

OTDK dolgozat

A morális sérülés vizsgálata egészségügyi dolgozók körében

Giber Tímea

Pszichológia BA



**Károli Gáspár
Református Egyetem**

Témavezetők:

Dr. Mészáros Veronika

Dr. Ferenczi Andrea

Budapest

2023. Január

Tartalomjegyzék

Absztrakt.....	3
1. Szakirodalmi bevezető	3
1.1 A büntudat	5
1.1.1 A büntudat, mint morális érzelem	5
1.1.2 A szégyen és a büntudat szétválasztása	5
1.1.3 A büntudatra való hajlam, mint személyiségvonás	6
1.1.4 Az interperszonális büntudat	7
1.1.5 Weiss: A kontroll tökéletesítésének elmélete (Contol-Mastery Theory)	7
1.2 Az empátia.....	8
1.2.1 Az empátia az egészségügyi kontextusban.....	9
1.2.2 Az empátia és büntudat kapcsolata.....	9
1.3 A morális stressz	10
1.3.1 A morális stresszorok	12
1.4 A morális sérülés.....	12
1.4.1 A morális sérülés elválasztása a poszttraumás stressz zavartól.....	12
1.4.2 A morális sérülés további definíciói.....	13
1.4.3 A potenciálisan morális sérülést okozó események	13
1.4.4 A morális sérülés következményei	14
1.5 A kiégés	14
1.5.1 A kiégés és a morális sérülés kapcsolata	16
2. Módszer	17
2.1 Minta	17
2.2 Mérészközök	17
2.2.1 Interperszonális Büntudat Kérdőív	17
2.2.2 Interperszonális Reaktivitás Index	18
2.2.3 Morális Sérülés Tüneti Skála, egészségügyi dolgozói változat.....	18
2.2.4 Mini-Oldenburg Kiégés Kérdőív (MOLBI)	20
2.3 Eljárás	20
3. Eredmények	21
3.1 Leíró statisztikák	21
3.2 Strukturális Egyenlet Modellezés	22
4. Megvitatás	26
4.1.1 Korlátok és további kutatási irányok	28
5. Köszönetnyilvánítás.....	28
6. Irodalomjegyzék	29

Absztrakt

Háttér: Az egészségügyi dolgozók munkájuk során sok váratlan helyzettel és nehézséggel szembesülnek. Előfordul, hogy különböző helyzetekben nem tudnak morális értékeik szerint cselekedni, ami súlyos esetekben akár az erkölcsi integritásukat fenyegetheti. Ezen kívül a folyamatos stressznek való kitettségére kiégéssel reagálnak. *Célkitűzés:* Egy pilot tanulmány keretein belül, magyar mintán megvizsgálni a morális sérülés kapcsolatait az empátiával, büntudattal és a kiégéssel. *Módszer:* A vizsgálatban interperszonális büntudattal, affektív/kognitív empátiával, morális sérüléssel és kiégéssel kapcsolatos kérdésekre kellett válaszolni. A mintában 62 fő szerepel, a kitöltők nagy része nő (84 %), illetve szakdolgozó (85 %). Az elemzéseket strukturális egyenlet modellezéssel végeztem el. *Eredmények:* Hipotézisem nem teljesült, az elemzések alapján a morális sérülés és a kiégés között nincsen szignifikáns kapcsolat. Ezt követően a két változót külön modellben teszteltem és vizsgáltam, mind az empátiával és a büntudattal való kapcsolatukat. A morális sérülés modelljének magyarázó ereje 38,9 %-os, a kiégéshez tartozó modellé 37,8 %-os. Az öngyűlölő büntudat és az érzelmi distressz mindkét modellben szignifikáns kapcsolatot mutat, illetve a morális sérülés esetében a túlélő büntudat is jelentős. *Következtetések:* Az öngyűlölő büntudattal rendelkező személyek az általánosan kialakított negatív attribúcióik következtében élhetnek meg magasabb morális sérülést. A mások szenvedésének való kitettség a morális sérülés mértékét is növeli. Az érzelmi distressz csökkentésének egyik módja lehet a kognitív empátia alkalmazása. Az eredmények között több olyan kapcsolat is szerepel, mint a túlélő büntudat és a morális sérülés negatív kapcsolata, a kiégés érzelmi distresszrel és öngyűlölő büntudattal való negatív kapcsolata, illetve a kiégés morális sérüléssel való negatív kapcsolata, amely a szakirodalom alapján előre nem várt eredmény, így a további vizsgálatok szükségességét jelzi.

1. Szakirodalmi bevezető

Az egészségügyi dolgozók nap mint nap felelősséget vállalnak más emberekért, ellátják, gondozzák őket. Az ápolók megismerik a beteg történetét, közelebb kerülnek egymáshoz, egyfajta kötődés alakul ki közöttük. A gyógyulás folyamatában a mélypontokat a boldogságukhoz hasonlóan velük együtt élik át. A beteg elvesztése ugyanúgy veszteséget jelenthet számukra, mint a beteg hozzátartozói számára.

Másodlagos elszenvetői mások traumáinak, testközelből látják és tapasztalják meg mások veszteségét és fájdalmát. Erősnek kell lenniük, hiszen reményt és stabilitást jelentenek a beteg számára, egyfajta kapaszkodót nyújtanak. Döntéseket kell meghozniuk a beteg kezelését

illetően, és ha úgy van életet megváltoztató diagnózisokat kell közölniük betegeikkel és hozzátartozóikkal.

Vészhelyzetekben a megfelelő reakció döntő szerepű, így az állandó készenlét fontos és elengedhetetlen része munkájuknak. A vészhelyzetekhez kapcsolódó természetes reakciókat, mint a pánikot és az ijedtséget, félre kell tenniük, és koncentrálniuk kell az ellátás hatékonyságának maximalizálásának érdekében. A magas stressz szintű helyzetekben a hibázás esélye is megnövekszik. Egyik pillanatról a másikra elveszíthetik az események feletti kontrollt. A tehetetlenség érzése és az előre nem látott dolgok értelmetlensége megbénítja az embert, az ilyen események emlékét aztán napokig, hetekig vagy akár egy egész életen át magukban hordozzák.

A betegellátást sokszor attól független tényezők nehezítik meg. A dolgozók felesleges teherként élik meg az adminisztrációs feladatokat. A megfelelő, jó minőségű eszközök elengedhetetlenek a munkafolyamat zavartalanságához. Az állandó munkaerőhiány is fokozza azt a belső frusztrációt, hogy nem tud eleget nyújtani a beteg számára, ami a túlhajszoltság érzésébe csaphat át. Előfordul az is, hogy bizonyos helyzetekben nem tudnak erkölcsi értékeikkel összhangban cselekedni. Erre hatással van az intézmény és az alkalmazott értékeinek kongruenciája és az intézmény morális légköre. Az intézmény hierarchikus rendszere, illetve a gazdasági céljaik elérése kapcsolatban van a fentebb említett problémákkal és hatást gyakorol a morális döntéshozásra (Corley, 2002).

A moralitás fontos részét képezi emberi mivoltunknak. Minden ember gyermekkori szocializációja során elsajátít és magáévá tesz olyan norma- és értékrendszereket, melyek mentén később különböző erkölcsi döntéseket hoz meg. Minden személy egy erkölcsi döntéshozó, tehát kapacitása van arra, hogy erkölcsi döntéseket hozzon és azok mentén cselekedjen. Az erkölcsi integritás fontos szerepet játszik a méltóságérzetünk és önbecsülésünk fenntartásában. Az egészségügyi dolgozók munkájuk természetéből fakadóan mindenféle körülmény között érintettek erkölcsi döntések meghozatalában, amely akár az integritásuk fennmaradását is veszélyeztetheti (Rushton, 2016).

Az erkölcsi integritás az ún. potenciálisan morális sérülést okozó események során van a leginkább veszélynek kitéve, azonban a morális stresszhelyzetekből származó morális többletfeszültség felhalmozódása egyenértékű lehet a potenciálisan morális sérülést okozó eseménnyel (Stovall és mtsai., 2020). Továbbá morális sérülés következik be, amikor egy olyan

esemény résztvevője vagy szemtanúja a személy, amely mélyen őrzött erkölcsi meggyőződéseit sérti. Szorosan kapcsolódik hozzá a büntudat és a szégyen érzése (Litz és mtsai., 2009).

A betegeket ellátó egészségügyi dolgozók munkájának fontos része az empátia, amely a betegekhez való kapcsolódást segíti, valamint a betegek gyógyulási folyamatára is jótékony hatással van. Mindezek mellett mások szenvedése érzelmi distresszhez, majd érzelmi kimerüléshez is vezethet.

A kiégés a hosszú távon fennálló stressz következménye, amely széles körben elterjedt kutatási terület egészségügyi dolgozói mintán. Az intenzív affektív, kognitív és fizikai megterhelés kimerültséget okoz, és a dolgozó növekvő kiábrándultsága a munkától való elhatárolódáshoz vezethet. A kiégés prevenciója nem csupán egyéni, hanem társadalmi érdek is (Fejes, 2021).

Előtanulmányom célja megvizsgálni, a morális sérülés kapcsolatát a büntudattal, az empátiával, és a kiégéssel.

1.1 A büntudat

1.1.1 A büntudat, mint morális érzelem

Az erkölcsi érzelmek moralitásunk kulcsfontosságú elemei, hatást gyakorolnak az erkölcsi normák és az erkölcsi viselkedés közötti kapcsolatra. Fontos szerepük van erkölcsi értékeink megőrzésében azáltal, hogy motivációs erőt és energiát adnak ahhoz, hogy helyesen cselekedjünk (Kroll és Egan 2004, idézi Tangney, 2007). Egyes szerzők szerint ezen érzelmek funkciója többek között, hogy elősegítsék az egyén közösségbe való beilleszkedését és arra motiválják, hogy tartsa magát a társadalom által elfogadott normákhoz, így elkerülve a társadalmi elutasítást.

A morális érzelmekre öntudatos érzelmekként is tekinthetünk, mivel ezen érzelmek átéléséhez a személyiség aspektusainak bizonyos fejlettségére van szükség, mint az én kialakulása, az önreflexió képessége, a társas szabályok internalizálódása, illetve a lelkiismeret kialakulása és az értelmi működés magasabb szintje (Horváth-Szabó, 2002). Ebből kifolyólag kapcsolatba hozhatóak az egészséges személyiségfejlődéssel, illetve a megfelelő szociális alkalmazkodással.

