

**JUHÁSZ ÁGNES**

**MUNKAHELYI STRESSZ, MUNKAHELYI  
EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS**

Oktatási segédanyag

Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés

BUDAPEST, 2002

## BEVEZETÉS

Szinte mindannyian hallottunk már az ismeretségi körünkben olyan esetről, amikor fiatal, erejük teljében levő emberek hirtelen súlyosan megbetegszenek, s a hosszú ideig vagy akár véglegesen munkaképtelenné válnak. Az egyik leggyakoribb ok ilyenkor, amivel ezt a megmagyarázhatatlannak tűnő egészségromlást magyarázni próbáljuk: a stressz. Az egyéni tragédiák jelentette óriási veszteségen túl társadalmi szinten is nagyon jelentős problémáról van szó: Egyes becslések szerint például az Egyesült Államokban egy átlagos napon körülbelül 1 millió dolgozó hiányzik a munkahelyéről stresszel kapcsolatos megbetegedések miatt, a stressz következtében fellépő csökkent termelékenység, megnövekedett hiányzás, és megbetegedések évente 150 milliárd dollár kárt okoznak a vállalatoknak. Az első fejezetben a munkahelyi stressz okozta problémákkal és ezek kezelésének, megelőzésének lehetőségeivel fogunk foglalkozni. Munkahelyi stressz alatt tulajdonképpen egészen egyszerűen a munkahelyen fellépő, illetve az ott történő munkavégzésre ható stresszt értjük. Fogunk beszélni általánosságban a stresszről, annak kiváltóiról, az egészségre gyakorolt hatásáról. Részletesebben szólnunk a munkahelyi stressz okainak, tüneteinek, következményeinek kérdéseiről. A második fejezet a munkahelyi stresszről alkotott legjelentősebb elméleti modelleket, és az azokat alátámasztó empirikus adatokat ismerteti.

A harmadik – munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó - fejezetben egy olyan módszert ismertetünk, mely együtt, egymásra hatásuk figyelembevételével képes kezelni a dolgozó ember egészségét veszélyeztető különböző tényezőket. Ez a munkahelyi egészségfejlesztésnek nevezett eljárás arra irányul, hogy feltárja, majd kiküszöbölje a dolgozók egészségére leselkedő veszélyeket, s ily módon megelőzze az egészség romlását, vagyis a betegséget. A munkahelyi jelző itt leegyszerűsítve megint csak annyit jelent – hasonlóan a munkahelyi stresszhez -, hogy az egészségfejlesztés a munkahelyen történik. Látni fogjuk azonban, hogy miért fontos az, hogy ez a beavatkozás a munkahelyen történjen. (Előljáróban annyit, hogy nem meglepő módon a vállalatok nyeresége nagy szerephez fog jutni – ez a nyereség azonban nem csak pénzben megragadható lehet). Ebben a fejezetben megnézzük, hogy mit is takar a munkahelyi egészségfejlesztés elnevezés, milyen szemléletbeli és gazdasági okok rejlenek a bevezetése mögött, milyen problémák kezelésével foglalkozik, milyen módszereket alkalmaz, milyen eredményeket várhatunk egy sikeres egészségfejlesztési programtól, és hogy mi a helyzet ma munkahelyi egészségfejlesztés terén Nyugat-Európában és Magyarországon.

# 1. MUNKAHELYI STRESSZ

## 1.1. A STRESSZ FOGALMA

„Mindenkinek van, mindenki beszél róla, mégiscsak kevesen vették a fáradságot, hogy utánanézzenek, valójában mi is a stressz.” – kezdi Selye „Stressz distressz nélkül” című könyvét (i.m. 23.o.).

Nézzük meg tehát, hogy valójában mit is jelent a stressz. (Kahn és Byosiere, 1992 alapján).

A stressz szó eredetileg az angol és a latin nyelvben egy ige volt, melynek jelentése: megsérteni, bántani, szorítani. A fogalmat később használták a természettudományokban, elsősorban a fizikában, ahol egy tárgyra ható külső nyomással hozták összefüggésbe. Az orvostudományba a 20. században került át a szó, azonban itt kétféle értelemben is használják a stresszt: jelenti a szervezetre ható külső körülményeket (például magas hő, erős ütés stb.), illetve az ezen körülmények hatására a szervezetben lezajló belső változásokat is. Például Selye stressznek azt a nem specifikus választ tekinti, amit a szervezet ad a megterhelésre. A stressz ez utóbbi felfogása esetén a szervezetre ható külső erőket, körülményeket *stresszorok*nak nevezzük.

A *stresszor-stressz* kifejezés pár mellett egy másikat is bevezettek a stresszirodalomba - nevezetesen a *megterhelés-igénybevétel* fogalmakat - kifejezetten a fogalmi zűrzavar eloszlatása végett. A *megterhelés* minden olyan külső hatás és a szervezet belső környezetében lezajló változás, amely befolyásolja a szervezet alkalmazkodási mechanizmusait. Az *igénybevétel* pedig a megterhelések hatására bekövetkező, egyénenként és esetenként különböző mértékű, jellegű és irányú funkcióváltozások összessége. (Izsó, 1995)

Mi a félreértések elkerülése érdekében a továbbiakban stressz alatt a stresszorok hatására a szervezetben létrejövő testi és lelki változások összességét értjük. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy ilyen pszichológiai stressz állapot akkor jön létre, ha a szervezet olyan helyzettel találkozik, amely az egyén saját megítélése szerint meghaladja a rendelkezésére álló erőforrásokat. (A „pszichológiai” szóval ezt a stresszállapotot meg akarjuk különböztetni a fizikai stressztől, ami például a testet ért erős sérülés (ütés, hő, vérveszteség, stb.) hatására jön létre. A továbbiakban stressz alatt a pszichológiai stresszt értjük). Ez megfeleltethető Selye (1983) elképzelésének, miszerint a stressz lényege az alkalmazkodás: annál erősebb stresszről van szó, minél nagyobb mértékű alkalmazkodást kíván a szervezettől.

