

# Bizonyítékalapú pszichoszociális kockázatértékelés a munkahelyen: a depressziós tünetegyüttes prediktorainak vizsgálata

*Evidence-based psychosocial risk assessment at work: a study on the predictors of depressive symptoms*

Nistor Katalin<sup>1,2</sup> ✉, Dr. Tóth Gergely<sup>3</sup>, Dr. Szócska Miklós<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Egészségbiztonság Nemzeti Laboratórium, Adatvezérelt Egészség Divízió, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem Doktori Iskola Mentális Egészségtudományi Tagozat Interdiszciplináris társadalomtudományok program

<sup>3</sup>Pharmaproject-Statistika Bt.

✉ nistor.katalin@emk.semmelweis.hu

Becslések szerint a depresszió 2030-ra a betegségteher vezető okává válik. Az elmúlt több mint két évtized nemzetközi és hazai kutatási eredményei rávilágítottak arra, hogy egyes munkahelyi pszichoszociális tényezők fokozhatják a hangulatzavarok, ezen belül a depresszió kialakulásának kockázatát, a kapcsolódó tünetetek súlyosbodását, hosszú távon negatív hatást gyakorolva a munkaképességre és szervezeti teljesítményre. Ezért keresztmetszeti nagymintás (N=13.104) reprezentatív vizsgálatunk célja a Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II kérdőívvel vizsgált dimenziókénti modellépítés keretében a depressziós tünetegyüttes prediktorainak meghatározása, a főbb munkahelyi pszichoszociális kockázati és védő tényezők azonosítása. Eredményeink alapján még a COVID-19 világjárványt megelőző időszakban is magas volt a klinikai depresszió prevalenciája a magyar munkavállalók körében (30,9%). A modellépítések által kontroll alatt tartva a szociodemográfiai tényezőket, a depressziós tünetegyüttes huszonegy indikátorát, azaz nyolc szignifikáns munkahelyi pszichoszociális kockázati, és tizenhárom védő tényezőt sikerült azonosítani. A depressziós tünetegyüttes azonosított főbb kockázati tényezői a következők: székálás (megfélemlítés, bullying) (OR=2,92), munka-magánélet konfliktus (OR=2,27), mennyiségi elvárás (OR=1,67), szerepkonfliktus (OR=1,38), erőszakos fenyegetés (OR=1,38), érzelmi megterhelés (OR=1,33), szexuális zaklatás (OR=1,27), munkaütem (OR=1,1). Az azonosított protektív faktorok pedig a következők: munkahely iránti elkötelezettség (OR=0,44), munkahelyi elégedettség (OR=0,45), munkahelyi közösség (OR=0,64), igazságosság és tisztelet (OR=0,66), vezetés iránti bizalom (OR=0,68), jutalmazás (OR=0,72), munkatársak közötti bizalom (OR=0,83), hatáskör, kontroll (OR=0,85), munkakör egyértelműsége (OR=0,85), támogatás a felettől (OR=0,89), a munka értelmessége (OR=0,90), előreláthatóság (OR=0,92), támogatás a munkatársaktól (OR=0,94). A depressziós tünetegyüttest előrejelző hét modell közül a „munka-magánélet egyensúly” tényezőire, illetve az „együttműködés és vezetés” dimenziókra építő modellek bizonyultak a legjobban illeszkedőnek. A szervezeti életre és produktivitásra, valamint a munkavállalók egész-

ségvédelmére vonatkoztatva az eredmények értékelésének és a legerősebb indikátorok kiemelésének gyakorlati implikációi vannak. Ezekkel útmutatást kívánunk nyújtani a tématerülettel gyakorlati szinten foglalkozó vezetőknek, a HR- és a foglalkozás-egészségügyi szakembereknek arra vonatkozóan, hogy a munkahelyi pszichoszociális környezet mely dimenzióira és tényezőire érdemes kiemelt hangsúlyt fektetni a mentális egészségvédelem, ezen belül is a depressziós tünetegyüttes megelőzésének, illetve csökkentésének érdekében.

**Kulcsszavak:** munkahelyi pszichoszociális kockázatértékelés, depressziós tünetegyüttes, munkahelyi stressz, COP-SOQ II, a depressziós tünetegyüttes védő és rizikó tényezői, emberi erőforrás menedzsment

*According to estimates, by 2030, depression will become the leading cause of disease burden. Over the past two decades, international and national research results have shown that certain psychosocial factors at work can increase the risk of developing mood disorders, including depression, and exacerbate related symptoms, with long-term negative effects on work ability and organizational performance. Therefore, our cross-sectional, large-sample (N=13.104) representative study using the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ II), aims to identify the predictors of depressive symptomatology, and the main psychosocial risk and protective factors at work, in the framework of constructing a dimension-by-dimension model. Our results indicate that even in the period before the COVID-19 pandemic, the prevalence of clinical depression among Hungarian workers was high (30.9%). Twenty-one indicators of depressive symptomatology i.e. eight significant workplace psychosocial risk factors and thirteen protective factors were identified through model construction while controlling sociodemographic factors. The main risk factors for depressive symptomatology were bullying (OR=2.92), work-family conflict (OR=2.27), quantitative demands (OR=1.67), role conflict (OR=1.38), threats of violence (OR=1.38), emotional demands (OR=1.33), sexual harassment (OR=1.27), work pace*

( $OR=1.1$ ). The protective factors are commitment to the workplace ( $OR=0.44$ ), job satisfaction ( $OR=0.45$ ), workplace community ( $OR=0.64$ ), justice and respect ( $OR=0.66$ ), trust regarding management ( $OR=0.68$ ), reward ( $OR=0.72$ ), mutual trust between employees ( $OR=0.83$ ), influence ( $OR=0.85$ ), role clarity ( $OR=0.85$ ), social support from supervisor ( $OR=0.89$ ), meaning of work ( $OR=0.90$ ), predictability ( $OR=0.92$ ), social support from colleagues ( $OR=0.94$ ). Of the seven models that predict depressive symptomatology Work-Life Balance (Nagelkerke  $R^2 = 32\%$ ) and the of Collaboration and Leadership (Nagelkerke  $R^2 = 28\%$ ) dimensions were found to be the best-performing ones. There are practical implications of evaluating the results and highlighting the strongest indicators in relation to organizational life, productivity and employee health. They are intended to provide guidance to managers, HR, and occupational health professionals working in the field. These results will enable them to select and prioritize dimensions and factors of the psychosocial environment of the workplace in order to prevent and reduce mental health problems, including depressive symptoms.

**Keywords:** psychosocial risk assessment, depressive symptoms, work-related stress, COPSQ II, work-related risk and protective factors for depressive symptoms, human resource management

## BEVEZETÉS

Globálisan a munkavállalók jóllétét, mentális egészségét és produktivitását befolyásoló munka világa jelentős átalakulásokon megy keresztül. Ezt a transzformációt nagymértékben befolyásolta a WHO által 2020 tavaszán deklarált COVID-19 világjárvány, amely a munka világának mikro- és makrokörnyezetére súlyos, krízisszerű hatást gyakorolt [1,2], valamint a járványt követő háború hatásai is [3]. A következőkben ezeket a hatásokat szeretnénk ismertetni. A COVID-19 világjárvány munka világra gyakorolt makroszintű hatását globálisan a munkanélküliségi ráta 5,4%-ról 6,5%-ra emelkedésével, valamint a munkaórák számának jelentős csökkenésével jellemezi az International Labour Organization [1]. Az elvesztett munkaórák tekintetében Észak- és Dél-Amerika után Európa és Közép-Ázsia a leginkább érintett régiók, itt a munkaórák számának becsült csökkenése 9,2%. Továbbá Dél-Európa a leginkább érintett alrégió, 12,3%-kal, amelyet feltehetően az olaszországi és spanyolországi veszteségek okozhattak [1]. Munkavállalói szinten pedig több nemzetközi tanulmány kiemeli a COVID-19 világjárvány negatív hatásait a mentális egészségre [2,4,5], kiemelten a depresszió és a szorongásos [4-7], valamint a stresszhez kapcsolódó mentális megbetegedések [5] súlyosbodására, továbbá a munkahelyi pszichoszociális stressz fokozódó kockázatára [8].