1.1.2 A szégyen és a büntudat szétválasztása

A szégyen és a büntudat egyaránt a kötődés fenntartását segítik, fájdalmas, és negatív töltetű morális érzelmek. Azonban míg a büntudat egy cselekedettel, eseménnyel kapcsolatos

értékelés, addig a szégyen érzése az egész énrre vonatkozik, ezáltal sokkal inkább debilizáló és demoralizáló, mint a büntudat. A szégyen érzése társas helyzetekben aktiválódhat, a büntudat átéléséhez már a másik szenvedésének tudata is elég.

A szégyent inkább jellemzi a kisebbségség, a gyengeség és tehetetlenség érzése, míg a büntudat esetében, a kialakult feszültség megbánást és lelkiismeret furdalást okoz, ami pedig a cselekedet jóvátételét mozdtja elő. Míg a büntudat a viselkedés jóvátételét, módosítását motiválja, a szégyent átélő személy inkább visszavonul és izolációba menekül. A szégyent olyan érzések kísérik, mint a düh, szorongás önutálat, míg a büntudatot a szomorúság és az empátia (Vizin és Unoka, 2014).

A büntudat adaptív érzelm, amennyiben a kényelmes és produktív élethez nélkülözhetetlen kötődések és kölcsönös kapcsolatok fenntartását szolgálja (Tangney és Dearing, 2002). Összegezve a büntudat a szégyennel ellentétben a szociális kapcsolataink fenntartását szolgálja, azonban, ha a két érzelm keveredik, összerosódik, ezen adaptív funkcióját elveszítheti (Tangney és mtsai., 2007).

1.1.3 A büntudatra való hajlam, mint személyiségvonás

A büntudatra való hajlam esetében nem egy általános büntudatról, vagy egy adott pillanathoz kapcsolód büntudatról beszélhetünk. A büntudatra hajlamos személy jellemzője, hogy előre vetíti egy eseménnyel kapcsolatos büntudat lehetőségét. A büntudatra való hajlamot alapvetően adaptívnek tekintik, mivel ez egy olyan személyiségvonás, amely arra motiválja az embereket, hogy helyre hozzák hibáikat. Azonban az állandósult büntudat nem minősül adaptívnek (Tangney, 1994).

A büntudatra való hajlam kapcsolatba hozható az erkölcsös viselkedéssel, megértésében különösen fontos szerepet játszhat. Wolf és munkatársai (2010) szerint a személy erkölcsi viselkedését be lehet jósolni a büntudatra való hajlama alapján. Cohen és munkatársai (2012) kutatása igazolta azon feltételezést miszerint a személy saját vétségei miatt átél büntudata az internalizált erkölcsi értékeinek indikátora. Elemzéseik alapján a büntudatra való hajlam skálán magasabb pontszámot elérők szignifikánsan kevesebb munkahelyi bűnelkövetésről, és kevesebb kontraproduktív munkahelyi viselkedésről számoltak be.

Tangney és Dearing (2002) longitudinális vizsgálat kimutatta, hogy a büntudatra hajlamos személyek kisebb valószínűséggel nyúlnak drogokhoz és alkoholhoz, válnak bűnözővé és követnek el öngyilkosságot. Ezzel összhangban elfogadható az a feltételezés, miszerint a

bűntudatra való hajlam elősegíti a proszociális viselkedést és gátolja az agresszív viselkedést (Torstveit és mtsai., 2016).

1.1.4 Az interperszonális bűntudat

A bűntudat az interperszonális nézőpont szerint a mások bántásától való félelemből ered és adaptív formájában a kötődés fenntartását szolgálja. A bűntudat jellege kettős, mert habár proszociális érzelemként működik, mely a társadalmi szabályoknak megfelelő viselkedést mozdit elő, ugyanakkor, szenvedést okoz az egyén hibái miatt, ami akár pszichopatológia kialakulásához is vezethet (O'Connor és mtsai., 1997).

O'Connor és munkatársai (1999) modellje, melynek Joseph Weiss pszichoterápiás elmélete nyújt alapot, az interperszonális bűntudat négy lehetséges dimenzióját tartalmazza, melyek a következők; túlélő bűntudat; szeparációs bűntudat; mindenható felelősség miatti bűntudat (továbbiakban mindenható bűntudat); öngyűlölő bűntudat. Talán a dimenziók közül az egyik legismertebb bűntudat típus a túlélő bűntudat, amelynek fogalma a holokauszt túlélők megfigyeléseiből származik. A túlélő bűntudatot átélő személy úgy érzi mások kárára él át jó dolgokat és másoknak hozzá képest rossz dolguk van. További területeken is vizsgálták a jelenlétét, mint például a létszámcsökkenés után azon dolgozók körében, akik maradhattak a munkahelyen (Brockner és mtsai., 1985). A szeparációs bűntudat, hasonlóan a túlélő bűntudathoz, abból a félelemből ered, hogy másoknak kárt okozunk az egyéni célok követésével. Az az érzés jellemzi, hogy a szülőkről való leválással és a tőlük való különbözőséggel ártanak nekik, és ezáltal hűtlenek lesznek hozzájuk. A mindenható bűntudat lényegében az adaptív bűntudat eltúlzott formája, a mások iránti túlzott felelősségérzet, aggodalom és nyugtalanság érzése jellemzi. Az öngyűlölő bűntudat egy extrém formája a bűntudatnak, mely azzal jár, hogy a személy a róla kialakított negatív képet elfogadja (Greenmyer és mtsai., 2022). Weiss elméletében maladaptív jellemzőkkel illeti, amely az elhanyagoló, szigorú szülőknél való megfelelésből származhat. Annak oka, hogy az interperszonális bűntudat fajtájaként sorolható be, az, hogy itt is megjelenik a kapcsolat fenntartására való igény a szülőkkel vagy szeretteikkel, ami érdekében a szélsőségesen negatív énképet internalizálják (O'Connor és mtsai., 1997).

1.1.5 Weiss: A kontroll tökéletesítésének elmélete (Control-Mastery Theory)

Habár dolgozatom fő fókuszja a morális sérülés, Joseph Weiss elméletének ismerete segítséget nyújthat a bűntudat és a morális sérülés összefüggésének értelmezésében. Weiss és munkatársai (1956, idézi Comello, 2003) pszichoterápiás és pszichopatológiai elméletének kidolgozásával

céljuk az volt, hogy jobban megértsék a sikeres terápiás kapcsolat összetevőit, a pszichoanalitikus elméleti szinteken túlmenően. A magasabb mentális működési hipotézis szerint sok olyan funkciót végezhet tudattalanul az ember, amelyeket tudatosan is végez. Tudattalanul alakítanak ki értékeléseket a világról, döntéseket hoznak meg és terveket valósítanak meg. Ha a kognitív fejlődés során a személyben pszichológiai diszfunkció alakul ki, az valószínűleg a személy hiedelemrendszerének problémájában rejlik. Ez azt jelenti, hogy léteznek patogén hiedelmek. A jellemzően gyerekkorban kialakított patogén hiedelmeket a személy kognitív értékelés révén összeegyezteti az aktuálisan szerzett tapasztalatokkal és az értékelés eredménye alapján módosítja a kérdéses hiedelmet (Comello, 2003).

1.2 Az empátia

Az empátia fontos alkotórészét képezi mindennapjainknak, segít a másokhoz való kapcsolódásban, abban, hogy mások lelkiállapotával rezonálni tudjunk, illetve Rogers szerint az empátia egyfajta viszonyulási mód a másikhoz, amely során a másik személy belső világát próbáljuk szavak nélkül megérteni (Kovács, 2020). Kiemelt szerepe van az egészségügyi dolgozók munkájában.

Az empátia egyénenként eltérő, mérhető jellemvonás, ami időben viszonylag stabil marad (Davis, 1983). Davis szerint az empátiára való hajlam a kognitív képességek fejlődésével gyermekkorban alakul ki, amit a szociális tapasztalatok formálhatnak (Hoffman, 1984). Azt, hogy egy személy mennyire tud empátikus lenni, egyéni és szituációs tényezők is meghatározzák. Az előbbihez tartozhat az intellektuális képesség fejlettsége, az utóbbihoz pedig a személy korábbi hasonló tapasztalata, illetve a személy és a másik fél közötti hasonlóság mértéke.

Az empátiáról való fogalmi elképzelések az évek során formálódtak. Eleinte az empátia egy-egy aspektusára fókuszáltak a szerzők, később Davis megalkotta az empátia multidimenzionális modelljét, amelyben az affektív és kognitív aspektusok egyaránt szerepelnek. Az aspektusok különválasztásával viselkedésre gyakorolt hatásuk értelmezhetőbbé válik. A két komponens létjogosultságát megerősíti az is, hogy a komponensek különböző agyi struktúrákhoz köthetők. A kognitív komponens a mások érzelmének felismerésére szolgál, az affektív komponens pedig a mások érzelmeiben való osztozást képviseli. Az utóbbi a tükroneuronok révén valósul meg, melynek folyamatát érzelmi ragálynak nevezzük. A másik érzelmi állapotának megfigyelése automatikusan működésbe hozza a motoros rendszert, az érzelm kifejezési mozgások pedig a másik érzelmével való rezonálást váltja ki (Kovács, 2020).

Ez az automatikus folyamatok révén keletkezett tudattalan impulzus csak akkor válik tudatossá, ha az élmény feldolgozásra kerül.

Davis modelljében mindkét komponensnek további két dimenziójáról beszélhetünk. Az affektív komponens alkotja az érzelmi distressz, amit mások szenvedése vált ki belőlünk, valamint az empátiást törődés, ami segít az érzelmek felismerésében és átélésében. A kognitív empátia alkotóelemei a szempontváltás képessége és a fantázia. A szempontváltás azt a képességet jelzi, hogy a személy mennyire képes a másik nézőpontját felvenni. A fantázia pedig többek között arra a képességre is utal, hogy a személy mennyire képes beleképzelni magát egy könyv vagy film szereplőjének helyzetébe.

1.2.1 Az empátia az egészségügyi kontextusban

A betegek ellátásában kiemelt szerepet kap az empátia. A szakirodalom is több eredmény született a dolgozók empátiájának betegekre gyakorolt pozitív hatásáról (Riess, 2010, idézi Kovács, 2020). Azonban a betegekkal való intenzív kapcsolat hozzájárulhat az érzelmi kimerülés fokozódásához, mivel az ápolóra az érzelmi ragály révén áterjed a beteg distressze. Az ebből is származó negatív érzelmek eluralkodása pedig szintén fokozza az érzelmi distresszt.

A beteg distresszének való közvetlen kitettség valószínűleg magasabb szintű affektív empátiát vált ki, ami magasabb szintű morális szorongáshoz vezethet (ter Heide, 2020). A distressz csökkentése a kognitív empátia alkalmazásának előtérbe helyezésével érhető el, ami segít abban, hogy az ápoló a saját érzéseit a beteg érzéseitől eltávolítsa, de ugyanakkor továbbra is empatikusan viszonyuljon hozzá (Kovács, 2020).

