben lévő paraméterek számának figyelembevételével, míg a BIC a paraméterek és a megfigyelések számának figyelembevételével határozza meg a modell illeszkedését. Minél kisebb a két illeszkedési mutató, annál jobb a modell illeszkedése, a mutatóknak azonban

„gold standardja” nincsen. A klasszifikációs bizonytalanság csökkenthető az úgynevezett entrópia mutató segítségével. Az Mplus által megjelenített relatív entrópia értéke 0 és 1 között változik, értéke minél jobban közelít az egyhez, annál kisebb a klasszifikációs bizonytalanság. Végül figyelembe vettük a Lo-Mendell-Rubin (LMR) teszt értékeit is, mely egy olyan valószínűségi rátán (likelihood-ratio) alapuló teszt, amely beágyazott modellek esetén segít kiválasztani a legoptimálisabban illeszkedő modellt. Amennyiben a teszt nem szignifikáns, a vizsgált modellnél az eggyel kevesebb látens osztállyal rendelkező modell illeszkedése a jobb (Nylund és mtsai, 2007).

3. Eredmények

Az első hipotézisünkben feltételeztük, hogy a kiégés előrejelzője a depressziónak, emellett vizsgáltuk a depresszió és a kiégés alskáláinak viszonyát is. A hipotézis tesztelését útelemzéssel végeztük. Feltételeztük, hogy az előző vizsgálatban leírt MBI-HSS bifaktoros modelljének teljes pontszáma, valamint az egyes skálái is bejósolják a depresszió mértékét. A hipotézist vizsgáló modell megfelelő illeszkedést mutatott (Satorra-Bentler χ^2 = 1005,161, df = 205, p <0,001; RMSEA = 0,048 [0,045 – 0,051]; CFI = 0,932; TLI = 0,916; BIC = 147512), ami egyfelől megerősítette az első vizsgálatban kapott bifaktoros modell érvényességét, másfelől megmutatta a depresszió és a kiégés különböző aspektusainak viszonyát (az egyes tételek faktorsúlyait ld. a melléklet 17. táblázatában). Eredményeink alapján elmondható, hogy mind a *teljes kiégés* pontszám, mind pedig a kiégés alskálái előrejelzik a depressziót. A regressziós β érték közepes erősségű a *teljes kiégés* pontszám és az *érzelmi kimerültség* esetében (rendre: β = 0,52, p <0,001 és β = 0,23, p <0,001), kismértékű a *deperszonalizáció* és a *személyes teljesítmény* esetében (rendre: β = 0,07, p <0,05 és β = - 0,12, p <0,001).

A bevezetőben leírtak alapján második hipotézisünkben feltételeztük, hogy a kiégés előrejelzője a depressziónak, ugyanakkor elkülöníthető tőle, ezért az elemzés során egy nem depressziós és nem kiégett (a továbbiakban nem veszélyeztetett), egy kiégés szempontjából veszélyeztetett, és egy a kiégés és a depresszió szempontjából is veszélyeztetett csoport lesz elkülöníthető. Második hipotézisünket látens osztályelemzéssel vizsgáltuk. Teszteltük a kettő, három és négy látens osztályt elkülönítő modell illeszkedését (jelen esetben a hipotézisben megfogalmazott „csoportok” megfeleltethetők az úgynevezett „látens osztályoknak”). Figyelembe véve a felvázolt illeszkedési mutatókat, valamint az LMR-teszt iránymutatását, a három csoportos megoldás bizonyult a legoptimálisabbnak (lásd 6. táblázat).

6. Táblázat: a kettő, három és négy látens osztályt tartalmazó modell illeszkedési mutatói

	AIC	*BIC*	*SS BIC*	*Entrópia*	*LMR*	*P*
Két osztály	41088	41159	41118	0,876	1443,357	<0,001
Három osztály	40748	40846	40789	0,801	341,594	<0,001
Négy osztály	40544	40669	40596	0,833	208,209	=0,063

Megjegyzés: az illeszkedési mutatók leírását ld. a 2.3. Adatelemzés részben.

A három csoport depresszió és kiégés pontszámait a 7. táblázatban ábrázoltuk:

7. Táblázat: a három csoport jellemzői a depresszió és kiégés pontszámok mentén

	1. – Nem veszélyeztetett - csoport (N = 1168 fő) *Átlag (szórás, és standard hiba)*	*2. - A kiégés szempontjából veszélyeztetett - csoport (N = 435 fő)* *Átlag (szórás, és standard hiba)*	*3. - A kiégés és a depresszió szempontjából veszélyeztetett - csoport (N = 105 fő)* *Átlag (szórás, és standard hiba)*
Érzelmi kimerültség (MBI-HSS)	12,89 (7,74; 0,59)	26,63 (7,74; 0,86)	36,46 (7,74; 1,28)
Deperszonalizáció (MBI-HSS)	2,45 (3,20; 0,13)	7,58 (3,20; 0,86)	17,70 (3,20; 0,98)
Személyes teljesítmény (MBI-HSS)	34,98 (8,41; 0,37)	28,88 (8,41; 0,61)	25,38 (8,41; 0,97)
Depresszió (BDI-R)	2,41 (2,92; 0,19)	6,43 (2,92; 0,35)	10,69 (2,92; 0,69)

Bár az MBI-HSS esetében az amerikai mintán megállapított cutoff pontok csak tájékoztató jellegűek, elmondható, hogy már a második csoport a háromból két skálán (*érzelmi kimerültség* és *személyes teljesítmény*) a legveszélyeztetettebb tartományba sorolható kiégés szempontjából, a *deperszonalizáció* skálán pedig közepes mértékű a kiégettsége. A harmadik csoport pedig mindhárom kiégés skálán a legveszélyeztetettebb tartományba esik, a depresszió értékét tekintve pedig enyhe depressziósnak tekinthető. Így a minta vizsgálatával nyert látens osztályok igazolják második feltevésünket, miszerint a kiégés a depressziótól függetlenül is előfordul, hiszen a második csoportban, a depressziótól függetlenül is kirajzolódnak a kiégés jegyei. Emellett a harmadik, kiégés és depresszió szempontjából is veszélyeztetett csoport alátámasztja a két jelenség együttes előfordulását.

Harmadik hipotézisünket a három csoport jellemzőinek összehasonlításával vizsgáltuk meg. Feltételeztük, hogy a kiégett csoport demográfiai, pszichés és szomatizációs jellemzők mentén is elkülöníthető lesz a depressziós és a nem veszélyeztetett csoporttól is.

8. Táblázat: a három csoport átlagainak összehasonlítása a vizsgált demográfiai, pszichés és szomatizációs jellemzők mentén

	1. csoport Átlag (standard hiba)	*2. csoport Átlag (standard hiba)*	*3. csoport Átlag (standard hiba)*	*X^2 -próba*	*Összeha-sonlított csoportok*
			Demográfiai változók		
Partnerkap-csolat (1 = nincs partner; 2 = van partner)	1,64 (0,02)	1,56 (0,03)	1,54 (0,05)	**5,09** 3,39 0,17	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
Életkor	44,68 (0,31)	42,63 (0,51)	41,91 (0,97)	**10,87** **7,31** 0,42	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
Egészségügyben töltött évek	21,97 (0,34)	20,47 (0,55)	18,76 (1,00)	**5,11** **9,16** 2,14	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
Munkahelyi kapcsolatok	25,07 (0,10)	23,58 (0,17)	22,07 (0,39)	**52,55** **55,23** **12,21**	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
			Pszichés jellemzők		
Erőfeszítés (ERI)	7,43 (0,11)	10,05 (0,18)	11,53 (0,29)	**144,41** **185,24** **17,96**	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
Jutalom hiány (ERI)	15,01 (0,15)	18,13 (0,26)	20,02 (0,55)	**97,09** **76,77** **9,17**	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
Túlvállalás (ERI)	13,91 (0,11)	16,25 (0,19)	17,65 (0,35)	**103,06** **105,37** **11,53**	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
Kognitív átstrukturálás (WCQ)	4,58 (0,06)	4,06 (0,10)	3,77 (0,21)	**18,92** **14,13** 1,43	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
Problémameg-oldás (WCQ)	5,19 (0,06)	5,15 (0,09)	4,98 (0,17)	0,12 1,36 0,75	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
Feszültségcsök-kentés (WCQ)	0,85 (0,04)	1,26 (0,07)	1,93 (0,17)	**21,25** **36,57** **11,95**	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.
			Szomatizáció		
Szomatizációs panaszok (PHQ)	6,09 (0,15)	9,68 (0,30)	11,86 (0,64)	**106,37** **77,03** **9,20**	1. és 2. 1. és 3. 2. és 3.

Megjegyzés: a χ^2 – próba esetében a csoportok közötti szignifikáns ($p < 0,01$) különbségeket kiemeltük

Ahogy az a 8. táblázatban is olvasható, a csoportok közötti legnagyobb különbségek a munkahelyi stressz egyes aspektusaiban (*erőfeszítés:* χ^2 = 188,37, p<0,001; *jutalom hiány:* χ^2 = 94,07, p<0,001; *túlvállalás:* χ^2 = 129,03, p<0,001), valamint a szomatizációs tendenciában tapasztalhatók (χ^2 = 107,36, p<0,001). A kiégés szempontjából veszélyeztetett csoport

stresszesebb és több szomatizációs panaszról számol be, mint a nem veszélyeztetett csoport. Ugyanez elmondható a kiégés és depresszió, valamint a csak kiégés szempontjából veszélyeztetett csoport viszonyáról is. Kisebb, de mindhárom csoportot megkülönböztető eltérés tapasztalható a *munkahelyi kapcsolatok* minőségében, valamint a *feszültségcsökkentés* megküzdési stratégia használatának gyakoriságában is (rendre: χ^2 = 68,49, p<0,001; χ^2 = 28,31, p<0,001). A nem veszélyeztetett és a kiégés szempontjából veszélyeztetett, valamint a nem veszélyeztetett és a kiégés és depresszió szempontjából veszélyeztetett csoport megkülönböztethető a *kognitív átstrukturálás* megküzdési stratégia használatának gyakoriságában, valamint az életkorban és az egészségügyben töltött évek számában (rendre: χ^2 = 17,30, p<0,001; χ^2 = 8,46, p<0,05; χ^2 = 6,66, p<0,05). A kiégés, valamint a kiégés és depresszió szempontjából veszélyeztetett csoport fiatalabb és kevesebb időt töltött az egészségügyben, mint a nem veszélyeztetett csoport; emellett kevésbé tudja alkalmazni a problémahelyzet reális szemléletét erősítő *kognitív átstrukturálás* megküzdési stratégiáját. A nem veszélyeztetett, és a kiégés szempontjából veszélyeztetett csoportot ezen felül családi állapota is megkülönbözteti (χ^2 = 5,09, p<0,05). A kiégett csoportban sokkal több a hajadon, illetve az egyedülálló, mint a nem veszélyeztetett csoportban. A három csoport problémamegoldó képessége viszont azonos szinten van (χ^2 = 1,06; p = 0,58). Az eredmények tehát többségében alátámasztják a harmadik hipotézisben megfogalmazottakat, a legtöbb paraméter mentén már a kiégés szempontjából veszélyeztetett csoport is elkülöníthető a másik két csoporttól.

4. Megvitatás

Vizsgálatunk célja a kiégés és depresszió viszonyának pontosabb elemzése, valamint demográfiai, pszichés és szomatizációs korrelátumaik tárgyalása volt. Első hipotézisünk a kiégés előrejelző szerepével foglalkozott. Bebizonyosodott, hogy mind a kiégés egésze, mind pedig a jelenség érzelmi aspektusa számottevő kapcsolatot mutat a depressziós tünetekkel. Rávilágítottunk arra is, hogy a kiégés és depresszió pontszámok mentén három csoport különíthető el, tehát nemcsak egy depressziós és egy nem depressziós csoport azonosítható a mintában, hanem csaknem ötszáz olyan ember is, aki még nem küzd depressziós problémákkal, de a kiégés pontszáma az amerikai cutoff pontok alapján két dimenzión is eléri a súlyos tartományt. E csoport kirajzolódása jelzi azt, hogy a kiégés sajátosságai elkülönülnek a depressziótól, jelentőségét pedig tovább hangsúlyozzák azok az eredmények is, melyek szerint a legtöbb demográfiai, pszichés és szomatizációs tényezőt tekintve a kiégés

szempontjából veszélyeztetett csoport rosszabb állapotban van a nem veszélyeztetett csoporthoz képest. Intenzívebb munkahelyi stresszt él át, rosszabbnak ítéli munkahelyi kapcsolatait, megküzdési kapacitása csekélyebb, és szomatizációs problémákról is gyakrabban számol be. Az eredmények alapján a három csoportot leginkább a munkahelyhez kötődő környezeti és egyéni tényezők, valamint a szomatizációs panaszok különítik el. Emellett fontos kiemelni, hogy a kiégés szempontjából veszélyeztetett csoportban nagyobb arányban fordulnak elő az egyedülállók a másik két csoporthoz képest, ennek hátterében az állhat, hogy az egészségügyi dolgozók esetében a családnak különleges jelentősége van, mert az átlagos munkavállalónál több időt töltenek a munkahelyükön. S ha nincs a család, mely értékes, jelentésteli időtöltést ad számukra a munka szerepe óriásira nőhet, melynek következtében nagyobb az esélye a munkával kapcsolatos csalódásnak, kiégésnek is (Ádám és mtsai, 2008; Hegedűs és mtsai, 2004; Hegedűs és mtsai, 2008; Maslach, 2003).

Eredményeink összhangot mutatnak azokkal a tanulmányokkal, melyek a kiégésre a depresszió előrejelzőjeként tekintenek (Bakker és mtsai, 2000; Glass és mtsai, 1993; Shirom és Ezrachi, 2003; Shirom és mtsai, 2005). Alátámasztják azokat a vizsgálatokat, melyek a két jelenség különbségeit elsősorban szomatizációs, illetve a munkahelyi stressz tényezők mentén határozzák meg (Lopes Cardozo és mtsai, 2012; Melchior és mtsai, 2007; Shirom és Ezrachi, 2003). Illetve igazolják azt is, hogy a kiégett egyének fiatalabbak, illetve kevesebb munkatapasztalatuk van (Ahola és mtsai, 2006; Alacacioglu és mtsai, 2009), ez azonban korántsem jelent akkora különbséget, mint a munkahelyi és szomatizációs jellemzők eltérése.

4.1. A vizsgálat gyakorlati jelentősége és korlátai

Vizsgálatunk gyakorlati jelentősége elsősorban abban ragadható meg, hogy a depresszióhoz képest egy olyan megelőző állapotot azonosít, melyben az átlagtól szignifikánsan eltérőek a demográfiai, a pszichés és szomatizációs jellemzők. Egységes képet vázol ezekről, és kézzelfogható lehetőséget nyújt a kiégés „differenciál diagnosztikájára”. A csoportokra jellemző demográfiai, pszichés és szomatizációs jellemzők mentén adott átlagok több szempontú iránymutatást adnak arról, hogy az egyén mely csoportba sorolható. Ez pedig jelentős előny, hiszen a kiégett emberek ezen paraméterek mentén még nem különböznek annyira az átlagtól, mint azok, akik már depressziós tünetekről is beszámolnak. Így körükben kiemelt jelentősége lehet olyan munkahelyi stresszkezeléssel és megküzdési képességek fejlesztésével kapcsolatos intervenciós programoknak, melyek indirekt módon csökkentik a depressziós tünetek kialakulásának gyakoriságát is.

Vizsgálatunkba 1732 egészségügyi szakdolgozót vontunk be, mely – a minta mérete révén – megbízható következtetések levonására ad lehetőséget. Tudomásunk szerint eddig egyedülállóan a kiégés és depresszió mintázatát elemezve önálló kiégett csoportot azonosítottuk, melynek több jellemzőjét egységes keretben vizsgáltuk. Az előnyök mellett vizsgálatunk több korláttal is rendelkezik, melyek számbavétele hasznos lehet a jövőbeli kutatások finomítása szempontjából. Fontos kiemelni, hogy mintánk nem reprezentatív a magyar egészségügyi szakdolgozókra, mivel az adatfelvétel központja Budapest volt, ezért a vizsgálatban résztvevők többsége a fővárosban, illetve a fővároshoz közeli településeken él. Az adatfelvétel önkitöltős kérdőívekkel történt, ami befolyásolhatja a válaszadás jellemzőit. Továbbá a vizsgálat körülményei sem voltak egységesek, hiszen a válaszadók a munkahelyükön töltötték ki a kérdőívcsomagot.

Számba véve a vizsgálat előnyeit és hátrányait, mindenképp elmondható azonban, hogy eredményeink a továbbiakban támpontokkal szolgálhatnak a kiégés intervenciós és depresszió prevenciós beavatkozásoknak.

3. VIZSGÁLAT

A Konstruktív Gondolkodás Kérdőív (CTI) magyar változatának validálása

1. Célkitűzés

A vizsgálat célkitűzése a Konstruktív Gondolkodás Kérdőív (a továbbiakban CTI) faktorstruktúrájának szisztematikus vizsgálata volt. Mivel az eredeti koncepcióban a hatfaktoros kérdőív kimunkálása nem követett egységes elveket, a babonás gondolkodás skála pedig apriori feltételezésen alapult, és pszichometriai értelemben nem volt alátámasztható (Epstein, 2001; Epstein és Meyer, 1989), ezért *feltételeztük, hogy a CTI magyar változata öt-faktoros.*

2. Módszer

2.1. Minta

Az országos szintű felmérésben 1000 embert kérdeztünk meg. A vizsgálatban résztvevők többsége a fővárosban él (501 fő, 50,1%), kevesebben az ország különböző városaiban (241 fő, 24,1%), megyeszékhelyeken (123 fő, 12,3%), illetve különböző községekben, vagy falvakban (117 fő, 11,7%). A résztvevők háromnegyede nő (750 fő, 75,0%), egynegyede férfi (250 fő, 25,0%). Átlagéletkoruk 35,75 év (minimum = 17 év, maximum 69 év, szórás = 10,9 év). Legtöbben egyetemet/főiskolát (272 fő, 27,2%), illetve gimnáziumot végeztek (257 fő, 25,7%). Legkisebb az általános iskolát végzettek aránya (4 fő, 0,4%). 347 fő (34,7%) házasságban él, 333 fő (33,3%) az egyedülállók száma. A résztvevők többsége nem nevel gyermeket (456 fő, 45,6%), de többen vannak olyanok is, akik két gyermeket nevelnek (244 fő, 24,4%).