A The Lancet folyóiratban publikált „Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 count-

ries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic” című vizsgálat [6] eredményei szerint a COVID-19 világjárvány miatt a major depressziós zavarok további 53,2 millió (44,8-62,9) esete fordult elő világszerte (27,6%-os növekedés [25,1-30,3]), így a teljes prevalencia 3152,9 eset (2722,5-3654,5) volt 100 000 lakosra vetítve. A szorongásos zavarokra vonatkozó becslések további 76,2 millió (64,3-90,6) esettel számolnak globálisan (25,6%-os [23,2-28,0] növekedés), így a teljes prevalencia 4802,4 eset (4108,2-5588,6) volt 100 000 lakosra vetítve. Összességében a major depressziós zavarok 49,4 millió (33,6-68,7) DALY-t, a szorongásos zavarok pedig 44,5 millió (30,2-62,5) DALY-t eredményeztek 2020-ban világszerte [6]. Mindezek a nemzetgazdaságot és a munkaerőt egyaránt érintő, összetett hatások szervezeti szintre tevődhetnek át. Kiran, B. és mtsa [9]. rávilágított arra, hogy napjainkban a vezetőknek az emberi erőforrás menedzsment és a személyes vezetési területein olyan kihívásokkal kell szembenézniük, amelyek a munkaerő mentális egészségi állapot-mutatóinak romlása következtében jelennek meg. A mindennapi szervezeti életben több esetben is szorongó [9], a krónikus stressz vagy depresszió tüneteivel küzdő [10] munkaerővel kell a feladatokat ellátni, a szervezeti célokat teljesíteni. A mentális tünetek háttértényezőiként a munkavállalók olyan krónikus stresszorokat nevesítenek, mint amilyenek például az infláció és a szociális izoláció [8].

A European Health Forum Gastein 2023. szeptember 27-i „Health Systems in Crisis – Countering Shockwaves and Fatigue” című plenáris előadásán elhangzott, hogy a pandémia az egészségügyi ágazat munkavállalóinak mentális egészségére Európa-szerte jelentős hatást gyakorolt. „Felkészületlenek, alulképzettek és alulfinanszírozottak – az OECD lesújtó vádja egészségügyi rendszereink állapotáról 2023-ban” – emelte ki Clemens Martin Auer, a Gasteini Európai Egészségügyi Fórum elnöke. Mindezekhez az egészségügyi emberi erőforrás krónikus kimerülése és elvándorlásának fokozott kockázata, a munkaerőhiány is társul. A fórum szakértői felhívták a figyelmet arra, hogy az egyre növekvő kihívások miatt mielőbb szükség van reziliensebb (ellenállóbb) egészségügyi rendszerek kiépítésére [11].

A COVID-19 világjárvány mentális egészségre gyakorolt hatásainak vizsgálata során a munkahelyi pszichoszociális tényezőkre vonatkozóan a kutatások a fertőzéstől való félelmet, a távmunkával kapcsolatos kockázatokat, a gyors digitalizációs követelményeknek való megfelelést, valamint a magas munkahelyi bizonytalanságot és a bántalmazás kockázatát emelték ki [8,9]. A depressziós tünetegyüttes munkahelyi rizikótényezőinek azonosítása során a kutatási eredmények rávilágítottak olyan jelentős munkahelyi pszichoszociális tényezőkre, mint amilyenek például a munkahelyi erőfeszítések és jutalmak egyensúlytalansága és a túlvállalás [12,13], a munka-magánélet konfliktusa [10], továbbá a munkahelyi bántalmazás (szekálás, megfélemlítés) [14]. A felsorolt munkahelyi pszichoszociális stresszorok a depressziós tünetegyüttes releváns prediktorainak bizonyultak. Mindezek mellett az idézett kutatási eredmények egyértelműen felhívják a figyelmet arra, hogy a depresszió tekintetében a mun-

kahelyi pszichoszociális tényezőket nem egyenként, szinguláris módon, hanem épp ellenkezőleg, komplexitásukat figyelembe véve, a kritikus pszichoszociális tényezők teljes spektrumát bevonva szükséges vizsgálni kutatásmódszertani szempontból. Jelen vizsgálatunkkal a depressziós tünetegyüttes munkahelyi pszichoszociális prediktorainak feltárását célozzuk meg oly módon, hogy vizsgálatunkkal a fenti módszertani, ún. „research gap”-et kívánjuk áthidalni, pótolni. Ehhez egy validált mérőeszközt, a Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (Copenhagen Psychosocial Questionnaire -COPSOQ II) [15], valamint a célhoz illesztett többlépcsős binomiális regressziós modellezés módszertant alkalmaztunk.

## CÉLKITŰZÉS

A COPSOQ II kérdőívvel vizsgált dimenziókénti modellépítés keretében a depressziós tünetegyüttes prediktorainak meghatározása, a főbb munkahelyi pszichoszociális kockázati és védő tényezők azonosítása.

## MÓDSZER

A vizsgálati minta az Országos Munkahelyi Stresszfelmérés 2014 során gyűlt N=13.104 fő valid adataiból áll. A keresztmetszeti vizsgálat online alapú kérdőívfelvétellel, kényelmi mintavétellel történt. Annak érdekében, hogy a vizsgálati minta jól reprezentálja a vonatkozó népesség KSH-szerű összetételét, súlyozási eljárás alkalmazásával öt dimenzióra vonatkozóan (nem, életkor, iskolai végzettség, foglalkozási ágazat, valamint foglalkoztatottság) biztosítottuk a minta reprezentativitását. A súlyozott, aktív munkavállalói mintát nemi bontásban N=6120 (46,70%) nő és N=6984 (53,29%) férfi képezi. A vizsgálati minta részletesebb szociodemográfiai jellemzőit az 1. táblázatban foglaltuk össze.

A kutatást komplex kérdőívcsomag alkalmazásával valósítottuk meg, melynek során az alábbiakat vizsgáltuk:

- A demográfiai tényezők esetén a nem, életkor, iskolai végzettség, lakóhely, foglalkozási ágazat és a munka jellegét vizsgáltuk. Az ágazatra és a munka jellegére vonatkozó kérdések kialakítása során a KSH-kategóriákat vettük alapul.
- A munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezők vizsgálatára a nemzetközi kockázatértékelési gyakorlatban széles körben alkalmazott COPSOQ II kérdőívet alkalmaztuk [16]. A mérőeszköz hazai validálását Nistor K. és munkatársai végezték el [15]. A jelen kutatás keretében a kérdőív következő hat fő dimenzióját és skáláit vizsgáltuk: I. Munkahelyi követelmények (3 skála), II. Szervezet és munkakör (4 skála), III. Együttműködés és vezetés (8 skála), IV. Munka-magánélet egyensúly (2 skála), V. Bizalmi légkör (3 skála), VI. Erőszak és zaklatás (4 skála).
- A depressziós tünetegyüttes mérésére a Rózsa S. és munkatársai által validált 9 tételű Beck Depresszió kérdőív (BDI-9 kérdőív) magyar verzióját alkalmaztuk [17]. A

Az Országos Munkahelyi Stresszfelmérés súlyozott vizsgálati mintájának szociodemográfiai jellemzői, N (%)			
Életkor		Lakóhely	
18-29	2300 (17,54)	Főváros	3760 (28,69)
30-39	3906 (29,80)	Megyeszékhely	2627 (20,04)
40-49	3375 (25,75)	Város	4312 (32,90)
50-59	2960 (22,58)	Község	2405 (18,35)
60 év fölött	564 (4,3)		
Iskolai végzettség		Munka jellege	
8 általános vagy kevesebb mint 8 általános	651 (4,96)	Segédmunkás vagy betanított munkás	2145 (16,36)
Szakiskola és szakmunkásképző	7402 (56,48)	Szakdolgozó	4138 (31,57)
Gimnáziumi és egyéb érettségi	1743 (13,3)	Nem diplomás vezető, irányító	1277 (9,7)
Főiskolai vagy egyetemi diploma	3308 (25,24)	Szellemi foglalkozású szakember	2396 (18,28)
		Irodai, ügyviteli dolgozó	1983 (15,13)
		Diplomás középzetető	742 (5,66)
		Diplomás felsővezető	424 (3,23)
KSH- alapú foglalkozási ágazatok N (%)			
1. Mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat	589 (4,49)	9. Pénzügyi, biztosítási tevékenység	345 (2,63)
2. Energiaipar, bányászat, víz- és hulladékgazdálkodás	293 (2,22)	10. Szakmai, tudományos, műszaki tevékenység	570 (4,35)
3. Feldolgozóipar (gyártás, nyomda)	2591(19,77)	11. Adminisztratív és szolgáltatást támogató	485 (3,70)
4. Építőipar	837 (6,39)	12. Közigazgatás, védelem, társadalombiztosítás	1187 (9,05)
5. Kereskedelem, gépjárműjavítás, ingatlanügyek	2019 (15,41)	13. Oktatás	1017 (7,76)
6. Szállítás, raktározás	826 (6,30)	14. Humán-egészségügyi, szociális ellátás	869 (6,63)
7. Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás	591 (4,51)	15. Művészet, szórakoztatás, sport, szabadidő	211 (1,61)
8. IT, telekommunikáció, média, hírközlés	376 (2,86)	16. Egyéb szolgáltatás (érdekképviselet, politika,	297 (2,26)
N total = 13104 (100 %)			

### 1. táblázat

Az N=13104 fős súlyozott vizsgálati minta szociodemográfiai jellemzői (forrás: saját szerkesztés)

kérdőív a depressziós tünetegyüttes szűrését és súlyosságának felmérését teszi lehetővé [18].