1.2.2 Az empátia és büntudat kapcsolata

Korábbi elméleti és empirikus eredmények azt sugallják, hogy az empátia szorosan összefügg a büntudattal, így az empátikusabb emberek nagyobb valószínűséggel éreznek büntudatot, mint a kevésbé empátikusak. Az interperszonális perspektíva a büntudat érzését az empátiából eredezteti. A helytelen cselekedet elkövetése után a mások szempontjának átvétele és a velük való törődés a helyreállító cselekvés felé mozdítja el a személyt. Ez összhangban van Hoffman (1982) elképzelésével, miszerint a büntudat egy másik személy szorongásának empátikus felismeréséből ered. Így a másik perspektívájának megértése közvetlenül hozzájárulhat a büntudat érzéséhez (Leith és Baumeister, 1998).

Az empátia az interperszonális érzékenység egyik formája, és mivel a büntudat egyértelmű kapcsolatot mutat vele, ez utalhat a büntudat interperszonális jellegére. Hasonlóképpen, az

empátia releváns lehet a pozitív egyenlőtlenségekből fakadó büntudat esetében, mivel az empátia segíthet az embereknek értékelni a másik személy csalódottságát. Ezeket az interperszonális vonatkozásokat alátámasztja az a tény, hogy az empátia szorosan összefügg a szoros kapcsolatokban elért sikerekkel (Baumeister és mtsai., 1994).

Duarte és Pinto-Gouveia (2017) kutatásuk során kapcsolatot találtak az empátia egyes komponensei és az interperszonális büntudat egyes dimenziói között. Eredmények alapján úgy vélik, hogy az affektív empátia és a büntudat szoros kapcsolatban van, így lehetséges, hogy azok a nővérek, akik a büntudat átélésére hajlamosabbak, irreális felelősséget érezhetnek a betegek ellátásáért. Az ilyen felelősségről kialakított irreális hiedelmek és a kiegyensúlyozatlan empátia olyan szakszerűtlen ellátáshoz vezethetnek, amely az ápoló kiégéshez és érzelmi kimerüléshez vezethet.

Ezzel szemben Leith és Baumeister (1998) azt az eredmény kapták, hogy a büntudat a perspektíva átvétellel mutatott szignifikáns kapcsolatot. Ezen eredmények alapján a büntudatra való hajlammal rendelkező személyek konfliktusaiban a büntudat érzése a központi probléma, amely a másik személy perspektívájának figyelembevételével oldódik meg.

A büntudat motivációt biztosít a helyreállító viselkedéshez, illetve az empátia is ösztönöz a másokon való segítségére. A két konstruktum azonban Torstveit és munkatársai (2016) eredményei szerint egymástól függetlenül befolyásolják a proszociális viselkedést. A proszociális viselkedés éppúgy függhet az empátiás kognícióktól, mint a büntudatra való hajlamtól.

1.3 A morális stressz

Az American Association of Critical Care Nurses állást foglal amellett, hogy a személyes és szakmai értékek alapján való cselekvése képtelensége aláássa a személy hitelességét és integritását, amely lényegében a morális stressz megtapasztalásával egyenlő (Morley és mtsai., 2019).

Habár a kutatásban a morális stressz mértékét kifejezetten nem mértük, ezen jelenség részletesebb ismerete, segíthet a morális sérülés átfogóbb megértésében. Több elmélet és fogalom is született a morális stresszel kapcsolatban. Ápolók megfigyelése alapján Jameton (1984, idézi Morley és mtsai., 2019) vezette be a morális stressz fogalmát, amely akkor jelenik meg, ha egy szituációban az erkölcsileg helyes cselekvést valamilyen korlátok (többnyire intézményi korlátok) lehetetlenné teszik. Elgondolása szerint a morális stressz megélése két epizódra bontható. A kezdeti stressz az adott szituációban, a cselekvéssel egyidejűleg jelenik

meg, a szorongás, düh és frusztráció érzései kíséretében. A reaktív stressz az esemény után jelenik meg, egyfajta válaszként a kezdeti szorongásra. Magában foglalja a tehetetlenség, a bűntudat, az önkritika és az alacsony önbecsülés érzését, valamint különböző fiziológiai reakciókat vált ki, mint a sírás, alvászavar, rémálmok, étvágytalanság (McCarthy és Deady, 2008).

Corley (2002) a morális stresszt az erkölcsi integritás megőrzésére irányuló erőfeszítés következményeként definiálja. Modelljében a morális stressz jelenségét több területre kiterjeszti, és leírja annak hatását a dolgozók mentális egészségén túl, a betegellátás minőségére, illetve az intézmény működésének színvonalára. A morális stressz által terhelődött nővér hajlamosabb kerülni a betegekkel való kontaktust, ami az ellátás minőségének csökkenéséhez vezethet. Az utóbbi pedig már az egész intézményre hatással lehet, éppúgy, mint a megfelelő végzettséggel rendelkező személyzet hiánya. Egy intézmény többnyire hierarchikusan szerveződik, sajátos működési rendszere van, amelyre a felé támasztott elvárások és a kultúra is nyomást gyakorol. Ez a működési rendszer pedig alapot szolgáltat a morális stressznek és sérülésnek egyaránt.

Az intézmény átfogó erkölcsi légköre befolyásolja, a dolgozók vélekedését erkölcsi cselekvéseikről. Corley és munkatársai (2005) kísérletükben megállapították, hogy az etikai légkör pozitív megítélése alacsonyabb morális stressz pontszámokkal jár együtt. Mindemellett a túlzott munkaterhelés, a munkahelyi konfliktusok és a hierarchiában működő hatalmi dinamika akadályozhatja a személyeket az erkölcsi döntéshozatalukban (Rushton, 2016).

Campbell és munkatársai (2016) a morális stressz fogalmát kibővítették. Szerintük több olyan fogalom is van, amely a morális stresszhez kapcsolható, azonban a klasszikus definíció ezeket nem tartalmazza. Az egyik ilyen fogalom a morális bizonytalanság, amely abból fakad, hogy morális döntéshozóként sokszor nehéz vagy akár lehetetlen tudni, hogy mi lenne az erkölcsileg megfelelő viselkedés. A morális dilemma kifejezése olyan helyzetekre utal, melyben valójában nincs erkölcsileg helyes megoldás. Morális balszerencse, amikor annak ellenére érzik a dolgozók morálisan kompromitálónak a helyzetet, hogy a lehető leghelyesebben cselekednek egy adott szituációban. Továbbá vitatják Jameton elképzelését arról, hogy a kezdeti és reaktív formája a morális stressznek következetesen együtt járna. Szerintük teljesen elképzelhető, hogy egy adott szituációban nem, de azt követően amikor feldolgozza a történeteket a személy és reflektál tetteire, akkor éli át a stresszt, vagy fordítva, csak kezdeti szorongást él meg. Ennek oka lehet, hogy kezdeti stresszt helytelennek látja, mert rendelkezésére állnak olyan információk, amelyek arra készítetik, hogy felülvizsgálja a helyzet erkölcsi értékelését.

Epstein és Hamric (2009) az erkölcsi stressz felhalmozódásának modelljét dolgozta ki. Elméletük szerint a morális stressz szituációkból származó negatív élmény tovább él az ápolóban. Ezt erkölcsi többletfeszültségnek (moral residue) nevezték el, ami összhangban van Jameton reaktív stressz fogalmával. Minél több ilyen maradvány halmozódik fel, annál erősebb reakciókat válthat ki az ápolóból és korábbi negatív emlékeket és azokhoz kapcsolódó negatív érzelmeket hozhat felszínre. Ez az ún. crescendo effektusnak köszönhető. Az erkölcsi többletfeszültség pedig szerepet játszhat a morális sérülés kialakulásában.

1.3.1 A morális stresszorok

Morális stresszornak hívjuk azokat a helyzeteket, amikor az etikai döntéshozatal kimenetelében a személynek alacsony fokú befolyása van, azonban a cselekvésnek mindenképpen be kell következnie (Epstein és Hamric, 2009). Jellemző, hogy ilyen helyzetekben a személy egyéni és szakmai kompetenciája nem elégséges és a releváns döntéshozatali folyamatokat figyelmen kívül hagyják. Az ellátás körülményei nem mindig kielégítőek, mivel az egészségügyben jelen lévő folyamatos munkaerőhiány miatt az ápolók által nyújtott ellátás minősége romlik, illetve az eszközhiány vagy azok nem megfelelő minősége tovább fokozza a problémát. A kritikus állapotban lévő, illetve haldokló betegek ellátása is egy lehetséges morális stresszor lehet (Dale és mtsai., 2021). Morális stresszt okozhat továbbá, ha a személy a kollégái erkölcstelen viselkedésének szemtanúja, ha nem tisztelik az ápoló autonómiáját, illetve a döntéshozatali folyamatokba nem vonják be (Riedel és mtsai., 2022).

1.4 A morális sérülés

1.4.1 A morális sérülés elválasztása a poszttraumás stressz zavartól

A morális sérülés fogalma a katonai kontextusból származik. Shay (1991) a poszttraumás stressz zavarral küzdő vietnámi veteránokkal folytatott munkája során figyelt fel erre a jelenségre. A katonák egy a rangsorban felettük álló személy erkölcsi szabályszegésével összefüggő elárultság érzésről számoltak be. Későbbiekben a fogalmat kibővítette, ezáltal nagyobb hangsúlyt helyezve az intézmény és az azon belüli hierarchia szerepére.

Egy esemény, amely poszttraumás stresszhez vezet, morális dimenzióval is rendelkezhet. A morális sérülés és a poszttraumás stressz közötti egyik legmeghatározóbb különbség, hogy a poszttraumás stressz zavar egy traumatikus eseménynek való kitettségéből származó fiziológiás distresszből alakul ki. Az erkölcsi sérülés kialakulásának oka, a helyzetből származó valamilyen erkölcsi sérelem. Ilyen helyzetekben az egyén vagy az egyén társainak, feletteseinek cselekedetei nincsenek összhangban az egyén erkölcsi meggyőződéseivel. Míg a poszttraumás

stressz zavar gyakran szorongással és félelemmel jár együtt, addig a morális sérülés a büntudat és a szégyen érzését keltik a személyben (Hall és mtsai., 2022). A poszttraumás stressz zavar és a morális sérülés tüneteiben és neurobiológiai hátterében is elkülöníthető egymástól. Barnes és munkatársai (2019, idézi Hall és mtsai., 2022) azt találták, hogy az erkölcsi sérülést okozó élmények más agyterületeken vezetnek változáshoz, mint más traumatikus események.