A mintaválasztás elérhetőségi mintavételezéssel történt. 527 főt egy elektronikus kérdőív felületre való meghívás segítségével értünk el. 328 fő a 4. vizsgálat ápolói adatbázisából került ki (a minta leírását ld. később), illetve 145 egyetemi hallgató is kitöltötte a vizsgálathoz használt kérdőívcsomagot.

Elemzés céljából az SPSS 20.0 program „random sample of cases” funkciójának segítségével a mintát 60-40% arányban szétválasztottuk (melynek indokát részletesebben a későbbiekben fejtjük ki). A két mintafélbe kerülők egyetlen vizsgált demográfiai paraméter mentén sem különböznek szignifikánsan (ld. az 9. táblázatot).

9. Táblázat: a harmadik vizsgálat mintáinak összehasonlítása demográfiai jellemzők mentén

	1. mintafél (60%)	*2. mintafél (40%)*	*t/ χ^2(df)*	*P*
Nem **(férfi : nő)**	143:449	95:301	0,004 (1)	0,952
Életkor **(átlag, szórás)**	36,5 (10,5)	34,5 (11,4)	-2,44 (973)	0,075
Családi állapot **(egyedülálló : házas : elvált/özvegy:élettársi k.)**	191:231:67:100	142:143:46:65	6,46 (6)	0,373
Gyermekek száma **(átlag, szórás)**	1,0 (1,1)	0,9 (1,1)	-1,43 (967)	0,153
Lakóhely **(főváros : megyeszékhely : város : község)**	290:73:147:78	211:50:94:39	6,19 (4)	0,186
Iskolai végzettség **(általános : szakiskola:szakközépiskola :gimnázium : OKJ : főiskola/egyetem:magasabb végzettség)**	3:39:149:94:156:10	1:15:108:67:116:4	6,72 (7)	0,459

2.2. Mérőeszköz

Konstruktív gondolkodás: A konstruktív gondolkodás mérésére szolgáló CTI kérdőívet Seymour Epstein és kollégái (2001) alakították ki, a kihívásokhoz, nehéz szituációkhoz való rugalmas alkalmazkodás mérőeszközeként. A kérdőívet munkacsoportunk adaptálta magyarra.[3] A nemzetközi standardok mentén a fordítást, illetve a visszafordítást két, az angolt anyanyelvi szinten beszélő fordító végezte. Az eredeti, a visszafordított angol és a magyar kérdőívet pedig egy, az Egyesült Államokban élő kétnyelvű fordító vetette össze. Emellett az eredeti és a visszafordított angol változat összevetésével a CTI magyar változatát Seymour Epstein is jóváhagyta. Ezt követően a tételek érthetőségét egy 10 fős pilot csoport tesztelte.

A kérdőív eredeti változata 108 ötfokú likert skálán megválaszolható tételt tartalmaz. 9 skálából áll, melyből kettő a konstruktív, négy a differenciálatlan, merev gondolkodást méri, három pedig a kérdőív használhatóságát vizsgálja. A konstruktív gondolkodás mérőeszköze az *érzelmi* és a *viselkedéses megküzdés*:

- Az *érzelmi megküzdés*t használó emberek elfogadják önmagukat, s kevéssé érzékenyek az elutasításra, illetve a kudarcra. Jellemző rájuk a pozitív gondolkodás, és az örömökre érzékeny, elfogadó attitűd. Az eredeti kérdőívben a skálát olyan – pszichometriai tekintetben kevésbé kimunkált – alskálákra bontották, mint az önelfogadás, a rágódás hiánya, valamint a túlérzékenység és túláltalánosítás hiánya. A skálához 25 tétel tartozik.

[3] Ezúton is szeretnénk köszönetet mondani a kérdőív fordításában résztvevő Csigás Gábornak, Komlósi Saroltának, Amy Kovácsnak, illetve Seymour Epstein professzornak.

- A *viselkedéses megküzdés*sel jellemezhető emberek szeretnek konkrét lépéseket tenni a problémák megoldása érdekében. Optimizmus, extraverzió, energizáltság és magabiztosság jellemzi őket. Az eredeti kérdőívben a viselkedéses megküzdést a szerzők tovább bontották a reális pozitív gondolatok megfogalmazásának képességét mérő pozitív gondolkodásra; a helyzetekre adott konkrét cselekvési tervek alkalmazását mérő cselekvésorientációra; valamint a lelkiismeretes kivitelezést mérő lelkiismeretességre. A skálát 14 tétel méri.

Differenciálatlan, merev gondolkodás jellemzi:

- A *babonás gondolkodókat*, akik legfőbb jellemzője, hogy hajlamosak egymástól független eseményeket ok-okozati kapcsolatba hozni egymással. A skála szorosan kapcsolódik a pesszimizmushoz. Emellett fontos kiemelni, hogy pszichometriai értelemben nem illeszkedik a kérdőívbe, a szerzők teoretikus indokokra hivatkozva tekintik a CTI részének. A skála 7 itemből áll.
- A *kategorizáló gondolkodókat,* akik hajlamosak fekete-fehéren látni a világot, messzemenő következtetéseket levonni apró információkból, és általánosítani azokat. A kategorikus gondolkodás lehetővé teszi a gyors döntéseket, viszont merevsége gátolja a rugalmas alkalmazkodást. A skála 16 itemet tartalmaz.
- Az *ezoterikus gondolkodókat,* akik hisznek a mágikus, természetfeletti, tudományosan megkérdőjelezhető dolgokban. Túlzott jelentőséget tulajdonítanak megérzéseiknek, ezért sokszor nélkülözik a kritikus gondolkodást. A skálát 13 tétel méri.
- Végül a *naiv optimista* módon gondolkodókat, akik egyfajta túlzott optimizmussal, a valóságtól való elrugaszkodottabb gondolkodásmóddal, túláltalánosítással jellemezhetők. A naiv optimizmus skála 15 tételből áll.

A kitöltött CTI használhatóságát két skála méri:

- *Validitás skála:* megmutatja, hogy a kitöltő mennyire figyelmesen és gondosan töltötte ki a kérdőívet (8 item).
- *Ellenállás skála:* annak mérőeszköze, hogy az egyén mennyire mutat magáról a realitástól elrugaszkodott, szociálisan kívánatos képet (8 item).

A CTI jogdíjas kérdőív, így a kérdőív közlésére nincs lehetőség a disszertáció keretein belül, ezért tételeinek azonosítására a továbbiakban rövidített címkéket alkalmaztunk.[4]

Depresszió: A depresszió mérésére a CES-D kérdőívet (Center for Epidemiological Studies Depression Scale; Radloff, 1977) használtuk. A mérőeszköz elsősorban a depresszió normál

[4] Ezúton is szeretnénk köszönetet mondani a Psychological Assessment Resources Inc.-nek, hogy rendelkezésünkre bocsátotta a kérdőívet.

populációban való felmérésére hivatott, de képes elkülöníteni a klinikai szintű problematikát is. Húsz tételt tartalmaz, amelyeket a kitöltő egy négyfokú skálán pontoz aszerint, hogy az elmúlt egy hétben milyen gyakran érzett az állításban olvasható módon. A kérdőív a depresszív tünetek négy nagy csoportját fedi le - a kognitív, az érzelmi, a viselkedéses, valamint az interperszonális kapcsolatok változására vonatkozóan.

2.3. Adatelemzés

Mintánkon elsőként megerősítő faktorelemzést végeztünk. Ezután a résztvevőket két részre osztottuk, és a minta egyik felén feltáró, a másik felén pedig újra megerősítő faktorelemzést végeztünk. A feltáró faktorelemzést SPSS 20.0 programmal készítettük el, és tekintettel arra, hogy a CTI faktorai korrelálnak egymással, az elemzés során maximum likelihood módszert és oblique rotációt alkalmaztunk. A megerősítő faktorelemzéseket Mplus 6.1-es programmal végeztük. Mivel a kérdőív egyes tételei nem normál eloszlásúak (ld. melléklet 3. táblázat), ezért a maximum likelihood módszer egy robusztus változatát alkalmaztuk (MLR módszer; Muthen és Muthen, 1998-2010). Modellünk illeszkedési mutatóit a nemzetközi standardok alapján a CFI (Comparative fit index) és TLI (Tucker-Lewis index) érték 0,900 feletti, az RMSEA (Root mean square error approximation) 0,050 és az SRMR (Standardized root mean square residual) 0,080 alatti, valamint a nem szignifikáns Satorra-Bentler χ^2 segítségével határoztuk meg.

3. Eredmények

3.1. A kérdőív faktoriális validitása

A faktorelemzéseket az Epstein és Meyer (1989), valamint a Hoyer és munkatársai (1998) által leírt szempontok figyelembevételével készítettük el. Első lépésben megerősítő faktorelemzés segítségével elemeztük az Epstein által leírt eredeti faktorstruktúrát. Mivel az illeszkedési mutatók többsége nem érte el az optimális tartományt (Satorra-Bentler χ^2 = 11427,196, df = 3636, p <0,001; RMSEA = 0,046 [0,045 – 0,047]; CFI = 0,687; TLI = 0,678; SRMR = 0,080), ezért olyan elemzési módszert választottunk, ami a nemzetközi gyakorlatban elterjedtnek számít (pl. Conners és mtsai, 1998; Lyden és mtsai, 1999; Petrides és Furnham, 2000), a mintánkat kétfelé osztottuk, hogy egyik felén feltáró, a másik felén megerősítő faktorelemzést végezzünk.

A kérdőív hat fő skáláját 87 tétel alkotja, ezért a faktorelemzés szabályait figyelembe véve, a minta nagyobb részét (60%-át) a feltáró faktorelemzésre fordítottuk. A kezdeti rossz

illeszkedés miatt feltételeztük, hogy a kérdőívből bizonyos tételeket el kell majd távolítani, és így a megerősítő faktorelemzésre kisebb elemszám is elég lesz. A mintát így az SPSS random mintaszelekciós eljárásával 60-40%-ban két részre bontottuk, és a nagyobbik mintafélen feltáró, a kisebbik mintafélen pedig megerősítő faktorelemzést végeztünk.

A feltáró faktorelemzés során figyelembe vettük, hogy a CTI faktorai korrelálnak, ezért a faktorelemzést maximum likelihood módszerrel és ferdeszögű faktorforgatással (oblique rotáció, direkt oblimin módszer) végeztük. A KMO index és a Bartlett féle szfericitás teszt alapján a felvett adatok faktorelemzésre alkalmasnak bizonyultak (rendre: KMO = 0,894; $\chi 2$= 18318,80, df = 3741, $p < 0,001$). A scree-plot segítségével 5 faktor rajzolódott ki, melynek sajátértéke jelentősen nagyobb volt, mint az utána következő faktoroké (1.: 14,47; 2.: 7,18; 3.: 3,96; 4.: 3,56; 5.: 3,00 vs. 2,20, 2,02, 1,80 stb.). Az öt faktor a tételek összvarianciájának 33,3%-át magyarázta. Epstein és Meyer (1989) ajánlása alapján a 0,3-nál nagyobb sajátértékű tételeket tekintve, az *érzelmi megküzdés,* az *ezoterikus gondolkodás, a naiv optimizmus,* a *kategoriális gondolkodás,* és a *viselkedéses megküzdés* faktor különült el. Az eredeti 87 tételből 21 tétel az *érzelmi megküzdés*, 13 tétel az *ezoterikus gondolkodás*, 8 tétel a *naiv optimizmus*, 11 tétel a *kategoriális gondolkodás* és 7 tétel a *viselkedéses megküzdés* skálán súlyozódott. A *babonás gondolkodás*hoz tartozó tételek döntő többsége (7 tételből 6) a *kategoriális gondolkodás* faktorára került, azonban sajátértékeik többségében elmaradnak a *kategoriális gondolkodás*hoz tartozó itemek sajátértékeitől. Elmondható ezen felül, hogy 14 tétel nem az Epstein és munkatársai által meghatározott faktorokon súlyozódott, 9 tétel egyik faktoron sem érte el a 0,3-as faktorsúlyt, 4 tétel pedig jelentős kereszttöltéssel rendelkezett, ezért Hoyer és munkatársai (1998) ajánlása alapján ezeket a tételeket a továbbiakban eltávolítottuk a skálákból.

Emellett teszteltük a *babonás gondolkodás* faktor elkülönülését is. Ennek érdekében, a feltáró faktorelemzés során 6 faktort kértünk. Az előzőekben elemzett 5 faktor a hat faktoros megoldás során is kirajzolódott, azonban a hatodik faktoron nem különültek el a *babonás gondolkodás* tételei. Így a további elemzés céljából optimálisabbnak ítéltük a kérdőív öt faktoros változatát, mely döntést az is megerősítette, hogy a *babonás gondolkodás* faktor instabilitását Hoyer és munkatársai (1998) német mintán is leírták.

10. Táblázat: a CTI faktorstruktúrája magyar mintán

1. Érzelmi megküzdés					2. Ezoterikus gondolkodás		3. Kategorizáló gondolkodás		4. Naiv optimizmus		5. Viselkedéses megküzdés		
Item	Faktor-súly	Item	Faktor-súly	Kereszt-töltés	Item	Faktor-súly	Item	Faktor-súly	Item	Faktor-súly	Item	Faktor-súly	Kereszt-töltés
91. „nem foglalkoztatják a kellemetlen dolgok”	**-0,720**	18. „nehezen viseli a kurdarcot”	0,617	0,349 (5. f)	**94. „úgy gondolja, vannak jövőbelátó emberek”**	**0,782**	**107. „ úgy gondolja, a földön csak jó és rossz ember ek léteznek”**	**-0,727**	**52. „ úgy gondolja, ha jól teljesít az ember, sikeres, és sokra viheti”**	**0,735**	**102. „a legtöbb dologban a lehető legjobb teljesítményt nyújtja”**	**0,669**	
21. „több időt fordít a hibákon való gondolkodásra, mint a sikerekre”	**0,685**	**29. „az elkövetett ostobaságot eggyel több élettapasztalat-nak tudja be”**	**-0,524**		**53. „hisz a szellemekben”**	**0,721**	**55. „ úgy gondolja, hogy vannak sikeresek és vesztesek”**	**-0,618**	**56. „sikeres állásinterjú kapcsán általános, sikerességre vonatkozó következtetéseket von le”**	**0,678**	**37. „ha hibázik, igyekszik kijavítani”**	**0,582**	
78. „sokat gondol a múltbeli hibákra”	**0,680**	**57. „ha nem teljesít jól, vesztesnek érzi nagát”**	**0,491**		**28. „úgy gondolja, a csillagok hatnak a gondolatokra”**	**0,708**	**77. „ úgy gondolja, hogy egyféle módon lehet a dolgokat jól csinálni”**	**-0,588**	**48. „ úgy gondolja, a sikeres vizsga, sikeres embert jelent”**	**0,574**	**41. „ha nehéz feladat előtt áll, igyekszik a legtöbbet kihozni”**	**0,523**	
36. „aggodalmas-kodik mások véleménye kapcsán”	**0,680**	73. „érzékeny a csúfolódásra”	0,490	0,301 (5. f)	**43. „úgy gondolja, vannak emberek, akik elérik, hogy rájuk gondoljanak”**	**0,648**	**46. „ úgy gondolja, hogy minden kérdésre egy helyes és egy helytelen válasz van”**	**-0,563**	**24. „ úgy gondolja, hogy sikeres állásinterjúval az ember bármikor állást kap”**	**0,517**	**47. „a legtöbb helyzetben a dolgok pozitív oldalát nézi”**	**0,420**	
65. „ magára veszi a dolgokat”	**0,679**	45. „a tettek embere”	-0,484		**15. „úgy gondolja, az asztrológia nem ad magyarázatot semmire”**	**-0,614**	26. „úgy gondolja, hogy amiben reménykedik az ember általában nem következik be”	-0,556	**11. „ha viszontszeretik csodálatos embernek érzi magát”**	**0,509**	**105. „kellemetlen helyzet előtt igyekszik részletesen átgondolni”**	**0,410**	
108. „szerencsétlenség kapcsán rossz dolgok jutnak eszébe”	**0,654**	**85. „gyakrabban gondolkodik kellemes eseményeken”**	**-0,474**		**4. „ úgy gondolja, vannak emberek, akik mások goldolataiban olvasnak”**	**0,580**	75. „úgy gondolja, ha a jövőbeli sikerekről beszél, azok nem következnek be”	-0,526	**59. „ úgy gondolja, ha valami jó történik, több jó fogja követni”**	**0,447**	**51. „kellemetlen dologhoz igyekszik pozitívan hozzáállni”**	**0,372**	
54. „sikertelenség kapcsán csődtömegnek érzi magát	**0,630**	3. „nem sok időt veszteget az aggodalmakra”	0,468		**86. „hisz a jó és rossz ómenben”**	**0,540**	**103. „ úgy gondolja, hogy a legtöbb emberben nem lehet megbízni”**	**-0,523**	**88. „ úgy gondolja, ha valakit szeretnek, az bármit elérhet”**	**0,423**	34. „annyira megviseli a kudarc, hogy csak ritkán nyújt maximális teljesítményt”	-0,368	0,317 (1. f)