## Az alkalmazott mérőeszközök megbízhatósága

A munkahelyi pszichoszociális tényezők mérésére alkalmazott COPSOQ II kérdőív [15] skáláinak Cronbach-alfa értékei 0,68-0,90 között alakultak, a depressziós tünetek mérésére alkalmazott BDI-9 kérdőív [17] Cronbach-alfa értéke pedig 0,86 volt. Megállapítható, hogy az alkalmazott mérőeszközök megbízhatósági mutatói mintánkon rendre megfelelőek voltak.

## Statistikai módszerek

Az adatok feldolgozását az SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Illions, USA) és R program [19] segítségével végeztük el. Első lépésben leíró statisztikai módszereket (átlag, szórás) alkalmaztunk, továbbá az alkalmazott mérőeszközök belső megbízhatóságát Cronbach-alfa mutatók kiszámításával valósítottuk meg. A következő lépésben magyarázó modell keretében a klinikai depresszió mint független változó COPSOQ II kérdőívvel vizsgált dimenziókénti prediktorait kívántuk feltárni, kontroll alatt tartva a demográfiai tényezőket. Ennek érdekében bináris logisztikus regresszió analízist alkalmaztunk a változók modellezésére, kontroll alatt tartva a szociodemográfiai tényezőket (nem, életkor, iskolai végzettség). A bináris logisztikus regresszió modell változóinak műveletesítése a következő módszertannal történt:

A nemzetközi ajánlásoknak megfelelően, cut-pointokat alkalmaztunk a depressziós tünetegyüttesben szenvedő és nem szenvedő alminták elkülönítésére. A klinikai depresszió esetén a Rózsa és mtsai. javaslata alapján meghatározott BDI-9 $\geq$ 19 cut-pointot alkalmaztuk [17]. A COPSOQ II kérdőív „Mérőeszközök” részben felsorolt dimenzióinak skálái esetén standardizált Z-értékeket építettünk be az elemzésbe. Ez alól kivételt képeztek az *Erőszak és zaklatás* dimenzió skálái, a *Szekálás (megfélemlítés)*, az *Erőszakkal való fenyegetés*, a *Szexuális zaklatás*, valamint *Fizikai erőszak*, amelyek egyenként két-két kérdéssel mérnek [15, 16]. Ezért ezeket a skálákat az elemzés során négy bináris változóként kezeltük. Végül a magyarázó modellek esetén esélyhányadosokat (odds ratio – OR, Exp. B, CI, szignifikanciaszint) számoltunk, meghatározva az egyes változók modellbeli erősségére utaló mutatókat (Wald-értékek). A depressziós tünetegyüttest magyarázó modellek (7 modellt vizsgáltunk) szignifikáns prediktoraira dimenziónkénti Nagelkerke R<sup>2</sup> és a modellek statisztikai összehasonlíthatóságát szolgáló AIC (Akaike Information Criterion) számításokat végeztünk.

„A munkahelyi pszichoszociális kockázátértékelés és a kockázatcsökkentés lehetőségei” c. kutatást a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatás-etikai Bizottsága hagyta jóvá 2012. december 17-én. TUKÉB szám: 195/2012.

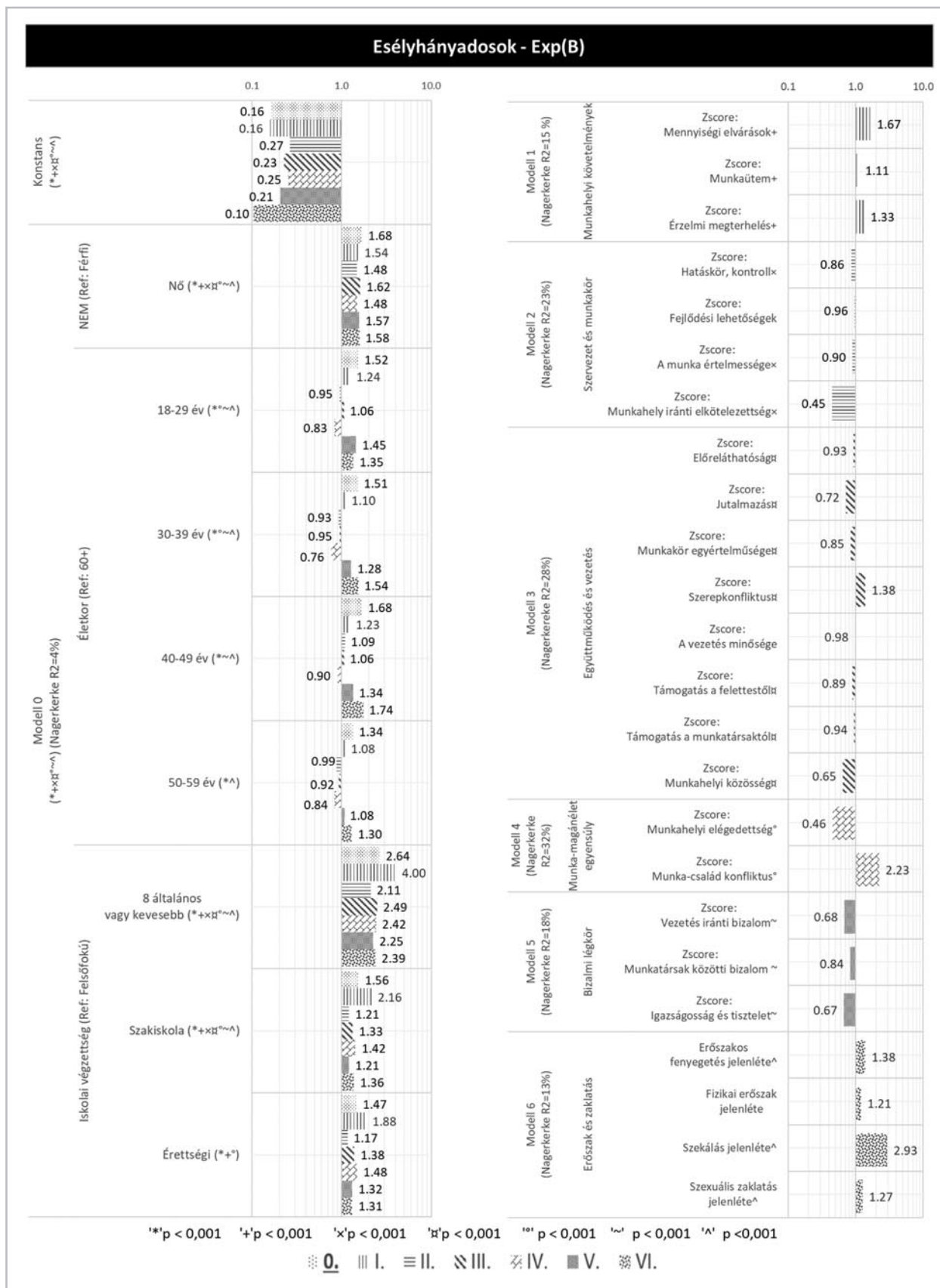
## EREDMÉNYEK

A vizsgálati eredményeket két pontban foglaljuk össze:

- Az első eredmény a depresszió prevalenciájára vonatkozik. Eredményeink szerint magas a klinikai depresszió prevalenciája az aktív magyar munkavállalók körében. A BDI-9 kérdőívvel vizsgált N=13104 fős, súlyozott mintán két csoportot különítettünk el: depressziósnak tekintettük azokat a munkavállalókat, akik a BDI-9 kérdőív alapján a depresszió legalább közepesen súlyos, valamint súlyos tüneteiről számoltak be (BDI-9  $\geq$ 19), ez a teljes minta 30,9%-át, azaz N=4047 fő aktív munkavállalót érint. A nem depressziós csoportot pedig N=69, 1%, N= 9057 fő képezi.
  - A második eredmény a depressziós tünetegyüttes főbb munkahelyi pszichoszociális prediktorait foglalja össze, a módszertanban részletesen ismertetett hét fő vizsgálati modell szerint (minden modell esetén kontroll alatt tartva a szociodemográfiai tényezőket). A modell szintű eredményeinket az 1. ábra szemlélteti.
1. **A Modell 0. a kemény változók (nem, életkor, iskolai végzettség) vizsgálatát célozza.** Az eredmények alapján a kemény változóknak önmagukban szinte alig van hatásuk a depressziós tünetegyüttesre vonatkozóan (Nagelkerke R<sup>2</sup>=4%, AIC=15844,035 (1. ábra).
  2. **A Modell 1. a Munkahelyi követelmények dimenziót elemzi,** kontroll alatt tartva a szociodemográfiai tényezőket. A depressziós tünetegyüttes a legerősebb statisztikai összefüggést a *Mennyiségi elvárások* (Wald=471,15), az *Érzelmi megterhelés* (Wald=162,18), valamint a *Munka-*

*ütem* (Wald=19,00) pszichoszociális tényezővel képezte. Az eredmények azt mutatják, hogy a *Mennyiségi elvárások* 1,67-szeresére, az *Érzelmi megterhelés* 1,33-szorosára, a *Munkaütem* pedig 1,10-szeresére emelheti a depressziós tünetegyüttes kialakulásának valószínűségét (1. ábra). A Modell 0-val összevetve kiemelendő, hogy a Modell 1 jóságát mutató Nagelkerke R<sup>2</sup> értéke közel háromszoros (Nagelkerke R<sup>2</sup>=15%, AIC=14654,039).

3. **A Modell 2. a Szervezet és munkakör pszichoszociális tényezőire vonatkozik,** kontroll alatt tartva a demográfiai tényezőket. A depressziós tünetegyüttes a legerősebb statisztikai összefüggést a *Munkahely iránti elkötelezettséggel* (Wald=749,19), a *Hatáskör, kontroll* (Wald=34,49) valamint a *Munka értelmességével* (Wald=12,45) képezte. A depressziós tünetegyüttes esélyét a *Munkahely iránti elkötelezettség* 0,44-szeresére, a *Hatáskör, kontroll* 0,85-szörösére, míg a *Munka értelmessége* 0,90-szeresére csökkentheti (1. ábra). Nem találtunk szignifikáns összefüggést a *Fejlesztési lehetőségekkel*. A Modell 2. Nagelkerke R<sup>2</sup> értéke=23%, AIC=13735,435.
4. **A Modell 3. az Együttműködés és vezetés dimenzió** pszichoszociális tényezői közül a statisztikai kapcsolat erősségét figyelembe véve a *Munkahelyi közösségnek* (Wald=212,88) és a *Szerepkonfliktusnak* (Wald=155,93) van kiemelt szerepe. Ugyanakkor a többi kapcsolódó pszichoszociális tényezőt is elemezzük a modellen belül. A depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát elsőként a modellen belül a *Szerepkonfliktus* befolyásolja a legjelentősebben. Ez a munkahelyi pszichoszociális stresszor akár 1,38-szorosára is növelheti a depresszió kialakulásának kockázatát. Másrészt a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát a *Munkahelyi közösség* 0,64-szeresére (Wald=212,88), a *Jutalmazás, elismerés* 0,72-szeresére (Wald=89,85), a *Munkakör egyértelműsége* 0,85-szörösére (Wald=37,39), a *Támogatás a felettől* 0,89-szeresére (Wald=9,43), az *Előreláthatóság* 0,92-szeresére (Wald=5,03), a *Támogatás a munkatársaktól* pedig 0,94-szeresére (Wald=3,71) csökkentheti (1. ábra). Nem találtunk szignifikáns összefüggést a *Vezetés minőségével*. A Modell 3 Nagelkerke R<sup>2</sup> értéke=28%, AIC=12752,85.
5. **A Modell 4. a Munka-magánélet egyensúly dimenzió** tényezőire fókuszál. Releváns eredmény, hogy a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát az összes vizsgált tényező közül a legerősebben a *Munkahelyi elégedettség* (Wald=1033,25) befolyásolja, mely akár 0,45-szörösére is csökkentheti a tünetegyüttes kialakulásának esélyét. Szintén erős statisztikai kapcsolat figyelhető meg a *Munka-család konfliktussal* (Wald=1006,12), mely akár közel 2,27-szeresére is növelheti a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát (1. ábra). A Modell 4. Nagelkerke R<sup>2</sup> értéke=32%, AIC=12701,266. Az AIC alapján a legjobban illeszkedő modell a 4. Modell.
6. **A Modell 5. a Bizalmi légkör** pszichoszociális tényezőt vizsgálja. A statisztikai kapcsolat erősségét szem előtt



1. ábra  
 A depressziós tünetegyüttes főbb prediktorai az N=13104 fős, súlyozott mintán.  
 Jelmagyarázat: p<0,001 (forrás: saját szerkesztés).

tartva a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát a legintenzívebben az *Igazságosság és tisztelet* csökkenti (Wald=141,80; OR=0,66) ezt követi a *Vezetés iránti bizalom* (Wald=132,28; OR=0,68) valamint a *Munkatársak közötti kölcsönös bizalom* (Wald=60,24; OR=0,83) (1. ábra). A Modell 5. Nagelkerke R<sup>2</sup> értéke=18%, AIC=14274,61.

7. **A Modell 6. az Erőszak és zaklatás dimenziójának** tényezőit vizsgálja. A legrelevánsabb hatást a *Szekálás (megfélemlítés)* jelenléte képezi (Wald=668,79), amely akár 2,92-szeresére is növelheti a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát. Továbbá az *Erőszakos fenyegetés* 1,38-szorosára (Wald= 29,37) míg a *Szexuális zaklatás* pedig 1,27-szeresére (Wald=12,40) növeli a depressziós tünetegyüttes kialakulásának esélyét (1. ábra). Nem találtunk szignifikáns összefüggést mintánkban a *Fizikai erőszakkal*. A Modell 6. Nagelkerke R<sup>2</sup> értéke=13%, AIC=14755,496.

## MEGBESZÉLÉS

### A depressziós tünetegyüttes prevalenciájára vonatkozó eredmények összevetése hazai és nemzetközi kutatási eredményekkel

A depressziós tünetegyüttes és a munkahelyi stresszterhelés kapcsolatát vizsgáló korábbi kutatási eredményeinkkel összhangban [10], a jelen tanulmány eredményei egyértelműen felhívják a figyelmet arra, hogy magas a klinikai depresszió prevalenciája (BDI9  $\geq 19=30,9\%$ , N=4047) az aktív magyar munkavállalók körében. A teljes népesség körében végzett Hungarostudy vizsgálati eredmények alapján a BDI-9 kérdőívvel mért depresszió szintje 2013 és 2021 között csökkenést mutatott. A depresszió prevalenciájára vonatkozó eredményeink hasonlóságot mutatnak a 2013-as Hungarostudy vizsgálati eredményekkel: ebben az évben a válaszadó populáció 70,4%-a tartozott a normál tartományba, enyhe és közepes depresszióval 19,7%-uk, súlyos depresszióval 9,9%-uk küzdött. A 2021. évben készült felmérés szerint pedig a vizsgált népesség 75,0%-a tartozott a normál tartományba, enyhe és közepes depresszióról 14,0%, míg súlyos depresszióról 11,0%-uk számolt be [20].

