

**Pécsi Tudományegyetem Bölcsészet- és Társadalomtudományi Kar
Pszichológia Intézet**

**MUNKAHELYI STRESSZ AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK
KÖRÉBEN**

2022.



KONZULENS:
Dr. Czibor Andrea

KÉSZÍTETTE:
Csabai Orsolya (AVX94I)
Pszichológia szak, BA III. évfolyam

Tartalomjegyzék

Absztrakt.....	4
1. Bevezetés	5
1.1. Munkahelyi stressz.....	5
1.2. Munkahelyi stressz prediktorai (stresszorok).....	7
1.2.1. Mennyiségi- és minőségi túlterhelés, mint stresszor.....	7
1.2.2. Munkafeltétel, veszélyes munkakörnyezet.....	8
1.3. Munkahelyi stressz az egészségügyi dolgozók körében	9
1.4. Munkahelyi stressz okozta következmények	10
1.4.1. Munkahelyi és a nem-munkahelyi stressz kapcsolata.....	10
1.4.2. Munkahelyi stressz kapcsolata az általános egészségi állapottal és a mentális jóléttel.....	10
1.5. Munkahelyi stressz az egészségügyben dolgozók körében COVID-19 idején.....	11
1.6. Hipotézisek.....	12
2. Módszer	13
2.1. Résztvevők	13
2.2. Vizsgálati eszközök.....	14
2.2.1. Demográfiai adatok	14
2.2.2. A Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (COPSOQ II).....	14
2.2.3. Koronavírushoz kötődő skála.....	16
2.3. Vizsgálat menete	16
3. Eredmények	17
4. Megvitatás	21
4.1. Limitációk	25

4.2. Végző konklúzió, kutatási kitekintés.....	25
5. Irodalomjegyzék.....	26
6. Mellékletek.....	30
6.1. Résztvevők 2018-19-ből	30
6.2. Résztvevők 2021-ből.....	31
6.3. Eredmények.....	33
6.3.1. Első hipotézis	33
6.3.2. Második hipotézis	33
6.3.3. Harmadik hipotézis	34

Absztrakt

A dolgozat fő témája és célja az egészségügyi szférában dolgozók stressz terheltségének és pszichés jóllétének vizsgálata a koronavírus járvány előtti és koronavírus járvány alatti időszak összehasonlításában. Hipotéziseim, hogy az egészségügyi dolgozók magasabb munkahelyi stresszt élnek át a koronavírus járvány ideje alatt, mint a járványhelyzet előtt, illetve, hogy a munkahelyi stressz mértéke és a koronavírusról való félelem egyértelmű kapcsolatot mutat a dolgozók szubjektív egészségügyi állapotával és jóllétével. A vizsgálathoz két adatfelvétel készült, az első adatfelvétel 2018-2019-ben történt, a második pedig 2021-ben a COVID-19 járványhelyzet harmadik hullámában zajlott. A 2018-2019-es adatfelvétel során önkéntesen 101 egészségügyi dolgozó töltötte ki a kérdőívet (83 nő és 18 férfi) A 2021-es adatfelvétel során önkéntesen 104 egészségügyi dolgozó vett részt (88 nő és 16 férfi) a vizsgálatban. A kutatásban a Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (COPSOQ II) kerül alkalmazásra, valamint egy skála, amely a koronavírussal kapcsolatos attitűdöt méri. Az eredmények azt mutatják, hogy az egészségügyi dolgozók körében munkahelyi stressz kapcsolatban áll a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (általános egészségi állapot, kiégés, alvászavar) a COVID-19 járványhelyzet harmadik hullámának idején, ellenben a koronavírusról való félelemmel, amivel nem találtam összefüggést ugyanezen változókkal. Továbbá nincs különbség az egészségügyi dolgozók körében a járványhelyzet előtti és alatti időszak között a munkahelyi stressz tekintetében. A kapott eredmények mögött álló lehetséges okok a dolgozatban kifejtésre kerülnek.

Kulcsszavak: munkahelyi stressz, egészségügyi dolgozók, koronavírus, jóllét

1. Bevezetés

Napjainkban jelentős teher tevődik az egészségügyi dolgozókra, hiszen a koronavírus okozta nehézségeket ők tapasztalják meg leginkább a társadalomban. Bizonyosan mindenki számára ismerős az, amikor valamilyen oknál fogva egy egyén nem érzi jól magát a munkahelyén, abban a környezetben, ahol az otthona után a legtöbb időt tölti el élete során. A legtöbb esetben ezeket stresszorok váltják ki az emberekből, amelyek kellemetlen érzéseket okoznak és súlyos szövődményei is lehetnek, amit ebben az esetben munkahelyi stresszként definiálok dolgozatomban. Fontosnak tartom a jelenség vizsgálatát, hiszen tudományos ismeretek jegyében könnyebb lehet a megküzdés a felmerülő stresszhelyzetekkel, esetemben az egészségügyi dolgozók körében. A stressz kapcsolatban van számos betegség, általános egészségromlás kialakulásával. Munkám során definiálom a munkahelyi stressz fogalmát, kitekintést teszek a stressz prediktoraira, mint például a minőségi- és mennyiségi túlterheltség és a veszélyes munkakörnyezet. Utánajárok, hogy a munkahelyi stressz milyen mértékű elváltozást mutat a vírus előtt és utáni időszakban, s végül azt, hogy milyen hatása van a személy magánéletére és az általános egészségügyi állapotára a munka során átélt stressz faktor.

1.1. Munkahelyi stressz

Selye (1983) szerint a stressz a szervezet nem specifikus válasza a megterhelésre. Ennek okán a szervezetre ható külső erőket stresszoroknak nevezzük (Juhász, 2002). A stressz-stresszor mellett fontos kiemelni a megterhelés-igénybevétel fogalmakat. A megterhelés lényegében minden külső hatást és a szervezet belső változásának következményeit magába foglalja, ezzel azt elérve, hogy befolyásolja az egyén szervezetének alkalmazkodási mechanizmusait. Összességében elmondható, hogy a pszichológiai stressz akkor jön létre, ha az egyénnek olyan helyzettel kell megbirkóznia, amit saját belátása szerint nem tud orvosolni a rendelkezésére álló erőforrásokból. A pszichológiai stressz külön értelmezendő a fizikai stressztől, ami lényegében sebesülés következtében jön létre, leginkább külső tényező hatására, ilyen például az ütés és a vérveszteség (Juhász, 2002). Dolgozatom további részét a pszichológiai stressz képezi majd. Selye (1983) elgondolása szerint az alkalmazkodás kulcsfontosságú tényező a stressz értelmezéséhez. Tehát azt írja le, hogy minél erősebb a stressz faktor, annál nagyobb alkalmazkodás szükséges a személy számára. Példaképp szemléltetve, stressznek nem tekinthetők olyan feladatok, amelyeket a személy könnyedén, megerőltetés nélkül meg tud oldani. Viszont, ha arról számol be az egyén, hogy jelentős megterhelést jelent

számára az adott fennálló probléma, akkor már igencsak stresszről beszélhetünk. A munkahely ideális esetben minden ember számára az a környezet, ahol az otthona után a legtöbb időt eltölti. Példaképp szemléltetve, munkahelyi környezetben a munkatársak között is fellelhető az a jelenség, hogy egy dolgozónak nem jelent megterhelést egy adott feladat, míg a másiknak pedig igen. Ez abból fakad, hogy mindannyian mások vagyunk, különbözik a személyiségünk, tudásunk, tapasztalatunk a másikhöz képest. Ami az objektív megítélésnél is fontosabb a szubjektív látásmód, tehát az, ahogyan a személy látja, megéli és vélekedik a helyzetről. Valójában ez a faktor, ami döntően hatással van a stresszel való megküzdésre. A feladattal való könnyebb boldogulás feltételezhetően kisebb mértékű stresszel is jár (Juhász, 2002).

Említésre méltóak azok a dolgozók, akik nem megfelelően megszervezett szervezetnél dolgoznak, ugyanis ők azok, akik nagyobb eséllyel áldozattá válnak a munka káros pszichikai, egészségügyi és szociális hatásainak. Ilyen legmeghatározóbb faktor a stressz, utána követi a munkával való elégedetlenség, később a pszichoszomatikus tünetek kialakulása és végül, de nem utolsó sorban a pályaelhagyás (Cavanagh, 1992). A pszichoszociális munkakörnyezet legfontosabb jellemzője a munkahelyi stressz. Emellett az egészségügyben dolgozók kiemelten magas stresszhatásnak vannak áldozatul kitéve, ezen belül a nővérek munkája az, ami az egyik legmagasabb stressz szinttel rendelkezik (Olkinuora és Lrappänen, 1987).

A munkahelyi stressz egy komplex jelenség, aminek számtalan oka lehet. Fontos a munkahelyi stressz-szintjének mérése, ugyanis ennek alapján a munkahely veszélyeztetettség definiálása lehetővé válik. Ennek okán elengedhetetlen a stressz forrásának kiderítése. A munkahelyi stressz ezek értelmében a munkahelyi környezet és a személy közötti kapcsolat kölcsönhatásából keletkezik (Juhász, 2002). A Michigan modell azt írja le, hogy a munkahely két legveszélyesebb tényezővel rendelkezik pszichoszociális szempontból. Az egyik, aminek okán kialakulhat a munkahelyi stressz az az, amikor eltérés észlelhető a munkahelyi elvárás és a személy rendelkezésére álló erőforrása között. A másik ok pedig az, amikor a munkahely nem ad elég lehetőséget arra, hogy az egyén elérhesse céljait, vagy, hogy fejlődni tudjon. Ami enyhítést jelent a munkahelyi stressz szempontjából, az a társas támogatás (Fenlason és Beehr 1994). Kutatásokkal alátámasztották, hogy a társas támogatás döntő sikerrel csökkenti a szorongást, a munkahelyi stresszt (Stechmiller és Yarandi, 1993). Viszont itt fontos megjegyezni azt, hogy a társas támogatás az elsősorban nem attól függ, hogy megkapja-e az adott személy, hanem attól, hogy az igényeihez mérten részesedik-e, tehát szubjektív módon kell megközelíteni ezt a jelenséget (Piko, 2000).