1.4.2 A morális sérülés további definíciói

Litz és munkatársai (2009) alapján az erkölcsi sérülés traumatikus életesemények következtében jön létre, amelyek mélyen őrzött erkölcsi értékeket, meggyőződéseket vagy elvárásokat sértenek. Nem feltétlenül csak abban az esetben alakul ki, ha a személy az elkövető, hanem akkor is kialakulhat, ha nem akadályozza meg a bekövetkezését, vagy egyszerűen szemtanúja annak.

Drescher és munkatársai (2011, idézi Jinkerson, 2016) a katonai kontextusban a morális sérülés megtapasztalását egy folyamatként írják le. Amikor valaki a szabályok követése ellenére úgy érzi, hogy erkölcsi értékeket sértő módon cselekszik, kognitív disszonanciát él át. Ha a disszonancia feloldódik, képes károsodás nélkül továbblépni, viszont, ha valaki a disszonanciát a saját magáról kialakított negatív globális attribúciókkal próbálja feloldani, egyfajta folyamat indul be ami a szégyen és a büntudat érzéséhez, az önvádhoz és akár önkárosító viselkedéshez vezethet (ter Heide, 2020).

Farnsworth és munkatársai (2017) a morális fájdalom jelenségéből vezetik le a morális sérülést. A morális fájdalom, egy morális sérülést okozó eseményre adott válasz, amelyet intenzív morális érzelmek (büntudat, szégyen), a harag érzése, valamint olyan kogníciók kísérnek, mint az önostorozás. A morális sérülést okozó eseményeknek való kitettség várható és természetes következménye a morális fájdalom, amely az esemény után rögtön vagy később jelentkezhet. Ezen fogalmak alapján az erkölcsi sérülést úgy definiálhatják, mint társadalmi, pszichológiai és spirituális szintre kiterjedő szenvedést, amely az erkölcsi fájdalom élményének kezelésére irányuló költséges vagy kivitelezhetetlen kísérletekből fakad.

1.4.3 A potenciálisan morális sérülést okozó események

A morális sérülést egyrészt okozhatja a morális stresszből származó többletfeszültség felhalmozódása (Stovall és mtsai., 2020), vagy olyan események, melyek mélyen őrzött erkölcsi meggyőződéseket és elvárásokat sértenek (Litz és mtsai., 2009). Ezeket a szakirodalom potenciálisan morális sérülést okozó eseményeknek (potentially morally injurious events) nevezi, amelyek természetüknél fogva interperszonális traumák, hiszen egy személy egy másik

személyt károsít, nem véd meg vagy szenvedésének tanúja, ami következtében az áldozatot jelentős kár vagy veszteség éri (ter Heide, 2020).

A morális sérülés egy speciális helyzete a beteg biztonságát veszélyeztető incidensek (patient safety incidens). A WHO (2009) definíciója alapján egy olyan esemény vagy körülmény, amely a beteg nem várt vagy szükségtelen károsodásához vezetett vagy vezethetett volna. Ilyen incidens lehet a gyógyszerek adagolásával való hibázás, vagy a kórházi tartózkodás során elkapott, megelőzhető fertőzések esete. A dolgozók magas stressznek való kitettsége hozzájárul a kognitív hibák fellépéséhez, ami előre nem látott következményekhez vezethet. Az ilyen incidensek és az azt követő események nagy csapást mérhetnek az ápoló személyes és szakmai identitására. Scott és munkatársai (2009, idézi Stovall és mtsai., 2020) tanulmányában a szakma típusától és a szakmai tapasztalattól függetlenül a beteg biztonságát fenyegető helyzeteket átélt dolgozók egy maradandó nyomot hagyó, életet megváltoztató eseményként határozták meg. Mantri és munkatársai (2020) is megerősítették, hogy a váratlan incidensek, balesetek összefüggésben vannak a morális sérülés tüneteivel, ami arra utal, hogy a morális sérülés ezen incidensek oka vagy következménye is lehet.

1.4.4 A morális sérülés következményei

A morális sérülés spirituális, pszichológiai és társadalmi szinten egyaránt kifejti hatását (Litz és mtsai., 2009). Már a potenciális morális károsodást okozó tapasztalatoknak való kitettség is szerény összefüggésbe hozható a mentális egészség romlásával (poszttraumás stressz zavar, depresszió, szorongás, öngyilkossági gondolatok). A morális sérülés pedig a kiégés, a poszttraumás stressz zavar és más, traumával kapcsolatos problémák kockázatának teheti ki az egyént (Mantri és mtsai., 2021).

Jellemző, hogy a morális sérülést hordozó személyek másokba vetett bizalmukat elveszítik. A bűntudat és a szégyen megélése a másoktól való elszigetelődéshez és önkárosító viselkedéshez vezethet. Az önmaguknak való megbocsájtás képtelensége megnehezíti a traumatikus élmény feldolgozását. Litz és munkatársai (2009) azt javasolták, hogy a bűnözői magatartás és a családon belüli erőszak is összefügghet az erkölcsi sérüléssel. Shay (2003) az erkölcsi sérülés végső állapotát mélyen demoralizációként írja le.

1.5 A kiégés

A kiégés a hosszútávú stressznek való kitettség végállapotának tekinthető. Mivel az egészségügyi munka nem csak az elsajátított szakmai készségeket igényli, hanem az empátiával

való odafordulást és érzelmi bevonódást is (Fekete, 1991), az érzelmi igénybevétel miatt az egészségügyi dolgozóknak nagyobb kitettségük van a kiégésre.

Az egyik legtöbbet említett modell a kiégés szakirodalmában Maslach és munkatársai (1993) multidimenzionális modellje, amely a kiégést az érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és a személyes hatékonyság csökkenése mentén írja le. A kiégést a munkavégzés során fellépő stresszre adott válaszként képzelik el. Az érzelmi kimerülés, az egyén fizikai és érzelmi fáradtságára utal, amely szoros kapcsolatban áll a munkával való elégedetlenséggel (Piko, 2006). A deperszonalizáció a munkatársakkal való közönyös, távolságtartó attitűddel jellemezhető. A személyes hatékonyság csökkenése pedig a csökkent kompetenciaérzéssel és produktivitással írható le. Miután a kiégés modellt olyanokra is kiterjesztették, akik nem segítő foglalkozásúak, a deperszonalizációt cinizmusnak nevezték el, amely azt az érzést próbálja megragadni, hogy a személy a munkája értelmét kérdőjelezi meg, és már nem tud a munkája elvégzésébe energiát fektetni. Ezen dimenzió megváltoztatása lehetővé tette a kérdőív használatát olyan munkakörben is, ahol a munkavégzés során nem érintkeznek más személyekkel. A személyes hatékonyság dimenzió szakmai hatékonyságra módosult, jobban fókuszálva a munkavállaló által megélt szakmai kompetencia krízisére (Schaufeli és mtsai, 1996, idézi Kiss és mtsai., 2018).

A hazai szakirodalomban több kutatás használta fel a Maslach Kiégés Leltárt. Ádám és munkatársai (2009) kutatásukban 496 fős mintán vizsgálták a kiégést, amelyben háziorvosok és rezidensek szerepeltek. A háziorvosok esetében 34,8 %-ban magas fokú emocionális kimerülést találtak. A megkérdezettek 60,9 %-a magas fokú deperszonalizációt mutatott, illetve 95,9 %-a pedig magas fokú teljesítménycsökkenésről számolt be.

Piko és munkatársai (2006) azt találták, hogy a mintában szereplő személyek viszonylag magas szinten tapasztalnak kiégést. A kanadai, norvég és amerikai egészségügyi dolgozókhoz képest a magyar mintában az érzelmi kimerültség és a deperszonalizáció magasabb mértékben van jelen, míg a személyes teljesítés pontszámai alacsonyabbak voltak.

A későbbiek során a Maslach által alkotott elképzelést többen vizsgálták. Hasonló elképzelést vázoltak fel Demerouti és munkatársai (2003), akik a kiégést két dimenzió mentén írják le. Ez a kimerülés és a kiábrándultság. A kimerültség az intenzív fizikai, affektív és kognitív megterhelésből fakad, bizonyos munkakövetelményeknek való tartós kitettség hosszú távú következménye. A kiábrándultság a munkától való elhatárolódásban nyilvánulhat meg, A munkavállaló már nem talál újdonságot a munkájában, nem kötődik hozzá, negatívan beszél

munkájáról. A szerzők a deperszonalizációt a kiábrándultság egyik tüneteként értelmezik, valamint a kimerültség is megfeleltethető az érzelmi kimerültség dimenziójának (Demerouti, 2007).

A kiégés kialakulásában több tényező játszik szerepet. Egyrészt vannak olyan tényezők melyek befolyásolhatóak, mint a társas támogatás, a munkahelyi közösség, a munkakör és a jutattatások (Maslach és Leiter, 1997, idézi, Mészáros, 2014). Másrészt vannak nem befolyásolható tényezők, mint az életkor, a személy neme, vagy a családi állapota (Fejes, 2021). Továbbá fontos tényező lehet még a kiégés kialakulásában a munka-magánélet közötti egyensúly kereséséből fakadó konfliktusok, az általános elégedetlenség a munkával és a társas támogatottság hiánya (Györffy és Ádám, 2004).

Györffy és munkatársa (2004) egy mélyinterjús vizsgálat keretében a kiégés rizikófaktorait és háttértényezőit vizsgálták. A résztvevők beszámoltak a betegekkel való kapcsolat romlásáról, úgy érzeték, hogy a betegekkel való kommunikáció akadályozott volt sok esetben. A kollégákkal való kooperáció során jelentkező hibák, vagy a kooperáció teljes hibája jelentősnek mutatkozott a kiégés esetében. A válaszok alapján a kiégéshez szomatikus panaszok kialakulása kapcsolódott, mint a magas vérnyomás, alvászavar, illetve a vitális kimerültséghez. Ezen eredményekkel Piko (2006) eredményei is összhangban vannak. Eredményeink alapján a pszichoszomatikus tünetek a szakmai kiégés fontos indikátorának is tekinthetők. Mind a korrelációs elemzések, mind a többszörös regressziós elemzések szoros kapcsolatot mutattak ki a kiégés és a pszichoszomatikus tünetek között.

1.5.1 A kiégés és a morális sérülés kapcsolata

Több kutatás is talált kapcsolatot a morális sérülés és a kiégés között. Mantri és munkatársai (2021) azt feltételezik, hogy a morális sérülés a kiégés előfutára. Lehetséges, hogy a kiégés aránya a folyamatos erkölcsi megterhelés következtében növekszik tovább. Hasonló eredményt kaptak Dale és munkatársai (2021). A morális sérülés és a kiégés összefüggése mellett a morális sérülés magasabb pszichiátriai tünetekkel (depresszió, szorongás, PTSD) való összefüggéseire mutattak rá a vizsgálatok. A pszichiátriai tünetek, a vezetői támogatás, a depresszió jelenléte, illetve a Covid-járványhoz kapcsolódó tényezők fontos szerepet játszottak a kiégés előrejelzésében.