Nemzetközi viszonylatban Wu, T. és mtsai. metaanalízisükben a COVID-19 világvárányt követő mentális megbetegedések prevalenciáját vizsgálták. Az eredmények szerint a depresszió, a szorongás és a stressz, valamint az alvászavarok együttes prevalenciája az általános populációban 31,4%, 31,9%, 41,1% és 37,9% volt [4]. Egy másik, szintén kiterjedt, közel 400 000 fős, 32 ország adataira épülő metaanalízis szintén hasonló eredményekről számolt be, felhívva a figyelmet a mentális egészség hanyatlására. Ebben az általános populációt érintő globális prevalenciabecslés a depresszió esetében 28,0%, a szorongás esetében 26,9% volt. A stresszhez kapcsolódó mentális megbetegedések prevalenciái a poszttraumás stressz esetében 24,1%, a stressz esetében 36,5%, míg a pszichológiai distressz esetében pedig 50,0% volt [5].

### A depressziós tünetegyüttes főbb pszichoszociális kockázati és védő tényezőinek diszkussziója

Nagymintás vizsgálatunk fő erőssége, hogy a multidimenziális COPSQ II kérdőíven alapuló hét modell vizsgálata révén – kontroll alatt tartva a szociodemográfiai tényezőket – a depressziós tünetegyüttes huszonegy indikátorát, azaz nyolc szignifikáns munkahelyi pszichoszociális kockázati, és tizenhárom védő tényezőt sikerült azonosítani. Tudomásunk szerint hazánkban ez az első olyan nagymintás vizsgálat, amely a depressziós tünetegyüttes munkahelyi pszichoszociális tényezőinek feltárása során módszertanilag nem szingulárisan értékeli az egyes kockázati tényezőket, hanem modellépítésre alapozva a modellen belüli indikátorok hatásának nagyságát is értékeli. A vizsgálat második erőssége, hogy a felépített hét modell illeszkedési erősségét is vizsgáltuk, amely lehetőséget biztosít az egyes befolyásoló dimenziók egymáshoz való viszonyának kibontásához is. A következőkben a vizsgált modelleket illeszkedési erősségük sorrendjében fogjuk ismertetni. Egy modellen belül a legnagyobb hatású indikátorokat interpretáljuk.

A szervezeti életre és produktivitásra, valamint a munkavállalók egészségvédelmére vonatkoztatva a vizsgált modellek értékelésének és a legerősebb indikátorok kiemelésének gyakorlati következményei vannak. Ezekkel útmutatást kívánunk nyújtani a tématerülettel gyakorlati szinten foglalkozó vezetőknek, a HR- és a foglalkozás-egészségügyi szakembereknek arra vonatkozóan, hogy a munkahelyi pszichoszociális környezet mely dimenzióira és tényezőire érdemes kiemelt hangsúlyt fektetni a mentális egészségvédelem, ezen belül is a depressziós tünetegyüttes megelőzésének, illetve csökkentésének érdekében.

Eredményeink szerint a legjobban illeszkedő modell a **Modell 4.**, amely a *Munka-magánélet* egyensúlyára fókuszál. A modellen belül releváns protektív faktorként azonosítottuk a *Munkahelyi elégedettséget* (Wald=1033; OR=0,45) amely szignifikánsan csökkentheti a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát. Ez az eredmény összhangban van Liu, Y. és munkatársai keresztmetszeti N=10609, 35-60 év közötti kínai munkavállaló körében végzett vizsgálati eredményeivel is, mely szerint a munkahelyi elégedettség indirekt hatást gyakorol a depressziós tünetegyüttesre, melyet a szubjektív jóllét és az élettel való elégedettség tényezőinek sorozatos mediáló hatásán keresztül fejt ki. Az eredmények alapján a munkahelyi elégedettség növelése csökkentheti a depressziós tüneteket a szubjektív jóllét és az élettel való elégedettség előmozdításán keresztül [21]. Továbbá eredményeink szerint a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát a modellen belül a *Munka-család konfliktus* (Wald=1006; OR=2,27) mint rizikófaktor szignifikánsan növelheti. Ez utóbbi összhangban van egy korábbi, keresztmetszeti kérdőíves, N=1058 fős végzett, nem reprezentatív hazai vizsgálati eredményünkkel, amely arra világított rá, hogy a munka-magánélet konfliktusa a depressziós tünetegyüttes egyik legfontosabb munkahelyi pszichoszociális rizikófaktora (OR=2,21) [10]. Mindezek az eredmények összecsengenek ugyanakkor Nigatu, Y.T. és Wang, J. négyéves időintervall-

lumra kiterjedő, longitudinális kutatási eredményeivel is, amelyben három munkahelyi stresszmodell hatását vizsgálták a major depressziós tünetek kialakulásának kockázatára vonatkozóan, N=4200 aktív kanadai munkavállaló körében. Az eredmények figyelemre méltóak, hiszen a kutatók független kumulatív összefüggést azonosítottak a magas erőfeszítés-jutalom-egyensúlytalanság (ERI) és a magas munkamagánélet konfliktus (WFC), valamint a major depressziós tünetek között (OR=2,47). Amennyiben a munkavállalóknak magas munkahelyi követelményeknek kell megfelelniük és alacsony döntési jogkörrel rendelkeznek, továbbá tartósan fennálló munka-magánélet konfliktussal küzdenek, reménytelenség- és tehetetlenségérzést élhetnek át (ha ezek a megélések perzisztensek, akkor fontos pszichológiai komponensét képezik a major depresszióknak). A négy évre vonatkozó vizsgálati eredmények szerint a három vizsgált munkahelyi stresszmodell (ERI, WFC és JD-C; (JD-C=követelmény-kontroll-támogatás modell)) munkával kapcsolatos pszichoszociális tényezőinek magas szintje a major depresszió megnövekedett kockázatával járt együtt, de együttes hatásuk nem szinergikus, hanem additívnak bizonyult [22].

A **Modell 3.**, az *Együttműködés és vezetés dimenzió* a második legjobban illeszkedő modellt képezi. Eredményeink rávilágítanak arra, hogy a *Munkahelyi közösségnek* (Wald=212,88; OR=0,64) és a *Jutalmazás, elismerésnek* (Wald=89,85; OR=0,72) jelentős szerepe van a depressziós tünetegyüttes megjelenésének csökkentésében. A munkahelyi jutalmazás hiányának, mint rizikótényezőnek szerepére a Modell 1. diszkussziójában részletesen is kitérünk. Eredményeink összhangban vannak azzal a nemzetközi kutatással, amely szerint a támogató munkahelyi közösségnek, továbbá a munkavégzés feletti kontrollnak és a foglalkoztatottság biztonságosságának a mentális egészségre vonatkozóan protektív szerepe van. Azok a munkavállalók, akik támogató munkahelyi közösségben dolgoznak, továbbá magas a munkavégzés feletti kontrolljuk és biztos a foglalkoztatottságuk, nagyobb valószínűséggel számolnak be mentális jóllétről; a negatív pszichoszociális munkakörnyezet pedig a mentális megbetegedések fokozott kockázatával függ össze [23].

A 3. Modellen belüli munkahelyi rizikótényezőként további fontos prediktornak bizonyult a *Szerepkonfliktus*, amely szignifikánsan növelheti (Wald=155,93; OR=1,38) a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát. Ezek az eredmények összhangban vannak azzal a korábbi, 33 tanulmány eredményeire alapuló metaanalízissel, amely a szerepkonfliktus és depresszió, valamint a szorongás kapcsolatát vizsgálta. A kutatók közepes erősségű szignifikáns pozitív összefüggést mutattak ki a szerepkonfliktus és a depresszió között, valamint további longitudinális vizsgálati eredmények szükségességére hívták fel a figyelmet a témában [24].