1.2. Munkahelyi stressz prediktorai (stresszorok)

Stresszoroknak nevezzük azokat a szervezetre ható külső erőket, körülményeket, amelyek a stresszállapot jeleit magával hordozzák, általában ezek kellemetlen hatást gyakorolnak mind a testre, mind a lélekre (Juhász, 2002). Szinte bármi lehet stresszor, ez mindössze az egyén szubjektív megítélésétől függ, hogy mit tekint annak. Selye csoportosította a stresszorokat aszerint, hogy pozitív vagy negatív hatást fejtenek ki. Az egyik az eustressz, ami lényegében az önbeteljesítés stressze, célja, hogy az egyént a számára fontosnak tartott képességeinek használatára ösztönözze, illetve fejlődésre motiválja. A distressz az, amit hatása miatt negatívként definiálunk. Alkalmazása akkor lép fel, ha nem tudunk megküzdeni az előttünk álló helyzettel, problémával a meglévő képességeinkkel, s nincs is lehetőségük újak szerzésére. Hosszútávú mellékhatása testi, illetve lelki károsodásokhoz vezethet (Kahn és Byosiere, 1992). A stresszoroknak van egy olyan csoportosítása, ami az inger erősségének jellemzésére épül. Tényként állapíthatjuk meg, hogy a túl kevés, illetve a túl sok ingerlés ugyanúgy stresszkeltő hatással bír (Selye, 1983). A túl kevés inger az unalom miatt válik stresszhelyzetté, a túl magas pedig a magas arousal szint miatt. Példa a magas ingerlési szintre az lehet, amikor egy pizzériában dolgozunk, ahol minden percben csörög a telefon, közben folyamatosan figyelniük kell arra is, hogy a kemencében lévő pizzákat időben kivegyük, hogy meg ne égjenek. Eközben a harmadik gondolatunk azon van, hogy felpakoljuk a feltétes dobozokat, mindeközben a háttérben a főnök minden pillanatunkat lesi és láthatólag a munkatársaink is szemmel tartanak bennünket, hogy megfelelően végezzük-e a munkát. Ezek mellett még frusztrálhat a magánéletben bennünket az is, hogy a gyermekünk bukásra áll az iskolában egy tárgyról, a férjünk pedig alkoholista. Igen, az előbb felsorolt munkakörnyezet, életmód eléggé stresszkeltő hatású, ám azt sem szabad elfelejteni, hogy bolti eladóként sem mindenki dolgozna szívesen úgy, hogy egész nap egy ember sem környékezi meg az üzletet, ugyanis az unalom jelentős stresszkeltő hatással bírhat. A következő alfejezetekben néhány releváns munkahelyi stresszort fogok ismertetni.

1.2.1. Mennyiségi- és minőségi túlterhelés, mint stresszor

Mennyiségi túlterhelésről vagy alulterhelésről akkor beszélünk, ha egy személy túl sok, vagy épp túl kevés feladatot kap egy bizonyos időszakon belül. Számos kutatás foglalkozik az adott jelenséggel, melyek azt találták, hogy kapcsolatban áll a szívinfarktus előfordulásának

kockázatával. A minőségi túlterheltség alatt az értendő, amikor az illető túlságosan bonyolult feladatot kap a munkahelyén. Ennek kóros következménye, hogy csökken a személy önértékelése. A minőségi alulterheltség szinte azonos módon kellemetlen hatású, amikor monoton, túl egyszerű, ismétlődő, rutinszerű a munkafeladat. Számos kutatás alátámasztja, hogy ez a faktor is negatív hatással van az egészségügyi állapotra (Juhász, 2002).

1.2.2. Munkafeltétel, veszélyes munkakörnyezet

A nem megfelelően biztosított munkafeltétel is lehet jelentős stresszor, például, ha nincsen lehetőség olyan eszközök beszerzésére, ami megkönnyítené a munkavégzést. Befolyásoló stresszor lehet még az is, ha az egyénnek nincs beleszólása abba, hogyan végzi munkáját, esetleg milyen eszközökkel tud jól és hatékonyan teljesíteni. Kimondottan káros hatásúak ezek a nem megfelelő faktorok, mind testileg, mind lelkileg. Ezek olyan dehumanizáló munkafeltételek lehetnek, mint például a fentebb említett minőségi alulterheltség. A munkafeltételek akkor is stresszt keltenek az illetőben, ha veszélyes munkakörnyezetben kell dolgoznia, ilyen például a mentőtiszt hivatás, a rendőr vagy tűzoltó munkája. Ez a három munkakör olyan szinten is káros az egészségre, hogy felborítja az ember napszaki biológiai ritmusát is, s ez a ritmusfelborulás lehet az okozója számos betegség kialakulásának, illetve magával hozza a szociális életből való kimaradást is (Juhász, 2002).

Egy munkakörnyezetben lehetnek fizikai stresszorok, mint például a hő, a zaj, a szennyezett levegő, az erős vegyszerek szaga, a nem megfelelő világítás, a túlzsúfoltság, a fiziológiai szükségletek kielégítésének akadályozottsága (pl. szabályozva van a mosdóba járás). Persze egyénenként és munkakörnyezettől függően változik az, hogy ki mennyire tudja tolerálni ezeket a kellemetlen tényezőket. Viszont az emberek hajlamosak hozzászokni, megbékélni ezekkel a faktorokkal egy idő után, bár ettől függetlenül ugyanúgy káros hatásúak (Smith, 1993). Ma a munkahelyeken a leggyakoribb fizikai stresszor a zaj, melynek a hallószervre gyakorolt pszichés, illetve vegetatív hatása maradandó károsodást okozhat. A vegetatív befolyásolás döntően megváltoztathatja a keringési rendszer mechanizmusát, ezáltal keringési betegségek alakulhatnak ki. Szubjektív szempontból a zaj kellemetlen, így következményképp a teljesítmény csökkenésével járhat. A kellemes háttérzene egyre népszerűbb különböző munkahelyeken, viszont nem kimondottan növeli a termelékenységet, annak ellenére, hogy a dolgozó mégis azt hiszi, hogy jótékony hatással van a teljesítményére (Klein, 2000).

Kutatások bebizonyították, hogy fokozott fizikai és szellemi megterhelést átélő munkahelyen a valódi problémát és kellemetlenséget nem is a feladatvégzés jellege adja, az

úgynevezett veszélyhelyzetek, mivel ezekre előzetesen fel vannak készülve az ott dolgozók, hanem a nem megfelelő formális és informális kapcsolatrendszer (Kaufmann és Beehr, 1989).

1.3. Munkahelyi stressz az egészségügyi dolgozók körében

Kutatásomban, melynek témája a munkahelyi stressz az egészségügyi dolgozók körében, szeretném azt kiemelni, hogy jelentősen a nővérek, ápolók helyzetét részletezem majd a továbbiakban.

Az egészségügyben dolgozó személyek vannak a legmagasabb stresszhatásnak kitéve a munkájuk által, szűkebb meghatározásban a nővéri munka az a tevékenység az egészségügy területén belül, ami a legmagasabb stressz szintet eredményezi (Lepannen és Olkinoura, 1987, idézi Pikó, 2001). Lényegében ez abból az ápolási tevékenységből következik, hogy általában három műszakban dolgoznak a szakemberek, ami alatt egy igen markáns, megterhelő munkát végeznek el. Ehhez még hozzátartoznak a pszichoszociális stresszorok, amelyek a következők: a magas felelősségtudat, az érzelmi megterhelést jelentő helyzetek és a beosztások miatt létrejövő szerepkonfliktusok (Wheeler és Riding, 1994). Ezek következményeképp nem ritka a „burnout” tünetegyüttes kialakulása, ami egy túlzott stresszterheltségből kialakuló rendellenesség. Magában hordozza a fizikai, érzelmi és mentális kimerültségét (Maslach, 1982). A nővéri pályában a sok stressz miatt igen magas a fluktuáció és a pályaelhagyók aránya. A nővérek munkaelégedettsége nagyon alacsony, abból az okból, hogy társadalmilag nincs elismerve a munkájuk fontossága. Arról nem is beszélve, hogy kitettségük anyagilag sincs kellőképpen honorálva, s sajnos a felsőfokú ápoló képzés sem jelent ebből a problémából jelentős kitörést (Pikó, 1999b). Az egészségügyi dolgozók körében a pszichoszociális munkakörnyezet egyik kiemelkedő jellemzője az érzelmi megterhelést jelentő pszichikai problémák fellépése. A nővérek feladatkörébe az is beletartozik, hogy a betegeket folyamatosan támogassák érzelmileg, motiválják a gyógyulásra. Ez tulajdonképpen kulcsfontosságú elem, ha lelkiismeretes munkát kívánnak végezni, viszont ez valamilyen mértékig önfeláldozás a részükről, hisz pszichikai szempontból megterhelést jelent (Small, 1995). Ebből eredményeztetve nevezik meg sokszor az ő feladatkörüket leginkább munka helyett hivatásnak. A nővéri munka okozta stresszhatás semlegesítését jelentené a társas támogatás, ám ennek hiánya fokozottan jelen lehet van munkahelyükön (Fenlason és Beehr, 1994). Ezen tényezők mind hatnak az egészség és önértékelés romlására is, azok a személyek, akik gyakoribb tünetekről tesznek tanúságot, azok saját általános egészségügyi állapotukat is rosszabbnak ítélik meg (Pikó, 2001).

1.4. Munkahelyi stressz okozta következmények

Alapvető pszichofiziológiai tényként állíthatjuk, hogy a stressz csökkenti az immunrendszer hatékonyságát. Ám az immunrendszer és a stressz kapcsolata meglehetősen bonyolult folyamat. Összességében elmondható az, hogy a súlyos, egyszeri stresszorok nagy valószínűséggel immundeficittel végeznek, kivételt képez az, amikor a személy idővel képes megküzdeni ezekkel a súlyos, megpróbáltató helyzetekkel. Az apró, mindennapi bosszúságok nem járnak ekkora terheltséggel az immunrendszer számára, sőt egyes kutatások szerint kedvezőek lehetnek az immunműködésre. A munkahelyi stressz a személy teljesítménycsökkenéséhez vezet (Juhász, 2012).