A szakirodalmi összefoglaló alapján a következő hipotézist állítottam fel:

H1: A büntudat és az affektív empátia hozzájárul a morális sérülés kialakulásához, ami pedig a kiégés kialakulását eredményezi.

2. Módszer

2.1 Minta

A letöltött adatbázis megvizsgálása után 62 érvényes kitöltést maradt, amely nagy részben nőket tartalmaz (N=52 fő), illetve ettől kevesebb férfi kitöltőt (N=10 fő). A demográfiai kérdéseknél rákérdeztünk a személy foglalkozására. Az orvosok mellett (N=9 fő), főleg egészségügyi szakdolgozók (N=53 fő) szerepelnek a mintában. Az adatbázist a korábban említett két nagy kategória alapján is osztottuk fel. A szakdolgozó kategóriába kerültek például szakápolók, védőnők, műtőssegédek, orvostanhallgatók. Fontos kiemelni, hogy minta elemszáma (N=62 fő), nem elégséges ahhoz, hogy biztos következtetéseket vonjunk le, így az eredményeket, nagy körültekintéssel lehet csak kezelni.

Beválasztási kritériumként szerepelt, hogy a kitöltő egészségügyi végzettséggel rendelkezzen és jelenleg is aktívan, egészségügyben dolgozzon. A vizsgálatban a mentális problémával diagnosztizált személyek nem vehettek részt. A kitöltés elején nyilatkozni kellett ezen feltételek teljesüléséről.

2.2 Mérészközök

A vizsgálatban felhasznált tesztbattériát témavezetőimmal közösen állítottuk össze. A kérdőívek felhasználására az egyes szerzőktől engedélyt kaptunk. A kérdőív csomagban a következő kérdőívek szerepelnek: Interperszonális Büntudat Kérdőív, Interperszonális Reaktivitás Index, Morális Sérülés Tüneti Skála, illetve a Mini-Oldenburg Kiegészítő Kérdőív.

2.2.1 Interperszonális Büntudat Kérdőív

A kérdőív a szakirodalmi bevezetőben ismertetett büntudat-dimenziók mentén méri a büntudat mértékét. Az skálán elért magasabb pontszám, magasabb szintjét jelzi a büntudatnak. Összesen 67 ítemet tartalmaz, melyből 13 fordított. A tételek a következőképpen oszlanak meg: 22 tétel tartozik a túlélő büntudathoz („*Nem merem igazán élvezni a sikereimet, mert attól félek, hogy hamarosan valami rossz történik.*”), 15 tétel tartozik a szeparációs büntudathoz („*Kényelmetlenül érzem magam, ha kritikus gondolataim támadnak a szüleimmel kapcsolatban.*”), 14 tétel a mindenható büntudathoz („*Nagyon nehezemre esik lemondani programokat, ha tudom, hogy a másik alig várja, hogy találkozzunk.*”), illetve 16 tétel pedig az öngyűlölő büntudathoz („*Ha hibát követek el, az nagyon lehangol.*”).

A tételeket egy 5 fokú Likert skálán kell értékelni, ahol az 1 az egyáltalán nem igaz/ egyáltalán nem értek egyet, az 5 pedig teljesen igaz/ teljesen egyetértek. Az eredeti szerzőktől (O'Connor

és mtsai., 1997) a kérdőív magyarra fordítására és használatára engedélyt kaptunk, validálása folyamatban van.

2.2.2 Interperszonális Reaktivitás Index

A kérdőív az empátia mértékét méri a kognitív és affektív aspektusok különválasztásával. Ez az önbeszámoló kérdőív 28 tételből áll, minden alskálához 7 tétel tartozik. A kognitív aspektushoz tartozik a szempontváltás képessége („*Úgy vélem, hogy minden kérdésre kétféle válasz lehetséges, és megpróbálom mindkettőt számba venni.*”) és a fantázia („*Amikor egy filmet nézek, igen könnyen tudom magam a főszereplő helyébe képzelni.*”). Az affektív aspektushoz pedig az empátia törődés („*Gyakran érzek törődést és aggodalmat azok iránt, akik szerencsétlenebbek nálam.*”) és az érzelmi distressz („*Vészhelyzetben igen nyugtalannak érzem magam, feszengek.*”) tartozik.

Az eredeti kérdőív (Davis, 1983) pszichometriai tulajdonságai megfelelőek. Mind a négy alskálának megfelelő a belső konzisztenciája. Az egyes alskálák értéke 0,71-0,77-ig terjed, a teszt-reteszt reliabilitás pedig 0,62-0,71-ig terjed. Szignifikáns nemi különbséget mutat minden alskálára, a nők magasabb pontszámot érnek el. A magyar változat validálást Kulcsár és munkatársai (1998) végezték el.

2.2.3 Morális Sérülés Tüneti Skála, egészségügyi dolgozói változat

Mantri és munkatársai (2020) skálája az egészségügyi szakemberek erkölcsi sérülésének értékelésére szolgál. Koenig és mtsai (2020) morális sérülést mérő skáláját alakították át úgy, hogy az egészségügyi dolgozói környezetbe is beilleszthető legyen. Ez az eredeti 10 tételes skála a morális sérülés 10 elméletileg megalapozott dimenzióját tartalmazza, amelyek a morális sérüléssel kapcsolatos szakirodalmak és kutatási eredmények alapján készültek el. A dimenziók a következők: árulás, bűntudat, szégyen, erkölcsi aggályok, a bizalom elvesztése, az értelem elvesztése, a megbocsátás nehézsége, önmarcangolás, a vallási küzdelem és a vallásos hit elvesztése.

Az egyes tételeket 10 fokú Likert-skálán kell értékelnie a kitöltőnek, ahol az 1 a teljes mértékben nem értek egyet, a 10 a teljes mértékben egyet értek. Négy pozitív és hat fordított tételt tartalmaz. Az eredmények összesítése után, a pontszámok 10 és 100 között alakulnak. Továbbá tartalmaz egy kérdést, mely arra kérdez rá, mennyire befolyásolják a személyt az élet fontos területein való működésében a skálában felsorolt tételek. Ez 5 fokozattal rendelkezik, ahol az 1 az egyáltalán nem, az 5 pedig a rendkívül lehetőséget jelölik.

A Mantri és munkatársai (2020) által létrehozott skála megbízhatósága megfelelő ($\alpha = 0.75$), magyar validált változata jelenleg nincsen. Az eredeti kérdőívet magyar nyelvre fordítottuk, majd egy független személy visszafordította angol nyelvre, ezt a változatot pedig a szerzőnek visszaküldtük, aki jóváhagyta.

	Eredeti változat	Magyarra fordított változat
1.	I feel betrayed by other health professionals whom I once trusted.	Úgy érzem elárultak más egészségügyi szakemberek, akikben korábban bízam.
2.	I feel guilt over failing to save someone from being seriously injured or dying.	Bűntudatot érzek amiatt, hogy nem tudtam valakit megmenteni egy komoly sérüléstől vagy a haláltól.
3.	I feel ashamed about what I've done or not done when providing care to my patients.	Szégyenkezem azért, amit tettem, vagy nem tettem, amikor a betegeimet elláttam.
4.	I am troubled by having acted in ways that violated my own morals or values.	Aggódom amiatt, hogy oly módon cselekedtem, amivel megsértettem a saját erkölceimet vagy értékeimet.
5.	Most people with whom I work as a health professional are trustworthy.	A legtöbb ember, akivel egészségügyi szakemberként együtt dolgozom, megbízható.
6.	I have a good sense of what makes my life meaningful as a health professional.	Tudatában vagyok annak, hogy mi teszi értelmessé, jelentőségteljessé az életemet egészségügyi szakemberként.
7.	I have forgiven myself for what's happened to me or to others whom I have cared for.	Megbocsájtottam magamnak azért, ami velem történt, vagy másoknak, akikkel törődtem.
8.	All in all, I am inclined to feel that I'm a failure in my work as a health professional.	Összességében hajlamos vagyok azt érezni, hogy kudarcot vallottam az egészségügyi szakemberként végzett munkámban.
9.	I sometimes feel God is punishing me for what I've done or not done while caring for patients.	Néha úgy érzem Isten büntet azért, amit tettem vagy nem tettem amikor egy betegről gondoskodtam.
10.	Compared to before I went through these experiences, my religious/spiritual faith has strengthened.	Azóta mióta keresztülmentem ezeken az élményeken, a vallásos/spirituális hitem megerősödött.
	Do the feelings you indicated above cause you significant distress or impair your ability to function in relationships, at work, or other	Okoznak-e Önnek a fent jelzett érzései jelentős szorongást, vagy rontják-e a

areas of life important to you? In other words, if you indicated any problems above, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?	párkapcsolati, munkahelyi vagy az élet egyéb, az Ön számára fontos területein való működőképességét? Más szavakkal, ha bármilyen problémát azonosított a fentiek közül, mennyire nehezítették ezek a problémák a munkavégzését, az otthoni feladatok elvégzését, vagy a másokkal való kapcsolatot?
--	--

1.táblázat: A Morális Sérülés Tüneti skála eredeti és magyar változata

2.2.4 Mini-Oldenburg Kiegészítő Kérdőív (MOLBI)

A Mini-Oldenburg Kiegészítő Kérdőív (MOLBI; Thun és mtsai., 2014) a kiegészítő felé mér, minél magasabb az elért pontszám, annál kevésbé kötődik a személy a munkahelyéhez és annál inkább monotonnak találja a munkáját. A mérőeszköz 10 tételt tartalmaz, amely két dimenzióba oszlik el. Az egyik dimenzió a kimerülés („*Vannak napok, amikor úgy érzem, már azelőtt fáradt vagyok, mielőtt elmegyek dolgozni.*”), a másik a kiábrándultság („*Egyre gyakrabban előfordul, hogy rosszallóan beszélek a munkámról.*”). Mindkét alskálához 5-5 tétel tartozik, amelyből 2-2 fordított tétel. A tételeket a kitöltőknek négyfokú Likert-skálán kell értékelni, ahol az 1 az egyáltalán nem értek egyet, a 4 a teljesen egyetérték.

