

Munkahelyi pszichoszociális kockázatértékelés és a kockázatsökkentés lehetőségei

Doktori tézisek

Nistor Katalin

Semmelweis Egyetem Doktori Iskola
Mentális Egészségtudományi Tagozat



Témavezetők: Dr. Szócska Miklós Károly, Ph.D., egyetemi tanár
Dr. Stauder Adrienne, Ph.D. habilitált egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Kun Ágota, Ph.D., habilitált egyetemi docens
Dr. Varga Szabolcs, Ph.D., egyetemi adjunktus

Komplex vizsga szakmai bizottság:

Elnök: Prof. Dr. Szijártó Attila, egyetemi tanár, az MTA doktora

Tagok: Dr. Németh Orsolya, egyetemi docens
Dr. Szilas Roland Ferenc, egyetemi docens

Budapest, 2026

1. Bevezetés

A 21. századi munkakörnyezetet növekvő komplexitás, gyors szerkezeti és technológiai átalakulások jellemzik, amelyek – a globalizáció, a digitalizáció és a munkaerőpiaci bizonytalanság révén – fokozzák a munkahelyi pszichoszociális kockázatokat. Számos nemzetközi kutatás igazolta, hogy a munkahelyi pszichoszociális kockázatok tartós fennállása a mentális és szomatikus egészségi állapot romlásához vezethet, növelve a depressziós tünetegyüttes kialakulásának valószínűségét. Empirikus adatok alapján a munkavállalók jelentős hányada érintett, miközben a kockázatkezelés továbbra is módszertani és implementációs kihívást jelent a szervezetek számára. A probléma nem csupán egyéni, hanem szervezeti és összetársadalmi szinten is számottevő következményekkel jár. A pszichoszociális kockázatok nemzetgazdasági terhei elsősorban a termelékenységsökkenésben, a munkaidőkiesésben és az egészségügyi ellátórendszer többletterhelésében jelennek meg.

Mindezek miatt a pszichoszociális kockázatok megbízható mérése és összehasonlítható értékelése meghatározó jelentőségű. Magyarországon az 1993. évi Munkavédelmi Törvény előírja a munkahelyi pszichoszociális kockázatok felmérését és csökkentését, ugyanakkor a gyakorlati megvalósítást támogató, validált, magyar nyelvű mérőeszköz hosszú ideig nem állt rendelkezésre. Ez a módszertani hiány megnehezítette az egységes, evidencián alapuló kockázatértékelési gyakorlat kialakítását. A dán fejlesztésű, nemzetközileg validált Koppenhágai Pszichoszociális Kérdőív (COPSOQ II) hét fő dimenzió és 28 skála mentén teszi lehetővé a munkahelyi pszichoszociális kockázatok, valamint az egészségi állapot és jóllét mutatóinak strukturált vizsgálatát.

Az I. vizsgálat a COPSOQ II hazai adaptációjára és pszichometriai validálására irányult, megalapozva az evidencián alapuló, standardizált kockázatértékelést. A hatékony kockázatértékeléshez azonban nem elegendő egy validált mérőeszköz alkalmazása; az eredmények értelmezéséhez standardizált referenciaértékek szükségesek. A nemzetközi gyakorlatban a COPSOQ II számos országban, reprezentatív mintán meghatározott referenciaértékekkel rendelkezik. A III. vizsgálat keretében 13 104 fős, országosan reprezentatív mintán kerültek meghatározásra a COPSOQ II hazai referenciaértékei, továbbá kialakításra került a stressz szempontjából leginkább veszélyeztetett foglalkozási ágazatok rangsora, lehetővé téve az ágazati expozíciós mintázatok strukturált összehasonlítását és a beavatkozási prioritások kijelölését.

A pszichoszociális kockázatok kiemelt jelentőségűek a depressziós tünetegyüttes vonatkozásában, mivel a depresszió a munkaképes korú

népességet érintő, releváns társadalmi és gazdasági terhekkel járó mentális megbetegedés. Nemzetközi empirikus vizsgálatok igazolták, hogy a magas munkakövetelmények, az alacsony döntési autonómia, az erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanság, az érzelmi megterhelés, a munka–magánélet konfliktus és a munkahelyi bántalmazás a depressziós tünetek szignifikáns kockázati tényezői, míg a kontroll, a támogató szervezeti légkör és a munka értelmessége protektív szerepet tölthet be. A II. és V. vizsgálatok célja a depressziós tünetegyüttes COPSOQ II alapú prediktív modelljeinek kialakítása volt, lehetővé téve a depresszió szempontjából legrelevánsabb munkahelyi tényezők azonosítását országos mintán.

A szakirodalmi konszenzus szerint a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat munkavállalói fokozott pszichoszociális stresszterhelésnek vannak kitéve. Az elmúlt években a munkaerőhiány, az alulfinanszírozottság, az érzelmi megterhelés és a rendszerszintű túlterhelés hozzájárult az ágazati sérülékenység növekedéséhez, amelyet a COVID–19 világjárvány tovább súlyosbított. A magas stressz-, kiégés- és alvászavar-prevalenciák nemcsak a munkavállalói mentális egészséget érintik, hanem az ellátórendszer fenntarthatóságát is befolyásolják. Ugyanakkor bizonyos pszichoszociális védő tényezők – mint a munka értelmessége, a fejlődési lehetőségek és a támogató munkakörnyezet – mérsékelhetik a kockázatokat. Ezért a IV. vizsgálat célja az egészségügyi ágazat pszichoszociális kockázati és egészségi állapot mutatóinak országos összehasonlító elemzése volt.

2. Célkitűzés

A disszertáció öt, egymással összefüggő keresztmetszeti vizsgálatra épült, amelyek a továbbiakban I–V. vizsgálatként kerülnek megjelölésre.

C1: A nemzetközi kutatási és kockázatértékelési gyakorlatban széles körben elismert COPSOQ II kérdőív magyar adaptációja és validálása (a továbbiakban: **I. vizsgálat**)

C2: A COPSOQ II nemzeti referenciaértékeinek meghatározása, majd a vizsgált 18 KSH-ágazat összehasonlítása alapján a stressz szempontjából legveszélyeztetettebb ágazatok rangsorának megállapítása (**III. vizsgálat**).