Vagyis a fenti meghatározás értelmében nem tekintjük stressznek az olyan feladatokat, problémákat, amelyeket az egyén saját véleménye szerint könnyen meg tud oldani, ezzel szemben stresszről beszélünk, ha a célszemély úgy véli, jelentős nehézségekbe ütközhet a probléma megoldása során. Így könnyen előfordulhat például egy munkahelyi helyzetben, hogy bár két dolgozó ugyanazt a feladatot kapja, az egyikük személyiségéhez, tudásához, tapasztalataihoz jobban illeszkedik, mint a másikéhoz. Feltételezhetően az előbbi dolgozó számára a feladat jóval könnyebben meg is oldható, így adott esetben kisebb mértékű stresszt fog jelenteni. Sőt az is elképzelhető, hogy valójában a képességeik, tapasztalataik sem térnek el objektívan jelentős mértékben, csak saját képességeik szubjektív megítélésében, önbizalmukban különböznek. Látjuk, tehát, hogy ami számít, az egyén saját megítélése a helyzetről, annak stresszkeltő jellegéről.

Utóbbi megállapítás a stressz kognitív-tranzakcionista felfogásának alapját képezi. Lazarus szerint (Lazarus és Folkman, 1984; idézi Kahn és Byosiere, 1992) stressz az, amikor egy személy a környezetből érkező megterhelést, kényszert vagy lehetőséget úgy ítéli meg, mint olyat, ami meghaladja az erőforrásait. A külső ingerekre adott válasz két egymás utáni kognitív értékelési folyamatban alakul ki. Ezek az értékelések arra vonatkoznak, hogy fenyegetőnek tekinti-e a helyzetet a személy, s véleménye szerint meg tud-e küzdeni velük. Részletesebben a megküzdéssel foglalkozó részben szólnunk a modellről.

## 1.2. A STRESSZOROK

Az előző bekezdésben már utaltunk rá, hogy *stresszorok*nak a szervezetre ható külső erőket, körülményeket, vagyis azokat az ingereket nevezzük, amelyek a *Stresszállapot jelei, következményei* részben részletezett – általában kellemetlennek megélt – testi változásokat, lelki reakciókat váltják ki.

A fenti példa már elővételte azt a tényt, hogy elvileg bármilyen inger kiválthat stressz választ egy egyénben. De a kutatókat leginkább azok az ingerek érdeklik, amelyek a legtöbb egyénben ilyen választ váltanak ki. Ebben a megközelítésben stresszornak azt az ingert tekintik, amiről korábban már kimutatták, vagy feltételezett, hogy káros hatásai vannak. (Kahn és Byosiere, 1992).

### 1.2.1. A STRESSZOROK KÖZÖS JELLEMZŐI

Melyek azok az általános jellemzők, melyek egy adott ingert általában stresszorrá tesznek? (Vagyis melyek azok a vonások, amelyekről már kimutatták, hogy káros hatásai vannak?) (Atkinson és mtsai, 1994 alapján).

- A stresszkeltő események *befolyásolhatatlannak* tűnnek: Az a pusztán hit, hogy befolyásolhatjuk az eseményeket, még akkor is csökkenti a szorongást, ha ezzel a lehetőségünkkel sosem élünk. Egy kísérletben például a kísérleti személyek két csoportját hangos, nagyon kellemetlen zajnak tették ki. Az egyik csoport egy gombbal kikapcsolhatta volna a zajt, de kérték őket, hogy ezt csak akkor tegyék, ha nagyon muszáj. A másik csoport nem tudta kikapcsolni a zajt. Végül az első csoport tagjai is meg tudták állni: senki sem kapcsolta ki, tehát mindkét csoport ugyanannyi zajt kapott. Ennek ellenére a befolyással nem rendelkező csoportot sokkal jobban zavarta a zaj, ami a későbbiekben vizsgált probléma-megoldási képességük leromlásában is jelentkezett (Glass és Singer, 1972, idézi Atkinson, 1994). Ezért jelentős stresszor például, ha munkavégzésünk során nincs befolyásunk arra, hogy milyen munkát, milyen módszerrel, ütemezéssel végzünk (ez az egyik jelentős munkahelyi stresszmodellnek is alapját képezi).
- *Bejósolhatatlanok*: A bejósolhatóság fontosságára utal az a kísérleti eredmény, hogy az emberek inkább a bejósolható, mint a bejósolhatatlan áramütést választják (Katz és Wykes, 1985, idézi Atkinson, 1994). Miért fontos a bejósolhatóság? Egyrészt a figyelmeztető jelzés lehetővé teszi valamilyen előkészítő folyamat beindítását, ami kivédheti vagy csökkentheti a kellemetlen inger hatását. Ha tudunk például az árvíz közeledtéről, biztonságos helyre menekülhetünk, és esetleg a legfontosabb értékeinket is magunkkal vihetjük. Másrészt bejósolható stressz esetén vannak ún. biztonságos időszakok is, amikor megnyugodhatunk, hiszen nincs vészjelzés: semmi rossz nem történhet. Ebből a szempontból (is) különösen stresszkeltő például a mentősök, rendőrök munkája, amelynek során bármikor előállhat vészhelyzet.
- *Képességeink határait érintik, negatívan befolyásolhatják képünket*. Már a stressz meghatározásában szerepelt, hogy úgy érezzük, meghaladja a rendelkezésünkre álló erőforrásokat. Ebből következik, hogy viszonylag nagy a kudarc esélye, ami pedig negatívan befolyásolhatja a magunkról kialakított képünket.

### 1.2.2. A STRESSZOROK LEHETSÉGES CSOPORTOSÍTÁSAI

Selye csoportosítása a stresszorokat az általuk kifejtett hatás pozitív vagy negatív természete szerint két csoportba osztja (Kahn és Byosiére, 1992 alapján):

Az *eustressz* az önbeteljesítés stressze. Az ezt kiváltó stresszorok olyan aktivitások, melyek az általa fontosnak tartott képességei alkalmazására készítetik az egyént, illetve arra, hogy új képességeket szerezzen. Az ilyen stresszorok tehát hosszabb távon építően hatnak a személyre.

A hatásában negatív stressz a *distressz*. Ez akkor lép fel, ha a stresszonnal való megküzdés során nincs lehetőség a meglévő képességek felhasználására, vagy újak szerzésére, s ez hosszabb távon testi-lelki károsodáshoz vezet.

