

**Egészségügyi dolgozók pszichiátriai betegekkel kapcsolatos attitűdje a COVID-19
világjárvány idején**

Farkas Fanni Fruzsina
Neptun kód: VMO11N

Bagi Otília
Neptun kód: I0XGAM

OTDK dolgozat

Témavezető:

Gál Bernadett Ildikó
Egyetemi tanársegéd
SZTE-SZAOK Pszichiátriai Klinika

Belső konzulens:

Dr. Volosin Márta
Egyetemi adjunktus
SZTE-BTK Pszichológiai Intézet

2022-2023

Összefoglaló

Bevezetés: A COVID-19 pandémia az utóbbi években világszerte kihívások elé állította az egészségügyet. A koronavírus okozta krízisállapot negatív hatást gyakorolt az egészségügyi dolgozók jóllétére, valamint befolyásolhatta a különböző betegcsoportokkal kapcsolatos attitűdjeit. A kutatásunk célja, hogy felmérje a betegellátásban dolgozók pszichiátriai érintettségű betegekkel kapcsolatos implicit attitűdjeit a pszichológiai megterheltségük függvényében.

Módszerek: Vizsgálatunk során a Karolinska Exhaustion Disorder Scale-t (KEDS), a Maslach Kiegészítő Leltárt (MBI), Derogatis-Féle Tünetlistát (SCL-90R), és az Észlelt Stressz Kérdőívet (PSS) vettük fel a mentális megterheltség felmérésére, valamint az Implicit Asszociációs Tesztet (IAT) alkalmaztuk az implicit attitűdök vizsgálatára.

Eredmények: Az aktuálisan a Járványügyi Ellátó Központban dolgozók jelentősen magasabb pontszámot értek el a KEDS-en és az MBI Érzelmi kimerülés skáláján is, mint az újra eredeti munkahelyükön dolgozók. Az IAT-on nem találtunk szignifikáns különbséget a COVID neutrális, COVID szenzitív és a mentális betegségek szavaira adott reakcióidő között.

Megvitatás: Vizsgálatunkban igazoltuk, hogy a COVID-19 fertőzéssel közvetlenül dolgozó egészségügyi szakszemélyzet magasabb fokú általános és érzelmi kimerültséget tapasztal a munkavégzés területén, mint azok a kollégáik, akik már visszakerültek eredeti munkavégzésük helyére. Emellett aktuálisan nem igazolódott eltérés az egészségügyi dolgozók implicit vélekedéseiben a különböző betegségekkel kapcsolatban, melyre sem a munkavégzésük helye, sem terheltségük mértéke nem gyakorolt módosító hatást.

Kulcsszavak: COVID-19, implicit attitűdök, kiegészítő, kimerülés szindróma, észlelt stressz

Plágiumnyilatkozat: A plágiumszabályokat ismerjük, és dolgozatunkban azokat betartottuk.

Bagi Otília

Farkas Fanni Fruzsina

Tartalomjegyzék

Bevezetés	1
1. A pandémia hatása az egészségügyre.....	1
1.1. A járvány hatása az egészségügyi dolgozók mentális állapotára	3
2. Az egészségügyi dolgozók attitűdjei a mentális betegségekkel élőkkel szemben	5
2.1. Implicit attitűdök	8
3. A kutatás célja.....	10
Módszerek	10
Résztvevők	10
Vizsgálati eszközök	11
1. Demográfiai adatok, pszichiátriai betegekkel kapcsolatos munka	12
2. Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS).....	12

3. Maslach Kiegész Leltár (MBI)	12
4. Derogatis-Féle Tünetlista (SCL-90R).....	13
5. Észlelt Stressz Kérdőív (PSS)	13
6. Implicit Asszociációs Teszt.....	13
7. Statisztikai elemzés	15
Vizsgálat leírása.....	15
Eredmények.....	16
1. Pszichológiai megterhelés vizsgálata	16
1.1. Kiegész és kimerülés mértéke a munkavégzés helye szerint	16
1.2. A kimerülés szindróma és kiegész kapcsolata	17
1.3. Derogatis-Féle Tünetlista eredményei (SCL-90R).....	18
1.4. Észlelt Stressz Kérdőív eredményei (PSS)	18
2. Attitűdök vizsgálata	18
2.1. Implicit attitűdök összevetése	18
2.2. Explicit és implicit attitűdök egymáshoz való viszonya	19
2.3. Attitűdök a munkahely függvényében.....	20
2.4. Pszichológiai attitűdök és megterheltség	20
Megvitatás	21
Az egészségügyi dolgozók mentális megterhelése	22
A kimerülés szindróma és a kiegész egymáshoz való viszonya	22
Pszichológiai tünetek és észlelt stressz	23
Implicit attitűdök.....	24
Pszichiátriai betegekre vonatkozó explicit és implicit attitűdök.....	24
Pszichiátrián dolgozók implicit attitűdje más területekhez hasonlítva.....	25
A pszichológiai megterhelés és az implicit attitűdök kapcsolata.....	26
Limitációk	26
Köszönetnyilvánítás.....	Error! Bookmark not defined.

Bevezetés

A COVID-19 pandémia jelentősen megbolygatta a világot, főleg az egészségügyi ellátást. Egészségügyi dolgozók ezreit vezényelték át SARS-COV-19-cel fertőzött betegek ellátására, ahol számos pszichiátriai vonatkozású esettel is találkoztak munkájuk során. Bár ezek a dolgozók az eredeti munkavégzésük helyén is láttak már el mentális betegséggel élő pácienseket, a dolgozók jelentős része mégsem részesült pszichiátriai vonatkozású képzésben. Az aktuális krízishelyzet miatt a komplikált, esetleg pszichiátriai vonatkozású esetek további kihívást jelenthettek az ellátás számára. Mivel a COVID-19 kezelésére még nincs konkrét hatékony gyógyszer a legfontosabb módja a járvány kezelésének továbbra is a megelőzés (Casella és mtsai., 2022; Keni és mtsai., 2020). Az ellátandó betegek száma soha nem várt mértékben megnövekedett a megelőző intézkedések ellenére is, melynek következtében az ellátás hatékonysága csökkent, és ez csak tovább romlott a különböző kórházi osztályok lezárásával, melynek következtében számos területe az egészségügynek szinte teljesen elérhetetlenné vált. Ez a túlterheltség nem pusztán az ellátórendszerre volt negatív hatással, hanem magukra a dolgozókra is (Keni és mtsai., 2020; Mhango és mtsai., 2020). A kutatás fő célja az egészségügyi dolgozók pszichiátriai betegekkel kapcsolatos implicit attitűdjének feltárása volt, az ő megterheltségük függvényében.

1. A pandémia hatása az egészségügyre

A SARS-COV-19 vírus a világ minden részén soha nem várt módon sújtott le az egészségügyre, a létrejött krízisállapot középpontjában pedig veszélyes és megterhelő körülmények között az egészségügyi dolgozóknak kellett elsősorban helytállni. A pandémia jelentős hatással volt ezekre a dolgozókra, hiszen a munkahelyükből eredően az átlag populációnál sokkal nagyobb mértékben voltak kitéve a fertőzésveszélynek (Lai és mtsai., 2020; Mhango és mtsai., 2020; Wu & McGoogan, 2020). A különböző munkahelyi tényezők jelentős mértékben meghatározzák az egyén mentális és fizikai egészségi állapotát. Ez fokozott mértékben igaz az egészségügyben dolgozókra vonatkozóan, mivel ez a munkaterület rendkívül magas munkamennyiséggel, számos érzelmileg töltött körülménnyel jár együtt. Előfordulhat, hogy a dolgozóknak erőszakkal járó helyzetekkel kell szembenézniük, valamint segítségkérés is stigmatizált (Adriaenssens és mtsai., 2015; Dyrbye és mtsai., 2015; Gray és mtsai., 2019; Hall és mtsai., 2018; Shanafelt és mtsai., 2012). Az

egészségügy munkahelyi problémáit a koronavírus okozta pandémia rendkívüli mértékben felerősítette, és soha nem várt további munkahelyi kockázatokat hozott létre az egészségügyi ellátásban dolgozók számára (Mhango és mtsai., 2020).

A koronavírus a társadalom minden tagjára hasonló veszélyt jelentett, így az egészségügyben dolgozókra is, viszont ők munkájukból eredően sokkal jobban ki vannak téve a fertőzésveszélynek (Dzinamarira és mtsai., 2022; Mhango és mtsai., 2020). Ez kiemelten igaz volt a védőoltások létrehozása előtti időszakban, valamint a világjárvány kezdetekor, mikor még nem álltak rendelkezésre megfelelő protokollok a fertőzésveszély csökkentésére (Mhango és mtsai., 2020; Wu & McGoogan, 2020). Ezen korai időszakban az izolációs helyiségek és személyes védőfelszerelések hiánya, és a kórházakba beáramló betegek magas száma növelte leginkább az ott dolgozók veszélyeztetettségét (Mhango és mtsai., 2020; Wu & McGoogan, 2020). Sok esetben a nem megfelelő fertőzéskontroll is veszélyeztette az egészségügyben dolgozókat, hiszen a protokollok hiánya valamint a környezet kontaminációja tovább növelte a megfertőződés veszélyét (Mhango és mtsai., 2020; Viswanath & Monga, 2020; Wu & McGoogan, 2020).

Mindezek miatt az egészségügyi dolgozók nagy létszámban betegedtek meg a COVID-19-től, és számos haláleset következett be körükben (Dzinamarira és mtsai., 2022). Jelenleg a rendelkezésre álló adatok alapján elmondható, hogy az egészségügy által foglalkoztatottnak 74-78 %-a volt már COVID-19 fertőzött, ami a világ összes fertőzöttjének nagyjából 11 százaléka. A dolgozók 8 %-a esetében volt szükség kórházi ellátásra is (Hughes és mtsai., 2020). A pandémia kapcsán az is kiemelendő, hogy a poszt-COVID szindróma által érintettek jelentős része is egészségügyi dolgozó (Smallwood és mtsai., 2022)

Intenzív mentális megterheltség által az átlag populációnál mindenkor jelentősen nagyobb mértékben érintettek az egészségügyi ellátásban dolgozók Magyarországon (Erős & Szabó, 2020; Györffy és mtsai., 2018), valamint a világ számos más részén is (Selamu és mtsai., 2017; Shanafelt és mtsai., 2012). A világ egészségügyi ellátó rendszerei nem voltak felkészülve egy ekkora járvány kitörésére, ami miatt ezek a stresszorok tovább fokozódtak. A nem megfelelő felszereltség szinte minden országban problémákat jelentett, már nem pusztán az elmaradottabb egészségügyi ellátással rendelkező országok problémája volt. A védőfelszerelések hiánya a fertőzésnek való kitettségénél már sokkal többet jelentett, hiszen a COVID-19 vírus okozta fertőzés halálos veszélyt jelent az egészségügyi dolgozóknak is (Magnavita és mtsai., 2021; Mhango és mtsai., 2020; Secosan és mtsai., 2020).

Kezdetekben a COVID-specifikus gyógyszerek, valamint védőoltások hiánya miatt,

később pedig az állandóan változó előírások következtében jelentős mértékű frusztrációt, tehetetlenséget tapasztalhattak az egészségügyben dolgozók. Ezek együttesen intenzív bizonytalanság-érzetet eredményezhettek. Jellemzően az áthelyezett dolgozók körében volt jelentős a fokozott bizonytalanság, akiknek nem pusztán a munkavégzés helye változott meg, hanem csökkent kompetencia-érzéssel érkeztek az új kihívás elé, melyet a felkészítés esetleges hiánya tovább fokozhatott (Secosan és mtsai., 2020; Vindrola-Padros és mtsai., 2020). Jelentősen megnövekedett a munka mennyisége is, mivel a betegek száma nem várt mértékben megnövekedett, és ezzel párhuzamosan a munkahelyi elvárások is fokozódtak. Mindezek együttesen olyan munkahelyi körülmények, melyek negatív hatást gyakorolhatnak a dolgozók mentális jóllétére (Gray és mtsai., 2019; Harvey és mtsai., 2017; Mhango és mtsai., 2020).

1.1. A járvány hatása az egészségügyi dolgozók mentális állapotára

Az egészségügyi dolgozók körében általánosan kijelenthető, hogy a különböző pszichológiai problémák előfordulása jelentősen magasabb, mint a társadalomban általánosan (Gray és mtsai., 2019). Kiemelendő probléma a stressz, mely számos további problémát eredményez tartós fennállás esetén (Marin és mtsai., 2011). A krónikusan fennálló stressz negatív hatást gyakorol a szervezet minden részére, ami a mentális és testi egészség további problémáihoz vezethet (Horrobin & Bennett, 1999; Kiecolt-Glaser és mtsai., 2002; Kumar és mtsai., 2013).

Az összes olyan stimulus, mely a hipotalamusz-hipofízis-mellékvese-kéreg tengelyt aktivációját eredményezi, stressznek nevezhető. Ezen aktiváció az emberekben főként kortizol kibocsátást okoz (Bonfiglio és mtsai., 2011; Marin és mtsai., 2011). A hosszan fennálló stressztényezők következtében a test folytonos stressz állapotba kerül, ami negatív testi és mentális következményeket idéz elő (Henry & Stephens, 2013; Kumar és mtsai., 2013). A krónikus stressz az immunrendszert gyengíti, ezáltal a szervezetet jobban ki van téve a fertőzéseknek és a rosszindulatú sejti elváltozásoknak (Henry & Stephens, 2013). Emellett túlterheli az egyén pszichológiai kapacitását, ezért a kogníció romlását is okozza. Mindennek következtében, információfeldolgozási deficit, memóriaproblémák jöhetnek létre, valamint megnövekszik a mentális egészséget veszélyeztető kockázati állapotok előfordulása is (például: burnout, szorongásos és depressziós tünetek megjelenése) (Borcel és mtsai., 2008; Henry & Stephens, 2013; Marin és mtsai., 2011).