C3: A COPSOQ II kérdőív alapú prediktív modellépítések keretében a depressziós tünetegyüttes szempontjából legrelevánsabb munkahelyi pszichoszociális kockázati és védő tényezők azonosítása (**II, V. vizsgálat**).

C4: A humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat pszichoszociális stresszterhelésének és egészségi állapot, jóllét mutatóinak elemzése az országos, aktív munkavállalói populációhoz viszonyítva (**IV. vizsgálat**).

Hipotézisek

A C1–C2 célkitűzésekhez kapcsolódó hipotézisek:

H1: A COPSOQ II kérdőív adaptált, magyar verziója megbízható és érvényes mérőeszköz a munkahelyi pszichoszociális kockázatok széleskörű vizsgálatára, alkalmas nemzeti referenciaértékek meghatározására, és ezáltal nemzetközi összehasonlító vizsgálatok megvalósítására (**I., III. vizsgálat**).

H2: Országos viszonylatban szignifikáns különbségek mutathatók ki az ágazatok között a „Stressz” szintjében; a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat az összes többi vizsgált ágazathoz (további 17 KSH-ágazat) viszonyítva az első hat, stressz szempontjából legveszélyeztetettebb ágazat közé tartozik (**III. vizsgálat**).

A C3 célkitűzéshez kapcsolódó hipotézisek:

H3: A COPSOQ II kérdőívvel vizsgált pszichoszociális tényezők szignifikáns összefüggést mutatnak a depressziós tünetegyüttessel

H4: Az „új és újonnan megjelenő” pszichoszociális kockázati tényezők, kiemelten a munka–magánélet konfliktus és a támadó magatartásformák növelni fogják, míg a munkahely iránti elkötelezettség és elégedettség, a bizalmi légkör és a társas támogatás faktorai, mint védő tényezők pedig csökkentik a depressziós tünetegyüttes megjelenésének valószínűségét;

H5: a H4-ben megjelölt tényezőkön túl további védő és kockázati tényezők is azonosíthatók (**II., V. vizsgálat**).

A C4 célkitűzéshez kapcsolódó hipotézis:

H6: A humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat munkavállalóinak pszichoszociális stresszterhelése, valamint az egészségi állapot- és jóllét mutatói mentén szignifikáns különbségek mutathatók ki az országos, aktív munkavállalói populációhoz viszonyítva (**IV. vizsgálat**).

3. Módszerek

Az I–V. vizsgálatok az Országos Munkahelyi Stresszfelmérés keretében, keresztmetszeti, önkéntes és online, anonim adatfelvétellel zajlottak 2013–2014 között (TUKÉB 195/2012). A vizsgálatba legalább három hónapja aktív munkaviszonyban álló, 18–60 év közötti munkavállalók kerültek bevonásra. Az I. és II. vizsgálat nem reprezentatív mintán (N=527; N=1 058) alapult. A III–V. vizsgálatok ugyanazon adatbázison alapultak (N=13 104). A raking-súlyozás a III. vizsgálatban négy változó (nem, életkor, iskolai végzettség, foglalkozási ágazat), a IV. és V. vizsgálatban öt változó (az előbbieken felül foglalkoztatottság) KSH szerinti megoszlásai alapján történt. A súlyozott minták az adott változók mentén reprezentálják a magyar munkavállalói népesség KSH szerinti összetételét. A pszichoszociális kockázatok vizsgálatára a COPSOQ II validált magyar változatát alkalmaztam.

I. vizsgálat – a COPSOQ II validálása

Az I. vizsgálatban a dán fejlesztésű COPSOQ II nyelvi adaptációja és pszichometriai validálása valósult meg. A skálák leíró statisztikai jellemzőit követően belső megbízhatósági (Cronbach-alfa), teszt-reteszt (ICC) és konvergens validitási elemzéseket végeztem, a COPSOQ II kockázati és egészségi mutatóinak összefüggéseit vizsgálva.

III. vizsgálat – országos és ágazati referenciaértékek kialakítása

A III. vizsgálat súlyozott, reprezentatív mintán (N=13 104) a COPSOQ II pszichoszociális és egészségi skálái mentén nemzeti és 18 KSH ágazati referenciaértékeket határozott meg. Az ágazati különbségek vizsgálata robusztus, nem paraméteres összehasonlító eljárásokkal történt; a „Stressz” skála alapján meghatározásra kerültek a foglalkozási ágazatok expozíciós rangsorai és ezzel azonosíthatóvá váltak a legveszélyeztetettebb ágazatok.

II. és V. vizsgálat – a depresszió COPSOQ II alapú prediktorai

A II-V. vizsgálatok a depressziós tünetegyüttes (BDI-9 $\geq$ 19) pszichoszociális prediktorainak azonosítására irányultak a COPSOQ II skálái mentén. A depresszió prediktorait többváltozós bináris logisztikus regressziós modellek segítségével vizsgáltam, a szociodemográfiai tényezők kontrollálása mellett. A prediktorok hatását esélyhányadosokkal jellemeztem, a modellek magyarázó erejét és illeszkedését regressziós mutatókkal értékeltem.

IV. vizsgálat – az egészségügyi ágazat stresszterhelése

A IV. vizsgálatban, az öt változó szerint súlyozott mintán a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat (N=869) pszichoszociális tényezőit és egészségi állapot mutatóit az országos munkavállalói populáció (további 17 KSH, N=12 235) ágazatához viszonyítva elemeztem. A megbízható értékelés érdekében, a normalitás feltételének sérülése miatt súlyozott, robusztus összehasonlító eljárásokat alkalmaztam, hatásnagyság-mutatók és bootstrap alapú becslések alkalmazásával.