Az eustresszre példa lehet az, amikor egy zongoraművész egy nagyon fontos és nagyon nehéz versenymű bemutatására készül. A feladat nehéz, ezért stresszkeltő, de végrehajtása közben tökéletesednek a művész készségei, ami meg fogja könnyíteni a következő előadásra való felkészülését. A distresszre példa egy olyan ismétlődő, monoton munka végzése lehet, ami nem veszi igénybe a munkavégző képességeinek, készségeinek felhasználást, sőt hosszabb távon inkább leépíti készségeit, igényeit, testi megbetegedésekhez és az érzelmi élet elsivárosodásához vezetve.

A stresszorokat csoportosíthatjuk aszerint is, hogy már megtörtént-e a kellemetlen, félelemkeltő esemény, vagy később fog megtörténni, illetve ettől nem függetlenül, hogy van-e lehetőségünk megküzdenni vele (lásd a kognitív-tranzakcionista modellt). Így Lazarus (1977, idézi Herbert és Cohen, 1996) szerint megkülönböztetünk:

- végleges, visszafordíthatatlan *károkat, veszteségeket*,
- *fenyegetéseket*, melyek valamilyen kárnak, veszteségnek az elővételezéseit,
- és *kihívásokat*, vagyis olyan külső ingereket, megterheléseket, melyek a személy növekedésének, gyarapodásának lehetőségét rejtik magukban.

A stresszorokat a szervezetre ható ingerek erőssége szerint is lehet csoportosítani, jellemezni. Megállapíthatjuk, hogy a túl kevés és a túlzott ingerlés egyformán stresszkeltő lehet. (Selye, 1983). A túl kevés ingerlés okozta stressz az unalommal feleltethető meg. Ez a koncepció könnyen kapcsolatba hozható az arousal és a teljesítmény színvonala közti kapcsolat fordított U alakú görbéjével. Ott is azt láttuk, hogy a túl alacsony és a túl magas aktivációs szint egyaránt a teljesítmény színvonalának csökkenését eredményezi, a kellemetlen szubjektív élmény mellett. Természetesen ez a párhuzam nem véletlen: a stresszállapot többek között nagy mértékű arousal növekedéssel is együtt jár.

Például könnyű elfogadnunk, hogy egy olyan ember munkanapja, akinek az irodájában állandóan csörög a telefon, a kollégák személyesen is sokat keresik, akinek rengeteg feladata van, a mellette levő irodában átalakítási munkálatok miatt fűrnak, kalapálnak, s ráadásul nyugtalanítja kisgyermek betege is – meglehetősen stresszkeltőnek tekinthető. Ritkábban szoktunk túl kevés munkára panaszkodni, de mégsem dolgoznánk szívesen egy olyan munkahelyen sem, ahol soha semmi nem történik, napszámra ülünk egyedül egy üres irodában, s valójában semmi fontos, értelmes feladatunk nincs. Az unalom nagyon is stresszkeltő lehet, és nagyon káros lelki hatásai vannak.

### 1.2.3. A MUNKAHELYI STRESSZOROK

Most nézzük meg, melyek azok a munkahelyi tényezők, amelyek a legtöbb ember számára stresszt okoznak, így munkahelyi stresszoroknak tekinthetők (Cooper és Davidson, 1987; illetve Cooper és Marshall, 1978 alapján):

#### 1.2.3.1. A feladattal kapcsolatos stresszorok

Gyakorlatilag minden munkaköri leírásnak vannak olyan elemei, amelyek bizonyos emberek számára, adott időpontban stressz forrásai lehetnek.

- *Mennyiségi vagy minőségi túl-, vagy alulterhelés:* Mennyiségi túl- vagy alulterhelésről akkor beszélünk, ha egyszerűen egy dolgozónak adott időre túl sok, vagy túl kevés munkát adnak. A mennyiségi túlterhelés káros következményei rengeteg vizsgálatnak tárgyát képezték, egyes vizsgálatok például azt találták, hogy a szívinfarktus előfordulásának kockázata egyenes összefüggésben volt azzal, hogy heti hány órát dolgozott az illető. Minőségi túlterhelés esetén az elvégzendő feladat túlságosan bonyolult. Egy másik vizsgálat eredményei szerint a minőségi túlterhelés (ha kiemelkedő minőségű munkát várnak el a dolgozótól) az önértékelés csökkenéséhez vezethet. A minőségi alulterhelés a monotóniával azonos, az egyszerű, ismétlődő, rutin mozdulatokból álló feladatokkal, amelyeknek az egészségre való káros hatásait rengeteg vizsgálat kimutatta. A monotónia, unalom periódusai a dolgozó éberségének, gyors reakcióképességének romlását is eredményezhetik, ami különösen hátrányos lehet olyan munkakörökben, amilyen például a rendőré, akinek munkájában eseménytelen periódusok és gyors reagálást kívánó vészhelyzetek váltják egymást.
- *Munkafeltételek:* Az is jelentős stresszor lehet ha a munkafeltételek nem biztosítják a megfelelő munkavégzés háttérét (például nem állnak rendelkezésre a hatékony, gyors munkát lehetővé tevő eszközök). A Three Mile Island-i atomerőmű baleset egyik fontos előidézője volt, hogy az operátorokat megzavarta a szirénákból érkező fülsiketítő vészjelzés, s ennek következtében romlott a probléma-megoldó hatékonyságuk. Másik fontos – a munkafeltételeket érintő - stresszor ha az egyénnek nincs beleszólása abba, hogyan végzi a munkáját, milyen eszközöket használ, milyen ütemezéssel dolgozik. Különösen káros hatásúak lehetnek mind a mentális mind a fizikai egészség szempontjából (lásd alább) az olyan dehumanizáló munkafeltételek, amelyet például az ismétlődő, monoton, szalagmunka végzése jelent. A munkafeltételek akkor is stressz forrásai lehetnek, ha az egyénnek veszélyes körülmények között kell dolgoznia (rendőr,

tűzoltó), vagy ha műszakoznia kell. Utóbbi a napszaki biológiai ritmus felborulása miatt közvetlenül is kiváltója lehet különböző betegségeknek, illetve pszichés stresszorként közvetett módon is vezethet betegségekhez (ennek módjairól lásd alább), amennyiben például a műszakozás a dolgozó társas életből való kizáródását hozza magával.

- *Változások a munkában:* A munkafeladatok, értékelési kritériumok, eszközök, stb. gyakori változásai elbizonytalanítják az embert saját szakértelmében, kompetenciájában, így stresszt jelentenek.
- *Lépést tartani a gyors technológiai változással:* Jelen korunk egyik tipikus stresszora, a dolgozóktól állandó tanulást, alkalmazkodást kíván.