Az egészségügyi ellátásban dolgozók körében már a világjárványt megelőzően is jelentősen nagyobb arányban mértek küszöb feletti stressz-szintet, mint az átlag populációban.

Általánosságban 18% a megemelkedett stressz-szint előfordulása a társadalomban, az orvosok körében ugyanez számos kutatásban 28%-ra tehető (Firth-Cozens, 2007). Az aktuális járványhelyzet mindenki számára fokozta az észlelt stressz mértékét, ez az átlag populáció esetében a lakosság 45 %-ának jelentett problémát (Panchal és mtsai., 2021; Sher, 2020), az egészségügyi dolgozóknál viszont több, mint 71 %-ot érintett (Lai és mtsai., 2020; Sher, 2020).

Legtöbb esetben az egészségügyi dolgozók mentális jóllétének mérésére a kiégés mértékét szokták vizsgálni. A munkahelyi kiégés olyan pszichológiai tünetegyüttes, mely a különböző krónikus munkahelyi interperszonális stresszorokra adott válasz (Maslach és mtsai., 2001). Az utóbbi években megjelent egy másik fogalom a szakirodalomban, amelyet kimerülés szindrómának (exhaustion disorder) neveztek, amely szintén alkalmas lehet az egészségügyi dolgozók jóllétének jellemzésére (Besèr és mtsai., 2014). A munkahelyi kiégés alapvetően 3 fő dimenzióból tevődik össze: kimerültség, deperszonalizáció és negatív önértékelés. A kimerültség dimenzióhoz tartoznak az alapvető személyes stresszel kapcsolatos tünetek, melyek az érzelmi és a fizikai erőforrások kimerülésének felelnek meg. A kiégés interperszonális komponense a deperszonalizáció, mely számos esetben nyilvánul meg cinikusságban, az optimizmus elvesztésében és a munkától való leválásban. Az alacsonyabb önértékelés és az ezzel összefüggő kétségek felmerülése a kiégés harmadik dimenziója. A kiégés következtében az egyénben kialakul egy negatív viszonyulás önmaga felé, mely szorosan a munkához kapcsolódik. Ezáltal a kiégett személyek sok esetben úgy érzik, hogy nem hatékonyak a munkájukban, nincsenek sikereik életüknek ezen területén (Maslach és mtsai., 2001).

A kimerülés szindróma egy olyan krónikus stresszorra adott válasz, ami legalább 6 hónapja fennáll. Legfontosabb jellemzője a csökkent mentális energia. Ez megnyilvánulhat az állóképesség romlásában, csökkent kezdeményező készségben, vagy abban is, hogy a kimerült személynek hosszabb időre van szüksége a helyreállásra mentális erőfeszítést követően. Gyakran érinti a kognitív képességeket, gyakori tünete a koncentrációképesség romlása, valamint a memóriaprobléma is. A munkahellyel kapcsolatban sok esetben gyakori a feltűnően csökkent kapacitás az elvárások tolerálására, valamint az időnyomás alatt történő munkára. Jellemző tünet lehet továbbá az érzelmi labilitás, valamint irritabilitás is. A kimerülés szindróma eredményezhet fizikai tüneteket, a leggyakoribbak: alvási problémák, fáradékonyság és fizikai gyengeség, különböző fájdalmak, palpitáció, szédülés, emésztőrendszeri problémák, megnövekedett hang-érzékenység (Besèr és mtsai., 2014). Az alapvető különbség a kiégés és a kimerülés szindróma között az, hogy a kiégés szorosan a

munkához kapcsolódik, munkahelyi stresszorok a fő kiváltói. Ezzel ellentétben a kimerülés szindrómát bármilyen stresszor előidézheti, legyen az a munkahellyel kapcsolatos, vagy attól független (Besèr és mtsai., 2014).

A stressz, és a következtében kialakuló kiégés, és kimerülés rizikó faktorok lehetnek a súlyosabb pszichológiai panaszok kialakulására vonatkozóan. Ilyen lehet például a depresszió (Marin és mtsai., 2011), melynek prevalenciája az egészségügyben dolgozók körében jelentősen nagyobb, mint más foglalkozások esetében (Firth-Cozens, 2007). Mindemellett a COVID-19 pandémia miatt a teljes társadalomban megemelkedett a depresszív tünetek előfordulása, az átlag populáció több mint 20 %-a számolt be észlelt tünetekről (Huang és mtsai., 2020; Sher, 2020), az egészségügy által foglalkoztatottak esetében ennél jelentősen rosszabb lehet a helyzet (Lai és mtsai., 2020; Sher, 2020).

Az egészségügyi dolgozók a világjárvány kitörését megelőzően is jelentősen nagyobb arányban számoltak be depresszív tünetekről és öngyilkossági gondolatokról, mint az átlag populáció, továbbá esetükben az öngyilkossági kísérletek is gyakoribbak voltak, és jelentősen több esetben végződtek halállal (Smallwood és mtsai., 2022; Tyssen és mtsai., 2001). A világjárvány első hulláma alatt is látható volt, hogy ezen tünetek előfordulása tovább növekedett, és a későbbi felmérések a helyzet további romlását mutatták ki. A pandémia kezdeti időszakában az egészségügyben dolgozók 21,7-24,3 %-a számolt be depresszív tünetekről, a második hullám alatt ez az arány 57,3 %-ra növekedett (Fancourt és mtsai., 2020; Smallwood és mtsai., 2021, 2022).

Az egészségügy által alkalmazottak körében kifejezetten magas a szorongás prevalenciája is, ráadásul ez a pszichológiai probléma is szoros kapcsolatban áll az észlelt stresszel. Korábbi kutatásokat összesítve, az egészségügyi dolgozók több mint 22%-a szenvedett legalább enyhe fokú szorongástól a pandémia kitörését megelőzően (Li és mtsai., 2021). A világjárvány következtében a szorongásos zavarok előfordulása is jelentősen megnövekedett. Bizonyos kutatások szerint több mint 44 % tapasztal szorongásos tüneteket, És számos egészségügyi dolgozó esetében ezek a generalizált szorongásos zavar diagnosztikai kritériumait is eléri (Lai és mtsai., 2020; Sher, 2020).

2. Az egészségügyi dolgozók attitűdjei a mentális betegségekkel élőkkel szemben

A jelenlegi krízishelyzet nem pusztán az egészségügyi dolgozók mentális állapotára van hatással, hanem a gondolkodásmódjukat is megváltoztathatta. A munkahelyen bekövetkezett hirtelen szervezeti változások, mint például a világjárvány miatti átrendezések és átvezénylések a dolgozók vezetőséghez, valamint az egész egészségüghöz való negatívabb

viszonyulását eredményezhették. Hasonló hatással lehet a jelentősen fokozott veszélyeztetettség-érzés is, és ezek együttesen akár az egészségügyi dolgozók munkával kapcsolatos attitűdjének változását, valamint akár pályaelhagyását is eredményezhetnek (Demirović Bajrami és mtsai., 2021; Wen és mtsai., 2018) .

Az attitűd egy igen kiterjedt és időben viszonylag tartós értékelés, amely irányulhat egy személyre, tárgyra vagy akár egy problémára is. Alapjában véve egy meghatározás arról, hogy az adott dolog általánosságban vagy számunkra kívánatos-e vagy sem (Bizer és mtsai., 2006). Jelentős mennyiségű kutatás foglalkozik a társadalom attitűdjével, amely kifejezetten a mentális betegségekkel élőkre vonatkozik. Az emberek a pszichiátriai betegekre olyan személyekként tekintenek, akik valamilyen nemkívánatos tulajdonságokkal rendelkeznek (Corrigan, 2005; Crisp és mtsai., 2000; Fink & Tasman, 1992; Rabkin, 1972), valamint veszélyesek és kiszámíthatatlanok (Corrigan, 2005; Link és mtsai., 1999). Lauber és munkatársai (2004) pozitív attitűdöket is mértek a társadalom tagjainál a mentális betegséggel élőket érintő kérdéskörökben, viszont a válaszadók nagy része még így is úgy gondolta, hogy a mentális egészségügygel foglalkozó intézményeknek távol kell működniük a lakott területektől, mivel máskülönben a betegek veszélyeztetnék a lakosokat. Ezeket a viszonyulásokat tekinthetjük az egyik legkomolyabb akadálnak, ami a mentális betegségekkel élő emberek kezelésének, rehabilitációjának és a társadalomba való visszaintegrálásának az útjában áll (Hansson és mtsai., 2011).

A mentális betegségekkel élőknek az egészségügyi problémájukon kívül meg kell küzdeniük a mindennapokban az őket érő hátrányos megkülönböztetésekkel, vagyis stigmatizációval is. A megbélyegzés azzal az egyszerű feltételezéssel kezdődik, hogy különbség van a mi csoportunk és egy külső csoport között. A mentális betegségek címkéi pedig még jobban láthatóvá teszik a kontrasztot a 'mi' és az 'ők' között (Schlier & Lincoln, 2019). Az egyik elterjedt sztereotípa szerint a betegek felelősek az állapotukért, vagyis ők tehetnek arról, hogy valamilyen úton mentálisan beteggé váltak, valamint az is az ő hibájuk, hogy nem tudnak kilépni ebből az állapotból, nem tudnak meggyógyulni (Corrigan és mtsai., 2003). Ezen kívül negatív sztereotípa még, hogy a pszichiátriai betegek minden esetben agresszívak, kezelhetetlenek és inkompetensek. Ebből kifolyólag azok a személyek, akik magukévá tették ezeket a sztereotípiákat, félelmet, haragot és szánalmat érezhetnek a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban (Robb & Stone, 2016). Ezeknek az érzéseknek a hatására pedig a társadalom „egészséges” tagjai elkerülik vagy kirekesztik a mentális betegségben szenvedőket, hogy a későbbiekben ne okozzanak problémát. Ez az elkerülő magatartás megnyilvánulhat abban, hogy nem beszélnek velük vagy megtagadnak tőlük

bizonyos javakat, például nem biztosítanak nekik lakhatást vagy munkát az állapotukra hivatkozva (Corrigan & Bink. 2016). Egy felmérés során a pszichiátriai beteg válaszadók 78%-a hallott már bántó és támadó megjegyzéseket a betegségével kapcsolatban és több, mint egyharmadukkal bántak már megkülönböztetően, mivel alkalmatlannak titulálták őket adott feladatok elvégzésére (Teachman és mtsai., 2006).

A korábbi kutatásokra alapozva és figyelembe véve az emberek sztereotípiáit és attitűdjeit a mentális betegségekkel élőkkel szemben az utóbbi években egyre több vizsgálat kezdett foglalkozni nem csak az általánosságban vett társadalom attitűdjeivel, hanem az egészségügyi dolgozók vélekedéseivel is. Ennek fő oka az volt, hogy egyre több információ látott napvilágot arról, miszerint a mentális betegséggel élők gyakran érzik magukat megalázva, lealacsonyítva, megbélyegezve (Thornicroft és mtsai., 2007), valamint értéktelennek és megkülönböztetettnek az egészségügyi dolgozók szemében (Hamilton és mtsai., 2016). A kutatások eredményei azt tükrözték, hogy a mentálhigiénés szakemberek, valamint más az egészségügyi ellátásban résztvevő munkások attitűdjei nem különböznek a társadalom többi tagjának attitűdjétől, sőt talán még negatívabbak is a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban. Ez teljesen szemben állt azzal a feltételezéssel, hogy a szakemberek tudása a mentális betegségekről és a mindennapos kontaktus pozitívabb attitűdöket fog eredményezni (Lauber és mtsai., 2006; Nordt és mtsai., 2006; Lebowitz & Ahn, 2014; Reavley és mtsai., 2013; Smith és mtsai., 2017).

Az egészségügyi személyzet negatív attitűdjei a pszichiátriai betegekkel kapcsolatban jelentős nehézségeket eredményezhetnek a páciensek ellátásában. A negatív viszonyulások akár késleltetett diagnózishoz is vezethetnek, ami még inkább az adott betegek kárára lehet (Aydin és mtsai., 2003). Óriási problémát okoz még a nem megfelelő pszichiátriai megnevezés használata, valamint a mentális betegségek tüneteinek ismeretének hiánya is az egészségügyi dolgozók körében. Mindez még inkább felerősíti a kommunikációs problémákat az ellátók és a betegek között, ezért gyakran nem fordulnak szakemberekhez a mentális betegséggel élő személyek, valamint még inkább megbélyegezve érzik magukat (Aydin és mtsai., 2003). A mentálhigiénés szakemberek viszonyulásai és viselkedése a mentális betegséggel élőkkel szemben különösen fontos, hiszen ők ebben a kérdésben közvéleményt formáló személyek. Ezen kívül ők azok, akikhez a pszichiátriai betegséggel élők fordulni tudnak, akiktől megértést és támogatást várnak. Az, ahogyan ezek a szakemberek a mentális betegségekben szenvedő személyekről gondolkodnak, nagyban befolyásolja a kezelés kimenetelét (Gray, 2002; Sartorius, 2002).