4. Eredmények

4.1. I. vizsgálat: a COPSOQ II kérdőív validálásának főbb eredményei

Az eredmények alapján a COPSOQ II magyar változata megfelelő belső konzisztenciát, időbeli stabilitást és konvergens érvényességet igazolt. A skálák belső megbízhatósági értékei megfelelő-jó tartományban mozogtak (Cronbach-alfa: 0,68 – 0,90); a legmagasabb belső konzisztenciával a Stressz skála, a legalacsonyabbal pedig a Munkatársak közötti kölcsönös bizalom skála rendelkezett. A teszt-reteszt megbízhatóságot kéthetes időközzel, N = 55 fős mintán vizsgálva az ICC-értékek 0,72 – 0,90 között alakultak, amely összességében megfelelő időbeli stabilitást jelez.

A konvergens érvényességet alátámasztotta, hogy a COPSOQ II skálái a megfelelő referencia-mérőeszközök skáláival közepesen erős vagy erős

korrelációt mutattak ($r = 0,48-0,75$). Terjedelmi okok miatt az **1. táblázat** a konvergens érvényességet alátámasztó, kiemelt korrelációkat összegzi; a teljes eredmény és a részletes táblázatok az értekezésben szerepelnek. További elemzések igazolták, hogy a mérőeszköz pszichoszociális kockázatokat vizsgáló skálái rendre szignifikáns összefüggést mutattak a COPSOQ II egészségi állapot, jóllét mutatóival ($p < 0,001$), amely alátámasztja a kockázati tényezők és a következményváltozók közötti kapcsolat empirikus konzisztenciáját.

1.táblázat: A COPSOQ II validításvizsgálatának eredményei, kiemelt együttjárások
 Forrás: Saját szerkesztés Nistor, Ádám et al. (2015, p.193) alapján.

COPSOQ II skálák	Referencia skálák	r
Munkatempó	JCQ – Követelmény	0,695***
Fejlődési lehetőségek	JCQ – Kontroll	0,656***
Munkahelyi közösség	JCQ – Támogatás	0,676***
Mennyiségi elvárás	ERI – Erőfeszítés	0,638***
Jutalmazás (elismerés)	ERI – Jutalom	0,739***
Munka–család konfliktus	ERI – Túlvállalás	0,702***
Stressz	PSS10 – Észlelt stressz	0,721***
Kiégés	WBI5 – Jóllét	-0,644***

*** $p < 0,001$

Az eredmények alapján a **H1 hipotézis** megerősítést nyert: a COPSOQ II magyar változata megfelelő megbízhatósági és érvényességi mutatókkal rendelkezik, így alkalmas a munkahelyi pszichoszociális kockázatok széles körű vizsgálatára; a validálás egyúttal megalapozta a nemzeti referenciaértékek kidolgozását és a nemzetközi összehasonlíthatóságot.

4.2. III. vizsgálat: Országos és ágazati referenciaértékek, a stressz szempontjából legveszélyeztetettebb ágazatok rangsora

A III. vizsgálat keretében a COPSOQ II pszichoszociális és egészségi állapot, jóllét skáláira országos (összmintás) és ágazatspecifikus referenciaértékek kerültek meghatározásra 18 KSH-szerinti foglalkozási ágazatban, 13 104 fős mintán. Terjedelmi okok miatt a részletes referenciaérték-táblázatok nem kerülnek közlésre a téziszfűzetben; a jelen fejezet a főbb megállapításokat emeli ki.

Az ágazatok stresszterhelésének összehasonlítása a Stressz skála pontszámai mentén történt: az ágazati stresszátlagok 47,9 és 56,2 között alakultak, az ágazatok között szignifikáns különbségek voltak kimutathatók ($\chi^2 = 102,2$; $p < 0,001$). A stresszátlagok alapján a hat legmagasabb terhelésű ágazat: szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás, idegenforgalom ($M = 56,2$); építőipar ($M = 55,1$); kereskedelem ($M = 53,8$); feldolgozóipar ($M = 53,6$);

személyszállítás, postai szolgáltatások (M = 53,4); humán-egészségügyi és szociális ellátás (M = 52,6). A részletes ágazati eredményeket és a stressz szerinti expozíciós rangsort a kapcsolódó **2. táblázat** foglalja össze.

Ágazati szinten a legnagyobb eltérés az Érzelmi megterhelés skálán jelentkezett (40,3–67,6; $\chi^2 = 1439,0$; $p < 0,001$), míg a legkisebb különbség a Munkakör egyértelműsége skálán volt kimutatható (70,3–75,7; $\chi^2 = 82,4$; $p < 0,001$). Az eredmények ágazatspecifikus mintázatot is jeleznek: az Érzelmi megterhelés különösen magas volt a humán-egészségügyi és szociális ellátásban (M = 67,6), az oktatásban (M = 63,7) és a védelemben (M = 60,3), míg a Hatáskör, kontroll a személyszállítás (M = 26,4), a közigazgatás (M = 30,1) és a védelem (M = 33,6) ágazataiban volt a legalacsonyabb.

2. táblázat: A 18 KSH alapú foglalkozási ágazat COPSOQ II Stressz skálán alapuló eredményei

Forrás: Saját szerkesztés Stauder et al. (2017) alapján, saját számításokkal kiegészítve.