A munkafeladattal kapcsolatos stresszorok között a fent felsoroltakon kívül olyan tényezőket szoktak vizsgálni, mint a határidők, a fizikai igénybevételből eredő fáradtság, túlórázás, a hibázás (pénzbeli és karrier szempontú költségei).

### **1.2.3.2. Munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok**

Stresszorok lehetnek a fizikai környezet olyan jellemzői, mint a zaj, a hő, a nem elégséges megvilágítás, a szennyezett levegő, a kellemetlen szagok, a túlzásfoltosság, az elvonulási lehetőség hiánya (pl. egyterű munkahelyeken). Jelentős egyéni különbségek vannak abban, hogy ki mennyire tudja tolerálni ezeket a kellemetlen, zavaró környezeti ingereket. Más zajszintet találunk elviselhetőnek egy autógyárban, mint egy irodában. De még az egészségre káros értéket elérő ingerekhez is hozzá lehet szokni egy idő után, ettől függetlenül azonban ezek továbbra is ártalmas hatásúak (Smith, 1993).

Ma a munkahelyeken az egyik leggyakoribb fizikai környezettel kapcsolatos stresszor a zaj. A zajos munkahelynek a hallószervre gyakorolt – akár maradandó károsodást eredményező – hatásán kívül káros vegetatív és pszichés hatásai is vannak. Vegetatív hatása, hogy megváltoztatja a keringési rendszer működését, így keringési betegségek forrása lehet. Mindezekon felül pedig a zaj szubjektíven kellemetlen, ronthatja a teljesítményt. Érdekes ebből a szempontból, hogy az egyre népszerűbbé váló munkahelyi háttérzene nem feltétlenül növeli a termelékenységet, még akkor sem, ha adott esetben a dolgozó kellemesnek érzi azt (Klein, 2000).

### **1.2.3.3. Szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok**

Egyéni szinten

- *Szerep kétértelműség:* Ez akkor állhat elő, ha a dolgozó inadekvát információkkal rendelkezik a munkáját illetően. Amikor nem világos a számára, hogy mik e



szerepével kapcsolatos munka-célok, mik a munkatársai elvárásai az ő szerepére vonatkozóan, s mire terjed ki a felelőssége. Például amikor egy átszervezés, leépítés után egy dolgozónak megváltozik a szerepe: ettől kezdve több korábbi kollégája feladatát is el kell látnia. Ilyenkor általában nem világos a dolgozó számára, hogy mik is pontosan a vele szemben támasztott elvárások, mi az általa ellátandó feladatok fontossági sorrendje, stb. A szerep kétértelműség többek között csökkent munkahelyi elégedettséghez, önértékeléshez vezet.

- *Szerep konfliktus:* amikor egy dolgozóval szemben támasztott különböző követelmények egymásnak ellentmondóak, olykor egyenesen egymást kizáróak. Például: a befutó telefonok kezelése megakadályozza, hogy az orvos megfelelő mélységben tudjon foglalkozni a nála levő betegekkel. Az is szerep konfliktus forrása lehet, ha egy személynek olyasmit kell végeznie, amit nem akar, vagy amit ő nem tekint a munkája részének (pl. a vezérigazgató asszisztense úgy érzi, neki nem lenne feladata a kávéfőzés). A szerep konfliktus egyes vizsgálatok szerint megnövekedett szívritmushoz, illetve szív-koszorúér betegségek kialakulásának nagyobb kockázatához kapcsolódott.
- *Túl sok vagy túl kevés felelősség más dolgozókért. Autonómia a munkavégzésben.* Stresszkeltő lehet valaki számára, ha túl nagy felelősséggel bír más dolgozók előléptetéséért, jutalmazásáért, elbocsátásáért, stb., de az is stresszkeltő lehet, ha valaki igazán összetett munkát végez, mégis minden apró döntéssel a feletteséhez kell fordulnia. A nagy mértékű felelősség olyan járulékos stresszorokhoz is vezethet, mint több értekezletre kell járni, sok határidőt kell betartani, stb.
- *Karrierfejlődés: túlzott ütemű vagy nem elégséges előléptetés* szintén stressz forrásai lehetnek. A nagy mértékű fizetésemelés például nem feltétlenül növeli a munkahelyi elégedettséget: előfordulhat, hogy emiatt a dolgozó csak tovább marad egy olyan állásban, amely már nem kielégítő számára. Fiatalabb dolgozók karriertörekvéseit általában a szervezet is támogatja, így ekkor a karrierfejlődés viszonylag zökkenőmentes lehet (természetesen megfelelő képességek és motiváció esetén). Később, középkorúak esetében, illetve a középszint elérése után azonban a karrierfejlődés lelassul, akár le is áll. Kevesebb álláslehetőség van, az elérhető munkákba nehezebb beletanulni, a rég tudás és régi módszerek elavulttá válnak, a családi feladatok, tevékenységek jelentős energiát köthetnek le, és ráadásul állandóan versenyezni kell a fiatal, energikus, feltörekvő új kollégákkal. Különösen erős lehet az elavultságtól, lefokozástól való félelem

azokban, akik tudják, hogy már elérték karrierjük csúcsát, s óhatatlanul lefele fognak elmozdulni a ranglétrán a nyugdíjazásuk előtt. Ugyanakkor sem a vállalat, sem az egyén számára nem előnyös az ún. túlzott mértékű, fokú előléptetés, ahol olyan pozícióba helyezik a személyt, hogy már csak jelentős mértékű túlmunkával tudja elleplezni bizonytalanságát, kompetencia hiányosságait.