14. „nem hagyja, hogy kis dolgok megzavarják”	**-0,611**	**79. „ha hibázik, nem tekinti tragédiának”**	**-0,461**		**101. „hisz a repülő csészealjakban”**	**0,524**	**81. „úgy gondolja, hogy ha az ember meghízik, rendszerint csalódik”**	**-0,511**	**100. „ úgy gondolja, ha az ember jót csinál, jó dolgok történnek vele”**	**0,419**	**82. „ha fontos intéznivalója van, tervet készít”**	**0,362**
63. „ha visszautasítják, lehangolt lesz”	**0,595**	104. „új helyzetben hajlamos a lehető legrosszabb kimenetet elképzelni”	0,452		**97. „nem hisz a babonákban”**	**-0,473**	**71. „úgy gondolja, hogy az ember csak magában bízhat”**	**-0,459**				
44. „sokszor elkalandozik múltbeli kellemetlen emlékek felé”	**0,591**	30. „ha sok munkája gyűlik fel, legszívesebben feladná”	0,438	-0,327 (5. f)	**39. „úgy gondolja, amit kíván, az megtörténhet”**	**0,456**	**93. „ úgy gondolja, hogy aki bűnt követett el, bűnöző is marad”**	**-0,427**				
32. „a kritikától levert lesz”	**0,590**	31. „úgy gondolja, a rosszat mégtöbb rossz követi”	0,432	-0,329 (3. f)	**7. „ úgy gondolja, vannak emberek, akik képesek mások fejébe ültetni a gondolataikat”**	**0,392**	2. „úgy gondolja, ha vmit szeretne, hogy bekövetkezzen, az úgysem fog”	-0,406				
49. „amin nem tud változtatni, azon nem aggódik”	**-0,587**	**60. „elnéző a saját hibáival”**	**-0,386**		**20. „úgy gondolja, a rossz gondolatok befolyásolják más jóllétét”**	**0,359**	**35. „ úgy gondolja, hogy a legtöbb embert csak saját maga érdekli”**	**-0,391**				
25. „rosszul érinti a visszautasítás”	**0,568**	16. „a kihívásokat lehetőségnek tekinti”	-0,362	0,351 (5. f)	**66. „van szerencse-kabalája”**	**0,342**	12. „úgy gondolja, a jó történések a szerencsének tudhatók be”	-0,359				
83. „ha visszautasítják, jelentéktelennek érzi magát”	**0,561**	92. „ha rosszul teljesít nem gondolja magáról, hogy inkompetens”	-0,358	0,356 (5. f)			69. „úgy gondolja, a kérdésekre egy helyes és egy helytelen válasz van”	-0,357				
38. „ha rosszul teljesít, csődtömegnek érzi magát”	**0,536**	70. „kerüli a kihívásokat a kudarcok lehetősége miatt”	0,350				**23. „ úgy gondolja, jobb a határozott döntés, mint a kompromisszum”**	**-0,353**				
68. „saját érkét nem a teljesítményével méri”	**-0,330**	5. „úgy gondolja a jó után rossz következik”	0,344	-0,342 (3. f)			**96. „ úgy gondolja, hogy aki nem lusta, az talál magának állást”**	**-0,309**				
		98. „a hibáihoz konstruktívan áll hozzá”	-0,341									

Megjegyzés: A skálákhoz tartozó, keresztöltéssel nem rendelkező, 0,3-nál nagyobb, szignifikáns (p < 0,01) faktorsúlyokat kiemeltük. Mivel a kérdőív jogvédelem alatt áll, a táblázat a kérdőív tételeinek rövidített megfogalmazását tartalmazza. Az egyes tételek előtt megjelenő számok az eredeti skála tételének sorszámai.

A kérdőív magyar változata tehát abból az 58 tételből áll, mely tételek csak a saját faktorukon súlyozódnak, 0,3-nál nagyobb faktorsúllyal. Emellett a kérdőív magyar változatába a 8 tételes ellenállás és a 8 itemes validitás skálát is integráltuk, így a végső változat 74 tételes lett.

A randomizált minta másik – kisebbik - felén megerősítő faktorelemzést végeztünk, melynek illeszkedési mutatói megfelelőnek bizonyultak: Satorra-Bentler χ^2 = 2850,855, df = 1676, p <0,001; RMSEA = 0,042 [0,039 – 0,044]; CFI = 0,926; TLI = 0,916; SRMR = 0,075.

3.2. A CTI magyar változatának jellemzői, valamint kapcsolata a depresszióval

A faktoranalízissel kapott skálák leíró jellemzőit is vizsgáltuk. Elemeztük az egyes skálákon mutatott nemi különbségeket, a belső reliabilitást, valamint a depresszióval való kapcsolatot (ld. 11. táblázat).

11. Táblázat: a CTI skálák nemi különbségei, reliabilitása, valamint kapcsolata a depresszióval

Skála	*Cron-bach-alfa*	*Nők (N = 750) átlag, szórás*	*Férfiak (N = 250) átlag, szórás*	*Teljes minta (N = 1000) átlag, szórás*	*Nemek közötti különbség t (df)*	*Depresszióval való kapcsolat Pearson-r*
Érzelmi megküzdés	0,81	67,0 (10,7)	70,4 (10,4)	67,9 (10,7)	**17,9 (887)**	**-0,57**
Viselkedéses megküzdés	0,73	28,8 (3,8)	27,6 (4,0)	28,5 (3,7)	**19,4 (936)**	**-0,35**
Kategorizáló gondolkodás	0,79	31,5 (7,5)	30,0 (7,1)	31,1 (7,5)	**6,4 (927)**	**0,29**
Ezoterikus gondolkodás	0,78	33,8 (8,1)	33,4 (9,2)	33,7 (8,4)	0,4 (927)	0,04
Naiv optimizmus	0,81	26,1 (5,1)	25,2 (5,6)	25,9 (5,9)	**4,7 (938)**	-0,06

Megjegyzés: A szignifikáns értékeket (p < 0,01) vastag betűvel jelöltük.

A nemek közötti különbség leginkább az *érzelmi* és a *viselkedéses megküzdés* terén mutatkozik meg. A férfiak jobb érzelmi, a nők jobb viselkedéses megküzdők. Emellett a nők magasabb átlagpontszámot érnek el két, a differenciálatlan, merev gondolkodást mérő skálán is. Erősebben jellemzi őket a *kategorizáló gondolkodás,* illetve a *naiv optimizmus* hite. Az *ezoterikus gondolkodás*ban viszont nem találtunk nemek közötti különbséget.

A depresszióval három skálának van szignifikáns kapcsolata. A depressziós tünetek gyakorisága az *érzelmi* és *viselkedéses megküzdés*sel közepes negatív (rendre: r = -0,57, p<0,01 és r = -0,35, p<0,01), a *kategorizáló gondolkodás*sal pedig gyenge pozitív kapcsolatban állnak (r = 0,29, p<0,01).

4. Megvitatás

Vizsgálatunkban a CTI faktorstruktúráját teszteltük magyar mintán. Eredményeink azt mutatják, hogy az 1989-ben kialakított kérdőív, bizonyos feltételek mellett, hazai közegben is alkalmazható. Megállapításaink összhangban vannak Hoyer és munkatársai (1998) eredményeivel, miszerint a kérdőív két legstabilabb skálája a nehéz helyzetekben való adekvát érzelemkezelést mérő *érzelmi megküzdés,* valamint az *ezoterikus gondolkodás*. A *babonás gondolkodás* skálával kapcsolatos eredményeink szintén összhangban vannak a korábbi kutatásokkal, miszerint a skála pszichometriai tekintetben nem alátámasztható (Epstein és Meyer, 1989; Hoyer és mtsai, 1998). A faktorstruktúra alkalmazhatóságát továbbá az optimális Cronbach-alfa értékek is alátámasztják, emellett az egyes skálák depresszióval mutatott kapcsolata is megegyezik az Epstein (2001) által leírtakkal.

Nem meglepő eredmény, hogy a nők *érzelmi megküzdés*ben alacsonyabb átlagpontszámot érnek el. Több szakirodalmi adat támasztja alá, hogy a nők az *érzelmi megküzdés* olyan maladaptív módjait, mint a helyzetekkel kapcsolatos katasztrofizáció, valamint az egyes problémákon való rágódás, gyakrabban alkalmazzák a férfiakhoz képest (Garnefski és mtsai, 2004; Keogh és Herdenfeldt, 2002; Mezulis és mtsai, 2002; Nolen-Hoeksema és Harrell, 2002; Sullivan és mtsai, 2000). Érdekes eredmény ellenben, hogy a *viselkedéses megküzdés*t gyakrabban és hatékonyabban alkalmazzák a férfiaknál. Ezt alátámasztó például azzal, hogy Garnefski és munkatásai (2004) kimutatták, hogy nők körében gyakoribb a *viselkedéses megküzdés*hez kapcsolódó pozitív átkeretezés. Tehát Epstein és Meyer (1989) szavaival élve a férfiak az önelfogadást facilitáló *érzelmi* típusú *megküzdés*t, a nők pedig a mások elfogadását facilitáló *viselkedéses megküzdés*t alkalmazzák hatékonyabban. Érdekes eredmény, hogy a nők ezen felül még két merev, differenciálatlan gondolkodást mérő skálán – *kategorizáló gondolkodás* és *naiv optimizmus* – magasabb átlagot mutatnak, ami arra utal, hogy több negatív érzelmet élnek át, sérülékenyebbek a pszichés betegségek szempontjából, és kevésbé érzik jól magukat a bőrükben (Epstein, 1998).

4.1. Praktikus megfontolások és a vizsgálat korlátai

Természetesen jelen vizsgálat kapcsán is érdemes szólni a kérdőív praktikus hasznáról, illetve a vizsgálati elrendezés korlátairól. A CTI vitathatatlan előnye, hogy ötvözi a teoretikus és pszichometriai megfontolásokat. A kérdőív minden skálájának megvan a helye a kognitív-tapasztalati énelméletben, funkciója tisztázott az alkalmazkodás szempontjából.

Emellett a kérdőív pszichometriai értelemben kimunkált, így kiválóan alkalmazható önbeszámolós empirikus vizsgálatokban is.

A magyar változat pszichometriai kialakításának egyik gyenge pontja, hogy az adatfelvétel nem egységesen történt. A válaszadók egy része a kérdőívet internetes felületen keresztül, másik része papír alapon kapta meg. A kitöltés különböző körülményei pedig a válaszadásban is különbségeket eredményezhetnek. Emellett a minta összetétele is korlátozza az eredmények általánosíthatóságát. Mivel a mintában nagy számban jelentek meg a magasan kvalifikált emberek, valamint a kérdőívet háromszor annyi nő töltötte ki, mint férfi; eredményeink inkább csak támpontokkal, mint biztos következtetésekkel szolgálhatnak a magyar populáció szempontjából. Mindazonáltal reméljük, hogy a kérdőívvel kapcsolatos hazai tapasztalatok hasznosak lehetnek a további kutatások szempontjából.

4. VIZSGÁLAT

A konstruktív gondolkodás szerepének vizsgálata a munkahelyi stressz és kiégés viszonyában

1. Célkitűzés

A vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a konstruktív gondolkodás hogyan befolyásolja a munkahelyi stressz és kiégés viszonyát. Vajon a konstruktív gondolkodók személyiségükből fakadóan kevesebb stresszt élnek át, mivel a nehezebb helyzeteket könnyebben interpretálják kihívásként, mint fenyegetésként, tehát a konstruktív gondolkodás moderálja a stresszhelyzetek megélését. Vagy a stresszhelyzetek kezelése könnyebb azok számára, akik rugalmasan, konstruktívan alkalmazkodnak, tehát a konstruktív gondolkodás mediálja a munkahelyi stressz és kiégés kapcsolatát. *Feltételeztük, hogy amennyiben a konstruktív gondolkodás moderáló változó, úgy a munkahelyi stressz jellemzőivel kapcsolatba lépve módosítja a stresszhelyzetek megélését, és ez által gyakorol hatást a kiégésre. Amennyiben pedig mediáló tényező, a munkahelyi stresszre adott reakcióként módosíthatja a kiégés megélt súlyosságát.*

2. Módszer

2.1. Minta

A vizsgálatban 328 egészségügyi szakdolgozó vett részt, a résztvevők 91,8%-a nő (301 fő), 5,5%-a férfi (18 fő). 2,7% (9 fő) esetében hiányoznak a nemre vonatkozó adatok. A résztvevők átlagéletkora 42,2 év (min = 20 év; max = 66 év; SD = 8,6 év). A kérdőívet kitöltők közül legtöbben 30-as (111 fő; 33,8%) és 40-es (122 fő; 37,2%) éveikben járnak. Az egészségügyben átlagosan 21,0 éve dolgoznak (min = 1 év; max = 41 év; SD = 9,8 év). A vizsgálatban résztvevők többségének van partnere (203 fő; 61,9%) és Budapesten vagy Pest megyében él (204 fő; 62,2%). Legtöbbjük egy (76 fő; 23,2%), vagy két gyermeket (119 fő; 36,3%) nevel (a leíró jellemzőket ld. részletesen az 12. táblázatban).

A vizsgálat keretében 500 kérdőívet osztottunk szét a főváros 23 kerületében lévő egészségügyi intézményekben. Az 500 kérdőívből 328 érkezett vissza (65,6%-os válaszadási arány). A kérdőíveket a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara budapesti szervezetének helyi vezetői juttatták el az egészségügyi szakdolgozókhoz.

12. Táblázat: a negyedik vizsgálat mintájának leíró jellemzői

Iskolai végzettség	*Szakmun-kásképző (%)*	*Szakközép -iskola (%)*	*Gimnáziumi érettségi (%)*	*Főiskola, egyetem (%)*	*Hiányzó adat (%)*		
	29 (8,8)	137 (41,8)	60 (18,3)	94 (28,7)	8 (2,4)		
Ellátási szint	*Alapellátás (%)*	*Járóbeteg ellátás (%)*	*Fekvőbeteg ellátás (%)*	*Egyéb (%)*	*Hiányzó adat (%)*		
	2 (0,6)	40 (12,2)	249 (75,9)	14 (4,3)	23 (7,0)		
Lakhely	*Budapest, (%)*	*Város (%)*	*Megyeszék-hely (%)*	*Község, falu (%)*	*Hiányzó adat (%)*		
	204 (62,2)	5 (1,5)	78 (23,8)	27 (8,2)	14 (4,3)		
Életkor	*20-30 (%)*	*31-40 (%)*	*41-50 (%)*	*51-60 (%)*	*61, vagy több (%)*	*Hiányzó adat (%)*	
	25 (7,6)	111 (33,8)	122 (37,2)	47 (14,3)	5 (1,5)	18 (5,5)	
Egészségügyben töltött évek	*1-10 (%)*	*11-20 (%)*	*21-30 (%)*	*31-40 (%)*	*41, vagy több (%)*	*Hiányzó adat (%)*	
	44 (13,4)	95 (29,0)	107 (32,6)	47 (14,3)	2 (0,6)	33 (10,1)	
Családi állapot	*Nőtlen, hajadon (%)*	*Házas, együtt él (%)*	*Házas, külön él (%)*	*válóper-ben van, elvált (%)*	*Özvegy (%)*	*Élettársi kapcsolat ban (%)*	*Hiányzó adat (%)*
	56 (17,1)	145 (44,2)	16 (4,9)	51 (15,5)	11 (3,4)	42 (12,8)	7 (2,1)
Gyerekek száma	*Nincs (%)*	*Egy (%)*	*Kettő (%)*	*Három (%)*	*Négy (%)*	*Hiányzó adat (%)*	
	69 (21,0)	76 (23,2)	119 (36,3)	30 (9,1)	3 (0,9)	31 (9,5)	

2.2. Mérőeszközök

A vizsgálatba három mérőeszközt vontunk be. A munkahelyi stressz mérésére az Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőívet (ERI; Siegrist és mtsai, 2004), a kiégés mérésére a Maslach Kiégés Leltár Humán Szolgáltató Szektor számára készült változatát (MBI-HSS; Maslach és mtsai, 1996; Mészáros és mtsai, 2013) és a konstruktív gondolkodás mérésére Konstruktív Gondolkodás Kérdőívet (CTI; Epstein, 2001) használtuk. Az első két kérdőívet a második vizsgálat kapcsán már részleteztük, a CTI magyar változatának jellegzetességeit a jobb áttekinthetőség kedvéért, és a magyar változat változtatásainak kiemelése miatt itt is kifejtjük.

A CTI magyar változata tehát hat fő skála helyett ötből áll, mivel a *babonás gondolkodás* skálát pszichometriai tekintetben nem tudtuk alátámasztani. Az öt fő skálából kettő a konstruktív, három a merev, differenciálatlan gondolkodást méri.

A konstruktív gondolkodást alkotó skálák:

- *Érzelmi megküzdés:* olyan tételeket tartalmaz, melyek az önelfogadás mértékére, a bizonytalanság toleranciájára, a túláltalánosítás, rágódás és katasztrofizáció hiányára világítanak rá. A magyar változatot 21 tétel alkotja.

- *Viselkedéses megküzdés:* olyan emberek sajátja, akik problémahelyzetben keresik a reális pozitív gondolatokat, a kihívásokra sokszor cselekedetekkel válaszolnak, és igyekeznek a legtöbb helyzetekben a lehető legjobb teljesítményt nyújtani. A magyar változatban 7 tétel alkotja.

A differenciálatlan, merev gondolkodást mérő skálák:

- *Kategorizáló gondolkodás:* azt méri, hogy az egyén mennyire hajlamos fekete-fehéren látni a világot, és mennyire hajlik a mások fölötti ítélkezésre, az előítéletek megfogalmazására. A magyar változatban 11 tétel alkotja.
- *Ezoterikus gondolkodás:* mely, a mágikus, tudományosan megkérdőjelezhető dolgokban való hitet méri. A magyar változatban 13 tételből áll.
- *Naiv optimizmus:* ami túlzó optimizmust, a valóságtól elrugaszkodott gondolkodásmódot, a pozitív események túláltalánosítását jelzi. A skála a magyar változatban 8 tételes.