A **Modell 2.** a *Szervezet és munkakör* pszichoszociális tényezőire vonatkozik (harmadik legjobban illeszkedő modell). A modellen belül a *Munkahely iránti elkötelezettség* (Wald=749,19, OR=0,44) képezte a legjelentősebb prediktort, amely csökkentheti a depressziós tünetegyüttes kiala-

ulásának kockázatát. A munkahely iránti elkötelezettségre, mint szignifikáns protektív faktorra vonatkozó eredményünk (OR=0,60) szintén összhangban van a korábbi, hazai nagymintás vizsgálati eredményeinkkel [10]. Nemzetközi viszonylatban Cockshaw és mtsai szerint a depresszió mélyrehatóbb megértése érdekében fontos tényező a munkahelyi interperszonális tényezők vizsgálata, mivel az összetartozás és a kötődés a depressziós tünetek releváns védő (vagy kockázati) tényezői. Kutatásukban egy fogyatékos személyek számára szolgáltatást nyújtó szervezet alkalmazottai körében (N=125) a depressziós és szorongásos tünetek, valamint a munkahelyi hovatartozás érzését és a munkahelyi elkötelezettség összefüggéseit vizsgálták. Az eredmények alapján a munkahelyi hovatartozás érzése szignifikáns negatív összefüggést mutatott úgy a depressziós, ( $r=-0,54$ ) mint a szorongásos tünetekkel ( $r=-0,39$ ). A kutatók megállapítása szerint a munkahelyi hovatartozás érzésének kiemelt jelentősége van a depresszió etiológiájában: az elemzések alátámasztották azt, hogy a munkahelyi hovatartozás érzése mediátor tényező az affektív munkahelyi elkötelezettség és a depressziós tünetek között. Az eredmények:

- egyéni szinten klinikai szempontból relevánsak: kiemelik a munkavállalók pszichoszociális munkakörnyezetre vonatkozó észlelésének fontosságát, amelyek összefüggenek a mentális egészségi állapottal;
- szervezeti szinten a mentális egészségvédelem szempontjából az interperszonális kapcsolatok fontosságára és a munkahelyi hovatartozás érzésének előtérbe helyezésére hívják fel a figyelmet [25].

A **Modell 5.** a *Bizalmi légkör* pszichoszociális tényezőire fókuszál, a negyedik legjobban illeszkedő modellt képezve. Eredményeink alapján a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát az *Igazságosság és tisztelet* (Wald=141,80; OR=0,66) továbbá a *Vezetés iránti bizalom* (Wald=132,28; OR=0,68) valamint a *Munkatársak közötti kölcsönös bizalom* (Wald=60,24; OR=0,83) csökkentheti szignifikánsan. Mindezek az eredmények összhangban vannak Nyabouré, R. és munkatársai tanulmányával, mely szerint a procedurális és az interakcionális igazságosság a szervezeti életben összefügg a mentális egészséggel [26]. Egy másik, japán munkavállalók körében végzett kutatás pedig felhívja a figyelmet arra, hogy az alacsony szintű interakcionális és procedurális igazságosság a munkahelyen szignifikáns összefüggést mutatott a 12 hónapon belüli major depressziós epizódokkal [27].

A **Modell 1.** a *Munkahelyi követelmények dimenzió* elemzi (ötödik legjobban illeszkedő modell). A modellen belül a *Mennyiségi elvárások* (Wald=471,15; OR=1,67) és az *Érzelmi megterhelés* (Wald=162,18; OR=1,33) képezte a két legrelevánsabb prediktort, melyek szignifikánsan növelhetik a depressziós tünetegyüttes kialakulásának valószínűségét. Eredményeink összhangban vannak azokkal a nemzetközi kutatási eredményekkel, amelyek felhívják a figyelmet arra, hogy a magas munkahelyi erőfeszítések alacsony munkahelyi jutalmakkal társulva (pl. adekvát anyagi megbecsülés, elis-

merés, konzekvens karrier- és fejlődési lehetőségek, előléptetés hiánya) fokozzák a major depresszió [22] és a depresszív megbetegedések (OR=1,49) kockázatát [13]. A kutatók az összefüggés hátterében álló pszichológiai és fiziológiai folyamatok kapcsán kiemelték, hogy a tartósan fennálló magas munkahelyi erőfeszítések alacsony jutalmazással társulva magas érzelmi distresszt és kimerülést eredményezhetnek, a tartós stressz pedig megemeli a szervezet glükokortikoid szintjét, amely közvetlenül hathat bizonyos agyi struktúrára, negatívan befolyásolva az affektusszabályozást [22]. Az érzelmi megterhelésre mint a depressziós tünetegyüttes jelentős rizikótényezőre vonatkozó kutatási eredményeink (Wald=162,18; OR=1,33) összhangban vannak azzal a nemrég publikált dán nagymintás vizsgálattal, amely két nemzeti szintű elektronikus nyilvántartásból származó kohorsz (Job Exposure Matrix Analyses of Psychosocial Factors and Healthy Ageing in Denmark rövidítése=JEMPAD, N=1 665 798 és Danish Work Life Course, rövidítése= DaWCo, N=939 411) adatait elemezte [28]. A vizsgálat a 15-59 éves munkavállalók adatalemzésén alapult, a fókuszban az érzelmi megterhelés és a kórházi ellátást igénylő depressziós megbetegedések összefüggéseinek szisztematikus feltárása állt. Az átlagos nyomon követési idő a JEMPAD-ban 9,7 év, a DaWCo esetén pedig 7,3 év volt. Az eredmények szerint a magas érzelmi megterhelésű foglalkozásokban megnövekedett a kórházi ellátást igénylő depressziós megbetegedések kockázata (OR<sub>JEMPAD</sub>=1,32; OR<sub>DaWCo</sub>=1,19) mindkét kohorsz munkavállalói esetén. Ez a tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy a magas érzelmi megterheléssel jellemezhető foglalkozásokban a munkavállalókat fokozottan fenyegeti a kórházi ellátást igénylő depresszió kockázata [28]. Az érzelmi megterhelés szempontjából a fokozott expozíciójú ágazatok tekintetében fontos kiegészíteni a fenti eredményeket a korábbi, hazai komparatív vizsgálati eredményeinkkel. Ebben több modellt szisztematikusán értékelve egyértelműen igazoltuk, hogy a Humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat munkavállalóinak (N=869) az egyik szignifikáns és az összes többi, 17 KSH-alapú foglalkozási ágazathoz viszonyított legnagyobb hatásmagyságú pszichoszociális stresszora az érzelmi megterhelés [29].

**A Modell 6.** az *Erőszak és zaklatás* dimenziójának tényezőit vizsgálja (hatodik legjobban illeszkedő modell). A legrelevánsabb hatást a *Szekálás (megfélemlítés)* jelenléte képezi (Wald=668,79) a munkahelyen, amely akár 2,92-szeresére is növelheti a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázatát. Longitudinális, négy évre kiterjedő kutatási design alkalmazásával, N=7502 fős dán közszolgálati és magán-szektorban dolgozó munkavállaló bevonásával Bonde, J.P. és munkatársai hasonló eredményekre jutottak a szekálás és a depresszió fokozott kockázatára vonatkozóan. A vizsgálat célja a szekálás, megfélemlítés egészségi korrelátumainak feltárása volt. Az eredmények szerint az első vizsgálati fázisban szekálásról beszámoló munkavállalók körében a vizsgált négy év alatt a szekálás tartósan fennállt. Ez a munkahelyi támadó magatartásforma a minta 22%-át érintette tartósan. A kutatók szignifikáns összefüggést igazoltak a sze-

kálás és a depresszió (OR=1,8), továbbá a betegség miatti hiányzás, a gyenge önbecsült egészségi állapot, valamint az alvászavarok között. A bántalmazásról beszámoló munkavállalók körében a depressziós tünetek, a depresszió diagnózisa több éven keresztül fennállt, függetlenül attól, hogy a szekálás megszűnt-e vagy sem. A kutatók további, a szekálás és a kapcsolódó mentális egészségiállapot-mutatók független mérésének szűkségességére hívják fel a figyelmet, a jelenség mélyebb szintű (hangulat, személyiség, attitűdök szerepe) megértése érdekében [30]. Végül vizsgálatunk korlátai közé tartozik a keresztmetszeti elrendezés, valamint az, hogy a depressziós tünetegyüttes értékelése a vizsgálati populáció önbevallásán alapult. A vizsgálat a COVID-19 pandémia előtti időszakban készült, az eredmények az Országos Munkahelyi Stresszmérés 2014-es adataira épülnek. A longitudinális kutatási elrendezés, valamint a depresszió diagnosztizálása esetén a képzett, klinikus szakember által felállított diagnózis nagymértékben javítaná az eredmények pontosságát.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Összhangban a nemzetközi trendekkel és szakmai ajánlásokkal, a tanulmány eredményei felhívják a figyelmet arra, hogy a munkahelyi mentális egészség és jóllét támogatása, valamint a szupportív és inkluzív pszichoszociális munkakörnyezet biztosítása kulcsfontosságú tényezőnek bizonyul a fokozott pszichoszociális kockázatnak kitett munkavállalók számára [31,32]. Szervezeti szinten a mentális egészségiállapot-mutatók hanyatlása esetén a nemzetközi ajánlások négy facilitáló lépést emelnek ki a problémák folyamatszintű kezelésére. A következőkben ezeket az előremutató ajánlásokat szeretnénk röviden összefoglalni [31,32].