#### Csoport szinten

- *Összetartás hiánya*: Ha az azonos munkacsoportban dolgozók egymás segítése helyett egymás ellen dolgoznak, az jelentősen megnehezíti a munkavégzést, a csoportcélok elérését, és rossz munkahelyi hangulatot eredményez.
- *Jó munkatársi kapcsolatok hiánya*. Rossz munkahelyi kapcsolatok azok, amelyekben kevés a bizalom, a támogatás, és az érdeklődés mások problémái és azok megoldása iránt. A támogató kapcsolatok jelentős mértékben képesek enyhíteni az egyéb munkahelyi stresszorok hatását, mint azt alább a modellek ismertetésénél látni fogjuk.
- *Csoporton belüli konfliktusok* extra figyelmet, energiát követelnek a dolgozóktól, növelve a rájuk ható megterhelést. A csoporton belüli konfliktusok egy speciális esetének tekinthető az ún. *munkahelyi pszichoterror*, vagy *mobbing* jelensége. Munkahelyi pszichoterrorról egy olyan konfliktusfolyamat, melynek során egyeseket a kollégáik és/vagy a vezetőik gyakran és hosszabb időn át különböző inzultusoknak, zaklatásoknak, molesztálásoknak tesznek ki. Pszichoterrornak számít például, amikor a dolgozót...
  - kigúnyolják valamilyen fogyatékosága miatt,
  - burkolt gyanúsítgatások, célzások célpontjává válik,
  - ítéleteit megkérdőjelezzik, véleményét semmibe veszik,
  - fizikai erőszakkal fenyegetik, stb. (Kaucsek és Simon, 1997).A pszichoterrornak nagyon súlyos következményei lehetnek mind az érintett dolgozó testi és lelki egészsége, mind a vállalat eredményessége, termelékenysége szempontjából.
- *Felettsel/beosztottal való kapcsolat*. Egy vizsgálat érdekes eredménye volt, hogy a beosztottakkal való gyenge kapcsolat a kollégák illetve a felettes általi fenyegetettség érzéséhez vezetett, de ehhez nem társult a beosztottak általi fenyegetettség érzése.

### Szervezeti szinten

- *Szervezeti légkör:* Kellemetlen lesz a szervezeti légkör, ha a dolgozóknak nincs lehetősége részt venni a döntésekben, ha hiányzik a szervezethez tartozás érzése, gyenge a szervezeten belüli kommunikáció. Stressz forrásai lehetnek a viselkedésre vonatkozó szigorú korlátozások, irodai politika. Az, hogy az emberek részt vehetnek-e a munkájukat érintő döntésekben, rengeteg vizsgálat tanulsága szerint az egyik legfontosabb munkahelyi tényező volt a szív-koszorúér betegségek előrejelzésében, azon kívül a munkahelyi elégedettségnek és ön-értékelésnek is fontos előrejelzője.
- *Vezetési stílusok:* A felettes vezetési stílusa megfelel-e a dolgozók személyiségének, elvárásainak, az elvégzendő feladat természetének. Ha nem, az stresszort jelent a beosztottak számára.
- *Ellenőrzési rendszerek* is stressz forrásai lehetnek amennyiben igazságtalanok, vagy a dolgozók számára nem világosak az elvárások, illetve ha csak negatív visszajelzéseket adnak.
- *A technológia,* illetve annak változása is stressz forrása lehet, hiszen a dolgozók számára rövid idő alatt új kompetenciák kialakítását teszi szükségessé (ld. Feladattal kapcsolatos stresszorok).
- *Túlságosan alacsony fizetés, az állás bizonytalansága* szintén jelentős stresszorok a dolgozók számára.

#### **1.2.3.4. Szervezeten kívüli stresszorok**

- *Családi kapcsolatok, anyagi problémák, társadalmi problémák.* A vizsgálatok tanulsága szerint egy adott társadalom gazdasági fejlettsége, gazdasági stabilitása, a munkanélküliség mértéke kapcsolatban van tagjainak egészségi állapotával az ezen tényezők okozta stressz közvetítésével.
- *Családi és munkahelyi szerepek összeegyeztetésének nehézségei* különösen a családos nők esetében. Erről bővebben a speciális rétegek stresszoraival foglalkozó részben lesz szó.
- *A személyes hitek, meggyőzések és a vállalati politika közti konfliktusok.* Például, ha valakit a munkája, munkahelye arra kényszerít, hogy hazudjon, pedig ez ellentétben áll erkölcsi meggyőződésével.
- *Elidegenedés és anómia* (a normák hiánya): a társadalomtól való elszigetelődés érzésének következtében alakul ki speciális foglalkozási csoportoknál (pl. ellenőr). Az elidegenedés

különösen a vendégmunkásokra, illetve bevándorlókra veszélyeztető, akik a munkaerő egyre jelentősebb részét teszik ki.

- *Gyakori költözés*, amit egyes foglalkozások szükségessé tesznek (pl. diplomata), a gyökértelenség érzéséhez vezethetnek.
- *Közlekedés a munkahelyre, vezetés*. Kétórányi vezetés után jelentős mértékben nő a stresszhormonok szintje a vérben egészséges személyeknél is, ami a szívkoszorúér betegségek kockázatát (is) növeli.
- *Vidéki vagy városi életkörülmények*: érdekes módon több vizsgálatban azt találták, hogy a városban élőket átlagosan kevesebb stressz éri, mint a falun élőket.

### **1.2.3.5. Speciális rétegek stresszorai (nők, fizikai-szellemi munkások, vezetők és beosztottak, kisebbségek, fogyatékosok)**

#### **nők**

Nők esetében speciális stressz forrása lehet a munkahelyi szexuális zaklatás, a munkahelyi és családi szerepek összehangolása, illetve a nők és férfiak munkaerő-piaci esélyegyenlőtlensége. Az alábbiakban ezekkel a stresszorokkal kicsit részletesebben is foglalkozunk.

#### *- munkahelyi szexuális zaklatás*

(Sárközi, 1995 alapján). A munkahelyi szexuális zaklatás egy olyan nagyon fontos és hatásaiban végtelenül káros munkahelyi stresszor lehet, ami nem kizárólag nőket érinthet. Mint látni fogjuk azonban a munkahelyi szexuális zaklatás az egyenlőtlen erő- és hatalomviszonyok egy kifejeződési formája, s mint azt szintén látni fogjuk a legtöbb társadalomban (a mienkben pedig különösképpen) ezek az erő- és hatalmi viszonyok még szinte mindig a férfiak oldala felé billennek el. A munkahelyi szexuális zaklatás olyan *akarattelenes, viszonzatlan, gyakran kitartó magatartást jelent, melynek szexuális mellékértelme van, ami nyugtalanítja a megcélzott személyt, tiszteletlen* (Sárközi, 1995). A következő cselekvések tartozhatnak ide: javaslatok, ajánlattételek, kétértelmű megjegyzések, obszcén, bántó viccek, feltűnő bámulás, érintés, szexuálisan felhívó fényképek, illetve kétértelmű tárgyak elhelyezése a munkahelyen. (A munkahelyen a szexuális zaklatáson kívül előfordulhat testi sértés, nemi erőszak, amelyet minden formájában tilt a törvény, továbbá a szintén törvénytelen szexuális zsarolás, amikor valakit szexuális cselekményre kényszerítenek a munkahelyi előrelépés érdekében). A munkahelyi szexuális zaklatás fogalomkörébe tartozó és fent felsorolt cselekvéseket sok férfi és nő többé-kevésbé hétköznapi dolognak fogja fel. A