18 KSH ágazat (N):	Stressz átlag	Stressz medián	Szórás
Szálláshely-szolgáltatás, vendéglátás, idegenforgalom (N=554)	<u>56,2</u>	<u>56,2</u>	<u>24,4</u>
Építőipar (N=831)	<u>55,1</u>	<u>56,2</u>	<u>23,7</u>
Kereskedelem, gépjárműjavítás, ingatlanügylek (N=1918)	<u>53,8</u>	<u>56,2</u>	<u>24,3</u>
Feldolgozóipar (gyártás, nyomda) (N=2710)	<u>53,6</u>	<u>50</u>	<u>24,4</u>
Személyszállítás, közlekedés, postai szolgáltatások (N=375)	<u>53,4</u>	<u>56,2</u>	<u>25,9</u>
Humán- egészségügyi és szociális ellátás (N=899)	<u>52,6</u>	<u>50</u>	<u>24,1</u>
Adminisztratív és szolgáltatást támogató tevékenység (N=451)	52,4	50	27,1
Közigazgatás, társadalombiztosítás, szabályozás (N=595)	52,3	50	24,8
Pénzügyi, biztosítási tevékenység (N=317)	51,9	50	24,4
Védelem (igazságügy, bíróság, körend, honvédelem) (N=509)	51,7	50	22,4
Áruszállítás, raktározás (szállítmányozás, logisztika) (N=508)	51,5	50	26,4
Művészet, szórakoztatás, sport, szabadidő (N=212)	51,2	50	24,9
Mezőgazdaság, erdőgazdálkodás, halászat (N=677)	51,1	50	23,2
Szakmai, tudományos, műszaki tevékenység (N=450)	50,2	50	23,3
IT, telekommunikáció, média, hírközlés (N=352)	49,5	50	24,6
Oktatás (N=1063)	49,4	50	23,4
Energiaipar, bányászat, víz- és hulladékgazdálkodás (N=367)	48	50	24,7
Egyéb szolgáltatás (érdeklésviselet, politika, egyház) (N=313)	47,9	50	24,4
Országos szint (N=13104):	52,4	50	24,4
A robusztus próbák eredményei:	Átlag terjedelem: 47,9-56,2; Teljes SD=24,4 SD Tartomány= 22,4-27,1; Kruskal-Wallis $\chi^2=102,2$ $p < 0,001$.		

(Jelmagyarázat: 0-min.-100 maximum skála értékek; félkövér kiemelés: az első hat legveszélyeztetettebb foglalkozási ágazat)

A **H2 hipotézis** megerősítést nyert; a stresszterhelés ágazati szinten szignifikánsan eltért ($\chi^2 = 102,2$; $p < 0,001$), a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat a stresszátlagok rangsorában a 6. helyen szerepelt (2. táblázat).

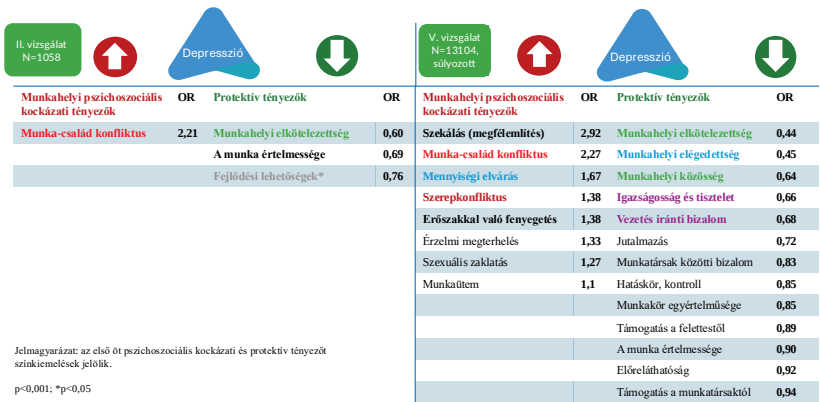
4.3. II, V. vizsgálat: a depressziós tünetegyüttes munkahelyi pszichoszociális prediktorai

A depressziós tünetegyüttes prevalenciája

Az V. nagymintás vizsgálatban (N = 13 104) a középsúlyos és súlyos depressziós tüneteket jelző munkavállalók aránya 30,9 % volt (középsúlyos: 13,54%; súlyos: 17,37%; BDI–9 ≥ 19; súlyozott elemszám: 4 047), ami a depressziós tünetegyüttes magas prevalenciáját jelzi. A II. vizsgálat nem reprezentatív mintájában (N = 1 058) pedig a munkavállalók 25%-a számolt be közepesen súlyos és súlyos depressziós tünetekről.

A depressziós tünetegyüttes pszichoszociális prediktorai a II. és V. vizsgálatok alapján

A II. és V. vizsgálatok eredményei konzisztens mintázatot jeleztek a depressziós tünetegyüttes munkahelyi pszichoszociális prediktorai tekintetében. A főbb eredményeket az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra: A depressziós tünetegyüttes főbb munkahelyi pszichoszociális kockázati és protektív tényezői a II. és V. vizsgálatok eredményei alapján (összefoglalás)

Forrás: Saját szerkesztés a II. (Nistor, Nistor, et al., 2015) és az V. vizsgálat (Nistor et al., 2023) eredményei alapján.

A II. vizsgálat főbb eredményei

A II. vizsgálat bináris logisztikus regressziós modellje négy pszichoszociális tényezőt azonosított, amelyek szignifikáns összefüggést mutattak a depressziós tünetegyüttesrel: a Munka-család konfliktus kockázati tényezőként (OR = 2,21; 95% CI: 1,82–2,68), míg a Fejlődési lehetőségek (OR = 0,76; 95% CI: 0,59–0,97), a Munka értelmessége (OR = 0,69; 95% CI: 0,59–0,89) és a Munkahely iránti elkötelezettség (OR = 0,60;

95% CI: 0,47–0,78) védőfaktoraként jelent meg (**1. ábra**). A négyváltozós modell Nagelkerke R^2 értéke 32% volt.

Az V. vizsgálat főbb eredményei

Az V. vizsgálatban a depressziós tünetegyüttes előrejelzésére alkalmazott hét bináris logisztikus regressziós modell AIC - és a Nagelkerke R^2 - értékei alapján a legjobban illeszkedő modellek a Munka–magánélet egyensúly ($R^2 = 32\%$), az Együttműködés és vezetés ($R^2 = 28\%$), valamint a Szervezet és munkakör dimenziókra ($R^2 = 23\%$) épültek; ezt követte a Bizalmi légkör ($R^2 = 18\%$), a Munkahelyi követelmények ($R^2 = 15\%$), valamint az Erőszak és zaklatás dimenziója ($R^2 = 13\%$). A szociodemográfiai változók (nem, életkor, iskolai végzettség) önmagukban csekély magyarázóerővel bírtak (Nagelkerke $R^2 = 4\%$).