1.4.1. Munkahelyi és a nem-munkahelyi stressz kapcsolata

Számos kutatás kimutatta, hogy a munkahelyi és a nem-munkahelyi stressz kapcsolatban van egymással. Az otthon átélt magánéleti problémák fokozhatják a munkahelyi stresszt, és ez fordítva is ugyanúgy helytálló: a munkahelyi nehézségek növelhetik az otthon megélt stresszt (Klitzman és mtsai, 1990, idézi Juhász, 2012). Ezek a faktorok képesek megnövelni a munka és család közötti nézeteltéréseket, főleg a munkahelyi stresszorok vannak döntő hatással a konfliktusok kialakulására. A munkahelyi, illetve az otthon átélt stresszorok egyaránt káros hatással vannak a fizikai és a mentális egészségre is. A legveszélyeztetettebbek talán a gyermekes dolgozó anyák, akik jelentős megterhelés alá vannak téve (Juhász, 2012). Arnold és mtsai., (1995) azt írják le, hogyha egy dolgozó nőknek minél több gyermeke van, annál valószínűbb, hogy szívkoszorúér megbetegedést tapasztal. Viszont összességében elmondható, hogy a legelőnyösebb, ha egy nő egyszerre többféle szerepet tölt be, annál, mint aki csak egyet (pl. otthon háziasszony) (Juhász, 2012). Mai napig vitatott az a gondolat, hogy melyik az egészségre ártalmasabb faktor a munkahelyi vagy nem-munkahelyi stressz közül.

1.4.2. Munkahelyi stressz kapcsolata az általános egészségi állapottal és a mentális jóléttel

Az egészségügyi állapot egy komplex fogalom, amit a legjobb bio-pszichoszociális módon elemzés alá vetni. A pszichoszomatikus tünetek közé leggyakrabban a fejfájást, krónikus fáradtságot és az alvási zavarokat soroljuk (Armenian, Halabi, és Khlat, 1989). Melynek okai lehetnek a munkahelyen átélt stresszes helyzetek. A pszichoszomatikus tüneteket általában pszichikai vagy szociális problémák idézik elő, melyik szomatizáció formájában

jelenhetnek meg a mindennapokban (Katon, Kleinman, és Rosen, 1982). Ezen tünetek háttérében a legtöbb esetben pszichoszociális stresszterhelés áll, melyeknek jelentkezései nem feltétlenül utalnak szervi elváltozásokra, ám mindenképpen az általános egészségi állapot ciklusának a megbomlását eredményezi (Pikó, 1996). A leggyakoribb tünetet képezi a regisztrált, illetve a tanuló nővérek körében a fáradtságérzet és a kimerültség (Pikó, Barabás, és Boda, 1995). Az alvási zavarok és a gyakori fejfájás is gyakran a vezető tünetek között szerepelnek (Pikó, 1999a). Hát- és derékfájdalom szintén előfordul, ami nem csak a helytelen életmódra utal, de a stressz felhalmozódására is egyaránt (Leino, 1989). Megállapítható tény, hogy a nővérek igen magas munkahelyi stresszt élnek át, melynek hatására veszélyeztetve van az egészségük. Összességében elmondható, hogy a munkahelyi stressz káros hatással van az általános egészségi állapotra nézve (Pikó, 2001).

1.5. Munkahelyi stressz az egészségügyben dolgozók körében COVID-19 idején

A COVID-2019 világjárvány elterjedése a világ lakosságát és egyben az egészségügyi dolgozókat is olyan kihívások elé állította, amire eddig nem volt példa. A járvány következménye nem csak a szomatikus elváltozások jelenléte, hanem a mentális egészséget jelentősen károsító hatása is (Kuling és mtsai., 2020). A pandémia 2019-ben ütötte fel a fejét Kína Wuhan tartományában, amit koronavírusként (COVID-19) neveznek meg világszerte. Az Egészségügyi Világszervezet 2020. január 30-án jelentette ki, hogy egy olyan népegészségügyi vészhelyzet állt fel, amelynek globális jelentősége van (Torales, O'Higgins, Castaldelli-Maia, és Ventriglio, 2020). A járvány több tíz millió emberi életet követelt már meg, s emellett még a mentális károsodás is jelentős aggodalomra ad okot (Talevi és mtsai., 2020). A vírus súlyos szervi betegségeket idéz elő, akár kétoldali tüdőgyulladást, vagy legrosszabb esetben halált is okozhat.

Az egészségügyi védekezések, mint például a karanténok, kijárási tilalmak markánsan az emberek elszigetelését eredményezte. Különböző kutatások azt találták, hogy ezek az elrendelt intézkedések a pszichofizikai stresszt szignifikánsan megnövelték a kontrollcsoporthoz képest (Srivatsa és Stewart, 2020). Az egészségügyi dolgozók körében is meghatározó a megfertőződéstől való félelem, legutóbb 2003-as szingapúri járvány és a 2015-nem megjelent MERS-Cov során tapasztaltak hasonló pszichiátriai tüneteket, észlelhető volt sok esetben a személyzet körében a poszttraumás stressz zavarának tünetei is (Lee, Kang, Cho, Kim és Park, 2018). A különböző mentális problémák megnehezítik az egészségügyi dolgozók munkáját, még nagyobb megterheltség tevődik rájuk, valamint a saját általános jóllétükre is tartós hatással

lehet (Kang és mtsai., 2020). A járvány idején az egészségügyi dolgozóknak felelősségtudatos és professzionális munkavégzésre törekednek, ám a szomorú igazság az, hogy ezzel kockára teszik az életüket (Catton, 2020). A COVID-19 elleni harcban az egészségügyi dolgozók fő tényezői, amik befolyásolják a mentális egészségüket, az az alvási állapot, a stressz, és az önhatékonyság (Mo és mtsai., 2021). A nővérek nagy érzelmi stresszt tapasztalnak a vírus berobbanása óta mindennapi munkájuk alkalmával. Megállapították, hogy a kínai ápolóknál a szorongás szignifikánsan magasabb, mint az átlagos népességé (Gao és mtsai., 2012).

1.6. Hipotézisek

Összességében elmondható, hogy a munkahelyi stressz az egészségügyi dolgozók körében igen markánsan megfigyelhető jelenség, amit az eddigi kutatások alá is támasztottak. Ennek függvényében *az első hipotézisem*, hogy az egészségügyi dolgozók körében a munkahelyi stressz összefüggésben van a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (az általános egészségi állapottal, a kiégéssel és az alvászavarokkal) a COVID-19 járvány harmadik hullámának idején. *A második feltevésem* az, hogy a koronavírusról való félelem mértéke korrelál a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (az általános egészségi állapottal, kiégéssel és az alvászavarokkal) az egészségügyi dolgozók körében a COVID-19 járvány harmadik hullámának idején. *A harmadik hipotézisem* megfogalmazása pedig az, hogy van különbség az egészségügyi dolgozók körében a koronavírus járványhelyzet előtti és alatti időszak között a munkahelyi stresszt tekintetében.

2. Módszer

2.1. Résztvevők

Vizsgálatomban a résztvevőket két adatfelvétel során vontam be, az első adatfelvétel 2018-2019-ben történt, a második pedig 2021-ben a COVID-19 járványhelyzet harmadik hullámában zajlott. A kitöltőket két nagyobb adatfelvétel során szereztem, s kizárólag csak egészségügyi dolgozók, tanárok, kereskedők, illetve vendéglátásban dolgozó személyek vehettek részt a kitöltésben. Kutatásomban csak az egészségügyi dolgozókat vizsgáltam, így a résztvevők további bemutatását róluk részletezem.

A 2018-2019-es adatfelvétel során önkéntesen 101 egészségügyi dolgozó töltötte ki a kérdőívet, ebből 83 nő (82,2%) és 18 férfi (17,8%). A kitöltők iskolai végzettségét tekintve 66 (65,3%) egyén rendelkezik felsőfokú végzettséggel, középfokúval 34 (33,7%) személy, alapfokúval pedig 1 (1,0%) személy. A minta pozíció szempontjából úgy oszlott meg, hogy 77 résztvevő (76,2%) nem vezetői pozícióban dolgozik, 21 személy (20,8%) középfővezetői pozícióban dolgozik, míg 3 egyén (3,0%) felsővezetői pozíciót tölt be. A minta életkori eloszlása arányos (lásd 1. táblázat).

<i>Életkori eloszlás</i>	Gyakoriság	Százalék
Összesen	101	100%
18-25	23	22,8%
26-35	15	14,9%
36-45	20	19,8%
46-55	27	26,7%
56-65	13	12,9%
66-	3	3%

1. táblázat. A 2018-2019-es minta életkori eloszlását a következő táblázat szemlélteti.

A 2021-es adatfelvétel során önkéntesen 104 egészségügyi dolgozó vett részt, ebből 88 nő (84,6%) és 16 férfi (15,4%). A kitöltők iskolai végzettségét tekintve 62 (59,6%) egyén rendelkezik felsőfokú végzettséggel, középfokúval 40 (38,5%) személy, egyéb iskolai végzettséggel pedig 2 (1,9%) személy rendelkezik. A minta pozíció szempontjából úgy oszlott

meg, hogy 86 résztvevő (82,7%) nem vezetői pozícióban dolgozik, 16 személy (15,4%) középvezetői pozícióban dolgozik, míg 2 egyén (1,9%) felsővezetői pozíciót tölt be. A minta életkori eloszlása a 2. táblázatban látható.

Életkori eloszlás	Gyakoriság	Százalék
Összesen	104	100%
18-25	15	14,4%
26-35	21	20,2%
36-45	25	24,0%
46-55	30	28,8%
56-65	12	11,5%
66-	1	1%

2. táblázat. A 2021-es minta életkori eloszlását a következő táblázat szemlélteti.