A vizsgálatban használt kérdőívek pszichometriai jellemzői az 13. táblázatban láthatók:

13. Táblázat: a vizsgálatban használt kérdőívek leíró statisztikája

	Átlag (szórás)	*Minimum – maximum*	*Megbízhatóság (Cronbach alfa)*
Munkahelyi stressz			
Erőfeszítés	8,9 (3,4)	3 – 15	0,76
Jutalom hiány	16,6 (4,6)	6 – 29	0,69
Túlvállalás	14,9 (3,6)	6 – 24	0,79
Konstruktív gondolkodás			
Érzelmi megküzdés	66,1 (9,3)	30 – 91	0,73
Viselkedéses megküzdés	28,6 (3,8)	11 – 35	0,76
Kategorizáló gondolkodás	33,8 (6,4)	19 – 50	0,71
Ezoterikus gondolkodás	34,4 (7,6)	17 – 57	0,73
Naiv optimizmus	25,2 (5,3)	8 – 40	0,81
Kiégés	40,7 (19,6)	0 – 118	0,87

2.3. Adatelemzés

A moderátor elemzést SPSS 20.0 programmal, a mediátor elemzést pedig Mplus 6.1-es programmal végeztük. A mediátor elemzés során figyelembe vettük hogy a kérdőívek egyes skálái nem normál eloszlásúak (ld. melléklet 19. táblázat), ezért a maximum likelihood módszer egy robusztus változatát alkalmaztuk (MLR módszer; Muthen és Muthen 1998-2010). Modellünk illeszkedési mutatóit a nemzetközi standardok alapján a CFI (Comparative fit index) és TLI (Tucker-Lewis index) érték 0,900 feletti, az RMSEA (Root mean square error approximation) 0,050 és az SRMR (Standardized root mean square residual) 0,080 alatti, valamint a nem szignifikáns Satorra-Bentler χ^2 segítségével határoztuk meg.

3. Eredmények

Elsőként konstruktív gondolkodás skáláinak moderátor hatását vizsgáltuk. Feltételeztük, hogy a konstruktív gondolkodás befolyásolja a munkahelyi stressz megélt intenzitását, és így hatást gyakorol a kiégésre. Figyelembe vettük, hogy a független és a moderáló változók közötti multikollinearitás csökkenti a bejóslás pontosságát (Miles és Shelvin, 2001), ezért első lépésben kiszámoltuk a változóink közötti multikollinearitást (ld. 14. táblázat). Mivel változóik közötti VIF értékek egy esetben sem érték el az 5-öt, így a mulikollinearitás kizárható volt. Ezt követően a független és moderátor változókat centralizáltuk, majd interakciós tagokat számítottunk belőlük.

A konstruktív gondolkodás moderáló hatásának vizsgálatát lineáris regressziós elemzéssel végeztük. Az elemzések eredményeiből látható, hogy munkahelyi stressz mindhárom skálája, valamint a CTI három skálája (az *érzelmi* és a *viselkedéses megküzdés,* illetve a *naiv optimizmus*) közvetlen kapcsolatban van a kiégéssel, azonban az interakciós tagok azonban egyetlen esetben sem. Sőt bevonásukkal a megmagyarázott variancia arány 43,1%-ról 41,2%-ra csökken. Így elmondható, hogy a konstruktív gondolkodás nem moderálja a munkahelyi stressz és a kiégés kapcsolatát.

14. Táblázat: a prediktor és moderátor változók közötti multikollinearitás

	Erőfeszítés	*Jutalom hiány*	*Túlvállalás*	*Érzelmi megküzdés*	*Kategorizáló gondolkodás*	*Naiv optimizmus*	*Ezoterikus gondolkodás*	*Viselkedéses megküzdés*
Jutalom hiány	1,055		1,184	1,173	1,191	1,192	1,157	1,190
Túlvállalás	1,266	1,619		1,455	1,626	1,586	1,581	1,562
Érzelemi megküzdés	1,697	1,693	1,535		1,355	1,711	1,721	1,527
Kategorizáló gondolkodás	1,579	1,577	1,575	1,243		1,503	1,520	1,576
Naiv optimizmus	1,382	1,397	1,359	1,391	1,331		1,321	1,282
Ezoterikus gondolkodás	1,163	1,188	1,187	1,225	1,178	1,157		1,224
Viselkedéses megküzdés	1,310	1,312	1,260	1,167	1,312	1,206	1,315	
Erőfeszítés		1,363	1,195	1,520	1,540	1,523	1,463	1,534

Megjegyzés: Az táblázatban a VIF értékeket ábrázoltuk. Amennyiben a VIF érték 5 és 10 között van, multikollinearitásról beszélhetünk a változók között.

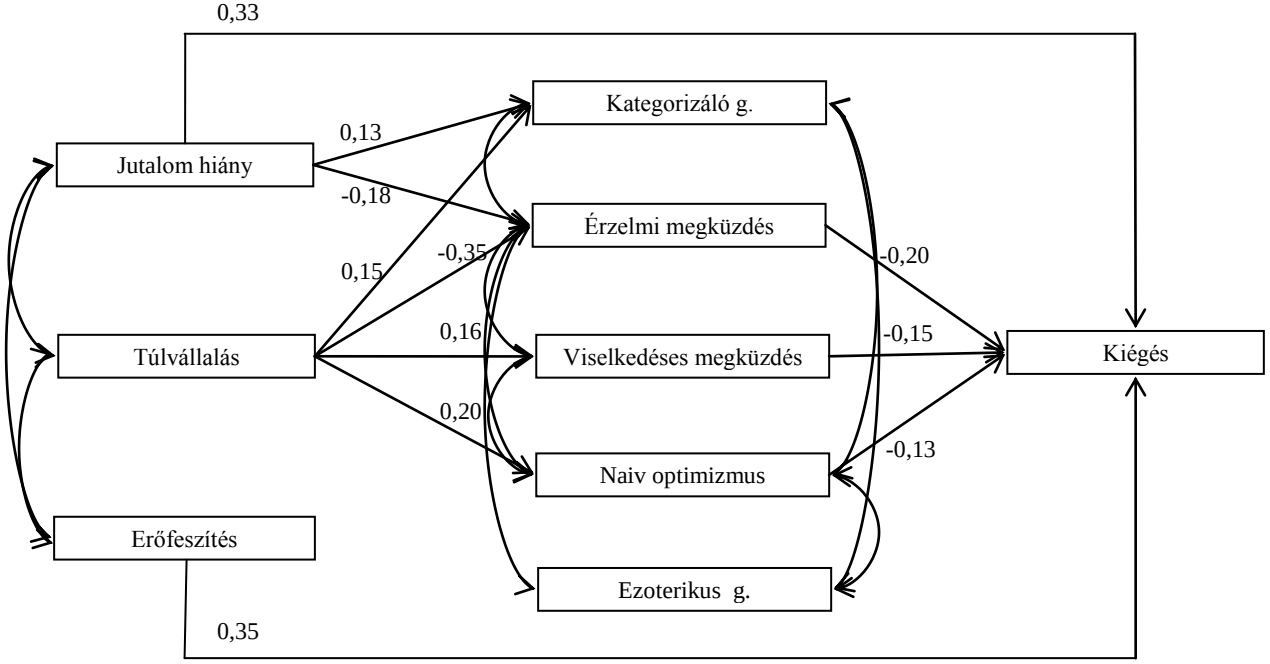
15. Táblázat: a konstruktív gondolkodás moderáló hatásának vizsgálata - a prediktor, a moderátor, valamint a belőlük képzett interakciós változókhoz tartozó nem standard regressziós B értékek

Prediktor	***Nem standard regressziós B***	***t-érték***	***Moderátor***	***Nem standard regressziós B***	***t-érték***	***Interakciós tag***	***Nem standard regressziós B***	***t-érték***
Erőfeszítés	**2,45**	**7,33**	**Érzelmi megk.**	**-0,70**	**-5,55**	Erőf. x érz. m.	-0,07	-1,88
Erőfeszítés	**2,78**	**8,06**	**Viselkedéses megk.**	**-1,57**	**-4,79**	Erőf. x vis. m.	-0,12	-1,49
Erőfeszítés	**2,54**	**7,04**	Kategorizáló gond.	0,33	1,70	Erőf. x kat. g.	-0,02	-0,04
Erőfeszítés	**2,61**	**7,09**	Ezoterikus gond.	-0,29	-1,66	Erőf. x ezo g.	0,00	0,03
Erőfeszítés	**2,57**	**7,47**	Naiv optimizmus	-0,40	-1,62	Erőf. x naiv o.	0,09	1,20
Jutalom hiány	**1,91**	**6,68**	**Érzelmi megk.**	**-0,39**	**-2,86**	Jut. x érz m.	0,01	0,19
Jutalom hiány	**2,09**	**7,67**	**Viselkedéses megk.**	**-0,91**	**-2,75**	Jut. x vis m.	-0,03	0,05
Jutalom hiány	**2,05**	**7,10**	Kategorizáló gond.	0,07	0,33	Jut. x kat. g.	-0,05	-1,14
Jutalom hiány	**1,91**	**6,82**	Ezoterikus gond.	-0,05	-0,29	Jut. x ezo g.	0,05	1,11
Jutalom hiány	**2,15**	**7,75**	**Naiv optimizmus**	**-0,49**	**-1,97**	Jut. x naiv o.	-0,02	-0,31
Túlvállalás	**1,41**	**3,78**	**Érzelmi megk.**	**-0,62**	**-4,31**	Túlv. x érz. m.	-0,04	-1,23
Túlvállalás	**2,12**	**5,77**	**Viselkedéses megk.**	**-1,40**	**-3,92**	Túlv. x vis. m.	-0,07	-0,93
Túlvállalás	**1,52**	**4,06**	Kategorizáló gond.	0,38	1,82	Túlv. x kat. g.	-0,03	-0,64
Túlvállalás	**1,72**	**4,59**	Ezoterikus gond.	-0,13	-0,69	Túlv. x ezo. g.	0,04	0,94
Túlvállalás	**1,89**	**5,19**	Naiv optimizmus	-0,44	-1,63	Túlv. x naiv o.	0,02	0,29

Megjegyzés: a szignifikáns (p < 0,01) hatásokat kiemeléssel jelöltük.

A mediátor hatás elemzésére Mplus 6.1-es programmal útelemzést készítettünk. Ahogy az a 3. ábráról is leolvasható teljes mediátor hatás érvényesül a *jutalom hiány – érzelemi megküzdés* – kiégés (rendre: $\beta = -0{,}18$, $p < 0{,}001$; $\beta = -0{,}20$, $p < 0{,}001$), a *túlvállalás – érzelmi megküzdés* – kiégés (rendre: $\beta = -0{,}35$, $p < 0{,}001$; $\beta = -0{,}20$, $p < 0{,}001$), a *túlvállalás – viselkedéses megküzdés* – kiégés (rendre: $\beta = 0{,}16$, $p < 0{,}001$; $\beta = -0{,}15$, $p < 0{,}001$), valamint a *túlvállalás – naiv optimizmus* – kiégés útvonalon (rendre: $\beta = 0{,}20$, $p < 0{,}001$; $\beta = -0{,}13$, $p < 0{,}05$). Emellett a modell illeszkedése is az optimális tartományban van: Satorra-Bentler $\chi^2 = 7{,}257$, df = 5, p = 0,202; RMSEA = 0,037 [0,001 – 0,091]; CFI = 0,994; TLI = 0,960; SRMR = 0,020. Tehát elmondható, hogy a munkahelyi stressz bizonyos aspektusaira adott válaszként a konstruktív gondolkodás egyes jellemzői csökkenteni tudják a kiégés mértékét.

3. ábra: a konstruktív gondolkodás mediáló szerepe a munkahelyi stressz és a kiégés viszonyában



Megjegyzés: A modell 328 fő bevonásával MLR módszerrel készült. A regressziós β értékeket STD YX standardizációval jelenítettük meg, csak azokat a regressziós súlyokat ábrázoltuk, melyek legalább 5%-os szinten szignifikánsak. Az ábrán csak regressziókhoz tartozó értékeket jelenítettünk meg. A jobb áttekinthetőség érdekében az ERI és CTI kérdőívek skálái közti szignifikáns korrelációkat nem tüntettük fel. Ezek a következők: erőfeszítés – jutalomhiány (r = 0,35, p <0,001), erőfeszítés – túlvállalás (r = 0,51, p <0,001), jutalomhiány – túlvállalás (r = 0,17, p <0,01), érzelmi megküzdés – viselkedéses megküzdés (r = 0,30, p <0,001), érzelmi megküzdés – kategorizáló gondolkodás (r = 0,51, p <0,001), érzelmi megküzdés – ezoterikus gondolkodás (r = 0,13, p <0,05), érzelmi megküzdés – naiv optimizmus (r = 0,16, p <0,01), naiv optimizmus - viselkedéses megküzdés (r = 0,23, p <0,001), naiv optimizmus – kategorizáló gondolkodás (r = 0,31, p <0,001), naiv optimizmus – ezoterikus gondolkodás (r = 0,25, p <0,001), ezoterikus gondolkodás – kategorizáló gondolkodás (r = 0,28, p <0,001).

4. Megvitatás

A pszichológia több területén felmerülő kérdés, hogy bizonyos jellegzetességek alapvetően létező sajátosságokként az előzmény változókkal interakcióba lépve moderálnak folyamatokat, vagy az előzményváltozóra adott válaszként mediálják a kimeneti változóval való kapcsolatot. A stresszel való megküzdés irodalma – amint azt a bevezetőből is láthattuk – a megküzdéssel összefüggő személyiségtényezőket esetenként moderátor, esetenként pedig mediátorként kezeli, ezért is vállalkoztunk arra, hogy a konstruktív gondolkodás szerepét ebből a szempontból is megvizsgáljuk a munkahelyi stressz és a kiégés viszonylatában.

Elemzéseinkből kiderült, hogy a konstruktív gondolkodás munkahelyi stresszel való interakciója egyetlen esetben sem befolyásolta a kiégés mértékét, így a moderáló hatás kizárható. Ezzel szemben a konstruktív gondolkodás több skálájának is mediáló hatása van. Ez nem meglepő, hiszen a kognitív-tapasztalati self-elmélet leírja, hogy minden egyes helyzetben a már meglévő tapasztalatok újra kalkulálása történik a helyzet jellemzőihez

mérten. Az egyén válaszai nem automatikusak, hanem a helyzetekhez mérten kognitív differenciáció történik a válaszadás paramétereinek kiválasztásában, így a munkahelyi stresszhelyzetekben adott válaszoknak is egyéni jellemzői lehetnek (Epstein, 1998; Epstein, 2003).

A munkahelyi stressz dimenziók közül a munkához való fokozott kötődés, a túlzott áldozatvállalás, a magánélet háttérbe szorítása, avagy a *túlvállalás* dimenzió a konstruktív gondolkodás több formáját aktiválja. Az „áldozatkész működésmód" azonban nem tesz jót az *érzelmi megküzdés*hez kapcsolódó érzelmi egyensúly fennmaradásának. Hiszen a *túlvállalás*ra hajlamos emberek gyakran érzik úgy, hogy kihasználják őket, a visszautasításból általános következtetéseket vonnak le, vagy ha nem teljesítenek, vesztesnek, jelentéktelennek érzik magukat. Tehát aktiválódnak a kognitív torzítások (az önelfogadás hiánya, a túlérzékenység, a túláltalánosítás vagy a rumináció), melyek az *érzelmi megküzdés* rossz hatásfokát jelzik, és a későbbiekben kiégéshez vezetnek. Ezen érzelemszabályozási deficitek jelentőségét depressziós és szorongásos tünetek kapcsán több kutatócsoport igazolta (Aldao és mtsai, 2010; Dennis, 2007; Garnefski és mtsai, 2004), azonban a kiégés kutatása eddig főként az érzelmi stabilitással, illetve a felszíni és mély érzelemregulációval foglalkozott (Alarcon és mtsai, 2009; Brotheridge és Grandey, 2002; Ro és mtsai, 2010). Az érzelmek szabályozásának kognitív perspektívába helyezése mindeddig nem volt a kiégés szakirodalom témája, azonban eredményeink arra mutatnak, hogy ígéretes eddig feltáratlan területről lehet szó.

Annál több információnk van viszont a problémaközpontú megküzdéshez közel álló *viselkedéses megküzdés* kiégéssel való kapcsolatáról. Több tanulmány támasztja alá, hogy problémahelyzetekben a reális pozitív gondolatok keresése, a problémahelyzetekhez történő aktív, cselekvésközpontú hozzáállás megvéd a kiégéstől (Mészáros és mtsai, 2013b; Sasaki és mtsai, 2009). Az azonban újdonság, hogy a munkahelyi stressz bizonyos aspektusai növelik a *viselkedéses megküzdés*i stratégiák használatát. Ennek hátterében az feltételezhető, hogy a stresszhelyzetben az egyén az érzelmekkel kapcsolatos alkalmazkodási nehézségeket cselekedetekkel, „konkrét lépésekkel" próbálja kompenzálni. Hiszen a túlvállalásra hajlamos emberek szeretnének mindent a lehető legjobban, terv szerint elvégezni, illetve a legjobbat kihozni a helyzetekből.