Ez a kérdőív az Oldenburg Kiegészítő Kérdőív (Oldenburg Burnout Inventory) rövidített változata, amihez képest ez a skála a tapasztalatok alapján jobban használható interkulturális és longitudinális kutatásokban (Mészáros és mtsai., 2020). A magyar adaptáció során, melyet egészségügyi dolgozók viszonylag homogén mintáján végeztek el a MOLBI két faktora magas korrelációt mutat ($r=0,810$, $p<0,001$). Továbbá a skálák megbízhatósága a kimerültség ($\alpha=0,790$) és a kiábrándultság ($\alpha=0,762$) dimenzióin is megfelelőek (Szilvia és mtsai., 2020).

2.3 Eljárás

A kérdőívet egészségügyi dolgozók, orvostanhallgatók facebook csoportjaiban, illetve kifejezetten kérdőív kitöltéssel foglalkozó csoportokban osztottuk meg több alkalommal is. Ezen kívül egy-két egészségügyi dolgozó segített a kérdőív megosztásában, elküldésében ismerősei, kollégái számára.

A kitöltők egy linket kaptak, ami egy google űrlapra irányította őket, ahol elolvashatták a kutatásról szóló tájékoztatót, amely magába foglalta a kitöltéssel kapcsolatos fontosabb

információkat. Az adatgyűjtés 2022 augusztusában kezdődött és 2022 novemberében érkezett be az utolsó adat. A kutatás etikai engedélyszáma: BTK/2370-1/2022.

A hipotézisem elemzéséhez a SEM modellezést használta. A strukturális egyenlet modellezés különböző módszerek halmaza, amelyben egy jelenség különböző aspektusait úgy építjük fel elméleti síkon, hogy valamilyen struktúra alapján kapcsolódjanak egymáshoz. A szerkezet statikus és gyakran okozati összefüggéseket foglal magában a változók és több egyenletet is tartalmazhat. Végeredményként egy szerkezetet kapunk, amelyet nyilak és szimbólumok segítségével ábrázolni lehet.

Az elemzés során a különböző illeszkedési és hiba mutatókat is figyelembe kell venni. A khi-négyzet próba az illeszkedés mérőszáma, amelynek hátránya, hogy kis elemszám esetén valószínű az elsőfajú hiba előfordulása. Értékét 3 alatt fogadjuk el. Ezen kívül vizsgáljuk az Összehasonlító Illeszkedési Mutatót (CFI), amely 0,9 vagy annál magasabb érték esetén megfelelő. Továbbá vizsgáljuk a hiba mutatókat is (RMSEA), amely 0,1 alatti érték esetén megfelelő illeszkedést mutat.

3. Eredmények

Az eredményeket JASP programban vizsgáltam, strukturális egyenlet modellezés használatával. A próbák elvégzése előtt teszteltem a normalitást és a szóráshomogenitást (ld. 2. táblázat).

3.1 Leíró statisztikák

A skálák normalitása nem sérült, a ferdeség és a csúcsosság eredményei alapján. A megbízhatóság az összes skála esetében megfelelő (ld. 2. táblázat). Érdekes megemlíteni, hogy a morális sérülés skála esetében a szerzők határértékként a 36-os értéket határozták meg, ettől kezdve jelzi a morális sérülést (Mantri és mtsai., 2020). A mintában az átlag 42,8, tehát a morális sérülés átlag feletti értéket mutat. A kiégés esetében is meghatároztak egy határértéket a szerzők (Thun és mtsai., 2014). A kiábrándultság skálán a 2,1 feletti, a kimerülés skálán pedig a 2,25 feletti érték jelzi a kiégést. A mintában az átlag a kimerülés esetében 2,39 a kiábrándultság esetében pedig 2,99, tehát a kiégés is átlag feletti értéket mutat.

	Átlag	Medián	Ferdeség	Csúcsosság	Szóráshomogenitás	Cronbach-alfa
MISS-HP	42,8	41	0,175	-0,738	0,454	0,734
IRI	73,4	70	0,221	-0,301	0,237	0,765
IGQ	198	193,96	0,406	-0,717	0,326	0,897
MOLBI	26,885	5,336	0,029	0,712	0,117	0,813

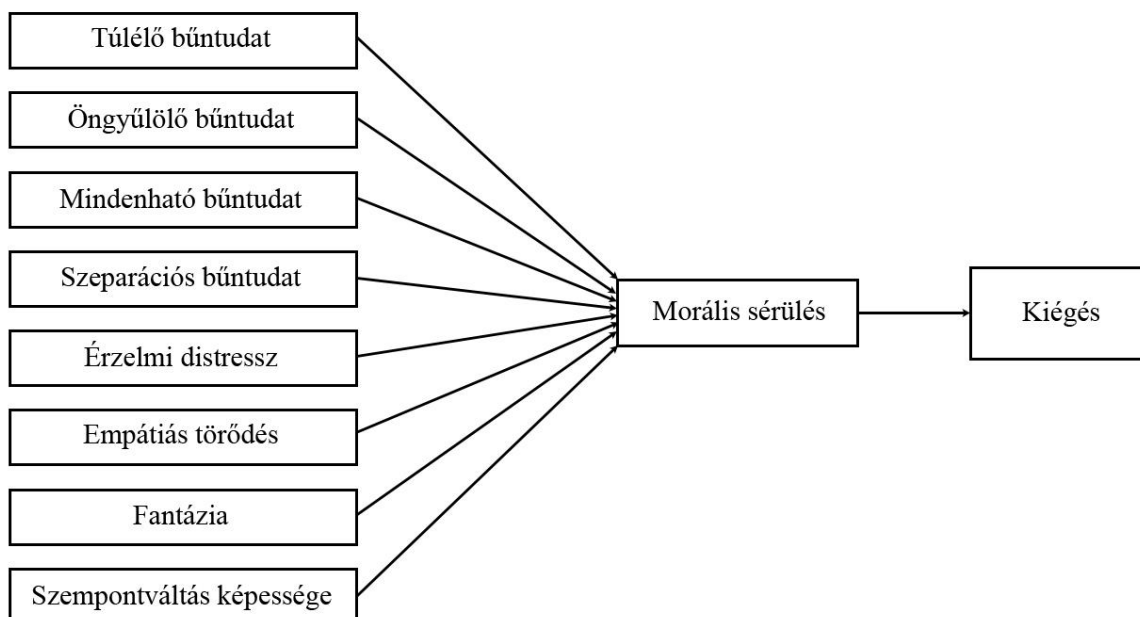
1. táblázat: Leíró statisztikák (MISS-HP: Morális Sérülés Tüneti Skála, IRI: Interperszonális Reaktivitás Index, IGQ: Interperszonális Büntudat Kérdőív, MOLBI: Mini-Oldenburg Kiegészítő Kérdőív)

3.2 Strukturális Egyenlet Modellezés

A hipotézisem tesztelésére, amely szerint a büntudat és az affektív empátia szintje összefügg a morális sérüléssel, ami összefügg a kiegészéssel (ld. 1. ábra) strukturális egyenlet modellezést készítettem. A khi-négyzet próba értéke ugyan nem mutatott szignifikáns eltérést, azonban az illeszkedési és hiba mutatók értékei nem voltak megfelelőek (ld. 3. táblázat). Ennek alapján az első hipotézisem nem teljesült.

A modell		Illeszkedési mutatók			Hiba mutatók		
χ^2	p	CFI	TLI	RMSE	RMSEA 90% CI lb	RMSEA 90% CI ub	
19,990	0,010	0,714	0,393	0,157	0,071	0,244	

3 táblázat: A hipotézisben felállított modell mutatói



1. ábra: A feltételezett strukturális egyenlet modell

Ezután készítettem egy szaturált modellt a kiegész és a morális sérülésre az összes változó alskáláival. A khi-négyzet próba ebben az esetben sem volt szignifikáns ($X^2=0,000$, $p=1,000$), és az illeszkedési mutatók és a hiba mutatók értéke is a megfelelő tartományba esett (ld. 3. táblázat). A modell alapján a morális sérülés és a kiegész nem mutat egymással kapcsolatot, ezért a változók kapcsolatrendszerének pontosítása érdekében két modellben vizsgáltam tovább az empátiával és a büntudattal való kapcsolatukat. A morális sérülés varianciáját a változók 38,9 %-ban, míg a kiegész varianciáját 37,8 %-ban magyarázzák.

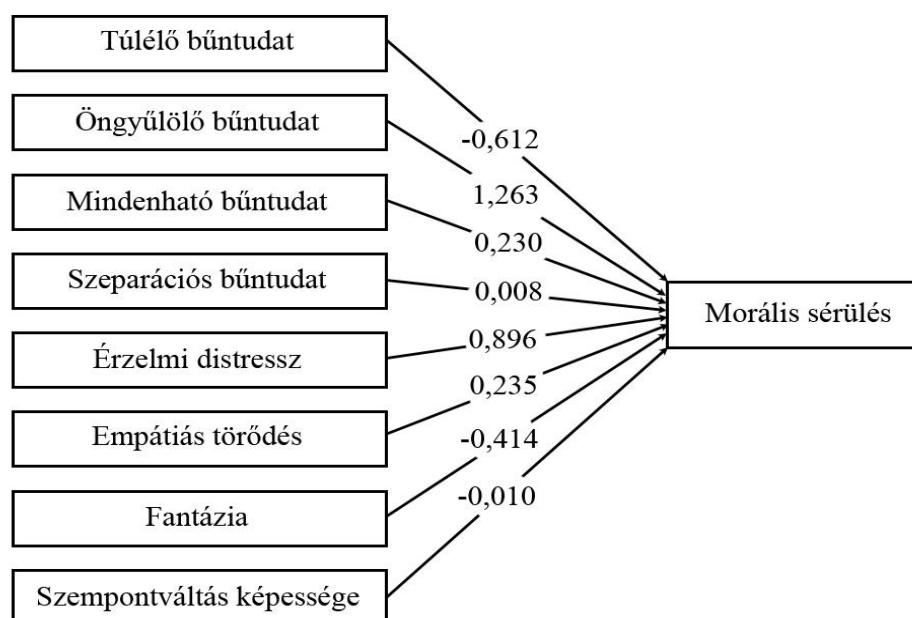
A modell		Illeszkedési mutatók			Hiba mutatók		Magyarázó erő
X^2	p	CFI	TLI	RMSEA	RMSEA 90% CI lb	RMSEA 90% CI ub	R^2
							MOLBI
0,000	1,000	1,000	1,000	0,000	0,000	0,000	0,306
0,000	1,000	1,000	1,000	0,000	0,000	0,000	MISS-HP 0,378

4. táblázat: A szaturált modell által mutatott értékek

A morális sérülés modell esetében szignifikáns kapcsolatot mutat a túlélő büntudat ($\beta=-0,612$, $p=0,045$), az öngyűlölő büntudat ($\beta=1,263$ $p=<,001$), illetve az érzelmi distressz ($\beta=0,896$, $p=0,023$).