A minta nem tekinthető reprezentatívnak a magyar lakosságra nézve, de a megfelelő elemszám miatt az összefüggések és különbségek vizsgálata megfelelő módon elvégezhető. A résztvevők nem beavatottak, informált beleegyező nyilatkozatukat adták a kitöltés előtt. Anonimitásuk felől biztosítottuk őket a kérdőív kitöltése előtt. (lásd 1. számú melléklet).

2.2. Vizsgálati eszközök

2.2.1. Demográfiai adatok

A kérdőívcsomag elején rákérdeztem a kitöltők olyan demográfiai adataira, mint például a nem, életkor, iskolai végzettség, a munkahelyének működési területére, pozíciójára. Ezek közül kutatásomban minden demográfiai adatot relevánsan kezeltem.

2.2.2. A Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (COPSOQ II)

Számos nemzetközi és hazai kutatás igazolja, hogy a munkahelyi stressz negatív hatással van az egészségre. A munkavállalók munkahelyi biztonságának és egészségvédelmének céljául

a Munkavédelmi Törvény 2008. január 1-től azt fogalmazta meg, hogy a munkáltató felelőssége és egyben kötelessége a pszichoszociális kockázatok felmérése és megelőzése a szervezeten belül (1993. évi XCIII. törvény (Mvt.) 87. § 1/H.). A COPSOQ kérdőív (Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II; Copenhagen Psychosocial Questionnaire II) megalakulásának célja az volt, hogy egy tudományosan megalapozott kérdőív szülessen arra, amit már korábbi elméletek és kutatási tapasztalatok alátámasztottak a témával kapcsolatban (Nistor és mtsai., 2015). A kérdőív koncepciója azon alapul, hogy felmérje a szervezetek bizonyított pszichoszociális kockázati tényezőket, valamint, hogy minden iparágban és foglalkozási ágazatban alkalmazható legyen, ezzel elősegítve a problémák megfogalmazását, azonosítását, kommunikációját (Kristensen, 2010; Kompier, 2003; Pejtersen, Kristensen, Borg, és Bjorner, 2010). Tehát összességében a COPSOQ II kérdőív hazai adaptációja 28 alskálát tartalmaz, 92 kérdést, valamint 7 fő dimenzió mentén vizsgálja a munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezőket és az egészségi állapotot. A válaszadásnál a kérdések többségénél ötfokú Likert-skálán adhatnak választ a kitöltők (mindig, gyakran, időnként, ritkán, soha/ szinte soha, illetve: nagyon nagy mértékben, nagymértékben, valamelyest, kismértékben, nagyon kis mértékben). Az egészségi állapotot és a jóllétet mérő dimenzióknál másképp alakulnak a válaszlehetőségek: állandóan, az idő nagy részében, az idő egy részében, az idő kis részében, egyáltalán nem). A kérdőív 12., 15., 52., 54. és 55. tételei fordítottan pontozandók (Nistor és mtsai., 2015).

A vizsgálatomban a következő 4 alskálát alkalmaztam: a kiégést, a munkahelyi stresszt, az önbecsült egészségi állapotot, valamint az alvászavarokat. A kiégés alskála azt térképezi fel, hogy a válaszadó mennyire kimerült a munkavégzése által (pl. item: Milyen gyakran érezte magát kimerültnek?). A munkahelyi stressz alskála azt méri, hogy az egyén mennyire észleli stresszesnek a munkakörnyezetét, munkavégzését (pl. item: Kerül-e Ön munkája folytán olyan helyzetekbe, melyek érzelmileg zavaróak, felkavaróak?) Az önbecsült egészségi állapot alskála azt méri, hogy a kitöltő hogyan észleli, hogyan ítéli meg egészségi állapotát (pl. item: Összességében hogyan jellemezné Ön az egészségi állapotát?). Az alvászavarok alskála azt térképezi fel, hogy a vizsgálati személy milyen minőségben tud aludni (pl. item: Milyen gyakran aludt rosszul, nyugtalanul?).

A COPSOQ II magyar nyelvű adaptációja jó megbízhatósággal és érvényességgel rendelkezik, teljességgel jól méri a munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezőket. A

kérdőívet számos nyelvre lefordították, ezáltal nemzetközi összehasonlító vizsgálatokra is kifejezetten alkalmasnak tekinthető (Nistor és mtsai., 2015).

2.2.3. Koronavírushoz kötődő skála

A kérdőívcsomag összeállításához felhasználtam két itemet, aminek fordítása a kutatásom vezetőjének kutatócsoportjában zajlott. Ezek az itemek a „COVID-19-től való félelem” kérdőívből származtathatók („The Fear of COVID-19 Scale”) (Ahorsu és mtsai., 2020). A két item, amelyek belekerültek a kérdőívcsomagba a következők: „*Nagyon félek a koronavírustól*”, valamint „*Azt gondolom, hogy ez a jelenlegi hullám komoly veszélyt jelent*”. A skálára reliabilitásvizsgálatot készítettem, melynek eredményeképp a két item megbízhatónak bizonyult a mintámon (Cronbach’s $\alpha=0,68$).

2.3. Vizsgálat menete

A vizsgálat egyik időpontja releváns az adatgyűjtés szempontjából, ugyanis a koronavírus harmadik hullámának idején készült. A kérdőívcsomag elkészítése körülbelül három hetet vett igénybe. Egy nagyobb kérdőívcsomag keretein belül történt a releváns elemek felvétele. A mintát egészségügyben, vendéglátásban, oktatásban és kereskedelemmel foglalkozó személyekre szűkítettem, ezért erre a feltételre a toborzás során felhívtam a résztvevők figyelmét. Kutatásomban viszont kizárólag csak az egészségügyi dolgozók adatait vizsgáltam. A kérdőíveket Google Forms segítségével töltötték ki a vizsgálati alanyok, mely mögött több elméleti megfontolás is történt. Különösen fontosnak tartottam a válaszadók személyazonosságának biztonságba tartását. Kitöltőimet különböző közösségi média felületeken (Facebook és Instagram) értem el, melynek nagy előnye, hogy rövidebb időbe telt kitölteni, és nagyobb számú vizsgálati személyhez tudott eljutni a kérdőív. A kitöltés előtt a vizsgálati személy egy rövidebb tájékoztatást olvashatott a kutatásom céljáról, adataik feldolgozásának okáról és módjáról.

A fent leírt adatgyűjtés mellett, a harmadik hipotézisem vizsgálatához 2018-2019-ből származó hasonló kérdőívcsomaggal történt adatgyűjtés adatait használtam fel, melyet a kutatás vezetője biztosított számomra.

Mindkét kérdőív kitöltése maximum 30 percig tartott a vizsgálati személyeknek.

3. Eredmények

A statisztikai elemzéseket az SPSS programban végeztem (lásd 1. számú melléklet).

Az *első hipotézisem*, ami azt vizsgálja, hogy a COVID-19 járvány harmadik hullámának idején a munkahelyi stressz korrelál a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (az általános egészségi állapottal, kiégéssel és az alvászavarokkal) az egészségügyi dolgozók körében. Hipotézisem beigazolásához Pearson-féle korrelációt végeztem, ahol a Koppenhágai kérdőív stressz faktorát mértem össze az egészségi állapottal, a kiégéssel és az alvászavarokkal. Eredményül azt kaptam, hogy a Koppenhágai kérdőív stressz faktora az önbecsült egészségi állapottal negatív szignifikáns összefüggést mutat ($r=-0,24$; $p<0,02$). A feltevésem további igazolására eredményül azt kaptam, hogy a Koppenhágai kérdőív stressz faktora a kiégéssel erős pozitív szignifikáns korrelációt mutat ($r=0,67$; $p<0,001$). Végül az *első hipotézisem* beigazolódásának érdekében azt találtam, hogy a Koppenhágai kérdőív stressz faktora és az alvászavarok között pozitív szignifikáns összefüggés van ($r=0,54$; $p<0,001$). Összességében azt találtam, hogy a COVID-19 járvány harmadik hullámának idején a munkahelyi stressz összefüggést mutat a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (az általános egészségi állapottal, kiégéssel és az alvászavarokkal) (lásd 3. táblázat).

		Önbecsült egészség	Kiégés	Alvászavarok
Munkahelyi stressz	Pearson-féle korreláció	-0,24	0,67	0,54
	p érték	<0,02	<0,001	<0,001

3. táblázat. A munkahelyi stressz és az egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktok közötti korrelációs értékek.

A *második hipotézisemben* megvizsgáltam azt, hogy vajon a COVID-19 járvány harmadik hullámának idején a koronavírustól való félelem mértéke korrelációt mutat-e a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (az általános

egészségi állapottal, kiégéssel és az alvászavarokkal) az egészségügyi dolgozók körében. Hipotézisem ellenőrzése érdekében Pearson-féle korrelációt végeztem, ahol a koronavírusról való félelem faktort mértem össze az általános egészségi állapottal, a kiégéssel és az alvászavarokkal. Eredményül azt kaptam, hogy a koronavírusról való félelem nincs kapcsolatban az önbecsült egészségi állapottal ($r=-0,16$; $p=0,16$). Továbbá azt kaptam eredményül, hogy a koronavírusról való félelem nem mutat összefüggést sem a kiégéssel ($r=0,04$; $p=0,74$), sem az alvászavarokkal ($r=0,15$; $p=0,17$). Összességében azt találtam a második hipotézisem vizsgálatánál, hogy a COVID-19 járvány harmadik hullámának idején a koronavírusról való félelem mértéke nem mutat összefüggést a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (az általános egészségi állapottal, kiégéssel és az alvászavarokkal) az egészségügyi dolgozók körében (lásd 4. táblázat).