Az egészségügyi dolgozók pszichiátriai betegek felé mutatott negatív attitűdjeinek okát az utóbbi időkben kezdték vizsgálni a kutatók. Eddig olyan tényezőket sikerült azonosítani, mint a dolgozók empátiájának szintje (Economou és munkatársai, 2019), személyiségjellemzői (Solmi és munkatársai, 2020), valamint a munkával kapcsolatos szempontok, mint a munkakörnyezet (Hsiao és mtsai., 2015; Linden & Kavanagh, 2011), a munka típusa (Lebowitz & Ahn, 2014; Reavley és mtsai., 2013; Smith és mtsai., 2017) és az, hogy mióta dolgoznak az adott szakmában (Hsiao és mtsai., 2015; Stuber és mtsai., 2014). A felsorolt tényezők mellett a dolgozók kiégése lehet az egyik legjelentősebb probléma, ami a mentális betegséggel élőkkel szembeni negatív attitűdökhöz vezet az egészségügyi ellátásban (Calicchia, 1981; Lauber és mtsai., 2000).

2.1. Implicit attitűdök

Ugyanarra a tárgyra vonatkozóan kétféle attitűdöt is kialakíthatunk, explicitet és implicitet is. A legszembevetőbb különbség e kettő között abban rejlik, hogy míg az explicit attitűdök szándékos értékelő ítéletek, addig az implicit attitűdök azonnali és automatikus értékelő döntések (Whitfield & Jordan, 2009). A kettős rendszermodell szerint e két viszonyulási forma különbözik még abban is, hogy a személyek milyen kognitív rendszeren keresztül dolgozzák fel az adott információkat: ellenőrzött kognitív folyamatokon keresztül vagy automatikusan. Így tehát az explicit attitűdök propozíciós mód alapján alakulnak ki és változnak, az implicit attitűdök pedig asszociatíván (Garonski & Bodenhausen, 2006; Strack & Deutch, 2004). Az implicit viszonyulások vonatkozásában a legtöbb vizsgálat a csoportközi kapcsolatok felkutatásában játszott szerepet, ezen belül is az előítéletek és sztereotípiák összefüggésben. Ebben a témában azért szükséges az implicit attitűdök vizsgálata, mert expliciten torzulhatnak az emberek attitűdjei például pozitív benyomáskeltés céljából, hiszen nem mindig válaszolunk őszintén, ha a kérdések szociálisan érzékeny témát fejtegetnek, vagy a személyes attitűdünk eltér az adott társadalmi normától (Dasgupta, 2013). Az eddigi eredmények azt támasztják alá, hogy az implicit attitűdök vizsgálatából nyert adatok bejósolhatóbbá teszik a diszkriminatív viselkedést, ellentétben az explicit vizsgálati módszerek alapján szerzett információkkal szemben (Greenwald és mtsai., 2009). Impliciten tehát kevésbé tudnak hatni a társadalmi megfelelés torzításai, valamint ennek a paradigmának az értékelő jellege nem annyira nyilvánvaló a vizsgálati személyek számára. Ebből az okból kifolyólag egyre több kutatás foglalkozik társadalmilag szenzitív csoportok implicit megítélésével, így tehát a más bőrszínnel rendelkezőkkel, túlsúlyosakkal, valamint a nem heteroszexuális irányultságúakkal (Fazio & Olson, 2003).

Az explicit viszonyulások vizsgálatára igen egyszerű módszer, ha a vizsgálati személyeket egyszerűen megkérjük, hogy számoljanak be róluk. Ezzel szemben az implicit attitűdöknél olyan mérésekre van lehetőség, ahol az embereket közvetlenül nem kell megkérdezni. Ezt a megközelítést általában akkor szükséges használni, ha az adott személyek tudatosan vagy szándékolatlanul torzíthatják valódi hozzáállásukat a meghatározott tárgyról (Bizer és mtsai., 2006). Az implicit attitűdök mérésére nem elég egy kérdőív, hiszen a vizsgálati személy számára is tudattalan információhoz szeretnénk hozzájutni.

2.1.1. Az implicit attitűdök mérése

Az implicit attitűdök mérésére több módszer is létezik, az egyik legelterjedtebb a Go/No-Go Association Task vagyis a Go/No Go Asszociációs Teszt (GNAT; Nosek & Banaji, 2001), mely egy kontextustól függetlenül működő teszt és a magasabb rendű kognitív folyamatok közül a gátló kontrollal hozható összefüggésbe (Kopera és mtsai., 2015). Egy másik elterjedtebb vizsgálati eszköz pedig az általunk is használt Implicit Asszociációs Teszt (IAT; Greenwald és mtsai., 1998), mely úgy vizsgálja az implicit attitűdöket, hogy felméri a különböző attitűdobjektumok és az adott értékelő tulajdonsággal bíró szavak közötti automatikus asszociációs kapcsolatokat. Tehát ez a teszt azt méri, hogy egy meghatározott attitűdtárgy (pl. mentális betegség és testi betegség) mennyire szorosan kötődik egy értékelő attribútumhoz (pl. kellemességet vagy kellemetlenséget kifejező szavak). A feltételezés az IAT működése mögött az, hogy minél szorosabb kapcsolatban vannak egymással a tárgyak és az adott tulajdonságok, annál erősebb és meghatározóbb a tudatalatti implicit attitűdünk hozzájuk (Karpinski & Hilton, 2001). Ez a módszer kontextusfüggőnek számít, hiszen szükség van egy ellentétes kategóriára is, így az egyik csoporttal szembeni implicit attitűdök mérését esetlegesen torzíthatja a meghatározott kontraszt kategória (Kopera és mtsai., 2015).

Az eredeti Implicit Asszociációs Tesztnak az évek során több változatát is kifejlesztették, így ezt a vizsgálati módszert különböző kutatási kérdések megválaszolásához többféleképpen lehet variálni. Az egyik ilyen az egy kategóriát alkalmazható Single Category Implicit Association Test (SC-IAT; Karpinski, & Steinman 2006), melyben a résztvevőknek a megadott szavakat egyetlen egy célkategóriába (mentális betegség) és két attribútum kategóriába (jó és rossz) kell sorolni. A második típus pedig az általunk is használt Single Target Implicit Association Test (ST-IAT; Wigboldus és mtsai., 2004). Ez az IAT verzió akkor előnyös, ha nem állnak rendelkezésünkre ellentétes kategóriák vagy több attitűdobjektumot szeretnénk egyszerre vizsgálni. Az ST-IAT lehetővé teszi, hogy egymással összefüggő attitűdtárgyak között is felismerjük a különbségeket (Bluemke & Friesen, 2008).

3. A kutatás célja

Vizsgálatunk fő kérdései, hogy a COVID-19 betegeket ellátó osztályokon való munka milyen, és mekkora pszichológiai megterhelést jelent az egészségügyi dolgozókra, valamint, hogy a COVID-19 világjárvány alatt szolgálatot teljesítő egészségügyi dolgozók milyen irányú vélekedésekkel rendelkeznek a pszichiátriai érintettségű betegekkel szemben a pandémia kontextusában. Az első hipotézisünk, hogy az aktuálisan járványügyi ellátásba dolgozók mentálisan terheltebbek, mint azok, akik az eredeti munkahelyükre visszatértek. A második hipotézisünk szerint a kimerülés szindróma és a kiégés együttjárást mutat a mintánkban. A harmadik hipotézisünk, hogy a Járványügyi Ellátó Központban aktuálisan dolgozóknál az észlelt stressz mértéke nagyobb, további pszichológiai problémák előfordulása gyakoribb (Lai és mtsai., 2020; Mhango és mtsai., 2020; Smallwood és mtsai., 2021, 2022). Negyedik hipotézisünk az, hogy az általunk megkérdezett egészségügyi dolgozók implicit attitűdjei negatívabbak a mentális betegségekkel élőkkal szemben, mint a szomatikus kórképek esetén. Az ötödik hipotézisünk szerint az egészségügyi dolgozók implicit attitűdjei negatívabbak, mint az explicit viszonyulásaik a pszichiátriai betegségben szenvedőkkel szemben. Hatodik hipotézisünk az, hogy a pszichiátriai ellátásban dolgozók kevésbé negatív implicit attitűdökkel rendelkeznek a mentális betegekkel szemben, mint az egészségügy más területein dolgozók. A hetedik hipotézisünk alapján azok a dolgozók, akik jelenleg is a járványügyi ellátásban dolgoznak, negatívabb implicit attitűdökkel rendelkeznek a pszichiátriai betegségekkel élőkkal szemben összefüggésben mentális megterheltségükkel.

Módszerek

Résztvevők

Vizsgálatunk a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Humán Orvosbiológiai Intézményi és Regionális Kutatásetikai Bizottságának etikai jóváhagyásával rendelkezik (etikai engedélyszám: 110/2021-SZTE RKEB; 1. melléklet). A kutatásban résztvevők a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ dolgozói közül kerültek kiválasztásra. A részvétel önkéntes volt, a kérdőívcsomag kitöltésére online is lehetőséget biztosítottunk. A mintavétel módja kényelmi mintavétel volt. A mintába kerülés feltétele a Járványügyi Ellátó Központban történt jelenlegi, vagy már befejezett munkavégzés. A statisztikai elemzés során kizárólag azoknak a vizsgálati személyeknek az adatai kerültek felhasználásra, akik a kutatás minden kérdőívét kitöltötték és minden feladatát

elvégezték. A kutatásban 63-an vettek részt, közülük 46 fő minden feladatot maradéktalanul teljesített. A kitöltők átlag életkora 34,7 év ($SD=10,3$). A résztvevők között a nemi eloszlás nem volt kiegyenlített, 15 férfi és 31 nő került bele a statisztikai elemzésbe. A kísérleti személyek iskolában töltött éveinek átlaga 18,5 ($SD=3,14$), legmagasabb iskolai végzettségük a szakközépiskolától a posztgraduális képzésig terjedt. A kutatásban részt vettek: ápolók (18), pszichológusok (3), rezidens orvosok (7), orvosok (5), szakorvosok (11), látogató kísérők (2). (A kutatásban résztvevők eredeti munkavégzésének helye 1. Melléklet, 1. Táblázat)

A kutatás kitöltésekor aktuálisan a Járványügyi Ellátó Központban 24-en dolgoztak, 22 fő már visszatért az eredeti munkavégzés helyére. A mintákból összesen 34 fő volt átvezényelt dolgozó. A Járványügyi Ellátó Központban átlagosan 2,02 vezénylési turnust dolgoztak ($SD=1,34$).

A kutatásban résztvevők közül 11 személynek nem volt előzetes tapasztalata pszichiátriai vonatkozású kórképekkel, 35 kitöltő a munkája során dolgozott pszichológiai tünetekkel rendelkező betegekkel. A kitöltők közül 8-an nem tapasztaltak különösebb nehézséget pszichiátriai vonatkozású betegek ellátása során, 13 személynek enyhe fokú kommunikációs és együttműködési nehézséget tapasztaltak az ezen betegekkel kapcsolatos munka folyamán. 21 kitöltő tapasztalt súlyosabb fokú nehézséget, 4-en ítélték meg extrémén nehéznek a közös munkát. A pszichiátriai betegekkel kapcsolatos munka során a kitöltők közül 5-en nem kérnének segítséget pszichiáter szakembertől, 20 személy abban az esetben fordulna szakemberhez, ha a beteg ellátása során nehézségek lépnének fel. 21 kísérleti személy egyértelműen minden esetben pszichiátriai konzultációt kérne. A megkérdezettek 84,78 %-a szükségét érzi további pszichiátriai edukációnak az érintett betegek hatékonyabb ellátásának érdekében.

Vizsgálati eszközök

A vizsgálatban alkalmazott tesztek a következők voltak: a kimerülés szindróma mérésére a közreműködésünkkel magyarra fordított Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS; Besèr és mtsai., 2014), vagyis Karolinska Kimerültségi Zavar Skálát vettük fel a kitöltőkkel. A kiegészítő vizsgálatára a Maslach és Jackson (1986) által létrehozott kérdőívet, a Maslach Kiegészítő Leltárt alkalmaztuk (Maslach Burnout Inventory - MBI). Az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS; Cohen és mtsai 1983) is kitöltésre került a résztvevők által, mely olyan gondolatokra és érzésekre kérdez rá, melyek a stresszézelést jellemzik. Ezen kívül a kísérleti személyeknek ki kellett tölteni még a Derogatis Tünetlistát (SCL-90-R, azaz Symptom Check-List-90-R; Derogatis, 1977), mely pszichés tünetek fennállásának és

súlyosságának feltárására kialakított eszköz. A felsorolt kérdőíveken kívül az attitűdök vizsgálatára explicit kérdéseket, valamint az Implicit Asszociációs Tesztet használtuk (Implicit Association Test, IAT; Greenwald és mtsai., 1998).

1. Demográfiai adatok, pszichiátriai betegekkel kapcsolatos munka

A kutatásunk első része demográfiai kérdésekből állt, amit a munkahellyel és a munkavégzéssel kapcsolatos kérdések követtek. Ezen kérdések a jelenlegi munkavégzés helyére, az eredeti, valamint a Járványügyi Ellátó Központban betöltött pozícióra, illetve a mentális betegekkel való munkára vonatkoztak.

2. Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS)

A kimerülés szindróma mérésére a Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS) (Besèr és mtsai., 2014) első magyar verzióját használtuk, melyet a Pécsi Tudományegyetem munkatársai, valamint a Szegedi Tudományegyetem munkatársai készítettek el. A magyar verzió létrehozásának szakmai vezetői Dr. Szkaliczki Andrea és Dr. Osváth Péter voltak. A KEDS eredeti verziója svéd nyelven készült el, az angol nyelvű verziót a kérdőív megalkotói hozták létre (Besèr és mtsai., 2014). Az így létrehozott fordítás angol, és svéd nyelvre is visszafordításra került, a létrejött kérdőívek eredetivel való hasonlósága kielégítő volt. A KEDS 9 kérdésből áll, melyekre egy 0-tól 6-ig terjedő unipoláris skálán lehet válaszolni. A 0, 2, 4, 6 értékek definiáltak, míg a köztes értékek nem. A magasabb pontszámok a tünetek intenzívebb súlyosságát jelzik. A kérdések a kimerülés szindróma által érintett funkciókra vonatkoznak, ezek a következők: koncentrációs képesség, memória, testi fáradtság, mentális kitartás, regenerálódási képesség, alvás, külső ingerekkel szembeni túlérzékenység, elvárásoknak való megfelelés, és az ingerlékenység (Besèr és mtsai., 2014).

3. Maslach Kiegész Leltár (MBI)

A munkahelyi kiegész mérésére a Maslach Kiegész Leltárt (Maslach és mtsai., 1997; Maslach & Jackson, 1981) (3. melléklet) használtuk. A kérdőív 22 állításból áll, melyekre a kitöltőnek egy 7 fokú Likert-skálán kell választ adnia a tünet gyakoriságával kapcsolatban. A 0 érték, ha soha nem tapasztalja az adott állítást, a 6 pedig minden nap. Az állítások három alskálához tartoznak. Az első a munkától való érzelmi kimerülés mértékét méri, ehhez tartoznak az érzelmi állapotra vonatkozó elemek, ez dimenzió kilenc állítást tartalmaz. Az ellátottakkal szembeni érzelemmentességet és elidegenedést a Deperszonalizáció dimenzió méri, ide öt állítás tartozik. A Teljesítménycsökkenés alskála a munkával kapcsolatos

kompetencia-érzést, valamint a sikeresség megtapasztalását méri, ezen dimenzióhoz nyolc állítás tartozik. Az alskálákon elért pontszámok alapvetően külön-külön értelmezendők, az első kettő esetében a magasabb a pontszám súlyosabb kiégést mutat, míg a Személyes teljesítmény hiánya alskála esetében az alacsonyabb pontszám a kiégés magasabb mértékét jelzi (Maslach és mtsai., 1997; Maslach & Jackson, 1981).

4. Derogatis-Féle Tünetlista (SCL-90R)

A Derogatis-Féle Tünetlista (Derogatis & Cleary, 1977) (4. melléklet) által mértük a dolgozók pszichológiai tüneteit. A kérdőív kilencven állítást tartalmaz, melyekre 5 fokú skálán kell válaszolni az alapján, hogy az egyént az adott állításokban leírt tünetek mennyire zavarták az elmúlt hét során (0 = egyáltalán nem, 4 = nagyon). A tünetlista 9 alsálából áll: szomatizáció, kényszeresség, interperszonális érzékenység, depresszió, szorongás, ellenségesség, fóbia, paranoia, pszichoticizmus. Ezen felül a kérdőív tartalmaz hozzáadott tételleket, melyek egyik alskálához sem tartoznak. Az egyes skálák pontszámain túl a kérdőívből megkapható a Globális Súlyossági Index, a Pozitív Tünet Distressz Index, valamint a Pozitív Összes Tünet pontszám is (Derogatis & Cleary, 1977; Gonda & Rózsa, 2020).

5. Észlelt Stressz Kérdőív (PSS)

A kutatásban résztvevők stressz percepciójának felmérésére az Észlelt Stressz Kérdőívet vettük fel (5. melléklet). A kérdőív az egyén stresszészlelésével kapcsolatos kérdéseket tartalmazza az elmúlt egy hónap kapcsán. Tizennégy tételből áll, melyekre egy 5 fokú Likert-skálán válaszolhatnak a kitöltők, ami 0-tól 4-ig terjed. A kérdőív eredménye az összpontszám, mely a kitöltő által észlelt stressz globális mutatója (Stauder & Konkoly Thege, 2006).

6. Implicit Asszociációs Teszt

A felületet, amelyen az Implicit Asszociációs Tesztet a résztvevők el tudták végezni a feladatot a Szegedi Tudományegyetem Természettudomány és Informatika Kar Szoftverfejlesztési tanszéke és az SZTE SZAOK Pszichiátriai Klinika együttműködve alkotta meg. Vizsgálatunkban a Single Target Implicit Association Test-et (ST-IAT; Wigboldus és mtsai., 2004) következőképp használtuk: a teszt során bemutatásra kerülő ingeranyagot három fő kategóriába soroltuk, melyek a mentális betegség, COVID szenzitív és a COVID neutrális szócsoportok voltak. A mentális betegséghez a depresszió, pszichopátia, szkizofrénia és

paranoia elemek tartoztak, a COVID szenzitív kategóriába a diabétesz, tüdőgyulladás, szívbetegség és rák szavakat választottuk, végül a COVID neutrális csoportba a csontritkulás, vakság, siketség és színtévesztés szavakat soroltuk. A kategóriákba sorolt szavakat más pszichiátriai betegekkel szembeni attitűdöket Implicit Asszociációs Teszttel vizsgáló szakirodalom alapján választottuk ki (Sandhu és mtsai., 2019). Ezen kívül a COVID szenzitív csoportba olyan kórképeket építettünk be, melyek bizonyítottan nagy mértékű komorbid kockázatot jelentenek a SARS-CoV-2-vel fertőzöttek számára: diabétesz (Peric & Stuling, 2020), tüdőgyulladás (Wang és mtsai., 2020), szívbetegség (Nishiga és mtsai., 2020), rák (Al-Quteimat & Amar, 2020). A COVID neutrális kategóriába pedig olyan szomatikus betegségeket soroltunk, melyek a teszt összeállításáig nem rendelkeztek szakirodalommal arról, hogy esetleg súlyosbító faktorok lennének a fertőzött betegeknél. Az ST-IAT alkalmazása ezzel a három kategóriával azért volt szükséges, hogy elkerüljük annak lehetőségét, hogy olyan betegség kategóriákat használjunk, amelyek bár a mentális kórképekkel nem állnak kapcsolatban, a COVID-19 járvány során a SARS-CoV-2 vírussal fertőzöttek állapotát számottevően veszélyeztették és ezzel feltehetően negatívabb viszonyulásokat váltottak volna ki az egészségügyi dolgozókból. Így alakítottuk ki a COVID neutrális és COVID szenzitív csoportokat, elkülönítve egymástól az olyan szomatikus betegségeket, amelyek szétválasztás nélkül feltehetően befolyásolták volna a kapott eredményeket, ha csak két fő kategóriát használunk. A három célkategória mellé pozitív és negatív értékkategóriákat is társítottunk. Pozitív kategóriába tartozó elemek a biztonságos, békés, kedves és nyitott szavak voltak, a negatívak pedig a veszélyes, agresszív, kezelhetetlen és fenyegető.

Minden blokk előtt részletes leírást találtak a kitöltők, amiben felhívtuk a figyelmüket arra, hogy az adott részben mely szavak tartoznak a pozitív és melyek a negatív kategóriákba. A feladat során a „pozitív” és a „negatív” kifejezések a monitor két felső sarkában helyezkedtek el. A résztvevők az „i” és az „e” billentyűk lenyomásával tudták a szavakat a megfelelő csoportokba sorolni, erre szavanként maximum 10000 milliszekundum (10 mp) állt rendelkezésükre, ha viszont nem adtak választ a megadott időkereten belül, akkor a feladat tovább lépett a következő szóra (3. Melléklet, 1.Ábra: Az Implicit Asszociációs Teszt felülete).

Ha nem jó választ adtak meg a kitöltők, akkor egy piros „x” (500 ms) jelent meg a képernyő közepén, ezzel jelezvén a hibát. A teljes teszt során összesen 14 blokkot kellett elvégezni, az első és nyolcadik blokkban csupán csak a pozitív és negatív értékeket jelző elemeket kellett besorolni. A többi blokk során a COVID neutrális, COVID szenzitív és a

mentális betegségeket leíró szavak egyforma mennyiségben, egymást felváltva jelentek meg. A nyolcadik blokkal kezdődően az „i” és „e” billentyűkhöz kapcsolt „pozitív” és „negatív” kifejezések felcserélődtek, a tanulási hatás elkerülésének érdekében (2. Melléklet, 2. táblázat: A Single Target Association Test blokkjainak felépítése).

7. Statisztikai elemzés

Az eredmények elemzéséhez a JAMOVİ (verziószám: 2.3.2; The jamovi project (2021). jamovi (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>) programot alkalmaztuk. Az Implicit Asszociációs Tesztre vonatkozóan Józán és munkatársai (2014) vizsgálata alapján kiszámoltunk egy végső pontértéket (D-érték), amelyet a következőképpen készítettünk el: az összetartozó blokkokat összevontuk, majd a kongruens blokkokra adott reakcióidő medián pontértékét elosztottuk az inkongruens blokkokra adott reakcióidő mediánjával pl. COVID szenzitív D-érték = (negatív + COVID szenzitív szavak / pozitív szavak) blokk elosztva a (pozitív szavak + COVID szenzitív szavak / negatív szavak) blokk reakcióidejének mediánjával. Így kaptunk végezetül 3 D-értéket, melyek a COVID neutrális, COVID szenzitív és mentális betegségekkel kapcsolatos szavak reakcióidőinek arányát mutatják, minden egyes csoportra vonatkozóan a gyorsabb reakció implicit attitűdöket sejtet. Az Implicit Asszociációs Tesztet felületesen kitöltő személyek kiszűrése érdekében a kapott eredmények alapján kizártuk azokat a vizsgálati személyeket, akik az összes kritikus blokkon együttvéve 30%-nál többet hibáztak (Nosek és mtsai., 2009).

Az adatbevitel után először elkészítettünk néhány leíró statisztikát a vizsgálati személyekre vonatkozóan, mint például a nemi eloszlás és az életkor, ezután pedig normalitásvizsgálatokat végeztünk a szükséges változókra. Azért, hogy a mintánk a lehető legjobban reprezentálja a populációt Z érték alapú szűréseket is végeztünk, melynek következtében kizártuk a szélsőséges, +/- 2 szóráson kívül eső értékeket a statisztikai elemzésből. A hipotéziseink tesztelésére T-próbákat, varianciaanalíziseket és korrelációs számításokat végeztünk a vizsgált adatok parametrikusságának megfelelően.

Vizsgálat leírása

A résztvevőknek alkalmuk nyílt online elvégezni a feladatokat, melyek egy Google űrlap formájában kerültek kiküldésre különböző levelezőlistákra. A rendkívül alacsony kitöltésszám miatt azonban személyes megkeresési formáját választottuk az adatfelvételnek, mely az SZTE SZAOK Pszichiátriai Klinikán és az SZTE SZAOK Járványügyi Ellátó Központban kijelölt nővérpihenőkben és orvosi szobákban folyt, kényelmes körülmények

között. A kérdőívek kitöltése körülbelül 30-40 percet vett igénybe, míg az Implicit Asszociációs Teszt elvégzése 10-15 percig tartott résztvevőnként. A vizsgálat előtt minden vizsgálati személlyel ismertettük a kutatás menetét, tájékoztattuk őket az elvégzendő feladatokról, majd a beleegyező nyilatkozat elfogadásával kezdhették meg a kérdőívek kitöltését. A kérdőívek elvégzése után a kitöltőknek meg kellett adniuk egy jeligét, mely tartalmazott kis-és nagybetűket, valamint számokat is. Ez azért volt szükséges, hogy az anonimitást figyelembe véve össze tudjuk egyeztetni a kérdőíven és az Implicit Asszociációs Teszten kapott eredményeket minden egyes résztvevőre vonatkozóan. A megadott jeligét a Google kérdőívbe beillesztett link megnyitása után kellett ismét beírni, ahol már a kérdőívektől függetlenül volt elvégezhető az implicit asszociációkkal foglalkozó feladat. A félreértések elkerülése végett újra elismételtük a feladat lépéseit és a szükséges részeknél felhívtuk a résztvevők figyelmét bizonyos részek tüzetesebb átolvasására és figyelmesebb kitöltésre kértük őket. A teljes vizsgálat befejezése után megkérdeztük a vizsgálati személyeket benyomásaikról és válaszoltunk az esetlegesen felmerülő kérdéseikre.

Eredmények

1. Pszichológiai megterhelés vizsgálata

1.1. Kiegészítés és kimerülés mértéke a munkavégzés helye szerint

Az első hipotézisünk, hogy az aktuálisan a Járványügyi Ellátó Központban dolgozók mentálisan kimerültebbek és kiégettebbek, mint azok a dolgozók, akik már visszatértek az eredeti munkavégzésük helyére. Ennek vizsgálatára összehasonlítottuk a kérdőíveken elért pontszámokat ezen két csoport között. A Karolinska Exhaustion Disorder Scale esetében egy kísérleti személy került kiszűrésre. A Kérdőív összpontszáma a mintánkban normális eloszlást követett $W(53) = 0,968$, $p = 0,161$, és a jelenleg a Járványügyi Ellátó Központban, valamint az eredeti munkavégzés helyén dolgozók esetében a KEDS-en elért pontszám tekintetében a szóráshomogenitás jelentősen nem sérült $Levene F = 0,103$, $p = 0,749$, ezért a két csoport összehasonlítására független mintás T-próbát használtunk. Ez alapján a két csoport jelentős mértékben különbözik $t(51) = -3,55$, $p < 0,001$. A jelenleg a Járványügyi Ellátó Központban dolgozók KEDS átlag pontszáma 17,7 ($SD = 7,19$), az eredeti munkavégzés helyén dolgozók átlag pontszáma pedig 10,7 ($SD = 7,09$), tehát az aktuális átvezénylés, az általános kimerültséget befolyásolta. Az átlagpontszámok összehasonlítása a 2. Ábrán látható.