A *túlvállalás*ra hajlamos embereknél nemcsak a *viselkedéses megküzdés* használatának gyakorisága, hanem a *naiv optimista gondolkodás* is gyakoribb, mely eredmény Stacciarini és Troccoli 2004-es vizsgálatával is összhangban van. A munkával kapcsolatos odaadás, a gyakori áldozatvállalás hívja azokat a gondolatokat, miszerint az egyén minél jobban teljesít, minél keményebben dolgozik, annál sikeresebb lesz, annál több öröm éri, és annál többen

szeretik majd. Annak ellenére, hogy a *naiv optimizmus* a merev, differenciálatlan gondolkodás mérőeszköze, a kiégés szempontjából mégis mérsékelt protektív hatása van. A *naiv optimizmus* protektív szerepének megértéséhez lényeges adalék, hogy a fogalom a Taylor és Brown (1988) által bevezetett illuzórikus optimizmus fogalomból származik. Az illuzórikus optimizmus pedig az énről, a világról és a jövőről alkotott pozitív képzetek segítségével hatást gyakorol az egyén azon hiedelmeire, miszerint a világ nagymértékben kontrollálható, a célok értelmesek, és az egyén képes elérni azokat. Az illuzórikus optimizmusnak pedig egy bizonyos mértékig egészségvédő hatása van, elősegíti a pozitív érzelmek átélését, hitet ad önmagunkban (Taylor és Brown, 1994). Egy ponton túl azonban nem adaptív hiszen a pozitív érzelmek valóságtól elrugaszkodott túláltalánosítása az egyént illúziókban ringatja, amelyek nem engedik, hogy szembenézzen a valósággal (Pacini és mtsai, 1998). A munkával kapcsolatos lelkesedés, naivitás protektív szerepét a kiégés szakirodalom is leírja. Schaufeli, Leiter és Maslach (2009) szerint a munkában töltött első évek megnövekedett teherbírása, az akkor kitűzött idealista célok elérésének vágya megvéd a kiábrándulással, megfakult érzelmekkel átitatott kiégés állapotától.

Érdekes eredmény ezen felül, hogy a munkahelyi stressz *erőfeszítés* és *jutalom hiány* dimenziójának erős közvetlen kapcsolata van a kiégéssel, és mindössze az *érzelmi megküzdés* mediál a *jutalom hiány* és a kiégés között. Ennek magyarázata az lehet, hogy a munkahelyi stressz e két dimenziója szorosabban kapcsolódik a munkakörülmények jellegzetességeihez, így a kifejezetten munkahelyi kontextussal jellemezhető kiégéshez (Siegrist, et al., 2004), mint az inkább egyéni jellemzőként leírható konstruktív gondolkodáshoz

4.1. A vizsgálat gyakorlati jelentősége, korlátai, valamint kitekintés a jövőbeli kutatási lehetőségek felé

A munkahelyi stressz és kiégés kapcsolatában mediáló tényezők felderítésének elsősorban a kiégés intervenciók tervezésekor lehet gyakorlati jelentősége. Jelen vizsgálat eredményei alapján a konstruktív gondolkodás bizonyos aspektusai elsősorban a munkahelyi stressz személyi tényezőjeként ismert túlvállalást kötik össze a kiégéssel. A vizsgálat kiemeli, hogy intervenciós szempontból különleges jelentősége az *érzelmi megküzdés*nek lehet, hiszen a konstruktív gondolkodás ezen aspektusa a munkahelyi stressz két dimenziójával is kapcsolatban van. Emellett az is kiemelhető, hogy az *érzelmi megküzdés* képviseli a leghatékonyabb módszert a kiégéssel szemben. Ahogy azt korábban említettük, az *érzelmi megküzdés* hiánya azokat a kognitív torzításokat tömöríti, melyeket érzelmek hoznak létre és tartanak fenn, így a ruminációt, a túlérzékenységet, a túláltalánosítást és az önelfogadás

hiányát. Epstein munkáiból (1998; 1999; 2003), valamint kognitív pszichoterápiás leírásokból (Beck, 1979; Clark és Beck, 2010; Mórotz és Perczel Forintos, 2005) tudjuk, hogy ezek a kognitív torzítások problémákra bontva feltérképezhetők, felismerésük és átstrukturálásuk módszerspecifikus eszközökkel tanítható. Így a továbbiakban javasolható a kognitív eszköztár bizonyos módszereinek beemelése a kiégés intervenciós programokba.

Az előnyök és a praktikum mellett a vizsgálat egyik hátulütője, hogy keresztmetszeti adatgyűjtés révén, az ok-okozati viszonyok csak szakirodalmi adatokon, illetve kutatói feltételezéseken alapulnak. A tényleges ok-okozati összefüggések kimutatásához longitudinális vizsgálatra lenne szükség. A minta összetétele is jelentősen korlátozza a levonható következtetések erejét, mivel az adatfelvétel központja Budapest volt, s mindössze 328 fő töltötte ki a kérdőíveket. A korlátok mellett fontos azonban kiemelni, hogy a vizsgálat a szakirodalomban elsőként elemzi egységes keretben a munkahelyi stressz, a kiégés és a konstruktív gondolkodás kapcsolatát. Kiemeli az érzelmi megküzdés jelentőségét, melynek további finomítása fontos eleme lehet a jövőben a kiégés megelőzéssel kapcsolatos kutatásoknak. A korai életkorban tanult, a tapasztalati elme legalapvetőbb működésmódját leképező konstruktív érzelmi alkalmazkodás jobb megismerése, alkotóelemeinek differenciáltabb vizsgálata a jövőben számos hasznos információval szolgálhat a kiégés szempontjából.

ÖSSZEFOGLALÁS

Végezetül a négy vizsgálat legfőbb eredményeinek áttekintését, valamint a hozzájuk kapcsolódó következtetések összefűzését és a disszertáció logikájának élesebb körvonalazását tűztük ki célul. Vizsgálatainkban a kiégés olyan területeire fókuszáltunk, melyek a szakirodalmi áttekintést követően további kérdéseket vetettek fel bennünk. Első empirikus munkánk célja egyfelől az MBI-HSS három-faktoros strukturájának tisztázása volt, másfelől kérdésként merült fel bennünk, az összpontszám használatának lehetősége is, mivel a kérdőív három faktora a korábbi tanulmányok tapasztalatai alapján jelentős mértékű korrelációt mutatott (Worley és mtsai, 2008). Eredményeink igazolták a három-faktoros modell és az összpontszám használatának létjogosultságát, emellett felhívták a figyelmet arra, hogy hazánkban különleges, egyedi hozzáadott jelentőséggel bír a kiégés konstruktum személyes teljesítmény dimenziója. Tapasztalható, hogy a kiégett egészségügyi dolgozók elsőként arról számolnak be, hogy fáradtak, kevésbé érdeklődnek munkájuk iránt, és egyre nehezebben oldják meg a munkavégzés során felmerülő problémákat (Ádám és mtsai, 2009; Mészáros és mtsai, 2013). Ezzel szemben a munka érzelmileg, vagy interperszonálisan kimerítő aspektusai kevésbé terhelik meg őket. Ennek egyik legfőbb oka lehet az egészségügyben fellelhető létszámhiány, mivel az itt dolgozók száma az utóbbi években radikálisan csökkent, így nőtt az egy főre eső feladatok mennyisége (Balogh, 2009). Ezek maradéktalan teljesítése kimerítő lehet, és háttérbe szoríthatja a munkahelyhez kapcsolódó érzelmi, illetve interperszonális kihívásokat. Az egészségügyi dolgozóknak kvázi nem marad ideje, ereje megélni ezeket.

A kiégés jellemzőinek további pontosítását célozta a második vizsgálatunk, melyben egyfelől igazolni szerettük volna, hogy a kiégés előrejelzi a depressziót, azonban a depressziótól elkülöníthető jelenség. Másfelől azonosítani kívántuk azokat a tényezőket, melyek megragadják a kiégés egyedi jellegzetességeit. Vizsgálatunkban alátámasztottuk, hogy a kiégés előrejelzi a depressziót, ugyanakkor elkülöníthető jelenséget képvisel, melynek gyakorlati jelentősége lehet, hogy a kiégés kezelésére fordított intervenciós programok jóval költséghatékonyabbak, illetve kevesebb időt és energiát igényelhetnek, a depressziós tünetek kezeléséhez képest.

Emellett vizsgálatunk további két fontos eredményt hozott, melyek közül az első összhangot mutat az első vizsgálatban kapottakkal. Ahogy azt előzőleg láthattuk, a kiégett embereknél elsősorban a munkahelyi feladatok ellátásának képessége csökken. Jelen vizsgálatunkban pedig körvonalazódott, hogy a kiégett embereket elsősorban az különíti el a

nem kiégettektől és depressziós tüneteket mutatókról, hogy miként élik meg a munkahelyi stresszt. Továbbá azt a következtetést is levonhatjuk, hogy a kiégett embereknél először a munkahelyi erőfeszítések mennyisége kezd hangsúlyossá válni. Emellett nagyon fontos az, hogy mennyire tudják saját határaikat képviselni, megszabni, és ezt tudják-e kommunikálni a munkahelyük felé. Ezen képességek hiányában pedig veszélyeztetettek a kiégés, illetve a depresszió szempontjából. Az eredményből következik, hogy a kiégés kezelésében lényeges szerepet kell, hogy kapjon a problémamegoldás és az asszertív kommunikáció tanítása, melyek néhol már bevett módszereknek számítanak a hatékonyan működő kiégés intervenciós tréningek eszköztárában (Le Blanc és mtsai, 2007; Leiter és Maslach, 2005).

Továbbá a második vizsgálat lényeges eredményeként érdemes kiemelni, hogy az egyedülálló egészségügyi dolgozóknál nagyobb valószínűséggel jelentkezik a kiégettség, mint azoknál, akiknél a család ellensúlyozni tudja a munkahelyi megterhelést. A család protektív szerepe egészségügyi dolgozóknál azért is különösen fontos, mert a fokozott munkaterhelés mellett értékes, tartalmas időtöltést ad, melynek következtében kisebb az esélye a munkával kapcsolatos csalódásnak, kiégésnek is (Ádám és mtsai, 2008; Hegedűs és mtsai, 2004; Hegedűs és mtsai, 2008; Maslach, 2003). Ez a megállapítás felhívja a figyelmet a munkaszervezés családi életet támogató beosztására, valamint a családot támogató programok jelentőségére az egészségügyben.

A munkahelyi feladatok (túlzott) felvállalásának nemcsak racionális szempontjai (pl. túlórák után járó többletkereset, precíz munkavégzés esetén előrelépési lehetőség), hanem érzelmi okai is lehetnek (ld. a Helfer-szindróma leírása). Mivel a munkahelyi stressz és a kiégés között jelentős összefüggés van, a további vizsgálatainkban szerettük volna pontosabban meghatározni a munkahelyi stressztől a kiégésig „vezető úton” jelen lévő tényezőket. Ennek érdekében magyarra adaptáltuk a CTI-t, mely kiváló lehetőséget nyújtott feltett kérdéseink vizsgálatára. Azzal, hogy a kérdőív a problémamegoldás korai sémák által vezérelt módjait térképezi fel, a racionális, viselkedéses problémamegoldások mellett lehetővé teszi az érzelmi hajtóerők és problémamegoldó stratégiák megismerését is. Az érzelemkezelési módszerek között pedig nemcsak a kognitív torzításokként ismert érzelmi típusú gondolkodásból adódó hibák, hanem olyan adaptív stratégiák is szerepelnek, mint az önelfogadás, vagy az örömökre érzékeny pozitív gondolkodás (Epstein, 2001). Az adaptáció eredményeként pedig az amerikai mintán pszichometriai szempontból kidolgozott öt skálát magyar mintán is sikerült alátámasztanunk. Így az *érzelmi-* és *viselkedéses megküzdés,* valamint a *kategorizáló* és *ezoterikus gondolkodás*, illetve a *naiv optimizmus* skálákat. A kérdőívet negyedik vizsgálatunkban alkalmaztuk.

Utolsó (negyedik) vizsgálatunk egyfelől tehát azt szerette volna feltárni, hogy a problémamegoldási stratégiák közül melyek azok, amelyek közvetítő szerepet játszanak a munkahelyi stressz és a kiégés között; másfelől a közvetítő szerep jellegét vizsgáltuk. Kérdésként vetettük fel, hogy a maladaptív problémamegoldási/megküzdési stratégiák a munkahelyi stresszel interakcióban hozzák létre a kiégést, azaz a CTI moderátor szerepet játszik; vagy a munkahelyi stresszre adott reakcióként a problémamegoldási stratégiák mediálnak a munkahelyi stressz és a kiégés között. Eredményeink amellett, hogy egyértelműen alátámasztották a CTI mediátor szerepét, kiemelték az *érzelmi típusú megküzdés* jelentőségét, a *viselkedéses megküzdés* és a *naiv optimizmus* protektív szerepe mellett. Rámutattak arra, hogy a jó *érzelmi megküzdés* egyfelől kompenzálni tudja a jutalmak, visszajelzések hiányából származó csalódottságot, másfelől segít abban, hogy a dolgozó ne vigye haza a munkahelyi terheket, képviselni tudja határait és ne égjen ki.

Az érzelmi önszabályozás jelentősége a depresszióban, az étkezési problémáknál, valamint a szorongásos kórképek esetében nem vitatott (Aldao és mtsai, 2010; Dennis, 2007; Garnefski és mtsai, 2004), a kiégés területén azonban ez a kutatási irány még számos kiaknázatlan lehetőséget tartogat. A kiégéssel kapcsolatosan elengedhetetlenek lennének azok a módszerek, melyek elősegítik a hatékony *érzelmi megküzdés*t, és ezáltal lehetőséget nyújtanak az optimális érzelmi önszabályozásra. Az elméleti megfontolásokat ezen a területen hatékonyan integrálni lehetne a vonatkozó pszichoterápiás tapasztalatokkal. Ahogy azt Epstein (1998) is kiemeli, az integratív szemlélet elengedhetetlen ahhoz, hogy hatékonyan tudjuk kezelni azokat a tapasztalati rendszer által indukált, korai sémákban gyökerező emocionális kihívásokat, melyekbe életünk során újra és újra „beleakadunk”. Az elméleti és gyakorlati tudás szintézise pedig új dimenziókat kínálhat a kiégés kutatások számára is!

IRODALOMJEGYZÉK

1. Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, J. D. (1976). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49-74.
2. Ádám, S. (2008). *A munkahely-család konfliktus prevalenciája, prediktorai és lehetséges hatása az orvosnők és férfi orvosok eg&zségi állapotára és életminőségére Magyarországon.* Semmelweis Egyetem, Budapest. (Doktori disszertáció)
3. Ádám, S., Győrffy, Z., és Csoboth, C. (2006). Kiégés és (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates, 8*(2), 113-117.
4. Ádám, S., Győrffy, Z., & Susánszky, É. (2008). Physician burnout in Hungary: a potential role for work-family conflict. *Journal of Health Psychology, 13*(7), 847-856.
5. Ádám, S., Torzsa, P., Győrffy, Z., Vörös, K., és Kalabay, L. (2009). Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében. *Orvosi Hetilap, 150*(7), 317-323.
6. Ahola, K., Honkonen, T., Isometsa, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Koskinen, S., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2006). Burnout in the general population. Results from the Finnish Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(1), 11-17.
7. Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology, 18*(5), 543-548.
8. Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and Stress, 23*(3), 244-263.
9. Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy, 48*(10), 974-983.
10. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217-237.
11. Angerer, J. M. (2003). Job burnout. *Journal of Employment Counseling, 40*(3), 98-107.
12. Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping.* San Francisco: Jossey-Bass.

13. Appels, A. (2004). Exhaustion and coronary heart disease: the history of a scientific quest. *Patient Education and Counseling, 55*(2), 223-229.
14. Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human Resource Management, 43*(1), 83-104.
15. Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., Janssen, P. P. M., Van der Hulst, R., & Brouwer, J. (2000). Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress and Coping, 13*(3), 247-268.
16. Balogh, Z. (2009). Mi lett veled nővérke? - Helyzetkép az egészségügyi munkaerőpiacról. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*(1), 15-22.
17. Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
18. Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
19. Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
20. Beehr, T. A., & Bowling, N. A. (2005). Hardy personality, stress, and health. In C. L. Cooper (Szerk.), *Handbook of stress medicine and health, 2nd szerk.* (pp. 193-211). London: CRC Press.
21. Benishek, L. A., & Lopez, F. G. (1997). Critical evaluation of hardiness theory: Gender differences, perception of life events, and neuroticism. *Work and Stress, 11*(1), 33-45.
22. Bentler, P. M. (2009). Alpha, dimension-free, and model-based internal consistency reliability. *Psychometrika, 74*(1), 137-143.
23. Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social Work in Health Care, 45*(4), 63-82.
24. Berg, A., Hansson, U. W., & Hallberg, I. R. (1994). Nurses creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing-care - Comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing, 20*(4), 742-749.
25. Borritz, M., Rugulies, R., Bjorner, J. B., Villadsen, E., Mikkelsen, O. A.,& Kristensen, T. S. (2006). Burnout among employees in human service work: design and baseline findings of the PUMA study. *Scandinavian Journal of Public Health, 34*(1), 49-58.

26. Bowden, G. (1994). Work stress, burnout and coping: A review and an empirical study of staff in supported housing. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 1*(4), 219-232.

27. Boyle, A., Grap, M. J., Younger, J., & Thornby, D. (1991). Personality Hardiness, Ways of Coping, Social Support and Burnout in Critical Care Nurses. *Journal of Advanced Nursing, 16*(7), 850-857.

28. Brackett, M. A., Palomera, R., Mojsa-Kaja, J., Reyes, M. R., & Salovey, P. (2010). Emotion-Regulation Ability, Burnout, and Job Satisfaction among British Secondary-School Teachers. *Psychology in the Schools, 47*(4), 406-417.

29. Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N. W., & Buunk, B. P. (2001). Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences, 30*(5), 873-880.

30. Brookings, J. B., Bolton, B., Brown, C. E., & Mcevoy, A. (1985). Self-reported job burnout among female human-service professionals. *Journal of Occupational Behaviour, 6*(2), 143-150.

31. Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of Vocational Behavior, 60*(1), 17-39.

32. Brunner, M., Nagy, G., & Wilhelm, O. (2012). A tutorial on hierarchically structured constructs. *Journal of Personality, 80*(4), 796-846.

33. Buda, B. (1978). *Empátia. A beleélés lélektana.* Budapest: Gondolat.

34. Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (1996). Stress, burnout and health. In C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of stress, medicine and health.* (pp. 101-117). Boca Raton, FL: CRC Press.

35. Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (2001). Psychological burnout in organizations: research and intervention. In R. T. Golembiewski (Eds.), *Handbook of organizational behavior*. (pp. 327-364). New York, NY: Marcel Dekker.

36. Chen, F. F., West, S. G., & Sousa, K. H. (2006). A comparison of bifactor and second-order models of quality of life. *Multivariate Behavioral Research, 41*(2), 189-225.

37. Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services*. Beverly Hills, CA: Sage.

38. Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders : science and practice*. New York: Guilford Press.

39. Collins, L. M., & Lanza, S. M. (2010). *Latent class and latent transition analysis.* Hoboken, New Yersey: John Wiley and Sons.

40. Conners, K. C., Sitarenios, G., Parker, J. D. A., & Epstein, J. N. (1998). The Revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): Factor Structure, Reliability, and Criterion Validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 25*(4), 256-268.

41. Costello, D., Dierker, L., Sledjeski, E., Flaherty, B., Flay, B., & Shiffman, S. (2007). Confirmatory factor analysis of the Nicotine Dependence Syndrome Scale in an American college sample of light smokers. *Nicotine & Tobacco Research, 9*(8), 811-819.

42. Demerouti, E., Bakker, A. B., de Jonge, J., Janssen, P. P., & Schaufeli, W. B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 27*(4), 279-286.

43. Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing, 32*(2), 454-464.

44. Dennis, T. A. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion, 31*(3), 200-207.

45. Denollet, J., & De Vries, J. (2006). Positive and negative affect within the realm of depression, stress and fatigue: The two-factor distress model of the Global Mood Scale (GMS). *Journal of Affective Disorders, 91*(2-3), 171-180.

46. Densten, I. L. (2001). Re-thinking burnout. *Journal of Organizational Behavior, 22*(8), 833-847.

47. Devilly, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(4), 373-385.

48. Dickinson, T., & Wright, K. M. (2008). Stress and burnout in forensic mental health nursing: a literature review. *British Journal of Nursing, 17*(2), 82-87.

49. Edwards, D., & Burnard, P. (2003). A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing, 42*(2), 169-200.

50. Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stewart.

51. Enzmann, D., Schaufeli, W. B., Janssen, P., & Rozeman, A. (1998). Dimensionality and validity of the Burnout Measure. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 71*, 331-351.

52. Epstein, S. (1998). *Constructive thinking : the key to emotional intelligence*. Westport, Conn.: Praeger.

53. Epstein, S. (2001). *Constructive Thinking Inventory - Professional manual.* Florida, FL: Psychological Assessment Resources.

54. Epstein, S. (2003). Cognitive-experimental self-theory of personality. In T. Milton & M. J. Lerner (Eds.), *Comprehensive handbook of Psychology, Volume 5: Personality and social psychology.* (pp. 159-184). Hoboken, NY: Wiley and Sons.

55. Epstein, S., & Meyer, P. (1989). Constructive thinking: A broad coping variable with specific components. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 332-349.

56. Epstein, S., & Pacini, R. (1999). Some basic issues regarding dual-process theories from the perspective of cognitive-experimental self theory. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual process theories in social psychology.* (pp. 462-482). New York: Guilford Publishers.

57. Evans, D. L., Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., Gorman, J. M., Krishnan, K. R. R., Nemeroff, C. B., Bremner, J. D., Carney, R. M., Coyne, J. C., Delong, M. R., Frasure-Smith, N., Glassman, A. H., Gold, P. W., Grant, I., Gwyther, L., Ironson, G., Johnson, R. L., Kanner, A. M., Katon, W. J., Kaufmann, P. G., Keefe, F. J., Ketter, T., Laughren, T. P., Leserman, J., Lyketsos, C. G., McDonald, W. M., McEwen, B. S., Miller, A. H., Musselman, D., O'Connor, C., Petitto, J. M., Pollock, B. G., Robinson, R. G., Roose, S. P., Rowland, J., Sheline, Y., Sheps, D. S., Simon, G., Spiegel, D., Stunkard, A., Sunderland, T., Tibbits, P., & Valvo, W. J. (2005). Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biological Psychiatry, 58*(3), 175-189.

58. Evers, W., Tomic, W., & Brouwers, A. (2005). Constructive thinking and burnout among secondary school teachers. *Social Psychology of Education, 8*, 425-439.

59. Fekete, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai - Helfer szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica, 4*(1), 17-27.

60. Figley, C. R. (2009). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Psychotherapy in Practice, 58*(11), 1433-1441.

61. Firth, H., Mcintee, J., Mckeown, P., & Britton, P. (1986). Burnout and Professional Depression - Related Concepts. *Journal of Advanced Nursing, 11*(6), 633-641.

62. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3), 219-239.

63. Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: Findings from a systematic review. *International Journal of Social Psychiatry, 50*(1), 54-65.

64. Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159-165.

65. Fujiwara, K., Tsukishima, E., Tsutsumi, A., Kawakami, N., & Kishi, R. (2003). Interpersonal conflict, social support, and burnout among home care workers in Japan. *Journal of Occupation Health, 45*(5), 313-320.

66. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*(8), 1659-1669.

67. Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences, 36*(2), 267-276.

68. Garrett, C. (2008). The effect of nurse staffing patterns on medical errors and nurse burnout. *AORN Journal, 87*(6), 1191-1204.

69. Gil-Monte, P. R. (2005). Factorial validity of the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) among Spanish professionals. *Revista De Saude Publica, 39*(1), 1-8.

70. Glasberg, A. L., Eriksson, S., & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing, 57*(4), 392-403.

71. Glass, D. C., & Mcknight, J. D. (1996). Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychology & Health, 11*(1), 23-48.

72. Glass, D. C., McKnight, J. D., & Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(1), 147-155.

73. Grandey, A. A. (2000). Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 95-110.

74. Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(1), 224-237.

75. Hallberg, U. E., Johansson, G., & Schaufeli, W. B. (2007). Type A behavior and work situation: Associations with burnout and work engagement. *Scandinavian Journal of Psychology, 48*(2), 135-142.

76. Hegedűs, K., Riskó, Á., és Mészáros, E. (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi- és lelkiállapota. *LAM, 14*(11), 786-793.

77. Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G., és Kopp, M. (2008). Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat 2002-2006. *Nővér, 21*(1), 3-9.

78. Himle, D. P., Jayaratne, S., & Thyness, P. (1991). Buffering effects of four social support types on burnout among social workers. *Social Work Research and Abstracts, 27*(1), 22-27.

79. Hobfoll, S. E., & Shirom, A. (2001). Conservation of resources theory: Application to stress and management in workplace. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of organizational behavior.* (pp. 57-80). New York, NY: Marcel Dekker.

80. Hochschild, A. R. (1983). The managed heart: The commercialization of human feeling. In. Berkeley: University of California Press.

81. Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometa, E., Kailmo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lonnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population-results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research, 61*(1), 59-66.

82. Houkes, I., Winants, Y. H. W. M., & Twellaar, M. (2008). Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 81*, 249-276.

83. Hoyer, J., Averbeck, M., Heidenreich, T., Stangier, U., Pohlmann, K., & Rossler, G. (1998). The constructive thinking inventory: Factorial structure in healthy individuals and patients with chronic skin diseases. *European Journal of Psychological Assessment, 14*(3), 226-233.

84. Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders, 75*(3), 209-221.

85. Iwanicki, E. F., & Schwab, R. L. (1981). A cross validation-study of the Maslach Burnout Inventory. *Educational and Psychological Measurement, 41*(4), 1167-1174.

86. Jenkins, H., & Allen, C. (1998). The relationship between staff burnout/distress and interactions with residents in two residential homes for older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(7), 466-472.

87. Jenkins, R., & Elliott, P. (2004). Stressors, burnout and social support: nurses in acute mental health settings. *Journal of Advanced Nursing, 48*(6), 622-631.

88. Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validational study. *Journal of Traumatic Stress, 15*(5), 423-432.

89. Kalliath, T. J., & O'Driscoll, M. P. (2000). A test of the Maslach Burnout Inventory in three samples of healthcare professionals. *Work and Stress, 14*(1), 35-50.

90. Kanste, O., Miettunen, J., & Kyngäs, H. (2006). Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. *Nursing & Health Sciences, 8*(4), 201-207.

91. Karasek, R. (1979). Job demands, job decision attitude and mental strain: implication for job redesign. *Administrative Science Quaterly, 24*, 285-308.

92. Keogh, E., & Herdenfeldt, M. (2002). Gender, coping and the perception of pain. *Pain, 97*(3), 195-201.

93. Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N., Andrade, L. H., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Haro, J. M., Karam, A. N., Kostyuchenko, S., Kovess, V., Lara, C., Levinson, D., Matschinger, H., Nakane, Y., Browne, M. O., Ormel, J., Posada-Villa, J., Sagar, R., & Stein, D. J. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of Dsm-IV major depressive episodes: Results from the Who World Mental Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety, 27*(4), 351-364.

94. Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakagawa, H., Morikawa, Y., Ishizaki, M., Miura, K., Naruse, Y., Kido, T., & Higashiyama, M. (2004). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-General Survey. *Stress and Health, 20*(5), 255-260.

95. Kittel, F., & Leynen, F. (2003). A study of work stressors and wellness/health outcomes among Belgian school teachers. *Psychology & Health, 18*(4), 501-510.

96. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*(1), 1-11.

97. Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*(1), 168-177.

98. Kopp, M., és Skrabski, Á. (1992). *Magyar lelkiállapot.* Budapest: Végeken Alapítvány.

99. Kopp, M., Szedmák, S., Lõke, J., és Skrabski, Á. (1997). A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentõsége a magyar lakosság körében. *LAM, 7*(3), 136-144.

100. Köbli, M., Nagy, L., és Pálfi, I. (2008). A kiégés szindróma vizsgálata ápolók körében. *Nővér, 21*(6), 11-20.

101. Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress, 19*(3), 192-207.

102. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2002). The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine, 64*(2), 258-266.

103. Kulcsár, Z. (1998). *Egészségpszichológia.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

104. Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*(3), 234-247.

105. Le Blanc, P. M., Hox, J. J., Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Peeters, M. C. (2007). Take care! The evaluation of a team-based burnout intervention program for oncology care providers. *Journal of Applied Psychology, 92*(1), 213-227.

106. Leiter, M. P., & Durup, J. (1994). The Discriminant Validity of Burnout and Depression - a Confirmatory Factor-Analytic Study. *Anxiety Stress and Coping, 7*(4), 357-373.

107. Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing Burnout: Six Strategies for Improving Your Relationship with Work.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

108. Lim, J., Bogossian, F., & Ahern, K. (2010). Stress and coping in Singaporean nurses: a literature review. *Nursing and Health Sciences, 12*(2), 251-258.

109. Lopes Cardozo, B., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., et al. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study. *PLoS ONE, 7*(9), e44948. http://www.plosone.org/article/info:doi/10.1371/journal.pone.0044948

110. Lovell, B., Lee, R. T., & Brodheridge, C. M. (2009). Gender differences in the application of communication skills, emotional labor, stress-coping and well-being among physicians. *The international Journal of Medicine, 2*(3), 273-278.

111. Lyden, P., Lu, M., Jackson, C., Marler, J., Kothari, R., Brott, T., & Zivin, J. (1999). Underlying structure of the National Institutes of Health Stroke Scale. *Stroke, 30*, 2347-2354.

112. Mäkikangas, A., Hätinen, M., Kinnunen, U., & Pekkonen, M. (2011). Longitudinal factorial invariance of the Maslach Burnout Inventory-General Survey among

employees with job-related psychological health Problems. *Stress and Health, 27*(4), 347-352.

113. Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences, 39*(7), 1249-1260.

114. Maslach, C. (1978). Client role in staff burn-out. *Journal of Social Issues, 34*(4), 111-124.

115. Maslach, C. (2003). Job burnout: New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science, 12*(5), 189-192.

116. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1979). Burned-out cops and their families. *Psychology Today, 12*(12), 58-62.

117. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour, 2*(2), 99-113.

118. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles, 12*(7-8), 837-851.

119. Maslach, C., & Leiter, M. P. (1997). *The truth about burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it (1st edition).* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

120. Maslach, C., & Schaufeli, W. (1986). *Maslach Burnout Inventory: Manual (2rd edition).* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

121. Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. In W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: recent development in theory and research.* (pp. 1-16). Washington DC: Taylor and Francis.

122. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory: Manual (3rd edition)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

123. Maslach, C., Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (2008). Measuring burnout. In C. L. Cooper & S. Cartwright (Eds.), *The oxford handbook of organizational well-being.* (pp. 86-108). Oxford: Oxford University Press.

124. Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology, 52,* 397-422.

125. Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press.

126. Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin, 132*(3), 327-353.

127. Melchior, M., Caspl, A., Milne, B. J., Danese, A., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2007). Work stress precipitates depression and anxiety in young, working women and men. *Psychological Medicine, 37*(8), 1119-1129.

128. Mészáros, V., Ádám, S., Szabó, M., Szigeti, R., & Urbán, R. (2013). The Bifactor Model of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)-An Alternative Measurement Model of Burnout. *Stress Health*. http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/smi.2481/pdf

129. Mészáros, V., Cserháti, Z., Oláh, A., Perczel Forintos, D., és Ádám, S. (2013). A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében, avagy lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában. *Orvosi Hetilap, 154*(12), 449-454.

130. Mezulis, A. H., Abrahamson, L. Y., & Hyde, J. S. (2002). Domain specificity of gender differences in rumination *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(4), 421-434.

131. Miles, J., & Shelvin, M. (2001). *Applying Regression and Correlation: A Guide for Students and Researchers.* London, UK: Sage Publication, Ltd.

132. Miller, W. R., & Seligman, E. P. (1976). Learned helplessness, depression and the perception of reinforcement. *Behavior Resources Therapy, 14*(1), 7-17.

133. Moreno-Jimerez, B., Rodrigez-Carvajal, R., Hernandez, E. G., & Benadero, E. M. (2008). Terminal versus non-terminal care in physican burnout: the role of decision-making processes and attitudes to death. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 31*, 91-101.

134. Mórotz, K., és Perczel Forintos, D. (Szerk.). (2005). *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.

135. Muthen, L. K., & Muthen, B. O. (1998-2010). *Mplus User's Guide. Sixth Edition.* Los Angeles, CA: Muthen & Muthen.

136. Narumoto, J., Nakamura, K., Kitabayashi, Y., Shibata, K., Nakamae, T., & Fukui, K. (2008). Relationships among burnout, coping style and personality: Study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62*(2), 174-176.

137. Nathan, R., Brown, A., Redhead, K., Holt, G., & Hill, J. (2007). Staff responses to the therapeutic environment: A prospective study comparing burnout among nurses

working on male and female wards in a medium secure unit. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology, 18*(3), 342-352.

138. Nolen-Hoeksema, S., & Harrell, Z. A. (2002). Rumination, depression, and alcohol use: Tests of gender differences *Journal of Cognitive Psychotherapy, 16*(4), 391-403.

139. Nylund, K. L., Asparoutiov, T., & Muthen, B. O. (2007). Deciding on the number of classes in latent class analysis and growth mixture modeling: A Monte Carlo simulation study. *Structural Equation Modeling - a Multidisciplinary Journal, 14*(4), 535-569.

140. Oginska-Bulik, N., & Juczynski, Z. (2006). Does Type D differ from other personality constructs? Polish data. *Psychology & Health, 21*, 112-113.

141. Oláh, A. (2006). *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény*. Budapest: Trefort Kiadó.

142. Pacini, R., Muir, F., & Epstein, S. (1998). Depressive realism from the perspective of cognitive-experiential self-theory. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(4), 1056-1068.

143. Pálfi, I., Németh, K., Kerekes, Z., Kállai, J., & Betlehem, J. (2008). The role of burnout among Hungarian nurses. *International Journal of Nursing Practice, 14*(1), 19-25.

144. Pálfi, I., Vranesics, I., Németh, K., & Bethlehem, J. (2007). Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiégés szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban. *Nővér, 20*(4), 3-13.

145. Park, K. O., Wilson, M. G., & Lee, M. S. (2004). Effects of social support at work on depression and organizational productivity. *American Journal of Health Behavior, 28*(5), 444-455.

146. Payne, N. (2001). Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *Journal of Advanced Nursing, 33*(3), 396-405.

147. Pearlman, L. A., & Macian, I. S. (1995). Vicarious traumatization - an empirical-study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology-Research and Practice, 26*(6), 558-565.

148. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 29*(2), 313-320.

149. Piko, B. F. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 43*(3), 311-318.

150. Pines, A. (2002). Changing times, changing realities a glimpse of the future: "There is something more." *Croatian Medical Journal, 43*(3), 268-273.

151. Pines, A. (Ed.)(1993). *Burnout - an existential perspective*. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis.

152. Pines, A., & Nunes, R. (2003). The relationship between career and couple burnout: implications for career and couple counseling. *Journal of Employment Counseling, 40*(2), 50-64.

153. Pines, A., & Yafe-Yanai, O. (2001). Unconscious determinants of career choice and burnout: theoretical model and counseling strategy. *Journal of Employment Counseling, 40*, 50-64.

154. Polman, R., Borkoles, E., & Nicholls, A. R. (2010). Type D personality, stress, and symptoms of burnout: The influence of avoidance coping and social support. *British Journal of Health Psychology, 15*, 681-696.