		Önbecsült egészség	Kiégés	Alvászavarok
Koronavírusról való félelem	Pearson-féle korreláció	-0,16	0,04	0,15
	p érték	0,16	0,74	0,17

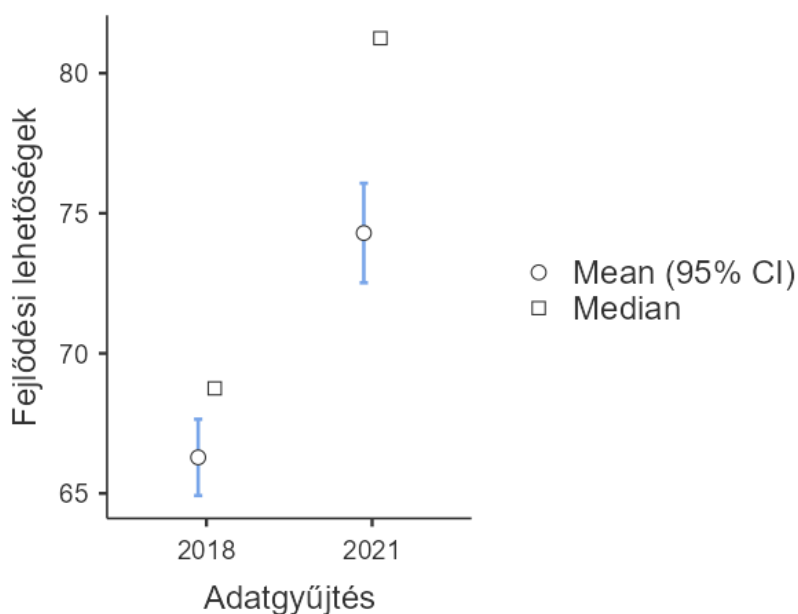
4. táblázat. A koronavírusról való félelem és az egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktok közötti korrelációs értékek.

A harmadik hipotézisemként megvizsgáltam azt a feltevésemet, miszerint az az egészségügyi dolgozók körében van különbség a munkahelyi stressz tekintetében a koronavírus járvány előtti és alatti időszak között. Független mintás T-próbával vizsgáltam a feltételezésemet. Eredményül nem találtam szignifikáns különbséget a munkahelyi stressz tekintetében a járványhelyzet előtti és a járványhelyzet alatti időszak között ($t(203)=0,37$; $p=0,90$). Van ugyan különbség a munkahelyi stressz tekintetében a járvány előtti ($M=49,63$; $SD=24,73$) és a járvány alatti ($M=52,64$; $SD=23,78$) adatokban, de a várt jelentős szignifikáns különbséget nem éri el (lásd 5. táblázat).

	Adatgyűjtés ideje	Résztevők	Átlag	Szórás
Munkahelyi stressz	2018	101	49,63	24,73
	2021	104	52,64	23,78

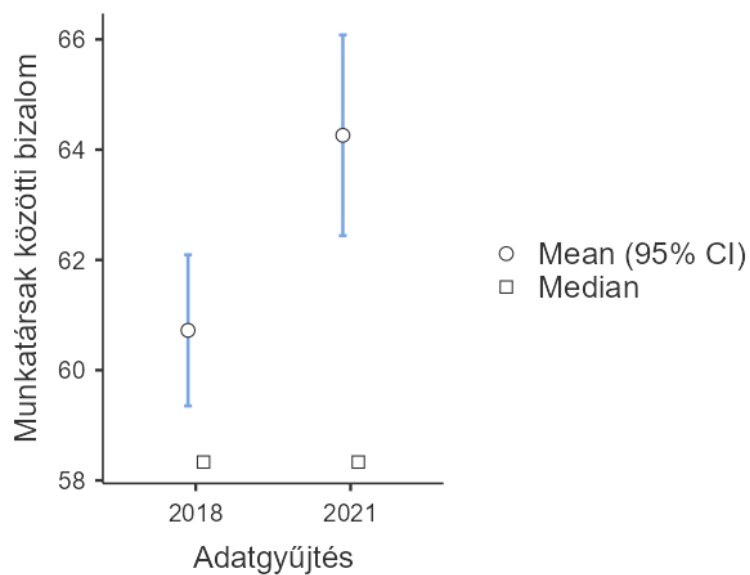
5. táblázat. Járványhelyzet előtti és alatti nem szignifikáns különbségek a munkahelyi stressz tekintetében.

A harmadik hipotézisem kiegészítéseképp kíváncsi voltam annak a hátterére, hogy a járvány előtt és a járvány alatt a Koppenhágai kérdőív faktorai miképp változtak. Ennek érdekében Független mintás T-próbát alkalmaztam. Azt találtam, hogy fejlődési lehetőségek faktor tekintetében szignifikáns különbség van a járványhelyzet előtt és alatt ($t(203)=-2,34$; $p=0,02$) (lásd 1. grafikon).



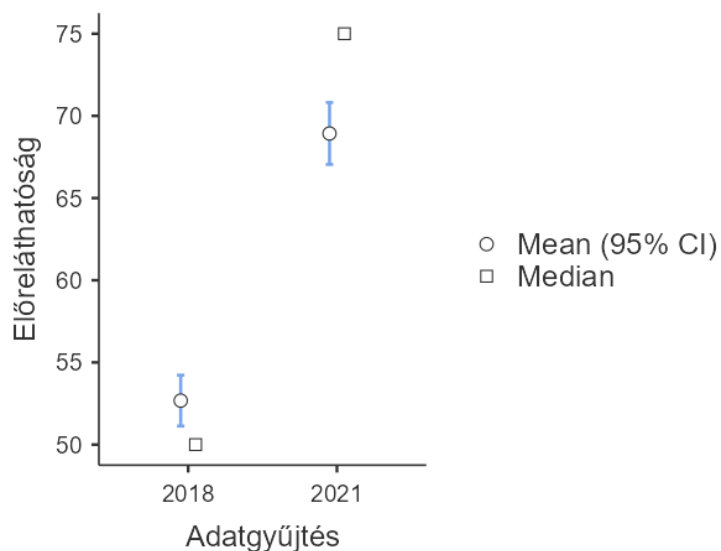
1. grafikon. A Koppenhágai kérdőív fejlődési lehetőségek faktorának két adatgyűjtési idejének szignifikáns különbségét szemlélteti a következő grafikon.

Továbbá szignifikáns különbséget találtam a járvány előtti és alatti időszak között a munkatársak közötti bizalom faktorában ($t(203)=-2,33$; $p=0,02$) (lásd 2. grafikon).



2. *grafikon.* A Koppenhágai kérdőív munkatársak közötti bizalom faktorának két adatgyűjtési idejének szignifikáns különbségét szemlélteti a következő grafikon.

Továbbá szignifikáns különbséget találtam a járvány előtti és alatti időszak között az előreláthatóság faktorában ($t(203)=-4,27$; $p=0,00$) (lásd 3. grafikon).



3. *grafikon.* A Koppenhágai kérdőív előreláthatóság faktorának két adatgyűjtési idejének szignifikáns különbségét szemlélteti a következő grafikon.

4. Megvitatás

A vizsgálatomnak az volt a fókusz, hogy megvizsgáljam, hogy a munkahelyi stressz az egészségügyi dolgozók körében hogyan alakul a COVID-19 járványhelyzet harmadik hulláma alatt, valamint a járványhelyzet előtt. Abból az okból volt ez a vizsgálat főbb szempontja, mert a járványhelyzet következtében az egészségügyi dolgozókra jelentős teher tevődik, amik megnehezítik a munkájukat, s saját általános jóllétükre is negatív hatással lehet (Kang és mtsai., 2020). Arra voltam kíváncsi, hogy az egészségügyi dolgozók körében a munkahelyi stressz és a koronavírustól való félelem milyen összefüggésben van a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (általános egészségi állapot, kiégéssel és az alvászavarokkal) a COVID-19 járvány idején. Majd megvizsgáltam azt, hogy van-e különbség a járványhelyzet előtti és alatti időszak között, az egészségügyi dolgozók által átélt munkahelyi stressz tekintetében. A következőkben ismertetem az eredményeimhez tartozó értelmezéseimet.

Az *első hipotézisem* az volt, hogy az egészségügyi dolgozók körében a munkahelyi stressz összefüggésben van a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (általános egészségi állapot, kiégéssel és az alvászavarokkal) a COVID-19 járvány harmadik hullámának idején. Feltevésemet abból a gondolatból alakítottam ki, miszerint az általános egészségi állapot ciklusának a megbomlásában jelentős szerepe van a pszichoszociális stresszterhelésnek, melyek tüneteket eredményeznek (Pikó, 1996). Az elvárásaimnak megfelelő eredményt kaptam. Pearson-féle korreláció alkalmával, ahol a Koppenhágai kérdőív stressz faktorát mértem össze az egészségi állapottal, a kiégéssel és az alvászavarokkal, szignifikáns eredményt kaptam mindhárom változóval. Tehát a Koppenhágai kérdőív stressz faktora szignifikáns kapcsolatban áll az önbecsült egészségi állapottal, a kiégéssel és az alvászavarokkal. Ennek értelmében beigazolódott a feltevésem, melynek értelmezése az, hogy minél magasabb az észlelt munkahelyi stressze az egészségügyi dolgozónak, annál alacsonyabbra, rosszabbra értékeli az egészségi állapotát. Valamint minél magasabb az észlelt munkahelyi stressznek a mértéke, annál kiégettebbnek érzi magát az egészségügyi dolgozó és annál rosszabbul alszik. Ez összhangban van azzal az állítással, miszerint az egészségügyben dolgozó személyek magas stressz szintet élnek át a munkájuk által, ezen felül pedig a nővérek fokozottan ki vannak téve a munkahelyi stressznek (Lepannen és Olkinoura, 1987, idézi Pikó, 2001). Megállapítható tény, hogy a nővérek igen magas munkahelyi stresszt élnek át a munkahelyükön, mely káros hatással van az általános egészségi állapotukra nézve (Pikó, 2001). A magas stresszterheltség következményeképp felléphet a „burnout” tünetegyüttes, ami magába hordozza a fizikai, érzelmi és mentális kimerültséget (Maslach, 1982). A magas átélt

munkahelyi stressz mértékének gyakran vezető tünete az alvási zavarok és a gyakori fejfájás (Pikó, 1999a). Tehát, az egészségügyi dolgozóknál nap, mint nap folyamatosan magas stresszterheltség áll fenn, a COVID-19 járványhelyzet harmadik hullámának idején is, ezáltal még inkább igazolódik a munkahelyi stressz és az általános egészségi állapot, a kiégés és az alvászavarok korrelációja.