Az első hipotézis vizsgálatára összehasonlítottuk a Maslach Kiegészítő Leltár alskáláin elért pontszámokat is a dolgozók két csoportjának esetében. A szélsőséges értékek kiszűrését követően 50 fő adatait elemeztük. Az Érzelmi kimerülés nem követ normális eloszlást $W(50) = 0,948$, $p = 0,027$, és a szóráshomogenitás nem sérül $Levene F = 3,59$, $p = 0,064$, ezért Mann-Whitney próbát alkalmaztunk. A két csoport Érzelmi kimerülés pontszámai szignifikánsan eltérnek egymástól $U(48) = 195$, $p = 0,024$, a jelenleg a Járványügyi Ellátó Központban dolgozók átlag pontszáma 31,8 ($SD = 11,46$), ami jelentősen magasabb, mint az eredeti munkavégzés helyén dolgozók átlag pontszáma, ami 25 ($SD = 8,36$). A Személyes teljesítmény hiánya alskála normális eloszlást követ $W(50) = 0,977$, $p = 0,45$, esetében a szóráshomogenitás nem sérül $Levene F = 1,82$, $p = 0,183$. Ezért a hipotézis vizsgálatára független mintás T-próbát használtunk, mely alapján a csoportok jelentősen nem különböznek egymástól a Személyes teljesítmény hiánya tekintetében $t(48) = 0,962$, $p = 0,341$, $M_{JEK} = 42,6$, $SD = 6,43$, $M_{Eredeti munkahely} = 44,2$, $SD = 5,11$. A Deperszonalizáció esetében sérül a normalitás $W(50) = 0,951$, $p = 0,038$, valamint a szóráshomogenitás is $Levene F = 4,43$, $p = 0,041$, ezért független mintás T-próbát használtunk Welch korrekcióval az elemzésre. Ez alapján a két csoport nem tér el egymástól szignifikánsan $Welch t(45,6) = -1,565$, $p = 0,124$, $M_{JEK} = 12,6$, $SD = 5,71$, $M_{Eredeti munkahely} = 10,4$, $SD = 4,15$. (Az átlagpontszámok összehasonlítása 4. Melléklet, 2. Ábra).

1.2. A kimerülés szindróma és kiegészítő kapcsolata

Ahhoz, hogy megvizsgáljuk vajon a kimerülés szindróma és a kiegészítő mértéke milyen arányban mutat együttjárást, korrelációs számítást végeztünk. Az előzőlegesen elkészített normalitásvizsgálat alapján a Karolinska Exhaustion Disorder Scale eredményei normál eloszlást követtek $W(49) = 0,968$, $p = 0,324$. A Maslach Kiegészítő Leltár három skáláján pedig a következő eredményeket kaptuk: érzelmi kimerültség $W(49) = 0,932$, $p = 0,007$, deperszonalizáció $W(49) = 0,914$, $p = 0,002$ és személyes teljesítmény hiánya $W(39) = 0,979$, $p = 0,542$. Így a kimerülés szindróma és az érzelmi kimerültség vizsgálatára Spearman-féle korrelációs számítást használtunk, melynek eredménye szignifikáns pozitív irányú, erős korrelációs összefüggés lett $r(47) = 0,651$, $p < 0,001$ $M = 28,3$, $SD = 10,6$. A kimerülés szindróma ezután a deperszonalizáció skálával mértük össze Spearman-féle korrelációanalízissel, szignifikáns pozitív irányú, közepesen erős korrelációt kaptunk $r(47) = 0,408$, $p = 0,002$, $M = 11,5$, $SD = 5,11$. Végül a kimerülés szindróma a személyes teljesítmény hiánya skálával vetettük össze Spearman-féle korrelációs számítással $r(47) = -0,227$, $p = 0,058$,

$M = 43,4$, $SD = 5,88$ ahol csak tendenciaszintű volt a szignifikancia, s gyenge negatív korrelációs összefüggés mutatkozott a változók között.

1.3. Derogatis-Féle Tünetlista eredményei (SCL-90R)

Összehasonlításra kerültek a Derogatis-Féle Tünetlista eredményei is. A Globális Súlyossági Index esetében 4 kísérleti személy eredményei bizonyultak szélsőségesnek. A Globális Súlyossági Index a mintánkban nem követ normális eloszlást $W(50) = 0,89$, $p < 0,001$, és a szóráshomogenitás nem sérül $Levene F = 0,808$, $p = 0,371$, ezért Mann-Whitney próbát alkalmaztunk. A két csoport szignifikánsan nem különbözik a Globális Súlyossági Index pontszámok tekintetében, $U(48) = 253$, $p = 0,256$, $M_{JEK} = 0,567$, $SD = 0,451$, $M_{Eredeti munkahely} = 0,422$, $SD = 0,356$. A Depresszió alskálánál 3 szélsőséges érték került kiszűrésre. A skála pontszámai nem normál eloszlásúak $W(51) = 0,842$, $p < 0,001$, a szóráshomogenitás nem sérül $Levene F = 0,0749$, $p = 0,785$, ezért a hipotézist független mintás T-próbával teszteltük. A két csoport pontszámai között nincs jelentős eltérés $t(49) = 260$, $p = 0,223$, $M_{JEK} = 0,865$, $SD = 0,773$, $M_{Eredeti munkahely} = 0,538$, $SD = 0,73$. A Szorongás skála esetében 4 szélsőséges értéket zártunk ki. A Szorongás pontszámok esetében a normalitás nem valósult meg $W(50) = 0,917$, $p = 0,002$, de a szóráshomogenitás nem sérült $Levene F = 1,31$, $p = 0,258$. Ezen feltételek következtében Mann-Whitney próbát használtunk, mely megmutatta, hogy a két csoport nem tér el egymástól szignifikánsan $U(48) = 271$, $p = 0,424$, $M_{JEK} = 0,613$, $SD = 0,508$, $M_{Eredeti munkahely} = 0,481$, $SD = 0,416$. (5. Melléklet, 3. Ábra)

1.4. Észlelt Stressz Kérdőív eredményei (PSS)

Összehasonlítottuk az Észlelt Stressz Kérdőív pontszámait a két csoport között. A mintából egy szélső értéket szűrtünk ki. Az Észlelt stressz összpontszám a mintánkban nem követ normál eloszlást $W(53) = 0,948$, $p = 0,022$. A szóráshomogenitás feltétel viszont nem sérül $Levene F = 2,5$, $p = 0,12$, ezért Mann-Whitney próbát alkalmaztunk, melyen azt az eredményt kaptuk, hogy a két csoport nem különbözik szignifikánsan egymástól $U(51) = 287$, $p = 0,261$, $M_{JEK} = 25,9$, $SD = 11$, $M_{Eredeti munkahely} = 22,4$, $SD = 9,27$. (6. Melléklet, 4. Ábra)

2. Attitűdök vizsgálata

2.1. Implicit attitűdök összevetése

Az Implicit Asszociációs Teszten kapott 3 D-értéket egymással is összevetettük egy egyszempontos ismételt mérések ANOVA segítségével, mivel a D-értékek normál eloszlást

követtek a mintán belül, valamint nem sérült a szfericitás feltétele, tehát a mérések közötti különbségpontok varianciája páronként nem tért el egymástól, ezt pedig a Mauchly szfericitás teszt támasztotta alá $X^2(38)=0,894$, $p=0,126$. A statisztikai próbánk eredménye nem lett szignifikáns, tehát a COVID neutrális, COVID szenzitív és mentális betegségekre adott válaszok reakcióideje között nem találtunk jelentős különbséget $F(2, 76)=0,362$, $p=0,698$, $\eta^2_{\text{partial}}=0,009$. $M_{\text{covid neutrális}}=0,940$, $SD_{\text{covid neutrális}}=0,079$, $M_{\text{mentális betegségek}}=0,932$. $SD_{\text{mentális betegségek}}=0,078$, $M_{\text{covid szenzitív}}=0,929$, $SD_{\text{covid szenzitív}}=0,064$. (7. Melléklet, 5. Ábra)

2.2. Explicit és implicit attitűdök egymáshoz való viszonya

Arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi dolgozóknak eltérnek-e az implicit és explicit attitűdjeik a mentális betegséggel élőkkel szemben, összehasonlítottuk az explicit kérdésekre adott válaszaikat (pszichiátriai betegek ellátásához fűződő korábbi tapasztalat, pszichiátriai betegekkel való munka nehézsége) az Implicit Asszociációs Teszten elért eredményeikkel. A szélsőséges értékek kiszűrése után 36 fő adatait elemeztük.

A kapott D értékeken először normalitástesztelést végeztünk, melynek az eredménye a következőképpen alakult: COVID neutrális szavak $W(34)=0,955$, $p=0,156$, $Levene F=1,299$, $p=0,262$, COVID szenzitív szavak $W(34)=0,983$, $p=0,854$, $Levene F=2,434$, $p=0,128$, mentális betegséggel kapcsolatos szavak $W(34)=0,979$, $p=0,696$, $Levene F=0,037$, $p=0,848$. Ezután független mintás egyszempontos ANOVA segítségével megvizsgáltuk, hogy van-e különbség a D-értékek szempontjából azon az egészségügyi dolgozók között, akiknek korábbról már volt tapasztalata pszichiátriai vonatkozású betegek ellátásával kapcsolatban. Az eredmények egyik csoport esetében sem lettek szignifikánsak: COVID neutrális szavak $F(1, 34)=0,1902$, $p=0,666$, $M_{\text{nincs tapasztalat}}=0,929$, $SD_{\text{nincs tapasztalat}}=0,090$, $M_{\text{van tapasztalat}}=0,944$, $SD_{\text{van tapasztalat}}=0,077$. Mentális betegségekkel kapcsolatos szavak $F(1, 34)=0,4380$, $p=0,513$, $M_{\text{nincs tapasztalat}}=0,948$, $SD_{\text{nincs tapasztalat}}=0,084$, $M_{\text{van tapasztalat}}=0,927$, $SD_{\text{van tapasztalat}}=0,077$. COVID szenzitív szavak $F(1, 34)=0,0120$, $p=0,913$, $M_{\text{nincs tapasztalat}}=0,926$, $SD_{\text{nincs tapasztalat}}=0,085$, $M_{\text{van tapasztalat}}=0,929$, $SD_{\text{van tapasztalat}}=0,058$. (8. Melléklet, 6. Ábra)

A továbbiakban két csoportra osztottuk a vizsgálati személyeket, aszerint, hogy enyhe, közepes, nagyon vagy extrém súlyosnak ítélték meg a mentális betegségben szenvedőkkel való munkát. Az enyhe és a közepes nehézséget jelölők és a nagyon, valamint extrém súlyos nehézséget jelölő kitöltők kerültek egy csoportba. A normalitástesztelés eredménye a következőképpen alakult: COVID neutrális szavak $W(34)=0,957$, $p=0,177$, $Levene F=0,250$, $p=0,620$, COVID szenzitív szavak $W(34)=0,986$, $p=0,925$, $Levene F=0,299$, $p=0,588$,

mentális betegséggel kapcsolatos szavak $W(34)= 0,983, p= 0,839, Levene F= 2,966, p= 0,094$. Ezután ismételt független mintás egyszempontos ANOVÁ-t használtunk az adatok elemzésére, mely egyik kategória esetében sem hozott szignifikáns eredményt: COVID neutrális szavak: $F(1, 34)= 0,18130, p= 0,673, M_{enyhe\ nehéz\ ség}= 0,934, SD_{enyhe\ nehéz\ ség}= 0,083, M_{súlyos\ nehéz\ ség}= 0,945, SD_{súlyos\ nehéz\ ség}= 0,077$. Mentális betegségek: $F(1, 34)= 0,00317, p= 0,955, M_{enyhe\ nehéz\ ség}= 0,933, SD_{enyhe\ nehéz\ ség}= 0,094, M_{súlyos\ nehéz\ ség}= 0,931, SD_{súlyos\ nehéz\ ség}= 0,065$. COVID szenzitív szavak: $F(1, 34)= 0,30649, p= 0,583, M_{enyhe\ nehéz\ ség}= 0,922, SD_{enyhe\ nehéz\ ség}= 0,063, M_{súlyos\ nehéz\ ség}= 0,934, SD_{súlyos\ nehéz\ ség}= 0,065$. (9. Melléklet, 7. Ábra.)