A vizsgálat a depressziós tünetegyüttes 21 szignifikáns munkahelyi pszichoszociális indikátorát azonosította, köztük 8 kockázati és 13 védőfaktort.

A legfontosabb kockázati tényezők közé tartozott a Szekálás, megfélemlítés (OR = 2,92), a Munka–magánélet konfliktus (OR = 2,27), a Mennyiségi elvárások (OR = 1,67), a Szerepkonfliktus (OR = 1,38), az Erőszakos fenyegetés (OR = 1,38), az Érzelmi megterhelés (OR = 1,33), a Szexuális zaklatás (OR = 1,27), valamint a Munkaütem (OR = 1,10).

A depressziós tünetegyüttes azonosított védőfaktorai a Munkahelyi elkötelezettség (OR = 0,44), a Munkahelyi elégedettség (OR = 0,45), a Munkahelyi közösség (OR = 0,64), az Igazságosság és tisztelet (OR = 0,66), a Vezetés iránti bizalom (OR = 0,68) és a Jutalmazás, elismerés (OR = 0,72) voltak. További protektív tényezőnek bizonyult a Munkatársak közötti kölcsönös bizalom (OR = 0,83), a Munkakör egyértelműsége (OR = 0,85), a Hatáskör, kontroll (OR = 0,85), a Felettestől kapott támogatás (OR = 0,89), a Munka értelmessége (OR = 0,90), az Előreláthatóság (OR = 0,92), valamint a Munkatársaktól kapott támogatás (OR=0,94) (**1. ábra**)

A **H4 hipotézis** szerint az „új és újonnan megjelenő” pszichoszociális kockázati tényezők – kiemelten a munka–magánélet konfliktus és a támadó magatartásformák – növelik a depressziós tünetegyüttes kockázatát, míg a munkahely iránti elkötelezettség és elégedettség, a bizalmi légkör és a társas támogatás faktorai védő szerepet töltenek be.

A **H5 hipotézis** szerint a H4-ben megfogalmazottakon túl további kockázati és védőfaktorok is azonosíthatók. Az eredmények mindkét hipotézist megerősítették.

4.4. IV. vizsgálat: a humán- egészségügyi és szociális ellátás ágazat munkahelyi pszichoszociális kockázatai és egészségi állapot mutatói

A IV. vizsgálat eredményei az alábbi három pontban kerülnek összefoglalásra:

1. Kiemelt kockázati tényezők

A humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat munkavállalói szignifikánsan magasabb pszichoszociális terhelésről számoltak be, különösen az Érzelmi megterhelés ($M = 66,7$; $d = 0,86$) és a Szerepkonfliktus ($M = 57,8$; $d = 0,22$) skáláin ($p < 0,001$). A támadó magatartásformák közül az Erőszakkal való fenyegetés ($M = 10,5$; $d = 0,30$) és a Fizikai erőszak ($M = 3,3$; $d = 0,24$) előfordulása szintén szignifikánsan magasabb volt az egyéb ágazatokban dolgozókhöz viszonyítva ($p < 0,001$).

2. Protektív tényezők

A kedvezőtlen kockázati mintázat mellett a Munka értelmessége ($M = 74,0$; $d = 0,35$), továbbá a Fejlődési lehetőségek ($M = 61,2$), a Munkahely iránti elkötelezettség ($M = 51,4$) és a Munkakör egyértelműsége ($M = 73,5$) szignifikánsan magasabb volt az egyéb ágazat munkavállalói csoportjához képest ($p < 0,001$).

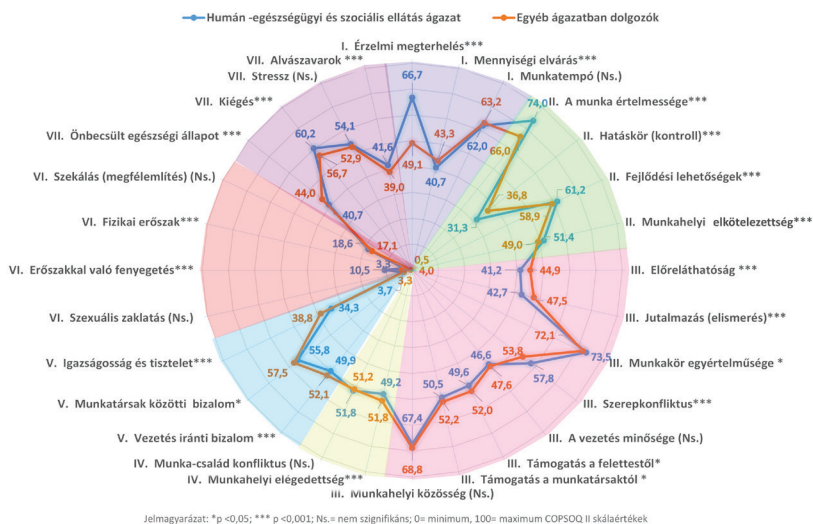
3. Szervezeti erőforrásdeficit és egészségi állapot, jóllét mutatók

A humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazatban több, a hatáskörhöz, kontrollhoz és a szervezeti igazságossághoz kapcsolódó tényező szignifikánsan kedvezőtlenebb volt: alacsonyabb értékek jelentkeztek a Hatáskör, kontroll ($M = 31,3$; $d = 0,26$), az Igazságosság és tisztelet ($M = 34,3$; $d = 0,21$), a Jutalmazás, elismerés ($M = 42,7$; $d = 0,19$) és az Előreláthatóság ($M = 41,2$) skáláin, valamint több bizalmi és támogatási mutató mentén ($p < 0,001$).

Az egészségi állapot, jóllét mutatók alapján a Kiegész ($M = 60,2$; $d = 0,15$) és az Alvászavarok ($M = 41,6$; $d = 0,16$) szignifikánsan magasabb, míg az Önbecsült egészségi állapot ($M = 40,7$; $d = 0,15$) szignifikánsan alacsonyabb volt az egyéb ágazatokhoz viszonyítva ($p < 0,001$).