Az első felvetésemből született meg az az elvárásom, amely a *második hipotézisemet* szolgálja, miszerint a koronavírustól való félelem mértéke korrelál a Koppenhágai kérdőív egészségi állapotra és jóllétre vonatkozó faktoraival (az általános egészségi állapottal, kiégéssel és az alvászavarokkal), az egészségügyi dolgozók körében a COVID-19 járvány harmadik hullámának idején. Azért vártam ezt az eredményt, mert a járvány idején dolgozó egészségügyi dolgozók erős felelősségtudatot és professzionalizmust teljesítenek (Catton, 2020), ami egy olyan jelentős stresszort jelenthet a munkavégzésük során, ami növelheti a munkahelyi stressz szintjét náluk. Eredményeim által nem igazolódott be a hipotézisem, ugyanis nem találtam szignifikáns kapcsolatot sem a koronavírustól való félelem és az önbecsült egészségi állapot között, sem a koronavírustól való félelem és a kiégés között, sem a koronavírustól való félelem és az alvászavarok között. A kapott eredmény értelmezéseként nem állíthatjuk azt, hogy a koronavírustól való félelem szignifikáns kapcsolatban áll az egészségi állapottal, a kiégéssel és az alvászavarokkal. Alapvetően ennek az állításnak a nem beigazolódására magyarázat lehet, hogy az egészségügyi dolgozók munkakörnyezetében a koronavírustól való félelem fizikai stresszornak tekinthető. A fizikai stresszor tekintetében pedig egyénenként és munkakörnyezettől függően változik annak mértéke, hogy ki mennyire tudja tolerálni a kellemetlen tényezőket. Az emberek hajlamosak hozzászokni a fizikai stresszorhoz, megbékélnék ezekkel a faktorokkal egy idő után (Smith, 1993). Ez a magyarázat válaszul szolgálhat, ugyanis a vizsgálat a COVID-19 járványhelyzet harmadik hullámában zajlott, tehát több, mint egy évvel a vészhelyzet kirobbanása után, ezért az egészségügyi dolgozóknak volt idejük hozzászokni, megbékélni a fennálló helyzettel, ezzel csökkent a vírustól való félelmük. Kutatások alátámasztják, hogy a fokozott fizikai és szellemi megterhelést átélő munkahelyen a való problémát nem a feladatvégzés, esetünkben a veszélyes munkakörnyezet adja, hiszen erre előzetesen felkészülnek a dolgozók, hanem a nem megfelelő minőségű formális és informális kapcsolatrendszer (Kaufmann és Beehr, 1989). Összességében visszautalva az első hipotézisemre, a munkahelyi stressz erősebb prediktora az általános egészségi állapotnak, a kiégésnek és az alvászavaroknak, mint a koronavírustól való félelem. Pozitív kimenetként értelmezhető, hiszen az egészségügyi intézménynek lehetősége van a fennálló probléma orvoslására, például különböző programokkal és átszervezéssel. A vizsgálat felhívja a

figyelmet arra, hogy a munkahelyi stressz erős kapcsolatban áll az egészségi állapottal, s ha ezzel nem foglalkozik az adott egészségügyi intézmény, akkor annak súlyos költsége, következménye lehet.

A *harmadik hipotézisemként* megvizsgáltam, hogy vajon van-e különbség az egészségügyi dolgozók körében a koronavírus járvány előtti és a járványhelyzet alatti időszak között a munkahelyi stressz tekintetében. Feltételezésemet abból alakítottam ki, miszerint az egészségügyi dolgozóknak egy olyan helyzettel kellett megbirkózniuk a COVID-19 járványhelyzet berobbanásával, amire eddig, ezelőtt nem volt példa (Kuling és mtsai., 2020). Eredményül nem találtam szignifikáns különbséget az egészségügyi dolgozók által átélt munkahelyi stressz mértéke között a járványhelyzet előtt és alatt. Találtam ugyan különbséget az egészségügyi dolgozók által átélt munkahelyi stressz mértéke között a járványhelyzet előtt és alatt, ám ez a különbség nem jelentős. Ahogy a második hipotézisemben is kiemelttem a koronavírus nem egy erős prediktora a munkahelyi stressznek. A munkahelyi stressznek rengeteg befolyásoló faktora lehet, ám azt sem szabad említés nélkül hagyni, hogy a COVID-19 járványhelyzet által keletkezett plusz stresszterhelések mellett bizonyos faktorok kedvezőbb értékeket mutatnak a harmadik hullám idején. A társas támogatás lehet például egy olyan bizonyos faktor, amely enyhíteni tudja a munkahelyi stresszt (Fenlason és Beehr, 1994). Ezen szakirodalmi alátámasztás által bővebb vizsgálatot végeztem a harmadik hipotézisem magyarázatára. Ennek érdekében megvizsgáltam annak a hátterét, hogy miért nincs szignifikáns különbség a járványhelyzet előtt és alatt a munkahelyi stressz tekintetében. Tehát különbségvizsgálattal ellenőriztem, hogy a járvány előtt és a járvány alatt a Koppenhágai kérdőív faktorai miképp változtak. Kiegészítő elemzésképp kiemelttem három faktort, mely vélhetőleg hozzájárulhatott a stresszterheléssel való adaptív megküzdéshez. Azt találtam, hogy fejlődési lehetőségek faktornál szignifikáns különbség van a járványhelyzet előtt és alatti időszak között (lásd 1. grafikon). Valamint, hogy a munkatársak közötti bizalom (lásd 2. grafikon), illetve az előreláthatóság faktornál (lásd 3. grafikon) is szignifikáns különbség van a járvány előtti és alatti időszak között. Mivel a munkatársak közötti bizalom szignifikánsan magasabb pontszámot ért el a járványhelyzet alatt, mint előtt, ezért feltételezhető, hogy a társas támogatás hatására jelent meg ez a kedvezőbb érték. A társas támogatás annak a meglétét és megélését jelenti, amikor azt érezzük, hogy valaki szeret, tisztel, meghallgat, elfogad bennünket, ezen felül törődik velünk, valamint azt, amikor valakivel kölcsönösen segítséget nyújtunk egymásnak (Cohen, 2004). Azok a személyek, akik jobban be tudnak illeszkedni egy összetartó közegbe, például egy munkahelyen, azok kevésbé számolnak be egészségük romlásáról, még akkor sem, ha igen magas stresszterheltséggel kell gyakran, vagy hosszútávon

megbirkózniuk. A másik kiemelt faktor, amely vélhetőleg segített az egészségügyi dolgozóknak a COVID-19 járványhelyzet általi munkahelyi stresszhelyzettel való megbirkózásban az a fejlődési lehetőségek. A stressz magában hordozza azt a lehetőséget, hogy az egyén fejlődjön, éppen annyira, mint azt, hogy az egészsége károsodjon (Lazányi, 2012). Esetünkben az egészségügyi dolgozók hirtelen nagy terheléssel találták szembe magukat a járványhelyzet miatt, viszont ez a hatalmas leterheltség vélhetőleg új erőforrásokat hozott magával. A harmadik ilyen faktor az előreláthatóság volt, amelyben szignifikáns különbség mutatkozott az egészségügyi dolgozók körében a járványhelyzet alatt, mint előtt. A járványhelyzet alatt kedvezőbb értékek jelentek meg. Az előreláthatóság kérdéskörét állatkísérletekkel tanulmányozták a kutatók. Arra a következtetésre jutottak, hogyha az állatokat előrelátható módon, a napnak ugyanabban az órájában, ugyanannyi ideig tették ki stresszfaktoroknak, azt komolyabb stresszválasz nélkül éltek át. A jelenség természetesen az emberekre is igaz, sőt, az előreláthatatlan stressz faktorok prediktorai lehetnek a depresszió kialakulásának is (Willner és mtsai., 2013, idézi Haller és Hazafi, 2020). Az a stressz rossz, amely fölött nincs ellenőrzésünk, ami kiszámíthatatlan időpontokban jelentkezik és előreláthatatlan ideig tart. A munkahelyi stressz csökkentésének egyik adaptív módszere a munkatársak bevonása a döntésekbe és a tervezésbe. A tudatos jelenlét nem csökkenti a terheket, viszont kialakítja az előreláthatóság tudatát, ami csökkentheti, vagy ki is zárhatja a tartós stressz kockázatát (Haller és Hazafi, 2020). Tehát a szakirodalmi alátámasztás alapján, a munkahelyi stressz tekintetében egyrészt azért nem találtam szignifikáns különbséget a járványhelyzet előtt és alatti időszak között, mivel a vírus jelenléte vélhetően folyamatos tudatos szervezést igényelt az egészségügyi dolgozóktól, ami bizonyára a járványhelyzet előtt nem volt ilyen mértékig indikált. Ezek a tervek és döntések felépítettek számukra egy szervezettséget, amely az előreláthatóságot erősítette, ezáltal a stressz szintjük is csökkent. A járványhelyzet alatti felmérés már a harmadik hullámban készült, így ez továbbá igazolja azt a gondolatot, miszerint a vírussal kapcsolatos tapasztalataik növelték bennük az előreláthatóság szintjét. Ezen faktorok (fejlődési lehetőségek, munkatársak közötti bizalom, előreláthatóság) tartalma összefüggésbe hozhatók a rezilienciával elméletével, melynek meghatározása az, amikor az egyénnek egy bizonyos sokkhatás által jelentkezik egy rugalmas ellenálló képessége, amely adaptív funkciót biztosít számára, a fennmaradást. Valójában a reziliencia egy képesség arra, hogy a személy sikeresen és adaptívan megbirkózzon és túljusson egy magas stresszel teli helyzeten, esetlegesen egy traumán (Kovács, 2018). A reziliencia a stressz megküzdési képességek mérésére is alkalmas (Connor és Davidson, 2003). Tehát, akik reziliensek, azok nehéz élethelyzetekben, körülményekben is meg tudják őrizni pozitivitásukat, lelki épségüket,

ezáltal növekedni, fejlődni tudnak a krízisekből. Vizsgálatom magyarázata, hogy feltételezhetőleg, azért nem volt különbség az egészségügyi dolgozók körében a járvány előtti és alatti időszak között a munkahelyi stressz tekintetében, mivel a reziliencia, mint képesség átsegítette őket a nehéz stresszel teli időszakon, amit a munkatársak közötti bizalom, a fejlődési lehetőségek és az előreláthatóság erősített meg esetükben.