2.3. Attitűdök a munkahely függvényében

Majd további statisztikai elemzéseket folytattunk, hogy megvizsgáljuk a különböző tapasztalatokkal rendelkező dolgozóknak hogyan alakultak a kategóriákra adott reakcióidejük a Maslach Kiegészítő Leltáron kapott érzelmi kimerülés pontszámuk függvényében. Az elemzés során egyik szócsoporthoz sem sérült a normalitás, valamint a homogenitás sem (COVID neutrális szavak $W(34)= 0,951, p= 0,111, Levene F= 1,03, p= 0,317$, mentális betegségekkel összeasszociált szavak $W(34)= 0,986, p= 0,911, Levene F= 0,138, p= 0,712$, COVID szenzitív szavak $W(34)= 0,981, p= 0,786, Levene F= 0,0266, p= 0,871$). A továbbiakban mindhárom esetben kovarianciaanalízist alkalmaztunk, hogy megismerjük vajon a Maslach Kiegészítő Leltár érzelmi kimerülés skálájának milyen hatása volt a kitöltők reakcióidejére. Az eredmény egyik esetben sem lett szignifikáns: COVID neutrális szavak: $F(1,32)= 0,10630, p= 0,747, \eta^2_{\text{partial}} = 0,003, M_{\text{pszichiátria}}= 0,930, SD_{\text{pszichiátria}}= 0,076, M_{\text{nem pszichiátria}}=0,944, SD_{\text{nem pszichiátria}}=0,081$, mentális betegségekhez tartozó szavak: $F(1,32)= 1,1593, p= 0,290, \eta^2_{\text{partial}} = 0,035, M_{\text{pszichiátria}}= 0,926, SD_{\text{pszichiátria}}= 0,083, M_{\text{nem pszichiátria}}=0,934, SD_{\text{nem pszichiátria}}=0,078$, COVID szenzitív szavak: $F(1,32)= 0,7380, p= 0,397, \eta^2_{\text{partial}} = 0,023, M_{\text{pszichiátria}}= 0,922, SD_{\text{pszichiátria}}= 0,062, M_{\text{nem pszichiátria}}=0,931, SD_{\text{nem pszichiátria}}=0,065$.

2.4. Pszichológiai attitűdök és megterheltség

Ezután megvizsgáltuk, hogy a jelenleg is a COVID ellátásban dolgozóknak hogyan alakultak a különböző kategóriákra adott reakcióidejük a Maslach Kiegészítő Leltáron kapott érzelmi kimerülés pontszámuk függvényében. A COVID neutrális szavak D-értékének normalitása nem sérült $W(34)= 0,956, p= 0,162$, valamint a szórás-homogenitása sem: $Levene F= 0,282, p= 0,599$. A kovarianciaanalízis eredménye nem lett szignifikáns, tehát az érzelmi kimerülésnek nem volt jelentős hatása a COVID neutrális szavak reakcióidejére $F(1,32) = 0,03162, p= 0,860, \eta^2_{\text{partial}}= 0,001, M_{\text{JEK}}= 0,950, SD_{\text{JEK}}= 0,081, M_{\text{eredeti munkahely}}=0,929$,

$SD_{\text{eredeti munkahely}}=0,077$. A mentális betegségekre vonatkozó szavak esetében a normalitás nem sérül $W(34) = 0,986$, $p = 0,921$, a szóráshomogenitás viszont igen $Levene F = 4,80$, $p = 0,035$. A kovarianciaanalízis eredménye ebben az esetben sem lett szignifikáns, tehát a Maslach Kiegészítő Leltár érzelmi kimerülés skáláján elért pontszámok a mentális betegségek szavaira vonatkozó reakcióidőre sem voltak hatással: $F(1,32) = 1,3330$, $p = 0,257$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,040$, $M_{\text{JEK}} = 0,931$, $SD_{\text{JEK}} = 0,065$, $M_{\text{eredeti munkahely}} = 0,933$, $SD_{\text{eredeti munkahely}} = 0,094$. A COVID szenzitív szavak esetében a normalitás nem sérül $W(34) = 0,980$, $p = 0,756$, valamint a szóráshomogenitása sem $Levene F = 0,945$, $p = 0,338$. Az ANCOVA eredménye ebben az esetben sem lett szignifikáns, vagyis az érzelmi kimerülésnek nem volt jelentős hatása: $F(1,32) = 0,77225$, $p = 0,386$, $\eta^2_{\text{partial}} = 0,024$, $M_{\text{JEK}} = 0,931$, $SD_{\text{JEK}} = 0,062$, $M_{\text{eredeti munkahely}} = 0,925$, $SD_{\text{eredeti munkahely}} = 0,068$.

Megvitatás

A kutatásunk egyik célja a járványügyi ellátó osztályokon való munka következtében kialakuló pszichológiai megterhelés mértékének felmérése volt, a korábban és az aktuálisan is ott dolgozók körében. Továbbá célunk volt, hogy felmérjük, hogy a COVID-19 betegek ellátása alatt milyen az egészségügyi dolgozók mentális betegséggel élőkkel szembeni implicit attitűdje. Az első hipotézisünk az volt, hogy az aktuálisan a COVID-19 ellátásban dolgozó egészségügyi dolgozók mentálisan terheltebbek, mint az eredeti munkahelyükre már visszatért dolgozók. A második hipotézisünk az volt, hogy a kimerülés szindróma és a munkahelyi kiegészítő kapcsolatban állnak egymással. A kutatás harmadik hipotézise az volt, hogy az aktuálisan a JEK-en dolgozóknál a pszichológiai problémák előfordulása, valamint az észlelt stressz mértéke nagyobb, mint a már visszavezényelt dolgozóké. Negyedik hipotézisünk az, hogy az egészségügyi dolgozók implicit attitűdjei negatívabbak a pszichiátriai betegségekkel élőkkel szemben, mint a szomatikus kórképek esetén. Az ötödik hipotézisünk szerint az egészségügyi dolgozók implicit attitűdjei negatívabbak, mint az explicit viszonyulásaik a pszichiátriai betegségben szenvedőkkel szemben. Hatodik hipotézisünk az, hogy a pszichiátriai osztályokon dolgozók kevésbé negatív implicit attitűdőkkel rendelkeznek a mentális betegekkel szemben, mint az egészségügy más területein dolgozók. A hetedik hipotézisünk alapján azok a dolgozók, akik aktuálisan a JEK-en dolgoznak, negatívabb implicit attitűdőkkel rendelkeznek a pszichiátriai betegségekkel élőkkel szemben összefüggésben pszichológiai megterheltségükkel.

Az egészségügyi dolgozók mentális megterhelése

Az első feltevésünk azon alapszik, hogy korábbi felmérések által globálisan kimutatott probléma az egészségügyben dolgozók mentális jóllétének és egészségének romlása a COVID-19 világjárvány következtében (Lai és mtsai., 2020; Mhango és mtsai., 2020; Smallwood és mtsai., 2021). Továbbá egyes kutatások azt is kimutatták, hogy a világjárvány betegeit közvetlenül ellátó egészségügyi dolgozók mentális egészsége jelentősen veszélyeztetettebb volt, mint azon dolgozóké, akik más betegcsoportok ellátását végezték (Lai és mtsai., 2020). Emellett a világjárvány nagyobb betegszámú hullámaiban az egészségügyi dolgozók kiégésének mértéke magasabb, mint a kevesebb esetszámmal járó időszakokban (Nishimura és mtsai., 2021). A kutatás első hipotézisének vizsgálata során azt találtuk, hogy a Karolinska Exhaustion Disorder Scale-en elért pontszámok jelentősen magasabbak a jelenleg is a Járványügyi Ellátó Központban alkalmazottak esetében, mint az eredeti munkahelyükre visszatért dolgozók körében. Ez az eredmény is illeszkedik a korábbi kutatásokon tapasztaltakhoz, annak ellenére, hogy egy korábban még nem használt mérőeszközön került megfigyelésre.

Kutatásunk továbbá eltérést tapasztalt az eredeti munkahelyen és a Járványügyi Ellátó Központban dolgozóknál a kiégést tekintetében is. A két csoport a kiégés érzelmi kimerültség dimenziójában jelentős mértékben eltért egymástól, a COVID-19 ellátásban dolgozók pontszámai szignifikánsan magasabbak, mint már visszatért kollégáiké. Ezen eredmény egybecseng korábbi kutatások hasonló megfigyeléseivel (Nishimura és mtsai., 2021), viszont a Maslach Kiégés Leltár másik két dimenzióján tapasztaltak eltérnek. Ugyan a csoportok átlagai között mindkét esetben tapasztaltunk különbséget, mely az aktuálisan is COVID ellátásban dolgozók rosszabb kiégéssel asszociált állapotát sejteti, ezen eredmények statisztikailag nem bizonyultak szignifikánsnak.

A kimerülés szindróma és a kiégés egymáshoz való viszonya

Kapcsolatot találtunk a kimerülés szindróma és a munkahelyi kiégés között a mintánkban. Ez a kapcsolat közepes erősségű volt és a kimerülés szindróma és a kiégés érzelmi kimerülés dimenziója között állt fent. A szakirodalom alapján a kimerülés szindróma jelentős mértékben megfeleltethető a kiégés érzelmi kimerülés dimenziójának (Melamed és mtsai., 1992), ezért a két konstruktum között elvárható volt kapcsolat. A klinikai tapasztalatok alapján viszont emellett az is elmondható, hogy a kimerülés szindróma varianciája nem teljes mértékben magyarázható az érzelmi kimerültséggel. A Karolinska Exhaustion Disorder Scale esetében ez azt jelenti, hogy a kérdőív jelentősen több a Maslach

Kiégés Leltár egyik aldimenziójának részletesebb kérdőívénél (Besèr és mtsai., 2014; Melamed és mtsai., 1992; Saboonchi és mtsai., 2013). A két konstruktum közötti kapcsolat erősségén is az látható, hogy nem feleltethetőek meg egy az egyben egymásnak. Az eltéréseket részben magyarázhatja az, hogy a Maslach Kiégés Leltár a munkahelyi kiégésre fókuszál, ennek következtében az egyén életének más területei kapcsán jelenlevő stresszorok jelentős részét figyelmen kívül hagyja. Továbbá a munkahelyi stresszorokra való fókusz következtében a Maslach Kiégés Leltár rosszul alkalmazható olyan esetekben, mikor a kitöltő hosszabb ideig kiesik a munkából, például beteg- vagy szülési szabadságon van (Besèr és mtsai., 2014; Persson és mtsai., 2017; Saboonchi és mtsai., 2013). A pandémia esetében ez kifejezetten fontos hiányosság lehet, hiszen az egészségügyi dolgozók több, mint 75%-a fertőződött meg koronavírussal (Hughes és mtsai., 2020), melynek következtében időszakosan kiestek a munkából, a pandémia stresszor viszont egyáltalán nem szűnt meg a munkahelytől távol töltött időszak alatt sem. Mindezek miatt a világjárvány hatását kifejezetten figyelembe véve a kimerülés szindróma és ez érzelmi kimerülés közötti különbségek akár még annál is jelentősebbek lehetnek, mint azt korábban gondolták.

Kutatásunk során további kapcsolatot találtunk a Karolinska Exhaustion Disorder Scale és a Maslach Kiégés Leltár között, a KEDS és a MBI deperszonalizáció gyenge kapcsolatban állt egymással a mintánkban. A kapcsolat hátterében feltételezhető, hogy az intenzív érzelmi stresszorokra gyakori válasz a deperszonalizáció, mely során az egyén disszociál a munkájától és arra törekszik, hogy azokat az embereket, akikkel a munkája során találkozik, kevésbé értékelje saját elkülönülő egyéniségként. Ez a megküzdési mód kifejezetten jellemző a kimerült egyénekre (Maslach és mtsai., 2001).

A két kérdőív összehasonlításakor továbbá az is kiemelendő, hogy a Karolinska Exhaustion Disorder Scale létrehozásaor a cél az volt, hogy a klinikai mértékű kimerülés szindrómában szenvedőket elkülönítse az egészséges személyektől, míg a Maslach Kiégés Leltár a kiégés mértékének szintjeinek megállapítására alkalmas, de ezek az eredmények nem diagnosztikai jellegűek. Ez az eltérés kutatásunk mintáján is megfigyelhető, abból a szempontból, hogy a KEDS 17 egyénnél diagnosztizált kiégés szindrómát az eredeti létrehozók által megállapított szint alapján, míg a MBI 47 kísérleti személynél mutatott ki kiégést valamilyen mértékben, ami 6 kitöltő esetében jelentett magas kiégés szintet.

Pszichológiai tünetek és észlelt stressz

A harmadik hipotézisünk tesztelésére használt kérdőívek esetében a feltevésünket alá nem támasztó eredményeket kaptunk. Sem a Derogatis-féle Tünetbecslő Skála, sem pedig az

Észlelt Stressz Kérdőív esetében nem tudtunk jelentős különbséget kimutatni a dolgozók két csoportja között. Mindezek alapján elmondható, hogy a második hipotézisünket csak részben sikerült igazolni.

Implicit attitűdök

Eredményeink alapján nem találtunk különbséget az Implicit Asszociációs Teszttel mért COVID neutrális, COVID szenzitív és mentális betegségekkel kapcsolatos szavak reakcióideje között. E három kategória szavaira adott asszociációk pontos összehasonlítása érdekében fontos volt az Implicit Asszociációs Tesztnak a Single Target verzióját használni (ST-IAT). Ilyen formában elkerültük a COVID neutrális és a COVID szenzitív szavak egymásra irányuló hatásából eredő hibát. Ellenkező esetben, ha egy betegségcsoport soroltuk volna őket, akkor feltehetően hatással lettek volna a feladat során a mentális betegségekkel kapcsolatos szavak feldolgozására is. Eredményünk alapján elmondható, hogy egy olyan speciális csoport vizsgálata során, mint a COVID ellátásban dolgozók köre, nem igazolódott a mentális betegségekkel kapcsolatos negatív attitűd. Noha a dolgozók egy része expliciten megfogalmazta szükségleteit és aggályait a pszichiátriai betegek ellátásával kapcsolatban, úgy tűnik, implicit attitűdjeikre ezen nehézségeik nem voltak hatással.