szexuális zaklatás a nők és férfiak közötti egyenlőtlen erőviszonyok egy kifejeződése. Zaklatásra különösen veszélyeztetett csoportok: a fiatalok, az egyedülállóak, egy etnikai kisebbség tagjai, leszbikusok, pályakezdők, nő létükre férfimunkát végzők. Nincs tipikus szexuális zaklató vagy tipikus helyszín, de vannak bizonyos vonások, amelyek valószínűsítik, hogy a zaklatás be fog következni:

- ha a munkahelyen a nők aránya nem éri el a 20%-ot,
- egyes munkahelyeken egyedül dolgoznak a nők,
- a vezető nők aránya alacsonyabb a szervezetnél meglévő arányuknál,
- a nők aránytalan számban dolgoznak a munkahely különböző pontjain,
- szexuálisan egyértelmű tárgyak vannak jelen a munkahelyen,
- eltűrik az obszcén nyelvhasználatot.

A munkahelyi szexuális zaklatásos esetek pontos száma nem ismert. De a becslések szerint a dolgozó nők 25-90%-a átélte, vagy átél a karrierje során ilyet. Az adatok hiányának az az oka, hogy az áldozatok közül nagyon kevesen tesznek hivatalos panaszt.

Hogyan reagálnak a zaklatottak? Általában lefelől összezavarodnak, zavarba jönnek, esetleg megaláztatnak érzik magukat. A sokk, a félelem és harag érzései később kerülnek felszínre. Általában nem gondolnak arra, hogy visszautasítsák a zaklatást, vagy azért, mert a zaklató magasabb pozíciójú, vagy, mert félnek, hogy azt fogják gondolni róluk, hogy ők provokálták a zaklatót. A zaklatottak további reakciója lehet a munkahelytől való távolmaradásra törekvés: betegállománnyal, áthelyeztetéssel, kilépéssel. A munkahelyi szexuális zaklatás következményei olyan fizikai és pszichés panaszok, amelyek a munkavégzést is akadályozhatják, kihatnak a termelékenységre, végső soron a nyereségre is. A cégvezetésnek tehát érdeke – és kötelessége - lenne fellépni a szexuális zaklatás ellen, és biztosítani az egészséges munkakapcsolatokat.

Mit tehet a megelőzés érdekében a cégvezetés? Több országban próbálkoztak a nők magabiztoságának növelését célzó tréningek, illetve ún. Egyenjogúsági tréningek tartásával, melyeknek célja az előítéletek felismertetése és kezelése, a „macho” kultúra átalakítása: a férfi és női szerepekről szóló sztereotípiák megváltoztatása. A megelőzés fontos eleme lehet, ha törekednek arra, hogy a munkahelyen a nők és férfiak létszáma egyensúlyba kerüljön, hiszen ezen egyensúly hiánya a szexuális zaklatásra hajlamosító tényező lehet. Amennyiben a megelőzés mégsem volt teljesen sikeres és megtörtént a munkahelyi szexuális zaklatás, szükséges a panaszok megfelelő kezelése, tanácsadás az áldozatok számára.

A probléma jelentőségét támasztja alá az az amerikai megfigyelés, mely szerint az USA-beli rendőrök számára a munkahelyi stressz legvalószínűbb és leggyakoribb forrása a szexuális zaklatás.

- *munka és család*

A következőkben azt nézzük meg, hogy a nők munkahelyi és családi szerepei külön-külön, egymáshoz viszonyítva, illetve interakciójukban mekkora stresszt jelentenek betöltőik számára.

Ma az az általános vélemény uralkodik, miszerint annak a ténynek, hogy a házimunkák mellett (melyek nagy része a hagyományos – és állítólag meghaladott – nemi sztereotípiáknak megfelelően még mindig a nőkre hárul) a nők többsége állást is vállal, nagy szerepe van abban, hogy a nők általában a férfiaknál nagyobb stresszről számolnak be a különböző vizsgálatokban, és a mentális megbetegedések, neurózisok is gyakoribbak náluk. Ezzel szemben az alább ismertetett vizsgálatok eredményei szerint a háztartásbeli nők sokkal rosszabb pszichés állapotban vannak, mint a dolgozó nők.

Claes és mtsai (1995) vizsgálatának eredményei szerint az USA-ban a háztartásbeliek 25%-a elégedetlen a foglalkozásával, a dolgozóknak pedig csak 7%-a. Ennek alapján úgy tűnik, hogy az otthonon kívül végzett munka jelentős mértékben hozzájárul a nők általános elégedettségéhez.

Baruch és mtsai (1987) felhívják a figyelmet arra az általánosan uralkodó elképzelésre (mely a vizsgálatok szerint tévhitnek bizonyult), hogy a nők számára az otthoni szerepek (háztartásvezető, feleség, anya) természetesekek, stresszmentesek, míg a munkahelyi szerepek a pszichológiai stressz elsődleges forrásai. Ezzel szemben az általuk összefoglalt kutatásokban a háztartásbeliek több pszichiátriai tünetről számoltak be, mint a dolgozó nők, és az előbbi csoport hamarabb is kiábrándult a szerepéből. Ennek egyik oka az otthon végzett munka strukturátlanságában keresendő (nincsenek világos követelmények és visszajelzések), ami nagyon megterhelő lehet. Ezen kívül a nőket hagyományosan felelősnek tartják a családtagjaik jól-létéért is, amire pedig ténylegesen elég kicsi a hatásuk, így a kontroll hiánya még tovább fokozza a szerep megterhelő jellegét. Ezek alapján úgy tűnik, hogy a családi szerepekkel kapcsolatos stresszorok szorosabban kapcsolódnak a pszichológiai distresszhez és a fizikai betegségekhez. Ezzel szemben a munka jót tesz a nők egészségének, főleg a magas státuszú munkák. A munkahely ugyanis a következőket kínálja (amiket a háztartásvezetés kevésbé): kihívás, kontroll, struktúra, pozitív visszajelentés, önbecsülés, szociális kapcsolatok.