4.1. Limitációk

Kutatásom nem ad reprezentatív eredményeket a magyar lakosságra nézve, abból az okból kifolyólag, miszerint nemi, illetve az iskolai végzettség tekintetében aránytalanságok lépnek fel a kitöltők között. Érdemes lenne a kutatás újbóli megismétlése, tekintve erre a módszertani hibára, ugyanis pontosítja az eredményeket az, ha megfelelő arányú férfival és nővel vizsgálom a kutatási kérdéseimet. Valamint kutatásomat limitálja, hogy keresztmetszeti vizsgálat alapján készült el, ami torzíthatja a kapott értékeket. A kutatás megismétlése során érdemes lenne longitudinális vizsgálatot végezni, azaz ugyanazokkal a vizsgálati személyekkel felvenni a kérdőíveket.

4.2. Végző konklúzió, kutatási kitekintés

Összefoglalva az eredményeimet elmondható, hogy a munkahelyi stressz negatív hatással van az egészségi állapotra (általános egészségi állapotra, kiégésre és az alvászavarokra) az egészségügyi dolgozók körében, ellenben a koronavírustól való félelemmel, ami nem áll összefüggésben az egészségi állapot romlásával. Az eredményeim további részét képezi, hogy nem találtam különbséget az egészségügyi dolgozók körében a COVID-19 járványhelyzet előtti és alatti időszak között a munkahelyi stressz tekintetében. Kutatásom felhívja arra a figyelmet, hogy az egészségügyi intézményeknek jelentős hangsúlyt kell fektetniük az esetleges munkahelyi stressz általi problémák feltárására, azonosítására majd orvoslására.

Későbbiekben megvizsgálnám azt, hogy hogyan alakulnak a Koppenhágai kérdőív különböző faktorai, tekintve arra az időszakra a jövőben, amikor már a járványhelyzetet az emberiség maga mögött tudta hagyni. Kíváncsi lennék arra, hogy a munkahelyi stressz tekintetében történtek-e tartós változások annak függvényében, amit a járványhelyzet hozott magával. Valamint meglátásom szerint, érdemes lenne a reziliencia kérdéskörét változóként beemlíteni a kutatás folytatásába.

5. Irodalomjegyzék

- Armenian, H. K., Halabi, S. S., & Khat, M. (1989). Epidemiology of primary health problems in Beirut. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 43(4), 315-318.
- Arnold, J., Cooper, L. C., Robertson, I.T. (1995). Minority groups at work, in: *Work Psychology*, Pitman Publishing, Great Britain, 85-102.
- Catton, H. (2020). Global challenges in health and health care for nurses and midwives everywhere. *International Nursing Review*, 67(1), 4–6.
- Cavanagh, S. J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of advanced nursing*, 17(6), 704-711.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American psychologist*, 59(8), 676.
- Connor, K.M. & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Fenlason, K. J., & Beehr, T. A. (1994). Social support and occupational stress: Effects of talking to others. *Journal of organizational behavior*, 15(2), 157-175.
- Gao, Y. Q., Pan, B. C., Sun, W., Wu, H., Wang, J. N., & Wang, L. (2012). Anxiety symptoms among Chinese nurses and the associated factors: a cross sectional study. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-9.
- Haller J. és Hazafi Z. (2020). *Stressz, kiégés, depresszió: munkavállalótól a munkacsoportig*. Nemzeti Közszerológati Egyetem; Közigazgatási Továbbképzési Intézet. Budapest: 2020.
- Juhász Á. (2002). Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. Budapest: Oktatási segédanyag, Munka-és szervezetpszichológiai Szakképzés.

- Kahn, R. L., & Byosiére, P. (1992). Stress in organizations. In: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Ed.: Dunnette, M.D. and Hough, L.M (pp. 571-651). California: Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto.
- Kang, L., Li, Y., Hu, S., Chen, M., Yang, C., Yang, B. X., ... & Liu, Z. (2020). The mental health of medical workers in Wuhan, China dealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*.
- Katon, W., Kleinman, A., & Rosen, G. (1982). Depression and somatization: a review: Part I. *The American journal of medicine*, 72(1), 127-135.
- Kaufmann, G. M., & Beehr, T. A. (1989). Occupational stressors, individual strains, and social supports among police officers. *Human Relations*, 42(2), 185-197.
- Klein, S. (2000). Munkapszichológia. Budapest: SHL, Hungary Kft.
- Kompier, M. (2003). Job design and well-being. *The Handbook of Work and Health Psychology*, 2, 429-454.
- Kovács A. (2018). Policisztás ovárium szindrómával élő nők reziliencia jellemzőinek komplex rendszer szemléletű vizsgálata. *Impulzus*, 5(1), 5-6.
- Kristensen, T.S. (2010). A questionnaire is more than a questionnaire. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(3), 149-155.
- Kulig B., Edelyi-Hamza B., Elek L. P., Kovacs I., Smirnova D., Fountoulakis K., és Gonda, X. (2020). A COVID-19 pandémia hatása a pszichológiai jóllétre, az életmódra és a járvány eredetével kapcsolatos attitűdökre pszichiátriai betegséggel élő és egészséges személyekben: egy nagy nemzetközi vizsgálat első magyarországi adatai. *Neuropsychopharmacol Hung*, 22(4), 154-165.
- Lazányi K. (2012). Stressz és társas támogatás a felsőoktatásban. *Vállalkozásfejlesztés a XXI. században*. Budapest: Óbudai Egyetem, Keleti Károly Gazdasági Kar.

- Lee, S. M., Kang, W. S., Cho, A. R., Kim, T., & Park, J. K. (2018). Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Comprehensive psychiatry*, 87, 123-127.
- Leino, P. (1989). Symptoms of stress predict musculoskeletal disorders. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 43(3), 293-300.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall.
- Mo, Y., Deng, L., Zhang, L., Lang, Q., Pang, H., Liao, C., ... & Huang, H. (2021). Anxiety of Nurses to support Wuhan in fighting against COVID-19 Epidemic and its Correlation With Work Stress and Self-efficacy. *Journal of Clinical Nursing*, 30(3-4), 397-405.
- Nistor K., Ádám S., Cserhádi Z., Szabó A., Zakor T. és Stauder A. (2015). A Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (COPSOQ II) magyar verziójának pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16(2), 179-207.
- Olkinuora, M. A., & Lrappänen, R. A. (1987). Psychological stress experienced by health care personnel. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 1-8.
- Pejtersen, J. H., Kristensen, T. S., Borg, V., & Bjorner, J. B. (2010). The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scandinavian journal of public health*, 38(3), 8-24.
- Pikó B., Barabás K., & Boda K. (1995). Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 137:1667-71.
- Pikó, B. (1996). Az egészségi állapot komplexitása és mérési lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*, 6, 474-7.
- Pikó B. (1999a). Pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében. *Orvosi Hetilap*, 140:1297-1304.

- Pikó B. (1999b). Körkép a Csongrád megyei nővérek társadalmi helyzetéről és hivatásuk szakmai presztízsének megítéléséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 37(1), 79-89.
- Pikó B. (2000). Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use?. *Substance use & misuse*, 35(4), 617-630.
- Pikó B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11(4), 318-325.
- Selye J. (1983). *Stressz distressz nélkül*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Small, E. (1995). Valuing the unseen emotional labour of nursing. *Nursing times*, 91(26), 40-41.
- Smith, J. C. (1993). *Understanding stress and coping*. Toronto: Macmillan Publishing Co, Chapter 11. Work stress, 192-222.
- Srivatsa, S., & Stewart, K. A. (2020). How should clinicians integrate mental health into epidemic responses?. *AMA journal of ethics*, 22(1), 10-15.
- Stechmiller, J. K., & Yarandi, H. N. (1993). Predictors of burnout in critical care nurses. *Heart & lung: the journal of critical care*, 22(6), 534-541.
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., ... & Pacitti, F. (2020). Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Rivista di psichiatria*, 55(3), 137-144.
- Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320.

Wheeler, H., & Riding, R. (1994). Occupational stress in general nurses and midwives. *British Journal of Nursing*, 3(10), 527-534.

1993. évi XCIII. törvény (Mvt.) 87. § 1/H. Beiktatta: 2007. évi CLXI. törvény 15. § (1). Hatályos: 2008. I. 1-től.