Prediktor	Kimenet	Béta együttható	Std. hiba	p
Érzelmi distressz	MISS-HP	0,896	0,393	0,023
Empátiás törődés	MISS-HP	0,235	0,539	0,663
Szempontváltás	MISS-HP	-0,010	0,540	0,985
Fantázia	MISS-HP	-0,414	0,286	0,148
Öngyűlölő büntudat	MISS-HP	1,263	0,327	<.001
Túlélő büntudat	MISS-HP	-0,612	0,306	0,045
Szeparációs büntudat	MISS-HP	0,008	0,261	0,976
Mindenható büntudat	MISS-HP	0,230	0,295	0,435

5.táblázat: A morális sérüléshez tartozó eredmények

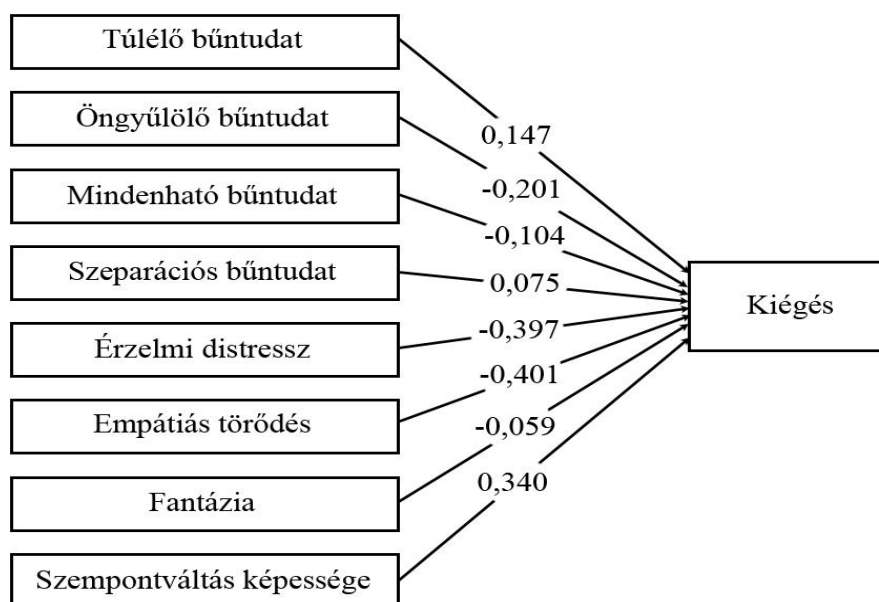


2. ábra: A morális sérüléshez kapcsolódó változók béta együtthatókkal

A kiegésző modell esetében pedig az öngyűlölő büntudat ($\beta=-0,260$, $p=0,036$) és az érzelmi distressz ($\beta=-0,391$, $p=0,035$) mutat szignifikáns kapcsolatot a kiegészéssel.

Prediktor	Kimenet	Béta együttható	Std. hiba	p
Érzelmi distressz	MOLBI	-0,397	0,131	0,002
Empátiás törődés	MOLBI	-0,401	0,186	0,031
Szempontváltás	MOLBI	0,340	0,188	0,071
Fantázia	MOLBI	-0,059	0,102	0,565
Öngyűlölő büntudat	MOLBI	-0,201	0,104	0,052
Túlélő büntudat	MOLBI	0,147	0,108	0,171
Szeparációs büntudat	MOLBI	0,075	0,093	0,422
Mindenható büntudat	MOLBI	-0,104	0,105	0,319

6.táblázat: A kiégéshez tartozó eredmények



3.ábra: A kiégéshez kapcsolódó változók béta együtthatókkal

4. Megvitatás

Vizsgálatom célja az volt, hogy feltárjam a morális sérülés kapcsolatát a büntudattal, az empátiával és a kiégéssel, amelyre korábban tudomásom szerint a magyar nyelvű szakirodalomban eddig nem volt példa. A szakirodalomra alapozva felállított modell a statisztikai eredmények alapján nem volt megfelelő. A modell eredményei alapján a morális sérülés és a kiégés nem mutatott szignifikáns kapcsolatot. Ezt követően az összefüggésrendszert tovább vizsgáltam annak érdekében, hogy pontosabb képet alkothassak érdeklődésem középpontjában álló konstruktumok kapcsolatrendszeréről.

A végső modellek a következők: a morális sérüléshez mind az interperszonális büntudat, mind az empátia dimenziói hozzájárulnak, valamint a kiégéshez is az interperszonális büntudat dimenziói hozzájárulnak, mint az empátia dimenziói. Mindkét modellben szignifikáns kapcsolatot mutat az egyes változókkal az öngyűlölő büntudat, illetve az érzelmi distressz. A morális sérülés túlélő büntudattal is szignifikáns kapcsolatban van. A modellek magyarázó ereje megfelelő.

A büntudat vizsgálata a morális sérüléssel a szakirodalom alapján (Litz és mtsai., 2009; Shay, 1991) megalapozott volt. Az eredmények is igazolták, hogy a nagyobb mértékű morális sérülés a büntudat magasabb szintjével jár együtt. Az interperszonális büntudat dimenziók közül a legnagyobb összefüggés az öngyűlölő büntudat esetében figyelhető meg. Ezek alapján, akinél erőteljesebb az öngyűlölő büntudat, az magasabb szintű morális sérüléssel rendelkezik. A szakirodalomban kifejezetten az interperszonális büntudat aspektusainak morális sérüléssel való összefüggésére nem találtam eredményeket, azonban Drescher és munkatársai (2011, idézi Jinkerson, 2016) elmélete adhat egy lehetséges magyarázatot a közöttük lévő kapcsolatra.

A morális sérülés kialakulását a kognitív disszonancia folyamatával írja le. Ha a disszonancia feloldódik, képes károsodás nélkül továbblépni a személy. Ezt a folyamatot a globális negatív attribúciók megakadályozzák, ami a morális sérülés tüneteinek vezet. Az öngyűlölő büntudattal rendelkező személy Weiss (1956, idézi Comello, 2003) elmélete alapján a bántalmazó/elhanyagoló szülő által kialakított negatív képet a kötődés fenntartása érdekében elfogadja, internalizálja. Ezáltal lehetséges, hogy a személy rendelkezik egy általánosan elfogadott negatív énképpel, amelynek része lehet a magáról kialakított negatív attribúció. Így nagyobb esély van arra, hogy a személy negatív attribúciókat fog felhasználni a morális sérüléssel való megküzdésben, mint azok, akiknek alapvetően nincsenek ilyen jellegű, előre kialakított attribúcióik.

A túlélő büntudat és a morális sérülés kapcsolata esetében egy nagyon érdekes és elgondolkodtató eredményre bukkantunk. Az eredmények alapján a minél magasabb túlélő büntudattal rendelkezik valaki, annál kevésbé él át morális sérülést. Azonban egy, a mintán már korábban elvégzett korrelációs elemzés alapján a két változó nem szignifikáns, de pozitív kapcsolatot mutatott ($r=0,185$, $p=149$). Ennek az eltérésnek egyik oka lehet, a SEM elemzésben az egyes változók egymással való átfedése, azonban további vizsgálata indokolt.

Mivel az eredmények megbízhatósága hagy kivetnivalót maga után, ezért érdemes lenne nagyobb mintán megvizsgálni a kapcsolatot, valamint a két változó tartalomelemzéssel való további vizsgálata is pontosíthatná az összefüggés természetét. Valamint javasolt még azt is figyelembe venni, hogy a mintában megjelenő szociodemográfiai tényezők miatt (pl. a segítő hivatás, illetve annak természete/sajátosságai) lehetséges, hogy a kitöltők vagy a morális sérülésre vagy a túlélő büntudatra hajlamosabbak. A két tényező kapcsolatát ez is moderálhatja.

Az affektív empátia dimenziója, az érzelmi distressz jelentős kapcsolatban van az morális sérüléssel. A mások szenvedése által kiváltott érzelmi distressz erőteljesebb morális sérüléssel jár együtt. Ter Heide és munkatársai (2020) kutatása részben alátámasztja az eredményeket. Az áldozat szenvedésének való kitettség magasabb érzelmi distresszt vált ki, ami aztán valószínűleg erősebb morális szorongáshoz vezet. Azonban kutatások igazolták (Maercker és Horn, 2013, idézi ter Heide, 2020), hogy a traumatizált személyeknél az empátiás reakciók tompulnak, ami pedig a morális sérülés és az empátia összetettebb kapcsolatára világít rá.

A morális sérülés és a kiégés vizsgálatokor a szakirodalomhoz képest eltérő eredményeket kaptam. Mantri és munkatársai (2020), illetve Dale és munkatársai (2021) azt találták, hogy a magasabb szintű morális sérülés kapcsolatban áll a magasabb szintű kiégéssel. Ezzel ellentétben a strukturális egyenlet modellezés során a két változó között nem találtam szignifikáns kapcsolatot. Ezen nem várt eredmények alapján fontosnak tartom a további vizsgálatokat, akár egy nagyobb elemszámú mintán.

A kiégés és morális sérülés is kapcsolatban áll az öngyűlölő büntudattal és az érzelmi distresszrel. A kiégés mindkét változóval negatív, a morális sérülés pedig pozitív kapcsolatot mutat. Ez egy nem várt kapcsolat, hiszen a szakirodalom alapján a kiégéshez érzelmi kimerülés a kiégés egyik tünete (Maslach, 1993). Ebben az esetben is további elemzések szükségesek.

A morális sérülés kezelésére érdemes ezeket figyelembe vevő intervenciót létrehozni. Ennek egyik eleme lehetne, az önismeret és a kognitív empátia alkalmazásának gyakorlása. Ter Heide és munkatársai (2020) felvetik, hogy az empátiának feltehetően nemcsak a morális sérülés

kialakulásában, hanem annak gyógyításában is szerepe van. Ha a személy képes mások érzéseit megfelelő minőségben kezelni, megelőzhető lehet az érzelmi distressz. Másik fontos eleme lehet a bizalmi, elfogadó légkör megteremtése, amely lehetővé teszi az erkölcsi sérüléssel kapcsolatos élmények megosztását. Ha a személy empátiát és megbánást fejez ki az áldozatok felé (akár személyesen, akár képzeletben), vagy mások empatizálnak az érzéseivel és büntudatával, illetve saját maga felé empátiát és megbocsájtást tanúsít, az segíthet a morális sérülés okozta sebek gyógyításában.

Dean és munkatársai (2019) a morális sérülés enyhítésére a megoldást a rendszeren belüli változásokban látják, egy olyan munkakörnyezetet kialakításával, amely elismeri az egészségügyi dolgozók és a betegek által együtt töltött idő értékét, amely a bizalom, a megértés és az együttérzés fejlesztésével járhat együtt. Mely a gyógyulást a profit elé helyezi, és amely bízik abban, hogy a dolgozók mindig a betegek érdekeit helyezik előtérbe.