Az eredményeket a **2. ábra** szemlélteti.

A **H6 hipotézis** megerősítést nyert; a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat az országos, aktív munkavállalói populációhoz viszonyítva szignifikáns eltérést mutatott 18 pszichoszociális tényező és 3 egészségi állapot, jóllét mutató mentén.



2. ábra: A humán-egészségügyi és szociális ellátás egyéb aktív, KSH- alapú foglalkozási ágazatokhoz viszonyított szignifikáns munkahelyi pszichoszociális tényezőinek és egészségi állapot mutatóinak ismertetése

Forrás: Változtatás nélkül átvéve a „Munkahelyi pszichoszociális tényezők specifikumai a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazatban dolgozók körében. Komparatív vizsgálat” című közleményből (Nistor et al., 2021, p. 6). © 2021 IME Innováció Menedzsment Egészségügy. Az IME engedélyével közölve.

5. Következtetés

Az I–V. vizsgálatok a hazai pszichoszociális kockázatértékelés tudományos és módszertani fejlesztését szolgálták, elősegítve az összehasonlítható és beavatkozás-orientált értékelési gyakorlat kialakítását, valamint a pszichoszociális kockázatok és a mentális egészségi állapot mutatók közötti prediktív összefüggések empirikus feltárását, hozzájárulva a mentális egészségvédelmi beavatkozások kidolgozásához. A disszertáció öt keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatra valamint egy, a munkavállalók egészségvédelmét ismertető tankönyvfejezetre épült. A célkitűzések négy, egymással összefüggő szakmai fókusz mentén szerveződtek:

C1: A nemzetközi kutatási és kockázatértékelési gyakorlatban széles körben elismert COPSOQ II kérdőív magyar nyelvű adaptációja és validálása (I. vizsgálat, N = 527)

C2: A COPSOQ II országos és ágazati referenciaértékeinek meghatározása, valamint a 18 KSH-ágazat stresszterhelési rangsorának kidolgozása (III. vizsgálat, N = 13 104)

C3: A depressziós tünetegyüttes pszichoszociális prediktorainak modellalapú azonosítása (II. vizsgálat, N = 1 058; V. vizsgálat, N = 13 104)

C4: A humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat szektorspecifikus pszichoszociális kockázatainak és egészségi állapot mutatóinak elemzése (IV. vizsgálat, N = 13 104).

Az empirikus eredmények alapján a H1–H6 hipotézisek igazolódtak, egyben megerősítve a kutatási, módszertani és alkalmazási célkitűzések teljesülését. Az I. vizsgálat módszertanilag megalapozta a COPSOQ II kérdőív hazai használhatóságát. A II. és V. vizsgálat a depressziós tünetegyüttes pszichoszociális prediktorait azonosította. A III. vizsgálat reprezentatív adatok alapján meghatározta a COPSOQ II kérdőív skáláinak országos referenciaértékeit, 18 KSH-ágazatra bontva és azonosította a legnagyobb stresszterhelésű ágazatokat. A IV. vizsgálat a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat szektorspecifikus pszichoszociális kockázati profilját és egészségi állapot mutatóit tárta fel az országos kontrollcsoporthoz viszonyítva. Az öt vizsgálat legfontosabb, új tudományos eredményeit az alábbi tézisek foglalják össze:

1. Tézis

A COPSOQ II (Copenhagen Psychosocial Questionnaire II) kérdőív magyar nyelvű verziója az I. vizsgálat (N = 527) alapján jó megbízhatóságú és érvényes mérőeszköznek bizonyult a munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezők felmérésére. A 28 skálát és 7 dimenziót tartalmazó kérdőív komplex módon vizsgálja a munkahelyi pszichoszociális kockázatokat, valamint az egészségi állapot egyes mutatóit (kiégés, stressz, alvászavar, önbecsült egészségi állapot). A skálák belső konzisztenciája (Cronbach-alfa: 0,68–0,90), időbeli megbízhatósága (ICC: 0,72–0,90) és konvergens érvényessége ($r = 0,48–0,75$) egyaránt megfelelőnek bizonyult. Az elméleti és empirikus struktúrák főbb elemei közti összhang, valamint a validitásvizsgálatok eredményei alapján a kérdőív alkalmas a magyar munkavállalói populáció pszichoszociális kockázatainak és egészségi állapot, jóllét mutatóinak átfogó vizsgálatára, alkalmazható nemzetközi összehasonlító kutatásokban, a mérési ekvivalencia fennállása esetén, valamint szervezeti szintű kockázatértékelések és célzott beavatkozások tervezésének megalapozására is.

2. Tézis

A III. vizsgálat 13 104 fős, nem, életkor, iskolai végzettség és foglalkozási ágazat (18 kategória) szerint a KSH-adatokhoz raking-súlyozással igazított, e változók mentén reprezentatív mintáján meghatároztam a COPSOQ II kérdőív pszichoszociális kockázati és egészségi állapot skáláinak országos és ágazati referenciaértékeit. Az eredmények alapján szignifikáns különbségek mutatkoztak az egyes szektorok között minden vizsgált skálán ($p < 0,001$). A „Stressz” - skála ágazati átlagai 47,9 és 56,2 között alakultak; a legmagasabb átlagpontszámok a szálláshely-szolgáltatás és vendéglátás, az építőipar, a kereskedelem, a feldolgozóipar, a személyszállítás és posta, valamint a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazatában jelentkeztek. Az eredmények alapján ezek az ágazatok magas stresszterhelésűnek tekinthetők. A legnagyobb ágazatközi eltérés az érzelmi megterhelés skálán volt kimutatható (40,3–67,6), míg a legkisebb különbség a munkakör egyértelműsége skálán jelentkezett (70,3–75,7). A COPSOQ II kérdőív alapján megállapított szektorszintű referenciaértékek a mintavétel korlátainak figyelembevételével nemcsak tudományos, hanem gyakorlati célokra is alkalmazhatók, mivel lehetővé teszik a pszichoszociális kockázatok ágazatspecifikus értékelését és célzott intervenciók megalapozását. Ez különösen fontos azokban az ágazatokban, ahol a magas stressz- és érzelmi megterhelés indokolja a rendszeres kockázateértékelést és szervezeti szintű megelőzést.