Hogyan hatnak egymásra a különböző életszerepek, illetve több szerep egyidejű betöltése fokozza, vagy csökkenti-e a stresszt?

Több vizsgálat is azt találta, hogy a munkahelyi és nem-munkahelyi stressz kapcsolatban vannak egymással: az otthoni konfliktusok fokozhatják a munkahelyi stresszt, illetve fordítva: a munkahelyi problémák növelhetik az otthon átélt stresszt (pl. Klitzman és mtsai, 1990). Munkahelyi és nem-munkahelyi stresszorok egyaránt képesek fokozni a munka és a család közti konfliktust, de a munkahelyi stresszorok hatása a konfliktusra valamivel erőteljesebb. A munkahelyi és nem-munkahelyi stresszorok egymástól függetlenül, de egyaránt jelentős mértékben befolyásolják a fizikai és mentális egészség alakulását.

Baruch és mtsai (1987) által idézett vizsgálatok szerint ezzel szemben a munka bufferként képes csökkenteni az egyéb szerepekből származó stressz hatását. Azt találták (Brown és mtsai, 1975, idézi Baruch és mtsai, 1987), hogy stresszteli életesemény hatására a dolgozó nők 14%-ánál, a nem dolgozók 79%-ánál fejlődött ki pszichiátriai tünet.

Azonban van olyan szerepkombináció is, ami ténylegesen gyengíti a megküzdést, és különböző stresszel kapcsolatos megbetegedések (pl. szív-koszorúér betegségek) rizikófaktora lehet: ilyen például azoknak az irodai dolgozó nőknek az esete, akiknek három, vagy több gyerekük, vagy fizikai dolgozó férjük van. Utóbbi oka az, hogy az ilyen „típusú” férjek szállnak be legkevésbé a házimunkába. A három gyerek jelentette megterhelés pedig nem igényel külön magyarázatot. A több gyermekes dolgozó nők veszélyeztetettségére más vizsgálatok is utalnak: Arnold és mtsai (1995) összefoglalója szerint például a dolgozó nőnek minél több gyereke van, annál nagyobb a valószínűsége a szívkoszorúér megbetegedéseknek.

Összességében úgy tűnik, hogy a több különböző szerep betöltése inkább jótékony hatású a nők életében, a szerepek közötti konfliktus nem jellemző, mivel különböző értékeket akarnak megvalósítani a munkában és otthon. Konfliktust inkább a háztartásbeli nők élnek át, mivel nekik nincsenek jelentős másodlagos szerepeik. (Claes és mtsai, 1995).

Hasonló következtetésre jut Malley és Stewart (1988), akik Bakan (1966, idézi Malley és Stewart, 1988) elméletéből kiindulva az ember két alapvető modalitását különítik el: a közösséget és a hatóerőt. (Előbbit egyfajta társulási igényhez, utóbbit a teljesítménymotivációhoz lehetne hasonlítani). Az elégedettséghez és a mentális egészséghez szerintük e két törekvés egyensúlyára van szükség. Tanulmányukban azt elemzik, hogy a nők különböző életszerepei mennyire adnak lehetőséget ezen igények, késztetések kielégítésére. Arra a következtetésre jutnak, hogy sem pusztán a családbeli szerepek (anya, feleség), sem egyedül a munkahelyi szerepek nem alkalmasak eme két alaptörekvés kellő egyensúlyának kialakítására. Bár a család a közösség érzésének nagyon fontos forrása, a családbeli

kapcsolatok azonban sokszor aszimmetrikusak, ahol a nő egyfajta érzelmi gondozó szerepet tölt be, de az ő érzelmi szükségleteivel senki sem törődik igazán. A családi szerepek, főleg a gyermeknevelés a hatóerő kifejezésére is csak korlátozott mértékben nyújtanak módot. A fizetett munka ezzel szemben lehetőséget ad a hatóerő gyakorlására, ezen kívül a munkahelyi kapcsolatok a kölcsönösség kifejezésének lehetőségéhez is hozzájárulnak. Mindezek alapján a szerzők Claes és mtsaiéhoz (1995) hasonló következtetésre jutnak, miszerint az egyszerre több életszerepet is betöltő nőknek nagyobb esélye van arra, hogy a hatóerő és a közösség igényük egyensúlyba kerüljön, ezzel megteremtve a pszichés és szomatikus egészség alapját. A dolgozó asszonyok mindenképpen elégedettebbek, egészségesebbek és kevésbé depressziósok, mint a háztartásbeliek. A dolgozó anyáknál azonban ők is megtalálták a megnövekedett stresszhatásokat a gyerekek miatti aggodalom kapcsán. Mindezek alapján azt mondhatjuk, a nők egészségének használ, ha dolgoznak és családjuk is van. Az egészség és a többféle életszerep közti pozitív kapcsolatot azonban aláássa a nő kedvezőtlen anyagi helyzete: ha nincs módja megfelelő gyermekfelügyeletről gondoskodni, amíg dolgozik, illetve ha csak a pénzért dolgozik, munkája amúgy nem jelent örömet a számára.

Miután láttuk, hogy a nők számára előnyösebb, ha egyszerre többféle életszerepet töltenek be, nézzük meg, hogy ezek az egyes életszerepek egymáshoz viszonyítva mekkora stresszt jelentenek. A munkahelyi vagy a nem-munkahelyi stresszoroknak van-e nagyobb hatásuk a mentális és fizikai egészségre? (Vagyis ezeket egymással összevetve melyik tekinthető hatásában jelentősebb stresszorok forrásának a nők életében). Több kutató végzett e kérdésben kutatásokat és sokszor más-más eredményre is jutottak. Johnson (1989) és Klitzman és mtsai (1990) egyaránt azt találták, hogy a munkán kívüli (zömében otthoni, családi) stresszoroknak nagyobb jelentőségük van a nők mentális és fizikai jóllétének kedvezőtlen alakulásában. Vagyis ez azt jelentené, hogy a munkahelyi stresszorok kevésbé „ártalmasak az egészségre”, mint az otthoniak. Ezzel szemben Karasek és mtsai (1987) éppen azt találták, hogy a munkahelyi faktorok (pl. munkahelyi megterhelés, kontroll lehetősége, szerepkonfliktus) jobb előrejelzői voltak a pszichés stressznek, mint az otthoni stresszorok. Az ellentmondás oka talán a munkahelyi- és nem-munkahelyi faktoroknak, illetve a pszichés és fiziológiai hatásoknak nem konzisztens, nem következetes meghatározásában és mérésében keresendő.