155. Prinz, P., Hertrich, K., Hirschfelder, U., & de Zwaan, M. (2012). Burnout, depression and depersonalisation--psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *German Journal for Medical Education, 29*(1), Doc10.

156. Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*, 385-401.

157. Reise, S. P., Moore, T. M., & Haviland, M. G. (2010). Bifactor models and rotations: exploring the extent to which multidimensional data yield univocal scale scores. *Journal of Personality Assessment, 92*(6), 544-559.

158. Reise, S. P., Morizot, J., & Hays, R. D. (2007). The role of the bifactor model in resolving dimensionality issues in health outcomes measures. *Quality of Life Research, 16*, 19-31.

159. Richardsen, A. M., & Martinussen, M. (2004). The Maslach Burnout Inventory: Factorial validity and consistency across occupational groups in Norway. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 77*, 377-384.

160. Rihmer, Z. (1996). A depressziók diagnosztikája és terápiája. *Háziorvos Továbbképző Szemle, 1*(2), 79-82.

161. Ro, K. E. I., Tyssen, R., Hoffart, A., Sexton, H., Aasland, O. G., & Gude, T. (2010). A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *Bmc Public Health, 10*, http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/213

162. Ross, C. E., Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1990). The impact of the family on health - the decade in review. *Journal of Marriage and the Family, 52*(4), 1059-1078.

163. Rózsa, S., Purebl, G., Susánszky, É., Kő, N., Szádóczky, E., Réthelyi, J., Danis, I., Skrabski, Á., és Kopp, M. (2008). A megküzdés dimenziói: a Konfiktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 9*(3), 207-241.

164. Rózsa, S., Szádóczky, E., és Füredi, J. (2001). A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica, 16*, 384-402.

165. Ruysschaert, N. (2009). (Self) hypnosis in prevention of burnout and compassion fatigue for caregivers: theory and introduction. *Contemporary Hypnosis, 26*(3), 159-172.

166. Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.

167. Sadovich, J. M. (2005). Work excitement in nursing: an examination of the relationship between work excitement and burnout. *Nursing Economics, 23*(2), 91-96.

168. Salavecz, G., Neculai, K., Rózsa, S., és Kopp, M. (2006). Az Erôfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 7*(3), 231-246.

169. Santoro, D. A. (2011). Good teaching in difficult times: demoralization in the pursuit of good work. *American Journal of Education, 118*(1), 1-23.

170. Sasaki, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Morikawa, Y., & Nakagawa, H. (2009). Relationship between stress coping and burnout in Japanese hospital nurses. *Journal of Nursing Management, 17*(3), 359-365.

171. Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25*(3), 293-315.

172. Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health, 16*(5), 501-510.

173. Schaufeli, W. B., & van Dierendonck, D. (1993). The construct-validity of two burnout measures. *Journal of Organizational Behavior, 14*(7), 631-647.

174. Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & Health, 16*(5), 565-582.

175. Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International, 14*(2-3), 204-220.

176. Scheuer, E., & Epstein, S. (1997). Constructive thinking, reaction to a laboratory stressor and symptomes n everyday life. *Anxiety Stress and Coping, 10*, 269-303.

177. Schmidt, K. H., Neubach, B., & Heuer, H. (2007). Self-control demands, cognitive control deficits, and burnout. *Work and Stress, 21*(2), 142-154.

178. Schmidtbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer.* Hamburg: Rowoholt Verlag.

179. Schmitz, N., Neumann, W., & Oppermann, R. (2000). Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies, 37*(2), 95-99.

180. Sears, S. F., Urizar, G. G., & Evans, G. D. (2000). Examining a stress-coping model of burnout and depression in extension agents. *Journal of Occupational Health Psychology, 5*(1), 56-62.

181. Seligman, M. E. (1978). Learned helplessness as a model of depression. Comment and integration. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 165-179.

182. Shirom, A. (2003). Job related burnout. In J. C. Quick & T. E. Tetrick (Eds.), *Handbook of occupational psychology*. Washington DC: APA.

183. Shirom, A., & Ezrachi, Y. (2003). On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the burnout measure. *Anxiety Stress and Coping, 16*(1), 83-97.

184. Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management, 13*(2), 176-200.

185. Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2005). Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and proposed explanatory model. *International Review of Industrial and Organisational Psychology, 20*, 269-309.

186. Siegrist, J., Klein, D., & Voigh, K. H. (1997). Linking sociological with physiological data: the model of effort–reward imbalance at work. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 161*, 112-116.

187. Siegrist, J., Starke, S., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I., & Peter, R. (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine, 58*(8), 1483-1499.

188. Simon, R. W., & Marcussen, K. (1999). Marital transitions, marital beliefs, and mental health. *Journal of Health and Social Behavior, 40*(2), 111-125.

189. Skirrow, P., & Hatton, C. (2007). 'Burnout' amongst direct care workers in services for adults with intellectual disabilities: A systematic review of research findings and

initial normative data. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 20*(2), 131-144.

190. Stacciarini, J. M., & Troccoli, B. T. (2004). Occupational stress and constructive thinking: health and job satisfaction. *Journal of Advanced Nursing, 46*(5), 480-487.

191. Sullivan, M. J. L., Tripp, D. A., & Santor, D. (2000). Gender differences in pain and pain behavior: The role of catastrophizing. *Cognitive Therapy and Research, 24*(1), 121-134.

192. Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior, 76*(3), 487-506.

193. Taris, T. W. (2006). Is there a relationship between burnout and objective performance? A critical review of 16 studies. *Work and Stress, 20*(4), 316-334.

194. Taris, T. W., Le Blanc, P. M., Schaufeli, W. B., & Schreurs, P. J. G. (2005). Are there causal relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review and two longitudinal tests. *Work and Stress, 19*(3), 238-255.

195. Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being - a social psychological perspective on mental-health. *Psychological Bulletin, 103*(2), 193-210.

196. Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1994). Positive illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin, 116*(1), 21-27.

197. Ten Berge, J. M. F., & Socan, G. (2004). The greatest lower bound to the reliability of a test and the hypothesis of unidimensionality. *Psychometrika, 69*(4), 613-625.

198. Tennant, C. (2001). Work-related stress and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 51*(5), 697-704.

199. Tosun, U., & Karadag, E. (2008). The adaptation of the Constructive Thinking Inventory (CTI) to Turkish, language validity, & psychometric investigation. *Kuram ve Uygulamada Egitim Bilimleri, 8*(1), 249-259.

200. Tölgyes, T. (2003). A felnőttkori depresszió. *Hippocrates*. http://www.medlist.com/HIPPOCRATES/V/6/379main.htm

201. Travado, L., Grassi, L., Gil, F., Ventura, C., Martins, C., & Grp, S. E. P. S. (2005). Physician-patient communication among Southern European cancer physicians: The influence of psychosocial orientation and burnout. *Psycho-Oncology, 14*(8), 661-670.

202. Trufelli, D. C., Bensi, C. G., Garcia, J. B., Narahara, J. L., Abrao, M. N., Diniz, R. W., Miranda, V. D., Soares, H. P., & Del Giglio, A. (2008). Burnout in cancer

professionals: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Cancer Care, 17*(6), 524-531.

203. van der Colff, J. J., & Rothmann, S. (2009). Occupational stress, sense of coherence, coping, burnout and work engagement of registered nurses in South Africa. *SA Journal of Industrial Psychology, 35*(1), 1-10.

204. Van der Linden, D., Keijsers, G. P. J., Eling, P., & Van Schaijk, R. (2005). Work stress and attentional difficulties: An initial study on burnout and cognitive failures. *Work and Stress, 19*(1), 23-36.

205. Vanheule, S., Rosseel, Y., & Vlerick, P. (2007). The factorial validity and measurement invariance of the Maslach Burnout Inventory for human services. *Stress and Health, 23*(2), 87-91.

206. Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occupational Medicine, 50*(7), 512-517.

207. Whitman, D. S., Van Rooy, D. L., Viswesvaran, C., & Kraus, E. (2009). Testing the second-order factor structure and measurement equivalence of the wong and law emotional intelligence scale across gender and ethnicity. *Educational and Psychological Measurement, 69*(6), 1059-1074.

208. Williams, D. R., Gonzalez, H. M., Neighbors, H., Nesse, R., Abelson, J. M., Sweetman, J., & Jackson, J. S. (2007). Prevalence and distribution of major depressive disorder in African Americans, Caribbean blacks, and non-Hispanic whites - Results from the National Survey of American Life. *Archives of General Psychiatry, 64*(3), 305-315.

209. Worley, J. A., Vassar, M., Wheeler, D. L., & Barnes, L. L. B. (2008). Factor structure of scores from the Maslach Burnout Inventory - A review and meta-analysis of 45 exploratory and confirmatory factor-analytic studies. *Educational and Psychological Measurement, 68*(5), 797-823.

210. Wu, H., Ge, C. X., Sun, W., Wang, J. N., & Wang, L. (2011). Depressive symptoms and occupational stress among Chinese female nurses: The mediating effects of social support and rational coping. *Research in Nursing & Health, 34*(5), 401-407.

211. Zammuner, V. L., & Galli, C. (2005). Wellbeing: Causes and consequences of emotion regulation in work settings. *International Review of Psychiatry, 17*(5), 355-364.

MELLÉKLET

16. Táblázat: az MBI-HSS tételeinek eloszlásvizsgálata

Tétel száma	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*
1.	**4,76**	**9.**	**7,06**	**17.**	**7,51**
2.	**3,51**	**10.**	**8,19**	**18.**	**6,62**
3.	**4,30**	**11.**	**8,02**	**19.**	**5,78**
4.	**7,38**	**12.**	**5,91**	**20.**	**6,01**
5.	**7,68**	**13.**	**6,22**	**21.**	**6,98**
6.	**5,62**	**14.**	**4,81**	**22.**	**4,76**
7.	**7,48**	**15.**	**7,51**		
8.	**6,84**	**16.**	**6,03**		

Megjegyzés: a szignifikáns (p < 0,01) Kolmogorov-Smirnov Z értékeket kiemeltük

17. Táblázat: az MBI-HSS standardizált faktorsúlyai (1732 egészségügyi dolgozó mintáján)

Bifaktoros modell								
Item	Érzelmi kimerültség	Teljes kiégés	Item	Deperszo-nalizáció	Teljes kiégés	Item	Személyes teljesítmény	Teljes kiégés
1. "érzelmi kimerült-ség érzése"	**0,550**	**0,527**	5. "a betegek személy-telen tárgyként kezelése"	**0,154**	**0,416**	4. "megérteni a betegeket"	**0,489**	**0,075**
2. "felörlő-dés"	**0,603**	**0,546**	10. "érzéket-lenség érzés"	**0,654**	**0,616**	7. "hatékony megbírkó-zás a betegek problémái-val"	**0,545**	**-0,072**
3. "fáradtság érzés"	**0,519**	**0,527**	11. "a munka rideggé tesz"	**0,369**	**0,637**	9. "pozitív befolyás a betegekre"	**0,635**	**-0,125**
6. "megter-helő emberek-kel dolgozni"	-0,013	**0,697**	15. "érdekte-lenség érzés"	**0,205**	**0,295**	12. "energi-záltság érzés"	**0,560**	**-0,322**
8. "fásultság érzés"	0,028	**0,795**	22. "önhibázta-tás "	0,063	**0,361**	17. "nyugodt légkör teremtésé-nek képessége"	**0,739**	**-0,153**
13. "ideges-ség érzés"	**-0,078**	**0,711**				18. "felvilla-nyozottság érzés"	**0,712**	**-0,295**

Item	Érzelmi kimerültség	Teljes kiégés	Item	Deperszo-nalizáció	Teljes kiégés	Item	Személyes teljesítmény	Teljes kiégés
14. "túl kemény munka"	**0,339**	**0,282**				19. "érdemle-ges dolgok a munkában"	**0,544**	**-0,140**
16. "túl sok feszültség"	**0,121**	**0,641**				21. "az érzelmi problémák nyugodt kezelése"	**0.581**	**-0.171**
20. "véges erőbefek-tetés"	**0,308**	**0,644**						

Megjegyzés: A szignifikáns (p ≤ 0,01) faktorsúlyokat kiemeltük. A táblázat a kérdőív tételeinek rövidített megfogalmazását tartalmazza. Az egyes tételek előtt megjelenő számok az eredeti skála tételének sorszámai.

18. Táblázat: a CTI tételeinek eloszlásvizsgálata

Tétel száma	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*
1.	**7,91**	**11.**	**6,72**	**21.**	**7,07**	**31.**	**7,36**	**41.**	**7,36**	**51.**	**9,15**
2.	**6,36**	**12.**	**6,15**	**23.**	**6,07**	**32.**	**6,84**	**43.**	**6,84**	**52.**	**6,45**
3.	**7,44**	**14.**	**8,22**	**24.**	**6,90**	**34.**	**7,90**	**44.**	**7,90**	**53.**	**6,98**
4.	**5,83**	**15.**	**5,51**	**25.**	**8,81**	**35.**	**6,76**	**45.**	**6,76**	**54.**	**7,04**
5.	**6,81**	**16.**	**8,74**	**26.**	**6,33**	**36.**	**6,88**	**46.**	**6,88**	**55.**	**6,06**
7.	**5,21**	**17.**	**7,04**	**28.**	**5,52**	**37.**	**8,65**	**47.**	**8,65**	**56.**	**6,58**
8.	**7,31**	**18.**	**8,46**	**29.**	**6,80**	**38.**	**7,14**	**48.**	**7,14**	**57.**	**7,64**
9.	**7,98**	**20.**	**8,23**	**30.**	**7,86**	**39.**	**7,16**	**49.**	**7,16**	**59.**	**6,73**
10.	**6,14**									**60.**	**5,83**

Tétel száma	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*	*Tétel száma*	*Z-érték*
62.	**9,99**	**71.**	**6,54**	**81.**	**6,22**	**91.**	**7,59**	**100.**	**8,02**
63.	**5,99**	**73.**	**8,36**	**82.**	**8,79**	**92.**	**8,84**	**101.**	**9,45**
65.	**8,56**	**75.**	**6,23**	**83.**	**6,87**	**93.**	**6,49**	**102.**	**8,72**
66.	**7,57**	**76.**	**8,20**	**85.**	**7,10**	**94.**	**5,54**	**103.**	**4,94**
68.	**6,58**	**77.**	**6,34**	**86.**	**5,68**	**95.**	**8,46**	**104.**	**6,36**
69.	**5,72**	**78.**	**7,04**	**88.**	**7,58**	**96.**	**7,89**	**105.**	**9,70**
70.	**7,86**	**79.**	**8,50**	**90.**	**9,32**	**97.**	**6,16**	**107.**	**6,72**
						98.	**8,51**	**108.**	**6,36**

Megjegyzés: a szignifikáns (p < 0,01) Kolmogorov-Smirnov Z értékeket kiemeltük

19. Táblázat: a 4. vizsgálatba bevont kérdőívek eloszlásvizsgálata

Skála (kérdőív)	*Z-érték*	*Skála (kérdőív)*	*Z-érték*
Erőfeszítés (ERI)	**1,69**	**Érzelmi megküzdés (CTI)**	1,06
Jutalom hiány (ERI)	1,19	**Viselkedéses megküzdés (CTI)**	**1,77**
Túlvállalás (ERI)	1,05	**Kategorizáló gondolkodás (CTI)**	0,95
Kiégés (MBI-HSS)	1,00	**Ezoterikus gondolkodás (CTI)**	1,07
		Naiv optimizmus (CTI)	**1,72**

Megjegyzés: a szignifikáns (p < 0,01) Kolmogorov-Smirnov Z értékeket kiemeltük

A VIZSGÁLATOKHOZ HASZNÁLT KÉRDŐÍVEK

1. VIZSGÁLAT

Tisztelt Segítőkész Válaszadó!

Az ELTE Pszichológiai Intézet diákjaiként egy vizsgálatunkhoz szeretnénk a segítségét kérni. A hivatásával kapcsolatosan érdeklődünk. Szeretnénk többet megtudni az ápolói munkával járó erőfeszítésekről, a kapott jutalmakról, arról, hogy a területen dolgozók mennyire érzik jól magukat a bőrükben, illetve milyen mértékben fáradnak el munkájukban. Kérdőívünk kitöltése csupán 20 percet igényel, a kapott adatokat bizalmasan kezeljük, csak csoportos formában értékeljük.

Üdvözlettel: Mészáros Veronika és Szigeti Réka

Jelige:				
Életkor:…..év				
Nem:	Nő	férfi		
Családi állapot:	egyedül él	házas	elvált	özvegy
Gyermekek száma:……..fő				
Iskolai végzettség:	egészségügyi szakiskola	főiskola	egyéb (éspedig)	
Ápolóként eltöltött évek száma:…..év				
Az ápolás mely területén dolgozik?				
Mely városban/településen található a munkahelye?				
A visszajelzést az alábbi e-mail címre kérem:				

MBI-HSS

A kérdőív jogdíjas, ezért nem áll módunkban a disszertáció keretei között eredeti formában közölni. Az egyes tételekhez tartozó címkéket az első vizsgálatban közöljük.

KÖSZÖNJÜK SZÉPEN A VÁLASZADÁST!

2. VIZSGÁLAT

Tisztelt Hölgyem / Uram!

Kérjük, a kérdőív minden kérdésére válaszoljon. Nincsenek "helyes" vagy "helytelen" válaszok. Azokat a válaszokat karikázza be, amelyek Önre a leginkább jellemzőek.