1. Magas szintű felsővezetői szerepvállalás (a mentális egészség alapelveit támogató szenior vezetőség). A felsővezetők megosztják a személyes tapasztalataikat a mentális megbetegedések normalizációja érdekében (stigmatizáció), konstruktív beszélgetéseket kezdeményeznek a mentális egészség kapcsán, mintákat nyújtanak „a mentális egészség mint érték” alapelveihez [31]. Mindezek az alapelvek összecsengenek a Mental Health America (MHA) 2022-es „MIND the workplace” [32] ajánlásaival:
  - Munkavállaló-centrikus, a mentális egészségre és jólétre vonatkozó szervezeti stratégia kialakítása, amely a szervezet munkavállalóinak valós igényeire és szükségleteire épül.
  - Erőforrások (költségvetés, addicionális erőforrások) tervezése a mentális egészség stratégiájának megvalósítása érdekében.
  - Szükség esetén a középvezetők fejlesztésének támogatása (célzott tréningeken való részvétel biztosítása, edukáció: a munkahelyi stressz, kiégés tüneteinek korai felismerése, mentális egészségvédelem).
2. A mentális egészséget támogató szervezeti kultúra kialakítása. Olyan szervezeti kultúra megteremtése a cél, amely támogató jellegű, a menedzsereket magas ér-



zelmi intelligencia, valamint elfogadó és empátikus attitűd jellemzi. Ebben a közegben a társas támogatásnak kiemelt szerepe van a munkahelyi stressz csökkentésében. Mindezek a tényezők egy olyan biztonságos és megtartó munkakörnyezet kialakítását teszik lehetővé, amely a problémák megosztását és megoldását támogatják [31]. A középvezetőkre vonatkozóan a 2022-es MHA „MIND the workplace” [32] ajánlásai a következők:

- Bizalomra és kölcsönös tiszteletre épülő kapcsolatok kialakítása és fenntartása a közvetlen munkatársakkal.
  - Az érzelmi intelligencia aktív meghallgatáshoz kapcsolódó készségeinek alkalmazása a mindennapi interakciók során.
  - Magas munkahelyi megterhelés esetén a megfelelő szintű útmutatás és támogatás biztosítása.
  - A fokozott stresszterhelés, a kiégés tüneteinek korai felismerése.
3. A tudatosság növelése, a mentális megbetegedésekhez kapcsolódó stigmatizáció csökkentése a szervezeti életben [31].
4. Olyan belső szervezeti eljárások, szabályok bevezetése, amelyek bizonyítottan csökkentik a munkahelyi stresszterhelést (pl. rugalmas munkavégzési formák, munkamagánélet egyensúlyának támogatása) [31].
- Jelen vizsgálatunkkal az ajánlás negyedik pontjában összefoglaltakhoz (eljárások bevezetése, a stresszterhelés csökkentése, a mentális egészség megőrzése a munkahelyen) kívánunk gyakorlati javaslatokkal hozzájárulni. A depressziós tünetegyüttes védő és rizikótényezőire vonatkozóan nagymintás, reprezentatív, 13.104 fős kutatásunk releváns gyakorlati implikációkkal kívánja támogatni a tématerülettel gyakorlati szinten foglalkozó vezetőket, a HR- és a foglalkozás-egészségügyi szakembereket arra vonatkozóan, hogy a pszichoszociális kockázatértékelés során a munkahelyi pszichoszociális környezet mely dimenzióira és tényezőire érdemes kiemelt hangsúlyt fektetni a mentális egészségvédelem érdekében. Eredményeink alapján a depressziós tünetegyüttest a legjobban a „Munka-magánélet egyensúly dimenzió” (komponensei: Munkahelyi elégedettség, Munka-magánélet konfliktus) és az „Együttműködés és vezetés dimenzió” (komponensei: Munkahelyi közösség, Szerepkonfliktus, Jutalmazás, Munkakör egyértelműsége, Támogatás a feletttestől, Előreláthatóság, Támogatás a munkatársaktól) mint legilleszkedőbb modellek jelezték elő. További releváns modelleket is detektál-

tunk. Ezekre a kutatási eredményekre alapozva, megítélésünk szerint első lépésben a munkahelyi pszichoszociális kockázatértékelés során a depressziós tünetek háttértényezőinek feltárása esetén a jelzett dimenziók felmérése, értékelése kiemelten fontosnak bizonyulhat. Második lépésben a pszichoszociális kockázatértékelés során kapott objektív eredményekre alapozva a depressziós tünetegyüttes szempontjából a fokozott kockázatnak kitett munkavállalói csoportok azonosítását tartjuk kiemelten fontosnak. Harmadik lépésben a fokozott kockázatnak kitett munkavállalói csoportok esetén a participatív részvételen és konszenzuson alapuló, mentális tünetek csökkentésére vonatkozó egyéni és szervezeti szintű stratégiák bevezetését javasoljuk.

A negyedik javaslat gyakorlati megvalósítása összecseng vizsgálatunk másik fő üzenetével. Kiemelten fontosnak tartjuk a tudományos alapokon, validált mérőeszközökkel, rendszeres gyakorisággal elvégzett munkahelyi stressz- és pszichoszociális kockázatok értékelését és ezek csökkentésének bevezetését, gyakorlatba ültetését a munkahelyen, amelynek javasolt módszertanáról és mérőeszközéről [15], továbbá az egészségügyi ágazatra vonatkozó eredményeiről korábbi publikációinkban már beszámoltunk [29].

### Köszönetnyilvánítás

A tanulmány az OMMF-11-0104 „Mérőeszköz-fejlesztés a munkahelyi pszichoszociális kockázat értékelésére” című pályázat támogatásával készült. Ennek kapcsán köszönetünket fejezzük ki Dr. Stauder Adrienn-nek, továbbá a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének, valamint mindazoknak, akik a kérdőívfelvételben szerepet vállaltak. Köszönetünket fejezzük ki Nistor Anikó Mária közgazdász–data engineernek a kézirat véleményezésében nyújtott segítő közreműködése kapcsán. A tanulmány elkészültét a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal is támogatta (RRF-2.3.1-21-2022-00006 azonosító számú projekt keretében). Továbbá szívből köszönjük tanulmányunk mindkét lektorának az alapos munkát és a körültekintő szakmai javaslatokat. Köszönet illeti mindazt a több mint 19.000 magyar munkavállalót, akik részt vettek a vizsgálatban, és kitöltötték a kérdőívet.

### Anyagi érdekeltségek

A szerzők kijelentik, hogy nincsen anyagi érdekeltségük a publikáció megjelentetésében.

### IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] International Labour Organization. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 7th edition. Updated estimates and analysis. 2021, International Labour Organization: Geneva.
- [2] World Health Organization. Mental health and COVID-19: early evidence of the pandemic's impact: scientific brief. 2 March 2022:

- [https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mental\\_health-2022.1](https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1). Megtekintés (2023.10.16.)
- [3] Mottola F. et al.: The impact of the Russian-Ukrainian war on the mental health of Italian people after 2 years of the pandemic: risk and protective factors as moderators. *Front Psychol*, 2023. 14: p. 1154502.
- [4] Wu T et al.: Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2021. 281: p. 91-98.
- [5] Nochaiwong S et al.: Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 2021. 11(1): p. 10173.
- [6] Santomauro DF et al.: Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 2021. 398(10312): p. 1700-1712.
- [7] Salanti G et al.: The Impact of the COVID-19 Pandemic and Associated Control Measures on the Mental Health of the General Population : A Systematic Review and Dose-Response Meta-analysis. *Ann Intern Med*, 2022. 175(11): p. 1560-1571.
- [8] Koren H et al.: Psychosocial risks emerged from COVID-19 pandemic and workers' mental health. *Front Psychol*, 2023. 14: p. 1148634.
- [9] Kiran Bhatti TR: Helping an Employee in Distress. *Harvard Business Review* 2023. Spotlight Series /Leading the Anxious Workforce (2023 september-október).
- [10] Nistor K et al.: Munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezők kapcsolata a depressziós tünetegyüttessel a magyar munkavállalók körében: Az Országos Munkahelyi Stresszfelmérés előzetes eredményei. *Orvosi Hetilap*, 2015. 156(11): p. 439-448.
- [11] Gastein HF: Health systems in crisis. Countering shockwaves and fatigue. 2023. p. <https://www.ehfg.org/> (Megtekintés: 2023.10.30).
- [12] Zhang J et al.: Prevalence of mental health problems and associated factors among front-line public health workers during the COVID-19 pandemic in China: an effort-reward imbalance model-informed study. *BMC Psychol*, 2021. 9(1): p. 55.
- [13] Rugulies R, Aust B., Madsen IE: Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health*, 2017. 43(4): p. 294-306.
- [14] Boudrias V, Trépanier SG, Salin D: A systematic review of research on the longitudinal consequences of workplace bullying and the mechanisms involved. *Aggression and Violent Behavior*, 2021. 56: p. 101508.
- [15] Nistor K et al.: A Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (COPSOQ II) magyar verziójának pszichometriai jellemzői Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2015. 16(2): p. 179-207.
- [16] Pejtersen JH et al.: The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Public Health*, 2010. 38(3 Suppl): p. 8-24.
- [17] Rózsa S, Szádóczy E, Füredi J: A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, 2001. 16: p. 384-402.
- [18] Beck AT et al.: An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1961. 4: p. 561-71.
- [19] Team RC R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2020; Available from: <https://www.R-project.org/>.
- [20] KINCS (Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért): A magyarok testi és lelki egészségét leíró főbb mutatók a Hungarostudy felmérések adatai alapján (2006,2013,2021). [https://www.koppmariaintezet.hu/docs/A\\_magyarok\\_testi\\_es\\_lelki\\_egeszseget\\_leiro\\_fobb\\_mutatok\\_a\\_Hungarostudy\\_felmeresek\\_adatai\\_alapjan\\_\(2006,%202013,%202021\).pdf](https://www.koppmariaintezet.hu/docs/A_magyarok_testi_es_lelki_egeszseget_leiro_fobb_mutatok_a_Hungarostudy_felmeresek_adatai_alapjan_(2006,%202013,%202021).pdf) 2022. Megtekintés (2023.10.16.)
- [21] Liu Y et al.: The Relationship between Job Satisfaction and Depressive Symptoms among Chinese Adults Aged 35-60 Years: The Mediating Role of Subjective Well-Being and Life Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*, 2023. 20(3).
- [22] Nigatu YT, Wang J: The combined effects of job demand and control, effort-reward imbalance and work-family conflicts on the risk of major depressive episode: a 4-year longitudinal study. *Occup Environ Med*, 2018. 75(1): p. 6-11.
- [23] Fan JK, Mustard C, Smith PM: Psychosocial Work Conditions and Mental Health: Examining Differences Across Mental Illness and Well-Being Outcomes. *Annals of Work Exposures and Health*, 2019. 63(5): p. 546-559.
- [24] Schmidt S et al.: Uncertainty in the workplace: Examining role ambiguity and role conflict, and their link to depression—a meta-analysis. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 2014. 23(1): p. 91-106.
- [25] Cockshaw WD, Shochet I: The link between belongingness and depressive symptoms: An exploration in the workplace interpersonal context. *Australian Psychologist*, 2010. 45(4): p. 283-289.
- [26] Ndjaboué R, Brisson C, Vézina M: Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*, 2012. 69(10): p. 694-700.
- [27] Inoue A et al.: Organizational justice and major depressive episodes in Japanese employees: a cross-sectional study. *J Occup Health*, 2013. 55(2): p. 47-55.
- [28] Madsen IE et al.: Emotional demands at work and risk of hospital-treated depressive disorder in up to 1.6 million Danish employees: a prospective nationwide register-based cohort study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2022(4): p. 302-311.
- [29] Nistor K, Tóth G, Szócska M: Munkahelyi pszichoszociális tényezők specifikumai a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazatban dolgozók körében. *Kompa-*

ratív vizsgálat. IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja: 2021. 20(3): p. 3-10.

[30] Bonde JP et al.: Health correlates of workplace bullying: a 3-wave prospective follow-up study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 2016. 42(1): p. 17-25.

[31] Deloitte: Mental Health and well-being in the workplace. <https://www.deloitte.com/global/en/Industries/life-sciences-health-care/perspectives/gx-mental-health-2022.html> 2022. Megtekintés (2023.10.16.)

[32] America MH: Mind the Workplace Report <https://www.mhanational.org/research-reports/2022-mind-workplace-report>. 2022. Megtekintés (2023.10.16.)

## A SZERZŐK BEMUTATÁSA



**Nistor Katalin** pszichológus, doktorjelölt, okleveles tréner, a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjának tanársegédje. Fő küldetése az egészséges munkahelyek alapelveinek gyakorlatba ültetése. Doktori kutatása, továbbá publikációi a népegészségügyi jelentőségű munkahelyi stressz és a kiegész jelenségeinek vizsgálatára, a munkahelyi pszichoszociális kockázatértékelés és kockázatcsökkentés optimalizálására fókuszálnak. Tizen-

három éves felsőoktatási oktatói tapasztalattal rendelkezik. Kiemelt oktatási területei: munkahelyi stressz és stresszkezelés, szervezeti magatartás, emberi erőforrás menedzsment, készség- és személyiségfejlesztés, célzott stresszkezelő tréningek. Az elmúlt öt évben aktívan részt vett a vezetői készségfejlesztésben, továbbá intézményi menedzsmentfejlesztő programok kidolgozásában és megvalósításában. Korábban az Országos Tisztifőorvosi Hivatal Munkahelyi és Gazdasági Munkacsoportjának szakértőjeként részt vett a munkahelyi stressz mérésére és kezelésére vonatkozó szakmapolitikai ajánlások kidolgozásában.



**Tóth Gergely**, PhD szociológus, statisztikus, a Károli Gáspár Egyetem állandó oktatója, valamint a Pharmaproject-Statistika Bt. ügyvezetője. Több mint 15 éves felsőoktatási oktatói tapasztalattal rendelkezik. Kiemelt oktatási területe a társadalomtudományi módszertanhoz kapcsolódó gyakorlati statisztikai kurzusok, R programozás, illetve az elmúlt 3 évben számos Big Data tárgy oktatását is végzi.

Doktori disszertációját a társadalom térbeli aspektusainak a bevett kutatási eljárásokra gyakorolt hatásaiból készítette, melyet nagymértékben szimulációs eszközök révén tárt fel. További kiemelt kutatási területe interdiszciplináris megközelítésben a statisztikai-módszertani eszközök alkalmazási lehetőségeinek vizsgálata és adaptálása humántudományok, így elsősorban a társadalomtudományok területén. Ezek közül kiemelkednek a népegészségüghöz kapcsolódó kutatások, illetőleg olyan innovatív megoldások, mint a szöveg-bányászat, szimulációk és hálózati elemzések.



**Dr. Szócska Miklós** 1989-ben szerzett orvosi diplomát a Semmelweis Egyetemen, ahol a képzés ideje alatt ellenzéki diákvezetőként fordult érdeklődése az egészségügyi menedzsment irányába. Diplomája megszerzését követően kollégáival együtt megalapította az azóta már több mint 25 éves Egészségügyi Menedzserképző Központot, amelynek jelenleg is a vezetője. A menedzserképző fejlesztése során a Harvard Egyetemen szerzett Master of Public Administration diplomát, majd a Semmelweis Egyetemen sikeresen védte meg változtatásmenedzsment témában írt doktori disszertációját. 2010-től egészségügyi államtitkári pozíciót töltött be a politikai ciklus teljes négy éve alatt.

Államtitkárként különösen nagy hangsúlyt fektetett a bizonyítékon alapuló konzultatív egészségpolitika meghonosítására és a gazdasági válság alatt egyre inkább előtérbe kerülő fenntartható egészségügy megalapozására. Legfőbb eredményének mégis a dohányzás visszaszorítása, a kórházi rendszerek központosítása, az e-egészségügy megalapozása, a betegútközpontú nemzeti egészségügyi szolgálat megteremtése, továbbá a népegészségügyi termékadó bevezetése tekinthető. Ez utóbbi biztosította a fedezetet az egészségügyi dolgozók hosszú ideje elmaradt béremelésére. Jelenleg az EMK vezetése mellett az EKK dékánja és tagja az SE fenntartói kuratóriumának. Főbb kutatási és oktatási területei a hálózatelemzés, kríziskommunikáció, vezetés- és változtatásmenedzsment, továbbá az adatvezérelt egészségügy és big data megoldások.