3. Tézis

A magyar munkavállalók körében a II. ($N = 1\,058$) és V. ($N = 13\,104$) vizsgálatban azonosított 25% és 30,9%-os depresszió prevalencia ($BDI \geq 19$) alátámasztja, hogy a munkahelyi pszichoszociális kockázati és védő tényezők feltárása a mentális egészségvédelem szempontjából kiemelt kutatási és népegészségügyi prioritás. A két vizsgálat empirikusan is igazolta, hogy a depressziós tünetegyüttes kialakulásának kockázata szignifikáns összefüggést mutat ($p < 0,001$) egyes munkahelyi pszichoszociális kockázati és védő tényezőkkel. A COPSOQ II kérdőívre épülő prediktív modellek mindkét vizsgálatban szignifikáns kockázati tényezőként azonosították a munka–magánélet konfliktust ($OR = 2,21$; $OR = 2,27$), míg védő tényezőként szerepelt a munka értelmessége ($OR = 0,69$; $OR = 0,90$) és a munkahely iránti elkötelezettség ($OR = 0,60$; $OR = 0,44$). Az V. vizsgálat további nyolc kockázati és tizenhárom védő tényezőt azonosított, köztük a székálást ($OR = 2,92$), az érzelmi megterhelést ($OR = 1,33$), az erőszakkal való fenyegetést ($OR = 1,38$), valamint a munkahelyi közösség ($OR = 0,64$), az igazságosság ($OR = 0,66$), a vezetés iránti bizalom ($OR = 0,68$) és a felettestől kapott támogatás ($OR = 0,89$) protektív szerepét. Az AIC és a Nagelkerke R^2 értékek

alapján a legjobban illeszkedő modellek a munka–magánélet egyensúly ($R^2 = 32\%$), az együttműködés és vezetés ($R^2 = 28\%$), valamint a szervezet és munkakör dimenziókra ($R^2 = 23\%$) épültek. A hat fő dimenzió és skálái – munkahelyi követelmények, szervezet és munkakör, együttműködés és vezetés, munka–magánélet egyensúlya, bizalmi légkör, valamint erőszak és zaklatás – összehangolt vizsgálata lehetőséget biztosított a depresszió szempontjából releváns kockázati mintázatok feltárására. A II. és V. vizsgálatban azonosított pszichoszociális kockázati és védő tényezők nemcsak a depressziós tünetek előrejelzésére alkalmasak, hanem kiindulópontot kínálnak olyan tudományosan megalapozott, rendszerszintű szervezeti és szakpolitikai stratégiák kidolgozásához hazánkban, amelyek együttesen teljesítik az evidencián alapuló kockázatértékelés és kockázatcsökkentés nemzetközi kritériumait, és a mentális egészség fenntartható védelmét is támogatják.

4. Tézis

A IV. vizsgálat öt változó szerint súlyozott mintájának eredményei alapján a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat munkavállalói ($N = 869$) az országos kontrollcsoportéhoz ($N = 12\,235$) viszonyítva összesen 18 pszichoszociális tényező mentén mutattak szignifikáns különbséget ($p < 0,001$), ezek közül 13 kockázati és 5 védő tényező volt azonosítható. Emellett statisztikailag igazoltan kedvezőtlenebb egészségi állapot mutatók jellemezték a szektor munkavállalóit. A megbízható eredmények érdekében három statisztikai modell (súlyozatlan, súlyozott, IPB) alkalmazására került sor. A humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazat munkavállalóinak önbevalláson alapuló eredményei szerint szignifikánsan magasabb szintet értek el az érzelmi megterhelés ($M = 66,7$; $d = 0,86$) és a szerepkonfliktus ($M = 57,8$; $d = 0,22$) faktoraiban, továbbá több erőszakos magatartásformát tapasztalnak a munkahelyen: erőszakkal való fenyegetés ($M = 10,5$; $d = 0,30$), valamint fizikai erőszak ($M = 3,3$; $d = 0,24$), mint az országos, aktív KSH-szerinti egyéb foglalkozási ágazat munkavállalói. Főbb protektív tényezőik a munka értelmessége ($M = 74,0$; $d = 0,35$) és a fejlődési lehetőségek ($M = 61,2$). Egészségi állapot tekintetében a kiégés ($M = 60,2$; $d = 0,15$) és az alvászavar ($M = 41,6$; $d = 0,16$) magasabb, míg az önbecsült egészségi állapot ($M = 40,7$; $d = 0,15$) szignifikánsan alacsonyabb volt ($p < 0,001$). A nemzetközi vizsgálatokkal összehangban a IV. vizsgálat megerősíti, hogy a pszichoszociális kockázatok adatvezérelt, multidimenzionális értékelése és kezelése a fokozott stresszterhelésű egészségügyi és szociális szektorban nemcsak munkavédelmi kötelezettség az 1993. évi XCIII. törvény értelmében, hanem hosszú távú egészségpolitikai és intézményi felelősség is.

A vizsgálatok keresztmetszeti jellege és a kényelmi mintavétel – a súlyozási korrekció ellenére – korlátozza az eredmények általánosíthatóságát.

A jövőbeni kutatások számára módszertani szempontból indokolt a modellek longitudinális vizsgálata és klinikai célcsoportok bevonása. A COPSOQ II modellre épülő szervezeti visszajelző és kockázatértékelési rendszerek alkalmazása elősegítheti a mentális egészségvédelem célzott fejlesztését és a munkahelyi pszichoszociális kockázatok prediktív azonosítását.