Pszichiátriai betegekre vonatkozó explicit és implicit attitűdök

Ötödik hipotézisünk, miszerint az egészségügyi dolgozók implicit attitűdjei negatívabbak, mint az explicit viszonyulásaik a pszichiátriai betegségekkel élőkkal kapcsolatban nem igazolódott be az eredményeink alapján. Statisztikai elemzéseink során a résztvevők két explicit kérdésre adott válaszaikat (pszichiátriai betegek ellátásából eredő korábbi tapasztalat, pszichiátriai betegekkel való munkavégzés nehézsége) hasonlítottuk össze az Implicit Asszociációs Teszten elért eredményeikkel, mégpedig a mentális betegségeket jelző szavakra vonatkozó reakcióidejük mediánját vizsgáltuk válaszaikkal összhangban.

Feltevésünket, miszerint az egészségügyi dolgozóknak negatívak az attitűdjeik a mentális betegségekben szenvedő betegekkel szemben olyan kutatásokra alapoztuk, melyek eredményei azt támasztják alá, hogy az egészségügyi ellátásban résztvevő dolgozók attitűdjei nem térnek el a társadalom többi tagjának attitűdjétől, sőt esetlegesen még negatívabbak is a mentálisan beteg populációval kapcsolatban (Lauber és mtsai., 2006; Nordt és mtsai., 2006;). Valamint azt a feltételezésünket, hogy a vizsgálati személyek implicit attitűdjei negatívabbak az explicit viszonyulásaikhoz képest olyan eredmények alapján feltételeztük, melyek alapján

az explicit viszonyulások gyakran torzulnak szociálisan érzékeny témák esetében, valamint, ha a kitöltők véleménye eltér a társadalmi normától (Dasgupta, 2013).

A kitöltőink majdnem fele (21 személy) a pszichiátriai betegekkel való munkát különösebb nehézség nélkülinek ítélte, míg 25 személy súlyosnak vagy extrémén súlyosnak írta le a mentális betegségben szenvedőkkel járó feladatok elvégzésének nehézségét. Ettől az explicit attitűdtől implicit viszonyulásaik nem tértek el szignifikánsan, tehát esetünkben az implicit és explicit attitűdök között nincs együttjárás. Ezen eredmények alapján elmondhatjuk, hogy a vizsgálatban résztvevő személyek majdnem egyenlő arányban rendelkeznek negatív és pozitív explicit attitűdökkel a pszichiátriai betegekkel szemben, ha a velük való közös munkáról van szó. Érdeemes lenne ezen adatokat összehasonlítani egy nem egészségügyi mintán felvett kutatás eredményeivel is, hiszen ezáltal betekintést nyerhetnénk abba is, hogy a társadalom más munkakörben tevékenykedő tagjai miként viszonyulnak a pszichiátriai kezelésre szoruló személyekhez. Ez abból kifolyólag lenne fontos, hogy megtudjuk vajon az egészségügyi ellátásban dolgozók attitűdjei a pszichiátriai betegekkel szemben megegyeznek-e vagy eltérnek a társadalom többi tagjának attitűdjeitől, hiszen más ezzel a témával foglalkozó szakirodalom alapján az egészségügyi ellátásban dolgozó személyzet gyakran negatívabb attitűdökkel rendelkezik e betegcsoport irányába (Lauber és mtsai., 2006; Nordt és mtsai., 2006; Lebowitz & Ahn, 2014; Reavley és mtsai., 2013; Smith és mtsai., 2017).

Pszichiátrián dolgozók implicit attitűdje más területekhez hasonlítva

Eredményeink alapján az Implicit Asszociációs Teszten nem volt jelentős különbség pszichiátriai ellátásban dolgozók és a más egészségügyi munkát végző dolgozók között a COVID szenzitív, COVID neutrális és mentális betegségek kategóriája szempontjából a Maslach Kiegészítő érzelmis kimerülés skálájának függvényében. Tehát azok az egészségügyi ellátásban dolgozók, akik a pszichiátriai betegséggel élők ellátásával kapcsolatban nem rendelkeznek speciális képesítéssel kapott eredményeik alapján nem különülnek el szignifikánsan a pszichiátriai dolgozóktól a mentális betegekkel kapcsolatos viszonyulásaik szempontjából, mely eredményre nem gyakorolt befolyásoló hatást a dolgozók az érzelmis kimerülésének mértéke. Ahogyan Dabby és munkatársai (2015) Implicit Asszociációs Teszttel végzett vizsgálatában sem találtak a pszichiátereknél és pszichiáter rezidenseknél negatív implicit attitűdöket a szkizofréniában szenvedőkkel szemben a diabétesszel élőkhez viszonyítottan, így mi sem találtunk a pszichiátriai osztályon munkát végzőknél eltérést a COVID neutrális, COVID szenzitív és mentális betegségek szavaira adott

reakció között. Ezen eredmény esetlegesen jelentheti azt, hogy ezen mentálhigiénés szakemberek a pszichiátriai kórképekről való kielégítő tájékozottságukból adódóan és a mindennapos kontaktus hatására nem rendelkeznek túlnyomóan negatív attitűdökkel a pszichiátriai betegségekben szenvedőkkel szemben. A pszichiátriai dolgozók betegeikkel szembeni viszonyulásai különösen fontosak, hiszen a pszichiátrián dolgozó személyek látják el elsődlegesen a mentális betegséggel élőket, tőlük várják a páciensek a segítséget. A mentálhigiénés szakemberek véleménye erről a betegcsoportról közvélemény formáló hatású (Gray, 2002; Sartorius, 2002), így más egészségügyi dolgozókra attitűdformálóan hathatnak megnyilvánulásaik.

A pszichológiai megterhelés és az implicit attitűdök kapcsolata

Utolsó hipotézisünk szerint azok az egészségügyi dolgozók, akik jelenleg is a Járványügyi Ellátó Központban dolgoznak átvezényelt dolgozóként negatívabb implicit viszonyulásokkal rendelkeznek a pszichiátriai betegségekkel élőkkel szemben összefüggésben terheltségi állapotukat illetően nem igazolódott be. Eredményeink alapján nem találtunk különbséget a jelenleg is COVID osztályokon dolgozók és már eredeti munkahelyükre visszatért dolgozók implicit attitűdjei között. Bár a SARS-COV-2 vírus a világ minden táján óriási krízisállapotot okozott, mely ellen elsődlegesen az egészségügyi dolgozók küzdöttek, ésennek következtében nagymértékű plusz megterhelésnek lettek kitéve, eredményeink alapján a járvány mégsem volt jelentős hatással a dolgozók implicit viszonyulásaira. A munkahelyi tényezők igen nagy mértékben meghatározzák a dolgozók mentális és fizikai állapotát, ez különösen igaz az egészségügyi dolgozókra, a COVID-19 világjárvány során pedig még inkább kiéleződött a helyzet az egészségügyi krízisállapotot követően.

Az implicit viszonyulásokkal kapcsolatos eredményeink háttérben, esetlegesen általunk nem vizsgált tényezők állhattak. Korábbi kutatások alapján az egészségügyi dolgozók attitűdjeit befolyásolják a személyiségjellemzőik (Solmi és munkatársai, 2020), valamint az empátiájuk szintje (Economou és munkatársai, 2019), mely tényezők protektív faktorként hathattak a járvány által okozott nehézségek ellenére is.

Limitációk

Vizsgálatunk limitációi közé elsődlegesen az alacsony elemszám sorolható, hiszen mindössze 63 személy töltötte ki a feladatokat valamelyik részét, melyből 46 fő rendelkezett hiánytalan adattal. Eredményeink ezáltal nem reprezentálják a populációt. A további kutatásokat illetően mindenképp fontos lenne megfelelő számú személyt bevonni a

vizsgálatba, annak érdekében, hogy minél átfogóbb képet kapjunk az egészségügyi dolgozók pszichiátriai betegekkel kapcsolatos attitűdjeiről és a COVID-19 járvány ezzel a témával kapcsolatos hatásairól. Az alacsony kitöltői létszámot több tényező is okozhatta, köztük például a kérdőívek és a feladatok hosszúsága és a dolgozók leterheltségi szintje is. A kérdőívek és az Implicit Asszociációs Teszt különböző felületeken voltak elérhetőek, mely nehezítette a feladatok átláthatóságát, és ezáltal több esetben is előfordult, hogy a résztvevők csak az egyik felét végezték el a feladatoknak, vagy elmulasztották beküldeni a kitöltött kérdőíveket.

A kutatásunk során önbevallásos kérdőíveket alkalmaztunk, melynek következtében van arra esély, hogy az eredményeink nem teljes mértékben tükrözik a válaszadók állapotát, hiszen előfordulhat, hogy a kitöltő nem teljesen őszinte a válaszok megadása során. A kapott eredményeket torzíthatta, hogy néhány esetben a kísérleti személy segítséget kért a kitöltés során, így a kísérletvezető által felolvasott kérdésekre válaszolt szóban. Ennek hátterében több tényező is szerepet játszott: voltak esetek mikor a kísérleti személyeknél nem volt szemüveg, így nem látták az elolvasandó szöveget. Bizonyos esetekben a kitöltő nem volt magabiztos a számítógép-használatban, ezért kérésére a kísérletvezető segítette a kitöltést, valamint voltak olyan kitöltők is, akik fáradtságra hivatkozva kérték, hogy a vizsgálatvezető jelölje a válaszaikat. Mindezek hozzájárulhattak ahhoz, hogy a kutatás egyes résztvevői kevésbé a valóságnak megfelelően válaszoltak.

Összegzésül elmondhatjuk, hogy bár az eredményeink nem támasztották alá minden hipotézisünket, fontos információval szolgálnak a járványellátásban dolgozó egészségügyi szakszemélyzet COVID-19 világjárvány idején tapasztalt általános megterhelődéséről és különböző betegségkategóriákkal kapcsolatos implicit vélekedéseiről. A jövőben mindenképp érdemes lenne folytatni és bővíteni a kutatást még átfogóbb eredmények érdekében.

Irodalomjegyzék

- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of Nursing Management*, 23(3), 346–358.
- Al-Quteimat, O. M., & Amer, A. M. (2020). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Cancer Patients. *American journal of clinical oncology*, 43(6), 452–455.
- Aydin, N., Yigit, A., Inandi, T., & Kirpinar, I. (2003). Attitudes of hospital staff towards mentally ill patients in a teaching hospital, Turkey. *International Journal of Social Psychiatry*, 49(1), 17–26.
- Besèr, A., Sorjonen, K., Wahlberg, K., Peterson, U., Nygren, Å., & Åsberg, M. (2014). Construction and evaluation of a self rating scale for stress-induced Exhaustion Disorder, the Karolinska Exhaustion Disorder Scale. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 72–82.
- Bluemke, M., & Frieze, M. (2008). Reliability and validity of the Single-Target IAT (ST-IAT): Assessing automatic affect towards multiple attitude objects. *European Journal of Social Psychology*, 38, 977–997.
- Bizer, G.Y., Barden, J.C. & Petty, R.E. (2006). Attitudes. In L. Nadel (Ed.), *Encyclopedia of Cognitive Science* (pp. 111–117). Chichester, West Sussex ; Hoboken, NJ : John Wiley & Sons, Ltd.
- Bonfiglio, J. J., Inda, C., Refojo, D., Holsboer, F., Arzt, E., & Silberstein, S. (2011). The corticotropin-releasing hormone network and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis: Molecular and cellular mechanisms involved. *Neuroendocrinology*, 94(1), 12–20.
- Borcel, É., Pérez-Alvarez, L., Herrero, A. I., Brionne, T., Varea, E., Berezin, V., Bock, E., Sandi, C., & Venero, C. (2008). Chronic stress in adulthood followed by intermittent stress impairs spatial memory and the survival of newborn hippocampal cells in aging animals: Prevention by FGL, a peptide mimetic of neural cell adhesion molecule. *Behavioural Pharmacology*, 19(1), 41–49.
- Calicchia, J. P. (1981). Attitudinal comparison of mental health and non-mental health professionals toward ex-mental patients. *The Journal of Psychology*, 108(1), 35–41.

- Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24, 385-396.
- Corrigan, P.W. (Ed.). (2005). *On the stigma of mental illness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Corrigan, P. & Bink, A. B. (2016). The Stigma of Mental Illness. *Encyclopedia of Mental Health*, 4, 230-234.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E, Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, A. M. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of health and social behaviour*, 44, 162-179.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177, 4–7.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In: Gilbert, D. T., Fiske, S., Lindzey, G. (Eds.), *The Handbook of Social Psychology*, fourth edititon (pp. 504-553). New York, NY: McGraw-Hill.
- Dabby, L., Tranulis, C., & Kirmayer, L. J. (2015). Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Psychiatrists Toward People With Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(10).
- Dasgupta, N. (2013). Implicit Attitudes and Beliefs Adapt to Situations. *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, 233-279.
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures manual for the Revised version*. John Hopkins University, School of Medicine, Baltimore
- Dyrbye, L. N., Eacker, A., Durning, S. J., Brazeau, C., Moutier, C., Massie, F. S., Satele, D., Sloan, J. A., & Shanafelt, T. D. (2015). The Impact of Stigma and Personal Experiences on the Help-Seeking Behaviors of Medical Students With Burnout. *Academic Medicine*, 90(7), 961–969.
- Dzinamarira, T., Murewanhema, G., Mhango, M., Iradukunda, P. G., Chitungo, I., Mashora, M., Makanda, P., Atwine, J., Chimene, M., Mbunge, E., Mapingure, M. P., Chingombe, I., Musuka, G., Nkambule, S. J., & Ngara, B. (2022). COVID-19 Prevalence among Healthcare Workers. A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 146.