1. Születési év: .....

2. Nem: 1. férfi 2. nő

3. Legmagasabb végzettsége:

1. szakmunkásképző,szakiskola
2. szakközépiskolai érettségi
3. gimnáziumi érettségi
4. főiskolai v. egyetemi diploma

4. Jelenlegi hivatalos családi állapota:

1. nőtlen, hajadon
2. házas, és házastársával együtt él,
3. házas, de házastársától külön él,
4. elvált,
5. válófélben van
6. özvegy,
7. élettársi kapcsolatban él

5. Lakóhely típusa:

1. főváros 3. város
2. megyeszékhely 4. község, falu

6. Gyermekeinek száma: .....

7. Egészségügyben eltöltött évek száma: ……..

8. Az egészségügyi ellátás, mely ellátási szintjén dolgozik? (Kérjük, csak egyet karikázzon be, a FŐMUNKAHELY /FŐFOGLALKOZÁS jellegét!)

1. alapellátás
2. járóbeteg ellátás
3. fekvőbeteg ellátás
4. egyéb:……

10. Átlagosan hány órát tölt munkával egy nap hétköznap (ügyelet/készenlét nélkül)**?** …….óra

11. Átlagosan hány órát tölt munkával egy nap hétvégén (ügyelet/készenlét nélkül)**?** …….óra

12. Hány órát ügyel/készenlétben dolgozik egy héten? ……. óra

13. Szokott-e éjszakás munkarendben dolgozni? 1. igen 2. nem

14. Jelenleg hány munkahelye van?

1. egy
2. kettő
3. három
4. négy
5. ötnél több

Az alábbi állítások jelenlegi vagy legutóbbi munkakörére vonatkoznak. Kérjük, karikázza be mindegyiknél, hogy mennyire fejezi ki az ön munkahelyi helyzetét.

	JELLEMZŐ, ÉS EZ NAGYON ZAVAR	JELLEMZŐ, ÉS EZ ZAVAR	JELLEMZŐ, DE EZ CSAK KEVÉSSÉ ZAVAR	JELLEMZŐ, DE EZ EGYÁLTALÁN NEM ZAVAR	NEM JELLEMZŐ
1. Állandó időzavarral küzdök a nagy munkahelyi terhelés miatt.	5	4	3	2	1
2. Munkám közben gyakran félbe-szakítanak, és sok a zavaró tényező.	5	4	3	2	1
3. Az elmúlt években a munkám egyre több erőfeszítést követel.	5	4	3	2	1
4. Kevés az esélyem arra, hogy munkahelyemen előléptessenek.	5	4	3	2	1
5. Kedvezőtlen változás történt a munkahelyi helyzetemben vagy számíthatok erre.	5	4	3	2	1
6. Állásom bizonytalan.	5	4	3	2	1

	JELLEMZŐ	NEM JELLEMZŐ, DE EZ EGYÁLTALÁN NEM ZAVAR	NEM JELLEMZŐ, DE EZ CSAK KEVÉSSÉ ZAVAR	NEM JELLEMZŐ, ÉS EZ ZAVAR	NEM JELLEMZŐ ÉS EZ NAGYON ZAVAR
7. Főnökeimtől megkapom a megérdemelt megbecsülést.	5	4	3	2	1
8. Erőfeszítéseimért és teljesítményemért megkapom a megérdemelt megbecsülést és elismerést.	5	4	3	2	1
9. Erőfeszítéseim és teljesítményem alapján jó kilátásaim vannak az előléptetésre.	5	4	3	2	1
10. Erőfeszítéseimért és teljesítményemért megfelelő fizetést, jövedelmet kapok.	5	4	3	2	1

Kérjük, karikázza be, hogy mennyire jellemző Önre az alábbi állítások.

	NAGYON JELLEMZŐ	JELLEMZŐ	NEM JELLEMZŐ	EGYÁLTALÁN NEM JELLEMZŐ
11. Az idő szorítása miatt gyakran érzem magam túlterheltnek.	4	3	2	1
12. Amint felébredek, azonnal a munkahelyi problémáimra gondolok.	4	3	2	1
13. Amint hazaérek, könnyen ellazulok, és félreteszem a munkahelyi gondokat.	4	3	2	1
14. A hozzám közel álló emberek szerint túl sok áldozatot hozok a munkámért.	4	3	2	1
15. Nehezen hagy nyugodni a munkám, még lefekvéskor is az jár a fejemben.	4	3	2	1
16. Ha a munkámat másnapra halasztom, nyugtalanul alszom.	4	3	2	1

MBI-HSS

A kérdőív jogdíjas, ezért nem áll módunkban a disszertáció keretei között eredeti formában közölni. Az egyes tételekhez tartozó címkéket az első vizsgálatban közöljük.

Kérjük karikázza be minden állítás után annak a válasznak a számjegyét, amelyik a legjobban leírja az **Ön érzéseit az elmúlt hónap folyamán** az alábbiak szerint:

AZ ELMÚLT HÓNAPBAN	nem jellemző	alig-jellemző	jellemző	teljesen jellemző
1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt	0	1	2	3
2. Semmiben sem tudok dönteni többé	0	1	2	3
3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni	0	1	2	3
4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak	0	1	2	3
5. Annyira aggódom a testi- fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni	0	1	2	3
6. Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni	0	1	2	3
7. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni	0	1	2	3
8. Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok	0	1	2	3
9. Állandóan hibáztatom magam	0	1	2	3

Milyennek ítéli emberi kapcsolatait a munkahelyén? Kérjük, osztályozza 1-5-ig a felkínált válaszlehetőségeket! (Az 1-es jelenti a nagyon rosszat, az 5-ös a nagyon jót.)

1. betegekkel: _____
2. főnökével: _____
3. orvos kollégáival: _____
4. az ápolószemélyzettel: _____
5. a kisegítő személyzettel: _____

Élje bele magát élete egyik nehéz helyzetébe! Az eseményt követő hetekben mennyire jellemezték Önt az alábbi állítások?

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	Jellemző	teljesen jellemző
Próbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem.	0	1	2	3
Engedtem, vagy egyezkedtem, hogy valamilyen jó is származzon a dologból.	0	1	2	3
Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat.	0	1	2	3
A helyzet valamilyen kreatív, alkotó tevékenységre ösztönzött.	0	1	2	3
Más emberként kerültem ki a helyzetből – jó értelemben véve.	0	1	2	3
Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni, szabadságra menni.	0	1	2	3
Evéssel, ivással, dohányzással vezettem le a feszültségemet.	0	1	2	3
Nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbálkoztam.	0	1	2	3
Egy lapra tettem fel mindent, valami nagyon kockázatosba fogtam.	0	1	2	3
Egy általam nagyra tartott baráttól vagy rokontól kértem tanácsot.	0	1	2	3

Az <u>elmúlt hónap</u> során mennyire zavarták Önt az alábbi tünetek?

		egyáltalán nem zavart	kissé zavart	nagyon zavart
a.	Gyomorfájás	0	1	2
b.	Derék- vagy hátfájás	0	1	2
c.	Kar, láb vagy izületi fájdalom (térd, csípő, stb.)	0	1	2
d.	Nőknél: menstruációs görcsök vagy egyéb problémák a ciklus során	0	1	2
e.	Fejfájás	0	1	2
f.	Mellkasi fájdalom	0	1	2
g.	Szédülés	0	1	2
h.	Ájulás-érzés, elgyengülés	0	1	2
i.	Erős vagy szapora szívdobogás	0	1	2
j.	Nehézlégzés, légszomj	0	1	2
k.	Fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során	0	1	2
l.	Székrekedés, híg vagy gyakori széklet	0	1	2
m.	Hányinger, puffadás, bélgázok, emésztési problémák	0	1	2
n.	Fáradtság, energiahiány	0	1	2
o.	Alvással kapcsolatos problémák	0	1	2

3. VIZSGÁLAT

Tisztelt Segítőkész Válaszadó!

A segítségét szeretném kérni egy személyiségvizsgálatban való részvételhez. Arról szeretnék többet megtudni, hogyan gondolkodnak általában az emberek, illetve milyen reakciókat adnak különböző helyzetekben. A kérdőívek a doktori munkám részét képezik. Kitöltésük körülbelül 35 percet igényel, a válaszadás önkéntes, anonim. A kapott adatokat az adatkezelésre vonatkozó rendelkezések figyelembevételével kezelem, és csak csoportos formában értékelem.
Segítségét előre is köszönöm:
Mészáros Veronika

1. Születési év:.....	**2. Nem:** 1. férfi 2. nő
3. Legmagasabb végzettsége: 1. szakmunkásképző, szakiskola 2. szakközépiskolai érettségi 3. gimnáziumi érettségi 4. OKJ 5. főiskolai v. egyetemi diploma 6. Magasabb végzettség (PhD, akadémiai nagydoktori fokozat)	**4. jelenlegi hivatalos családi állapota:** 1. nőtlen, hajadon, 2. házas, és házastársával együtt él, 3. házas, de házastársától külön él, 4. elvált, 5. válóperben van, 6. özvegy, 7. élettársi kapcsolatban él.
5. Lakóhely: 1. Főváros 3. Város 2. Megyeszékhely 4. Község, falu	**6. Gyermekeinek száma:** 1. 0 2. 1 3. 2 4. 3 5. 4 6. 5, vagy több

CTI

A kérdőív jogdíjas, ezért nem áll módunkban a disszertáció keretei között eredeti formában közölni. Az egyes tételekhez tartozó címkéket a harmadik vizsgálatban közöljük.

Az alábbi lista különböző érzéseket és viselkedéseket tartalmaz. Kérem,jelölje be, hogy milyen gyakran érezte, illetve mennyire jellemezték Önt az egyes állítások az elmúlt hét során!

0 = ritkán vagy soha (kevesebb, mint 1 nap)
1 = néha, vagy csak az idő kis részében (1 -2 nap)
2 = gyakran, vagy nagyjából az idő felében (3-4 nap)
3 = nagyon gyakran vagy mindig (5-7 nap)

1	Olyan dolgok miatt nyugtalankodtam, amiért általában nem szoktam aggódni.	0	1	2	3
2	Nem volt kedvem enni, rossz volt az étvágyam.	0	1	2	3
3	Úgy éreztem, hogy nem tudok szabadulni a rosszkedvemtől még családom vagy barátaim segítségével sem.	0	1	2	3
4	Úgy éreztem, hogy ugyanolyan jó vagyok, mint mások.	0	1	2	3
5	Nehezemre esett odafigyelnem arra, amit éppen csinálok.	0	1	2	3
6	Lehangoltnak éreztem magam.	0	1	2	3
7	Úgy éreztem, hogy bármit teszek, minden megerőltető számomra.	0	1	2	3
8	A jövőt reményteljesnek éreztem.	0	1	2	3
9	Úgy gondoltam, hogy az életem hiábavaló, kész kudarc.	0	1	2	3
10	Féltem.	0	1	2	3
11	Nyugtalanul aludtam.	0	1	2	3
12	Boldog voltam.	0	1	2	3
13	Nem voltam annyira beszédes, mint általában.	0	1	2	3
14	Magányosnak éreztem magam.	0	1	2	3
15	Az emberek barátságtalanok voltak velem.	0	1	2	3
16	Élveztem az életet.	0	1	2	3
17	Sírós időszakaim voltak.	0	1	2	3
18	Szomorú voltam.	0	1	2	3
19	Úgy éreztem, hogy az emberek nem szeretnek engem.	0	1	2	3
20	Nem tudtam hozzákezdeni a dolgokhoz.	0	1	2	3

KÖSZÖNÖM SZÉPEN A VÁLASZADÁST!

4. VIZSGÁLAT

Tisztelt Segítőkész Válaszadó!

A segítségét szeretném kérni egy személyiségvizsgálatban való részvételhez. Arról szeretnék többet megtudni, hogyan gondolkodnak általában az emberek, illetve milyen reakciókat adnak különböző helyzetekben. A kérdőívek a doktori munkám részét képezik. Kitöltésük körülbelül 45 percet igényel, a válaszadás önkéntes, anonim. A kapott adatokat az adatkezelésre vonatkozó rendelkezések figyelembevételével kezelem, és csak csoportos formában értékelem.
Segítségét előre is köszönöm:
Mészáros Veronika

Jelige:……..	**6. Lakóhely:** 1. Főváros 3. Város 2. Megyeszékhely 4. Község, falu
1. Születési év:……	**7. Gyermekeinek száma:……**
2. Nem: 1. férfi 2. nő	**8. Egészségügyben töltött évek száma:……**
3. Legmagasabb végzettsége: 1. szakmunkásképző, szakiskola 2. szakközépiskolai érettségi 3. gimnáziumi érettségi 4. főiskolai v. egyetemi diploma	**9. Az egészségügyi ellátás, mely ellátási szintjén dolgozik? (kérjük, csak egyet karikázzon be, a főmunkahely/főfoglalkozás jellegét!)** 1. alapellátás 2. járóbeteg ellátás 3. fekvőbeteg ellátás 4. egyéb:……
4. jelenlegi hivatalos családi állapota: 1. nőtlen, hajadon, 2. házas, és házastársával együtt él, 3. házas, de házastársától külön él, 4. elvált, 5. válóperben van, 6. özvegy, 7. élettársi kapcsolatban él.	**10. Jelenleg hány munkahelye van?** 1. egy 2. kettő 3. három 4. négy 5. ötnél több
5. Az egészségügy mely területén dolgozik: 1. aneszteziológia 2. sebészet 3. belgyógyászat 4. csecsemő- és gyermekgyógyászat 5. neurológia 6. pszichiátria 7. neonatológia 8. rehabilitáció 9. kardiológia 10. tüdőgyógyászat	11. geriátria 12. onkológia 13. endokrinológia 14. szemészet 15. sebészet 16. intenzív 17. fül-orr-gégészet 18. radiológia 19. nőgyógyászat 20. urológia 21. bőrgyógyászat 22. gasztroenterológia 23. nefrológia 24. diabetológia 25. reumatológia 26. ortopédia 27. egyéb, éspedig:…… …… ……..
11. Átlagosan hány órát tölt munkával egy nap hétköznap (ügyelet/készenlét nélkül)? ……óra	
12. Átlagosan hány órát tölt munkával egy nap hétvégén (ügyelet/készenlét nélkül)? ……óra	
13. Hány órát ügyel/készenlétben dolgozik egy héten? …… Óra	
14. Szokott-e éjszakás munkarendben dolgozni? 1. igen 2. nem	

Az alábbi állítások jelenlegi vagy legutóbbi munkakörére vonatkoznak. Kérjük, karikázza be mindegyiknél, hogy mennyire fejezi ki az ön munkahelyi helyzetét.

	JELLEMZŐ, ÉS EZ NAGYON ZAVAR	JELLEMZŐ, ÉS EZ ZAVAR	JELLEMZŐ, DE EZ CSAK KEVÉSSÉ ZAVAR	JELLEMZŐ, DE EZ EGYÁLTALÁN NEM ZAVAR	NEM JELLEMZŐ
1. Állandó időzavarral küzdök a nagy munkahelyi terhelés miatt.	5	4	3	2	1
2. Munkám közben gyakran félbeszakítanak, és sok a zavaró tényező.	5	4	3	2	1

	JELLEMZŐ, ÉS EZ NAGYON ZAVAR	JELLEMZŐ, ÉS EZ ZAVAR	JELLEMZŐ, DE EZ CSAK KEVÉSSÉ ZAVAR	JELLEMZŐ, DE EZ EGYÁLTALÁN NEM ZAVAR	NEM JELLEMZŐ
3. Az elmúlt években a munkám egyre több erőfeszítést követel.	5	4	3	2	1
4. Kevés az esélyem arra, hogy munkahelyemen előléptessenek.	5	4	3	2	1
5. Kedvezőtlen változás történt a munkahelyi helyzetemben vagy számíthatok erre.	5	4	3	2	1
6. Állásom bizonytalan.	5	4	3	2	1

	JELLEMZŐ	NEM JELLEMZŐ, DE EZ EGYÁLTALÁN NEM ZAVAR	NEM JELLEMZŐ, DE EZ CSAK KEVÉSSÉ ZAVAR	NEM JELLEMZŐ, ÉS EZ ZAVAR	NEM JELLEMZŐ ÉS EZ NAGYON ZAVAR
7. Főnökeimtől megkapom a megérdemelt megbecsülést.	5	4	3	2	1
8. Erőfeszítéseimért és teljesítményemért megkapom a megérdemelt megbecsülést és elismerést.	5	4	3	2	1
9. Erőfeszítéseim és teljesítményem alapján jó kilátásaim vannak az előléptetésre.	5	4	3	2	1
10. Erőfeszítéseimért és teljesítményemért megfelelő fizetést, jövedelmet kapok.	5	4	3	2	1

Kérjük, karikázza be, hogy mennyire jellemző Önre az alábbi állítások.

	NAGYON JELLEMZŐ	JELLEMZŐ	NEM JELLEMZŐ	EGYÁLTALÁN NEM JELLEMZŐ
11. Az idő szorítása miatt gyakran érzem magam túlterheltnek.	4	3	2	1
12. Amint felébredek, azonnal a munkahelyi problémáimra gondolok.	4	3	2	1
13. Amint hazaérek, könnyen ellazulok, és félreteszem a munkahelyi gondokat.	4	3	2	1
14. A hozzám közel álló emberek szerint túl sok áldozatot hozok a munkámért.	4	3	2	1
15. Nehezen hagy nyugodni a munkám, még lefekvéskor is az jár a fejemben.	4	3	2	1
16. Ha a munkámat másnapra halasztom, nyugtalanul alszom.	4	3	2	1

CTI

A kérdőív jogdíjas, ezért nem áll módunkban a disszertáció keretei között eredeti formában közölni. Az egyes tételekhez tartozó címkéket a harmadik vizsgálatban közöljük.

MBI-HSS

A kérdőív jogdíjas, ezért nem áll módunkban a disszertáció keretei között eredeti formában közölni. Az egyes tételekhez tartozó címkéket az első vizsgálatban közöljük.

KÖSZÖNÖM SZÉPEN A VÁLASZADÁST!