A disszertációt megalapozó I-V. vizsgálatok eredményei megerősítik, hogy a pszichoszociális kockázatok validált mérőeszközökre épülő, evidencián alapuló értékelése és csökkentése Magyarországon nem csupán a munkavédelmi jogszabályok megvalósítását támogatja, hanem kulcsszerepet játszik a munkavállalók mentális egészségének fenntartható védelmében – stratégiai jelentőségű szakpolitikai és szervezeti szinten egyaránt. E szakpolitikai és intézményi felelősségvállalás akkor válhat hatékonná, ha a tudományos kutatás, a szervezeti gyakorlat és a társadalmi elköteleződés a többszintű diszkontinuitások áthidalásával összehangoltan működik, és ezáltal biztonságosabb, egészségesebb és fenntarthatóbb pszichoszociális munkakörnyezetet teremt.

6. Saját publikációk jegyzéke

6.1. A disszertációhoz kapcsolódó közlemények

1. **Nistor, K.,** Ádám, S., Cserhádi, Z., Szabó, A., Zakor, T., & Stauder, A. (2015). A Koppenhágai Kérdőív a Munkahelyi Pszichoszociális Tényezőkről II (COPSOQ II) magyar verziójának pszichometriai jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 16(2), 179–207. <https://doi.org/10.1556/0406.16.2015.2.3>
2. **Nistor, K.,** Nistor, A., Ádám, S., Szabó, A., Konkoly Thege, B., & Stauder, A. (2015). Munkahelyi pszichoszociális kockázati tényezők kapcsolata a depressziós tünetegyüttesel a magyar munkavállalók körében: Az Országos Munkahelyi Stresszfelmérés előzetes eredményei. *Orvosi Hetilap*, 156(11), 439–448. <https://doi.org/10.1556/OH.2015.30103>
3. **Nistor, K.,** Nistor, A., & Stauder, A. (2014). A munkavállalók testi-lelki egészségének védelmében: A pszichoszociális kockázati tényezők ismertetése. In J. Vincze & G. Tiszai (Eds.), *Emlékezünk orvosainkra* (pp. 83–96). NDP Kiadó.
4. **Nistor, K.,** Tóth, G., & Szócska, M. (2021). Munkahelyi pszichoszociális tényezők specifikumai a humán-egészségügyi és szociális ellátás ágazatban dolgozók körében. Komparatív vizsgálat. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 20(3), 3–10. <https://doi.org/10.53020/IME-2021-301>
5. **Nistor, K.,** Tóth, G., & Szócska, M. (2023). Bizonyítékalapú pszichoszociális kockázatértékelés a munkahelyen: A depressziós

tünetegyüttes prediktorainak vizsgálata. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 22(4), 5–15. <https://doi.org/10.53020/IME-2023-401>

6. Stauder, A., **Nistor, K.**, Susánszky, É., & Ádám, S. (2013). Egyes személyiségjellemzők szerepe a stressz észlelésében és a megküzdésben. In É. Susánszky & Zs. Szántó (Eds.), *Magyar lelkiállapot 2013* (pp. 123–136). Semmelweis Kiadó.
7. Stauder, A., **Nistor, K.**, Zakor, T., Szabó, A., Nistor, A., Ádám, S., & Konkoly Thege, B. (2017). Quantifying multiple work-related psychosocial risk factors: Proposal for a composite indicator based on the COPSOQ II. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 915–926. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9651-6>

6.2. Egyéb közlemények

1. Antal, Z., Bálicity, C., Cserhádi, Z., Galambos, L., Ivády, V., Joób, M., **Nistor, K.**, Nyitrai, I., & Révész, É. (2019). A vezetői megbízással rendelkező szociális szolgáltatást nyújtó személyek vezetőképzésének koncepciója a Semmelweis Egyetemen. *Párbeszéd: Szociális Munka folyóirat*, 6(1), 1–23. <https://doi.org/10.29376/parbeszed/2019/1/2>
2. Ádám, S., Nistor, A., **Nistor, K.**, Cserhádi, Z., & Mészáros, V. (2015). A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezők feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 156(32), 1288–1297. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30220>
3. Ádám, S., Nistor, A., **Nistor, K.**, & Hazag, A. (2014). A megküzdési stratégiák negatív és pozitív prediktív kapcsolata a kiégés három dimenziójával orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 155(32), 1273–1280. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.29949>
4. Csóka, R., Kenesei-Kalló, A., Jóni, A. D., Mikesy, G., Hámori, A., Bertókné Tamás, R., Árváné Egri, Cs., Gál, V., Joó, T., & **Nistor, K.** (2024). A 2023-as „Egészségpart” mobil nyári szűrő- és egészségdukációs program digitális egészségüggyel kapcsolatos szervezési szempontjai és működési tapasztalatai. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(4), 25–41. <https://doi.org/10.58701/mej.17337>
5. Fazekas, H., **Nistor, K.**, Cserhádi, Z., & Szócska, M. (2021). Szervezeti szintű változtatásokkal szembeni ellenállások és a stresszhelyzetek észlelésének vizsgálata egy szociális szolgáltató középvezetői körében. *Szociálpolitikai Szemle*, 7(3–4), 4–28.
6. Schutzmann, R., **Nistor, K.**, Albert, F., & Palicz, T. (2021). A szociális vezetőképzés: körkép a hazai és európai uniós képzési kínálatról. *Szociálpolitikai Szemle*, 7(1), 89–104.
7. Schutzmann, R., Kozák, A., Soltész-Várhelyi, K., **Nistor, K.**, & Dávid, B. (2025). How workplace friendships impact burnout among social care

leaders: A job demands-resources framework analysis. *Organizacija*, 58(3), 251–266. <https://doi.org/10.2478/orga-2025-0015>

8. Varga, E., Cserhádi, P., & Nistor, K. (2024). A mozgásterapeuták mentális és szomatikus egészségének szervezeti szintű pilot felmérése, értékelése és kezelése a Semmelweis Egyetem Rehabilitációs Klinikán. *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 23(2), 37–48. <https://doi.org/10.53020/IME-2024-205>

6.3. A publikációk pontértéke a hitelesített MTMT Könyvtári Adatlap alapján

Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények összesített publikációs pont értéke:	19
Az egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – eredeti közlemények pont értéke:	19
A közlemények összesített publikációs pont értéke:	58