6. Mellékletek

1. számú melléklet - SPSS outputok

6.1. Résztvevők 2018-19-ből

Statistics					
		Az ön neme:	Az ön életkora:	Az Ön iskolai végzettsége	Az Ön munkahelyének működési területe
N	Valid	101	101	101	101
	Missing	0	0	0	0

Frequency Table

Az ön neme:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid férfi	18	17,8	17,8	17,8
nő	83	82,2	82,2	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Frequency Table

Az ön életkora:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 18-25	23	22,8	22,8	22,8
26-35	15	14,9	14,9	37,6
36-45	20	19,8	19,8	57,4
46-55	27	26,7	26,7	84,2
56-65	13	12,9	12,9	97,0
66-	3	3,0	3,0	100,0
Total	101	100,0	100,0	

Frequency Table

Az Ön iskolai végzettsége

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	alapfokú	1	1,0	1,0	1,0
	középfokú	34	33,7	33,7	34,7
	felsőfokú	66	65,3	65,3	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

Frequency Table

Az Ön munkahelyének működési területe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gyógyászat/Egészségügy	101	100,0	100,0	100,0

Frequency Table

Az Ön pozíciója

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nem vezető	77	76,2	76,2	76,2
	középvezető	21	20,8	20,8	97,0
	felsővezető	3	3,0	3,0	100,0
	Total	101	100,0	100,0	

6.2. Résztvevők 2021-ből

Statistics

		Az ön neve:	Az ön életkora:	Az Ön iskolai végzettsége	Az Ön munkahelyének működési területe	Az Ön pozíciója
N	Valid	104	104	104	104	104
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

Az ön neve:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	férfi	16	15,4	15,4	15,4
	nő	88	84,6	84,6	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Az ön életkora:

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	15	14,4	14,4	14,4
	26-35	21	20,2	20,2	34,6
	36-45	25	24,0	24,0	58,7
	46-55	30	28,8	28,8	87,5
	56-65	12	11,5	11,5	99,0
	66-	1	1,0	1,0	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Az Ön iskolai végzettsége

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	középfokú	40	38,5	38,5	38,5
	felsőfokú	62	59,6	59,6	98,1
	egyéb	2	1,9	1,9	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

Az Ön munkahelyének működési területe

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Gyógyászat/Egészségügy	104	100,0	100,0	100,0

Az Ön pozíciója

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nem vezető	86	82,7	82,7	82,7
	középvezető	16	15,4	15,4	98,1
	felsővezető	2	1,9	1,9	100,0
	Total	104	100,0	100,0	

6.3. Eredmények

6.3.1. Első hipotézis

Correlations					
		COP_stressz	COP_önbecsült_egészség	COP_kiégés	COP_alvászavarok
COP_stressz	Pearson Correlation	1	-,235*	,669**	,544**
	Sig. (2-tailed)		,016	,000	,000
	N	104	104	104	104
COP_önbecsült_egészség	Pearson Correlation	-,235*	1	-,223*	-,302**
	Sig. (2-tailed)	,016		,023	,002
	N	104	104	104	104
COP_kiégés	Pearson Correlation	,669**	-,223*	1	,676**
	Sig. (2-tailed)	,000	,023		,000
	N	104	104	104	104
COP_alvászavarok	Pearson Correlation	,544**	-,302**	,676**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,000	
	N	104	104	104	104

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

6.3.2. Második hipotézis

Correlations					
		corona_félelem	COP_önbecsült_egészség	COP_kiégés	COP_alvászavarok
corona_félelem	Pearson Correlation	1	-,155	,036	,152
	Sig. (2-tailed)		,156	,743	,166
	N	85	85	85	85
COP_önbecsült_egészség	Pearson Correlation	-,155	1	-,223*	-,302**
	Sig. (2-tailed)	,156		,023	,002
	N	85	104	104	104
COP_kiégés	Pearson Correlation	,036	-,223*	1	,676**
	Sig. (2-tailed)	,743	,023		,000
	N	85	104	104	104
COP_alvászavarok	Pearson Correlation	,152	-,302**	,676**	1
	Sig. (2-tailed)	,166	,002	,000	
	N	85	104	104	104

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

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

6.3.3. Harmadik hipotézis

T-Test

Group Statistics				
adatgyujtes_ideje	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
COP_stressz 2018,00	101	49,6287	24,73013	2,46074
2021,00	104	52,6442	23,78243	2,33206

T-Test

Independent Samples Test							
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference Std. Error Difference
COP_stressz	Equal variances assumed	,017	,897	-,890	203	,375	-3,01552 3,38830
	Equal variances not assumed			-,889	202,053	,375	-3,01552 3,39024

Group Statistics					
adatgyujtes_ideje	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	
COP_elorelahatosag 2018,00	101	53,5891	28,19223	2,80523	
2021,00	104	68,3894	20,97131	2,05641	
COP_jutalmazas_elismeres 2018,00	101	51,9802	30,30284	3,01524	
2021,00	104	58,1731	26,06886	2,55626	
COP_munkakor_egyertelmusege 2018,00	101	76,7327	21,15803	2,10530	
2021,00	104	81,4103	16,01605	1,57050	
COP_szerepkonfliktus 2018,00	101	53,7129	21,63580	2,15284	
2021,00	104	48,0168	19,61524	1,92343	
COP_vezetes_minosege 2018,00	101	56,4356	27,67636	2,75390	
2021,00	104	56,6106	21,90881	2,14834	
COP_tamogatás_felettestől 2018,00	101	65,1815	26,15116	2,60214	
2021,00	104	63,7019	25,27941	2,47885	
COP_tamogatás_munkatársaktól 2018,00	101	63,8614	21,45011	2,13437	
2021,00	104	65,2244	22,22890	2,17972	
COP_munkahelyi_közösség 2018,00	101	74,7525	20,89841	2,07947	
2021,00	104	78,2853	20,72116	2,03188	
COP_hataskör_kontroll 2018,00	101	36,2624	21,65099	2,15435	
2021,00	104	37,9808	19,48776	1,91093	
COP_fejlodesi_lehetosegek 2018,00	101	66,9554	24,86427	2,47409	
2021,00	104	74,2788	19,77014	1,93862	
COP_munka_értelmessége 2018,00	101	78,3003	23,36543	2,32495	
2021,00	104	83,0128	18,54043	1,81804	
COP_munkahelyi_elkötelezettség 2018,00	101	56,9926	28,52202	2,83805	
2021,00	104	63,4615	23,28409	2,28319	
COP_mennyiségi_elvárás 2018,00	101	38,0569	21,84997	2,17415	
2021,00	104	36,3582	19,77890	1,93948	
COP_munkatempó 2018,00	101	59,0759	27,64103	2,75039	

COP_vezetés_iránti_bizalom	2018,00	101	59,2822	23,59512	2,34780
	2021,00	104	62,0793	19,47943	1,91012
COP_munkatársak_közötti_bizalom	2018,00	101	59,5710	24,56245	2,44406
	2021,00	104	67,1474	21,96603	2,15395
COP_igazságosság_tisztelet	2018,00	101	46,9678	26,76013	2,66273
	2021,00	104	48,6779	23,11906	2,26701

T-Test

Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
COP_előreláthatóság	Equal variances assumed	8,569	,004	-4,273	203	,000	-14,80031	3,46356
	Equal variances not assumed			-4,255	184,598	,000	-14,80031	3,47824
COP_jutalmazás_elismeres	Equal variances assumed	3,343	,069	-1,570	203	,118	-6,19288	3,94432
	Equal variances not assumed			-1,567	196,735	,119	-6,19288	3,95300
COP_munkakor_egyertelmusege	Equal variances assumed	5,297	,022	-1,788	203	,075	-4,67758	2,61609
	Equal variances not assumed			-1,781	186,263	,077	-4,67758	2,62655
COP_szerepkonfliktus	Equal variances assumed	1,455	,229	1,976	203	,050	5,69604	2,88278
	Equal variances not assumed			1,973	199,778	,050	5,69604	2,88692
COP_vezetés_minősége	Equal variances assumed	5,594	,019	-,050	203	,960	-,17493	3,48098
	Equal variances not assumed			-,050	190,317	,960	-,17493	3,49275
COP_támogatás_felettestől	Equal variances assumed	,010	,920	,412	203	,681	1,47960	3,59207
	Equal variances not assumed			,412	202,190	,681	1,47960	3,59386
COP_támogatás_munkatársaktól	Equal variances assumed	,001	,982	-,447	203	,656	-1,36297	3,05229
	Equal variances not assumed			-,447	202,992	,656	-1,36297	3,05069
COP_munkahelyi_közösség	Equal variances assumed	1,234	,268	-1,215	203	,226	-3,53278	2,90699
	Equal variances not assumed			-1,215	202,708	,226	-3,53278	2,90736
COP_hatáskör_kontroll	Equal variances assumed	2,164	,143	-,598	203	,551	-1,71839	2,87530
	Equal variances not assumed			-,597	199,413	,551	-1,71839	2,87974
COP_fejlesztési_lehetőségek	Equal variances assumed	7,255	,008	-2,338	203	,020	-7,32340	3,13275
	Equal variances not assumed			-2,330	190,699	,021	-7,32340	3,14314
COP_munka_értelmessége	Equal variances assumed	5,489	,020	-1,602	203	,111	-4,71249	2,94153
	Equal variances not assumed			-1,597	190,523	,112	-4,71249	2,95138
COP_munkahelyi_elkötelezettség	Equal variances assumed	4,112	,044	-1,781	203	,076	-6,46896	3,63175
	Equal variances not assumed			-1,776	192,887	,077	-6,46896	3,64246
COP_mennyiségi_elvárás	Equal variances assumed	,783	,377	,584	203	,560	1,69876	2,90926
	Equal variances not assumed			,583	199,702	,561	1,69876	2,91351
COP_munkatempó	Equal variances assumed	1,489	,224	-,124	203	,902	-,45935	3,71847
	Equal variances not assumed			-,123	200,724	,902	-,45935	3,72269
COP_vezetés_iránti_bizalom	Equal variances assumed	2,617	,107	-,927	203	,355	-2,79715	3,01825

	assumed			-,123	200,724	,902	-,43933	3,12209
COP_vezetés_iránti_bizalom	Equal variances assumed	2,617	,107	-,927	203	,355	-2,79715	3,01825
	Equal variances not assumed			-,924	193,771	,357	-2,79715	3,02667
COP_munkatársak_közötti_bizalom	Equal variances assumed	1,006	,317	-2,329	203	,021	-7,57648	3,25242
	Equal variances not assumed			-2,326	199,071	,021	-7,57648	3,25774
COP_igazságosság_tisztelet	Equal variances assumed	2,292	,132	-,490	203	,625	-1,71006	3,48961
	Equal variances not assumed			-,489	197,014	,625	-1,71006	3,49707