4.1.1 Korlátok és további kutatási irányok

A kutatás elsődleges korlátjai közé tartozik a kis elemszám, és a nemek arányának kiegyenlítetlensége. Érdekes lenne a szakdolgozókön kívül több orvost is bevonni a vizsgálatba a két csoport összehasonlítása érdekében. A kutatásban több mérőeszköz nincs magyarra adaptált változata, ezért a kapott eredményeket mértékkel érdemes kezelni, és fontos szem előtt tartani a kapott eredményekből hosszútávú következtetések nem vonhatóak le.

Érdekes lenne a morális sérülés, illetve a morális többletfeszültség kapcsolatát jobban feltérképezni. Például, hogy melyek azok a tényezők, amelyek a morális maradék morális sérüléssé való átalakulását előmozdítják? Esetleg a reaktív stressz révén megtapasztalt büntudat érzésének felhalmozódása okozza-e? Vajon a morális maradék és Farnsworth és munkatársai (2017) morális fájdalom fogalma között van valamilyen átfedés/ összefüggés?

Úgy érzem, a morális sérülésre érdemes nemcsak intraperszonálisan, hanem interperszonálisan is rátekinteni, hiszen kialakulásában kulcsszerepet játszik az intézményi hierarchia jellege és erkölcsi légköre. Ehhez kapcsolódóan érdekes lenne megvizsgálni a morális sérülés kapcsolatát, a szervezeti tényezőkkel, mint a munkahellyel való elégedettség, a szervezeti elköteleződés vagy a munkahelyi kapcsolatok.

5. Köszönetnyilvánítás

Hálás köszönet Dr. Mészáros Veronika és Dr. Ferenczi Andrea témavezetőimnek, amiért felkeltették a téma iránti érdeklődésemet, időt szántak a közös gondolkodásra és sok hasznos

tanáccsal láttak el dolgozatom megírása során. Ha bármilyen nehézségbe ütköztem, bátran fordulhattam hozzájuk segítségért.

Köszönettel tartozom azoknak a szerzőknek, akik engedélyezték mérőeszközük használatát. Köszönöm mindazoknak, akik segítettek az adatgyűjtésben, kitöltötték a terjedelmes kérdőívemet, külön kiemelve Édesanyámat. Továbbá köszönettel tartozom a barátaimnak és családomnak a sok biztatásért és támogatásért.

6. Irodalomjegyzék

- Ádám, S., Torzsa, P., Györffy, Z., Vörös, K., & Kalabay, L. (2009). Frequent occurrence of level burnout among general practitioners and residents. *Orvosi Hetilap*, 150(7), 317–323.
<https://doi.org/10.1556/oh.2009.28544>
- Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. (1994). Guilt: An interpersonal approach. *Psychological Bulletin*, 115(2), 243–267. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.243>
- Brockner, J., Davy, J., & Carter, C. (1985). Layoffs, self-esteem, and survivor guilt: Motivational, affective, and attitudinal consequences. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 36(2), 229–244. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(85\)90014-7](https://doi.org/10.1016/0749-5978(85)90014-7)
- Campbell, S. M., Ulrich, C. M., & Grady, C. (2016). A Broader Understanding of Moral Distress. *The American Journal of Bioethics*, 16(12), 2–9. <https://doi.org/10.1080/15265161.2016.1239782>
- Cohen, T. R., Panter, A. T., & Turan, N. (2012). Guilt Proneness and Moral Character. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 355–359.
<https://doi.org/10.1177/0963721412454874>
- Comello, V. (2003). *Control-Mastery Therapy as a Secure Attachment Relationship*.
- Corley, M. C. (2002). Nurse Moral Distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636–650. <https://doi.org/10.1191/0969733002ne557oa>
- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R. K., & Jacobs, M. (2005). Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381–390.
<https://doi.org/10.1191/0969733005ne809oa>
- Dale, L. P., Cuffe, S. P., Sambuco, N., Guastello, A. D., Leon, K. G., Nunez, L. V., Bhullar, A., Allen, B. R., & Mathews, C. A. (2021). Morally Distressing Experiences, Moral Injury, and Burnout

- in Florida Healthcare Providers during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), Art. 23.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182312319>
- Davis, M. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44, 113–126.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Dean, W., Talbot, S., & Dean, A. (2019). Reframing Clinician Distress: Moral Injury Not Burnout. *Federal Practitioner*, 36(9), 400–402.
- Demerouti, E. (2007). *Measurement of Burnout*.
- Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research*, 35, 42–47. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.02.006>
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.
- Farnsworth, J. K., Drescher, K. D., Evans, W., & Walser, R. D. (2017). A functional approach to understanding and treating military-related moral injury. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(4), 391–397. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.07.003>
- Fejes É. (2021). *A munkaképesség csökkenés két tényezőjének: A fejfájás és az egészségügyi dolgozók kiégésének komplex vizsgálata*. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar.
- Greenmyer, J. R., Montgomery, M., Hosford, C., Burd, M., Miller, V., Storandt, M. H., Lakpa, K. L., & Tiongson, C. (2022). Guilt and Burnout in Medical Students. *Teaching and Learning in Medicine*, 34(1), 69–77. <https://doi.org/10.1080/10401334.2021.1891544>
- Györffy Z., & Ádám S. (2004). Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle*, 3, 107–127.
- Hall, N. A., Everson, A. T., Billingsley, M. R., & Miller, M. B. (2022). Moral injury, mental health and behavioural health outcomes: A systematic review of the literature. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 92–110. <https://doi.org/10.1002/cpp.2607>
- Horváth-Szabó, K. (2002). Büntudat-bűnbánat. *Vigilia*, 67(3), 181–188.

- Jinkerson, J. D. (2016). Defining and assessing moral injury: A syndrome perspective. *Traumatology*, 22(2), 122–130. <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
- Kiss T., Polonyi T., & Imrek M. (2018). Munkahelyi stressz és egészség. A burnout-szindróma a 21. Században – kutatás, mérés, elmélet és terápia. *Alkalmazott Pszichológia*, köt. 18. issue 2. ISSN 1419872X. <https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2018.2.75>
- Kovács, D. (2020). *Az empátia tudománya és művészete*. L'Harmattan Kiadó.
- Kulcsár, Z. (1998). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Leith, K. P., & Baumeister, R. F. (1998). Empathy, Shame, Guilt, and Narratives of Interpersonal Conflicts: Guilt-Prone People Are Better at Perspective Taking. *Journal of Personality*, 66(1), 1–37. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.00001>
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- Mantri, S., Lawson, J. M., Wang, Z., & Koenig, H. G. (2020). Identifying Moral Injury in Healthcare Professionals: The Moral Injury Symptom Scale-HP. *Journal of Religion and Health*, 1–18. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01065-w>
- Mantri, S., Song, Y. K., Lawson, J. M., Berger, E. J., & Koenig, H. G. (2021). Moral Injury and Burnout in Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 209(10), 720–726. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001367>
- Maslach, C. (1993). Burnout: A Multidimensional Perspective. In *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (o. 19–32). <https://doi.org/10.4324/9781315227979-3>
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254–262. <https://doi.org/10.1177/0969733007086023>
- Mészáros V. (2014). *Kiegész az egészségügyben – A kiegész korrelátumai, valamint megelőzésének lehetőségei*. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar.
- Mészáros, V., Takács, S., Kövi, Z., Smohai, M., Csigás, Z. G., Tanyi, Z., Jakubovits, E., Kovács, D., Szili, I., Ferenczi, A., & Ádám, S. (2020). Dimensionality of burnout—Is the Mini Oldenburg

- Burnout Inventory suitable for measuring separate burnout dimensions? *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 21(3), 323–338. <https://doi.org/10.1556/0406.21.2020.015>
- Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C., & Irvine, F. (2019). What is ‘moral distress’? A narrative synthesis of the literature. *Nursing Ethics*, 26(3), 646–662.
<https://doi.org/10.1177/0969733017724354>
- O’Connor, L. E., Berry, J. W., Weiss, J., Bush, M., & Sampson, H. (1997). Interpersonal Guilt: The Development of a New Measure. *Journal of Clinical Psychology*, 18.
- Piko, B. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International journal of nursing studies*, 43, 311–318. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.05.003>
- Riedel, P.-L., Kreh, A., Kulcar, V., Lieber, A., & Juen, B. (2022). A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1666.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19031666>
- Rushton, C. H. (2016). Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 111–119. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016275>
- Shay, J. (1991). Learning about combat stress from Homer’s Iliad. *Journal of Traumatic Stress*, 4(4), 561–579. <https://doi.org/10.1002/jts.2490040409>
- Stovall, M., Hansen, L., & Ryn, M. (2020). A Critical Review: Moral Injury in Nurses in the Aftermath of a Patient Safety Incident. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(3), 320–328.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12551>
- Szilvia Á., Viktor D., Veronika M., Gábor B., Anikó N., & Klára B. (2020). Az Oldenburg Kiegészítő Kérdőív és rövidített változatának összehasonlító elemzése. *Ideggyógyászati Szemle*.
<https://elitmed.hu/kiadvanyaink/ideggyogyaszati-szemle/az-oldenburg-kieges-kerdoiv-es-roviditett-valtozatanak-osszehasonlito-elemzese>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt* (o. xvi, 272). Guilford Press.
<https://doi.org/10.4135/9781412950664.n388>

- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral Emotions and Moral Behavior. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 345–372. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145>
- ter Heide, F. J. J. (2020). Empathy is key in the development of moral injury. *European Journal of Psychotraumatology*, 11(1), 1843261. <https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1843261>
- Thun, S., Friedner, A., Minucci, D., & Løvseth, L. T. (2014). Sickness present with signs of burnout: The relationship between burnout and sickness presenteeism among university hospital physicians in four European countries. *Scandinavian Psychologist*, 1.
- Torstveit, L., Sütterlin, S., & Lugo, R. G. (2016). Empathy, Guilt Proneness, and Gender: Relative Contributions to Prosocial Behaviour. *Europe's Journal of Psychology*, 12(2), 260–270. <https://doi.org/10.5964/ejop.v12i2.1097>
- Vizin, G., & Unoka, Z. (2014). [The role of shame in development of the mental disorders I. Theoretical background.]. *Psychiatria Hungarica : A Magyar Pszichiatriai Tarsasag tudományos folyoirata*, 29, 14–34.
- Wolf, S., Cohen, T., Panter, A., & Insko, C. (2010). Shame Proneness and Guilt Proneness: Toward the Further Understanding of Reactions to Public and Private Transgressions. *Self and Identity*, 9, 337–362. <https://doi.org/10.1080/15298860903106843>