- Economou, M., Peppou, L. E., Kontoangelos, K., Palli, A., Tsaliagkou, I., Legaki, E. M., Gournellis, R., & Papageorgiou, C. (2019). Mental health professionals' attitudes to severe mental illness and its correlates in psychiatric hospitals of Attica: The role of workers' empathy. *Community Mental Health Journal*, 56(4), 614–625.
- Erős M. A., & Szabó É. (2020). A kiégés és a munkahelyi értékeltség összefüggései a versenyszférában. *Alkalmazott Pszichológia*, köt. 20. issue 3. ISSN 1419872X.
- Fancourt, D., Steptoe, A., & Bu, F. (2020). Trajectories of depression and anxiety during enforced isolation due to COVID-19: Longitudinal analyses of 36,520 adults in England [Preprint]. *Psychiatry and Clinical Psychology*.
- Fazio, R. H., & Olson, M. A. (2003) Implicit measures in social cognition research: their meaning and use. *Annual Review of Psychology*, 54,297-327.
- Fink, P.J., & Tasman, A. (1992). *Stigma and mental illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Firth-Cozens, J. (2007). Improving the health of psychiatrists. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(3), 161–168.
- Gonda, X., & Rózsa, S. (2020). Diagnosztikus kérdőívek és tünetbecslő skálák. 43-56.
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95, 72–76.
- Gray, P., Senabe, S., Naicker, N., Kgalamono, S., Yassi, A., & Spiegel, J. M. (2019). Workplace-Based Organizational Interventions Promoting Mental Health and Happiness among Healthcare Workers: A Realist Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22), 4396.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464-1480.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the implicit association test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 17-41.
- Györffy, Z., Dweik, D., & Girasek, E. (2018). Willingness to migrate—a potential effect of burnout? A survey of Hungarian physicians. *Human Resources for Health*, 16(1), 36.

- Hall, B. J., Xiong, P., Chang, K., Yin, M., & Sui, X. (2018). Prevalence of medical workplace violence and the shortage of secondary and tertiary interventions among healthcare workers in China. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(6), 516–518.
- Hamilton, S., Pinfold, V., Cotney, J., Couperthwaite, L., Matthews, J., Barret, K., Warren, S., Corker, E., Rose, D., Thornicroft, G., & Henderson, C. (2016). Qualitative analysis of mental health service users' reported experiences of discrimination. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 134(446), 14–22.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitudes towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry* 59(1), 48-54.
- Harvey, S. B., Modini, M., Joyce, S., Milligan-Saville, J. S., Tan, L., Mykletun, A., Bryant, R. A., Christensen, H., & Mitchell, P. B. (2017). Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occupational and Environmental Medicine*, 74(4), 301–310.
- Henry, J. P., & Stephens, P. M. (2013). *Stress, Health, and the Social Environment: A Sociobiologic Approach to Medicine*. Springer Science & Business Media.
- Horrobin, D. F., & Bennett, C. N. (1999). Depression and bipolar disorder: Relationships to impaired fatty acid and phospholipid metabolism and to diabetes, cardiovascular disease, immunological abnormalities, cancer, ageing and osteoporosis Possible candidate genes. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids (PLEFA)*, 60(4), 217–234.
- Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2015). Factors influencing mental health nurses' attitudes towards people with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 272–280.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., ... Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5)
- Hughes, M. M., Groenewold, M. R., Lessem, S. E., Xu, K., Ussery, E. N., Wiegand, R. E., Qin, X., Do, T., Thomas, D., Tsai, S., Davidson, A., Latash, J., Eckel, S., Collins, J.,

- Ojo, M., McHugh, L., Li, W., Chen, J., Chan, J., ... Stuckey, M. J. (2020). Update: Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–July 16, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(38), 1364–1368.
- Józan, A., Kapitány, N., Szabolcsi, D., & Kökönyei, Gy. (2014). A magyar nyelvű önbecsülés Implicit Asszociációs Teszt kidolgozása és validálása. *Alkalmazott pszichológia*, 14(3), 33-58.
- Karpinski, A., & Hilton, J. L. (2001). Attitudes and the Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81(5), 774–788.
- Karpinski, A., & Steinman, R. B. (2006). The single category implicit association test as a measure of implicit social cognition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 16–32.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 83–107.
- Kopera, M., Suszek, H., Bonar, E., Myszk, M., Gmaj, B., Ilgen, M., & Wojnar, M. (2015). Evaluating Explicit and Implicit Stigma of Mental Illness in Mental Health Professionals and Medical Students. *Community Mental Health Journal*, 51(5), 628–634.
- Kumar, A., Rinwa, P., Kaur, G., & Machawal, L. (2013). Stress: Neurobiology, consequences and management. *Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences*, 5(2), 91–97. <https://doi.org/10.4103/0975-7406.111818>
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rossler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people? *European Psychiatry*, 19, 423–427.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcato, L., & Rossler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 407, 26–32.

- Lauber, C., Nordt, C., & Rossler, W. (2006). Attitudes and mental illness: Consumers and the general public are on one side of the medal, mental health professionals on the other. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 145–146.
- Lebowitz, M. S., & Ahn, W. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(50), 17786–17790.
- Li, Y., Scherer, N., Felix, L., & Kuper, H. (2021). Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder in health care workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 16(3), e0246454.
- Linden, M., & Kavanagh, R. (2011). Attitudes of qualified vs. student mental health nurses towards an individual diagnosed with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1359–1368.
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, J. C., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89, 1328–1333.
- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Psychology*, 27, 363–385.
- Magnavita, N., Chirico, F., Garbarino, S., Bragazzi, N. L., Santacroce, E., & Zaffina, S. (2021). SARS/MERS/SARS-CoV-2 Outbreaks and Burnout Syndrome among Healthcare Workers. An Umbrella Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(8), 4361.
- Marin, M.-F., Lord, C., Andrews, J., Juster, R.-P., Sindi, S., Arseneault-Lapierre, G., Fiocco, A. J., & Lupien, S. J. (2011). Chronic stress, cognitive functioning and mental health. *Neurobiology of Learning and Memory*, 96(4), 583–595.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual (2nd ed.)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: The Maslach Burnout Inventory Manual (3rd ed.)*. Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422.

- Melamed, S., Kushnir, T., & Shirom, A. (1992). Burnout and Risk Factors for Cardiovascular Diseases. *Behavioral Medicine*, 18(2), 53–60.
- Mhango, M., Dzobo, M., Chitungo, I., & Dzinamarira, T. (2020). COVID-19 Risk Factors Among Health Workers: A Rapid Review. *Safety and Health at Work*, 11(3), 262–265.
- Nishiga, M., Wang, D. W., Han, Y., Lewis, D. B., & Wu, J. C. (2020). COVID-19 and cardiovascular disease: from basic mechanisms to clinical perspectives. *Nature Reviews Cardiology*, 17, 543–558.
- Nishimura, Y., Miyoshi, T., Sato, A., Hasegawa, K., Hagiya, H., Kosaki, Y., & Otsuka, F. (2021). Burnout of Healthcare Workers Amid the COVID-19 Pandemic: A Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11581.
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709–714.
- Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2001). The go/no-go association task. *Social Cognition*, 19, 161–176.
- Oláh A. (1996). Psychological immune system: An integrated structure of coping potential dimensions. Paper presented at the 9th conference of the European Health Psychology Society, Bergen, Norway, 1996.
- Oláh A. (2004). Megküzdés és pszichológiai immunitás. In BOROSS A. (szerk.): Bevezetés a pszichológiába: Olvasmányok és feladatok a lélektan alapkérdéseinek tanulmányozásához. Osiris Kiadó, Budapest. 631–664.
- Panchal, N., Kamal, R., & 2021. (2021, február 10). The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use. KFF.
- Peric, S., & Stulnig, T.M. (2020). Diabetes and COVID-19. *Wiener Klinische Wochenschrift* 132, 356–361.
- Peris, T. S., Teachman, B. A., & Nosek, B. A. (2008). Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness Links to Clinical Care. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(10).
- Rabkin, J. G. (1972). Opinions about mental illness. *Psychological Bulletin*, 77, 153–171.

- Reavley, N. J., Mackinnon, A. J., Morgan, A. J., & Jorm, A. F. (2013). Stigmatising attitudes towards people with mental disorders: A comparison of Australian health professionals with the general community. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 433–441.
- Robb, J. & Stone, J. (2016). Implicit bias toward people with mental illness: A systematic literature review. *Journal of rehabilitation*, 82(4), 3-13.
- Sandhu, S. H., Arora, A., Brasch, J., & Streiner, D. L. (2019). Mental Health Stigma: Explicit and Implicit Attitudes of Canadian Undergraduate Students, Medical School Students, and Psychiatrists. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 64(3) 209-217.
- Sartorius, N. (2002). Iatrogenic stigma of mental illness. *British Medical Journal*, 324, 1470-1471.
- Schlier, B., & Lincoln, T. M. (2019). The stigma of mental illness: Testing for the implicit bias in diagnostic labels. *Psychiatry Research*, 275, 221–227.
- Schomerus, G., Schwahn, C., Holzinger, A., Corrigan, P. W., Grabe, H. J., Carta, M. G., & Angermeyer, M. C. (2012). Evolution of public attitudes about mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 440–452.
- Secosan, I., Virga, D., Crainiceanu, Z. P., & Bratu, T. (2020). The Mediating Role of Insomnia and Exhaustion in the Relationship between Secondary Traumatic Stress and Mental Health Complaints among Frontline Medical Staff during the COVID-19 Pandemic. *Behavioral Sciences*, 10(11), 164.
- Selamu, M., Thornicroft, G., Fekadu, A., & Hanlon, C. (2017). Conceptualisation of job-related wellbeing, stress and burnout among healthcare workers in rural Ethiopia: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1), 412.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707–712.

- Sirey, J. A., Bruce, M. L., Alexopoulos, G. S., Perlick, D. A., Raue, P., Friedman, S. J., & Meyers, B. S. (2001). Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479–481.
- Smallwood, N., Harrex, W., Rees, M., Willis, K., & Bennett, C. M. (2022). COVID-19 infection and the broader impacts of the pandemic on healthcare workers. *Respirology*, 27(1), 1–10.
- Smallwood, N., Pascoe, A., Karimi, L., & Willis, K. (2021). Moral Distress and Perceived Community Views Are Associated with Mental Health Symptoms in Frontline Health Workers during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8723.
- Smith, J. D., Mittal, D., Chekuri, L., Han, X., & Sullivan, G. (2017). A comparison of provider attitudes toward serious mental illness across different health care disciplines. *Stigma and Health*, 2(4), 327–337.
- Socall, D. W., & Holtgraves, T. (1992). Attitudes toward the mentally ill: The effects of label and beliefs. *Sociological Quarterly*, 33, 435–445.
- Solmi, M., Granzio, U., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Ferranti, R., Zordan, M., Salvetti, B., Conca, A., Salcuni, S., & Zaninotto, L. (2020). Predictors of stigma in a sample of mental health professionals: Network and moderator analysis on gender, years of experience, personality traits, and levels of burnout. *European Psychiatry*, 243, 116552.
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(3), 203–216.
- Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 8, 220–247.
- Stuber, J. P., Rocha, A., Christian, A., & Link, B. G. (2014). Conceptions of mental illness: Attitudes of mental health professionals and the general public. *Psychiatric Services*, 65(4), 490–497.
- Teachman, B. A., Wilson, J. G., & Komarovskaya, I. (2006). Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness in Diagnosed and Healthy Samples. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(1), 75–95.

- Thornicroft, G., Rosem D., & Kassam, A. (2007). Discrimination in health care against people with mental illness. *International Review of Psychiatry*, 19, 113–122.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Grønvold, N. T., & Ekeberg, O. (2001). Suicidal ideation among medical students and young physicians: A nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64(1), 69–79.
- Vindrola-Padros, C., Andrews, L., Dowrick, A., Djellouli, N., Fillmore, H., Gonzalez, E. B., Javadi, D., Lewis-Jackson, S., Manby, L., Mitchinson, L., Symmons, S. M., Martin, S., Regenold, N., Robinson, H., Sumray, K., Singleton, G., Syversen, A., Vanderslott, S., & Johnson, G. (2020). Perceptions and experiences of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in the UK. *BMJ Open*, 10(11), e040503.
- Viswanath, A., & Monga, P. (2020). Working through the COVID-19 outbreak: Rapid review and recommendations for MSK and allied health personnel. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*, 11(3), 500–503.
- Wang Jr, W., He, J., & Wu, S. (2020). The definition and risks of cytokine release syndrome-like in 11 COVID-19-infected pneumonia critically ill patients: disease characteristics and retrospective analysis.
- Whitfield, J., & Jordan, C. H. (2009). Mutual influence of implicit and explicit attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45(4), 748-759.
- Wigboldus, D. H. J., Holland, R. W., & van Knippenberg, A. (2004). Single target implicit associations. Unpublished manuscript.
- Wiio, O. (1974). *Viestinnan perustect*. Basics of information communication, Porvo, Finland: Oy Weilin & Göös.
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*, 323(13), 1239–1242.
- Zaninotto, L., Rossi, G., Danieli, A., Frasson, A., Meneghetti, L., Zordan, M., Tito, P., Salvetti, B., Conca, A., Ferranti, R., Salcuni, S., & Solmi, M. (2018). Exploring the relationships among personality traits, burnout dimensions and stigma in a sample of mental health professionals. *Psychiatry Research*, 264, 327–333