Hogyan állnak maguk a nők az egyidejű munka és családvállalás kérdéséhez? Magyarországon a rendszerváltás után egy nagyon sajátos helyzet állt elő a női munkavállalás megítélésének változásában. Míg Nyugat-Európában mind a nők, mind a férfiak egyre elfogadóbban és támogatóbban viszonyulnak a nők munkavállalásához, hazánkban 1988 óta



jelentősen csökkent a nők körében azoknak az aránya, akik helyesnek tartják akár még az iskoláskorú gyerekek édesanyjainak a teljes munkaidős foglalkoztatását is (Tóth, 1995). Ezt - a teljes munkaidős foglalkoztatást -1995-ben a többség csak a házasság első, gyermektelen szakaszában tartotta elfogadhatónak. Az életpálya további részeiben inkább a részmunkaidős foglalkoztatást tartották helyesnek. Összességében a rendszerváltás óta erőteljesebben fogalmazódik meg a részmunkaidős foglalkoztatás igénye, illetve emelkedik azoknak az aránya, akik a nők fizetett munkából való teljes kivonását helyeselnék. Érdekes – és egyben elszomorító – volt az attitűdvizsgálat azon eredménye, mely szerint a megkérdezettek 80%-a szerint csak az anyagi motívum játszik szerepet a nők munkavállalásában. Különösen megdöbbenő volt, hogy a kérdőív azon állításával, mely szerint „A háziasszonyi teendők ellátása éppen olyan önmegvalósító lehet egy nő számára, mint a fizetett munka”, a 18-27 éves korú válaszolók 46%-a egyetértett. A vizsgálat szerint a nők konzervatívabban ítélték meg a női munkavállalást, mint a férfiak. A nők értékeikben tömegesen visszatértek a háziasszony sémájához. Ugyanakkor a gyakorlatban szó sincs a kétkeresős családmodell megkérdőjelezéséről, a részmunkaidős foglalkoztatás széles körű elterjedéséről. Vagyis az emberek értékei és valóságos lehetőségei nem találkoznak, ami komoly frusztráció és ezzel együtt pszichés és testi megbetegedések forrása lehet. De vajon mi állhat az attitűdök ilyen szokatlan irányú megváltozása mögött? Egy magyarázat szerint ez csak átmeneti ellenreakció a szocializmus alatti ideológiával – nevezetesen az erőltetett emancipációval – szemben, s mint ilyen „el fog múlni” (vagy talán már el is múlt tekintetbe véve, hogy a felmérés 1995-ben készült). Egy másik feltevés szerint a jelenség kiváltója az, hogy a nők belefáradtak a nagy terhelésbe, amit a munka és a háztartás egyidejű fenntartása jelent, különösen, hogy a rendszerváltás utáni években nőttek a terhek, és csökkent az életszínvonal. Egy harmadik elképzelés szerint pedig az attitűdváltozás oka az a lelkiismeret furdalás, amit a magyar társadalom és ideológia ébresztett a nőkben a gyermekneveléssel kapcsolatban. (Tóth, 1995).

- *nők helyzete a munka világában*

Az alábbiakban csak néhány szóban térünk ki a nők egy további lehetséges munkahelyi stresszorára: nevezetesen a nők és férfiak között hagyományosan mind a mai napig fennálló munkaerő-piaci, foglalkozásbeli, fizetésbeli, elfoglalt hierarchia szintben tükröződő különbségekre. A nők többségében vannak a rosszabbul fizetett közszférában, és alulreprezentáltak a magántulajdonon alapuló magánszférában. A vállalkozóknak csak egyharmada nő. A nemenkénti bérkülönbségek Magyarországon tradicionálisan nagyok. 1994-ben a fizikai állományban teljes munkaidőben dolgozó férfiak bruttó havi keresete 40%-al, a szellemi állományban 60%-al haladta meg a nőkéét. A keresetkülönbségek oka kettős:

egyrészt a nők inkább a rosszabbul fizetett ágazatokban dolgoznak, másrészt ugyanabban a foglalkozásban, beosztásban is tetten érhetők keresetkülönbségek a nők hátrányára (Frey, 1996). Nemzetközi jelenség a nők alulreprezentáltsága a vezetésben: a gazdaságilag fejlett országokban a nők vezetésben elfoglalt aránya 4-10% körül mozog. A magyarországi adatok is a nemzetközi tendenciákat tükrözik, bár hazánkban 1980-90-ig jelentősen nőtt a nők aránya a vezetésben, de főleg az állami szektorban, illetve a vezetés alsó és középső szintjein. A gazdasági csúcsvezetésben csak kb. 5%-os a nők aránya. (Nagy, 1993).

### **fizikai és szellemi munkások**

Murphy (1988) vizsgálatában különbséget talált a fizikai és a szellemi dolgozók között tekintetben, hogy milyen munkahelyi stresszorokról panaszkodtak inkább. A fizikai dolgozók a következő pszichoszociális stresszorokat említették: a munkafolyamat feletti kontroll hiánya, irreális feladatelvárások, a megértés hiánya a vezetés részéről, az állásuk jövőbeli bizonytalansága. A szellemi munkát végzőknél ezzel szemben a hangsúly a személyiségvonásokon, életstíluson, interperszonális kapcsolatokon és a családi problémákon volt.

Egy másik vizsgálatban Eskelinen és mtsai (1991) egyenesen azt találták, hogy a fizikai munkát végzőknél szignifikánsan több stressz reakció jelenik meg (ennek az alábbi indikátorait mérték: hosszú távú keringési- és légzőszervi tünetek, váz-izomrendszeri és pszichikai tünetek, illetve azonnali fizikai stressz a munkahelyen), mint akár a vegyes, akár a tisztán szellemi munkát végzőknél.

Tetten érhető azonban a szellemi munkát végzők hátránya a fizikai munkásokkal szemben is stresszorok tekintetében, amennyiben például a szerep konfliktus és szerep kétértelműség tipikusan inkább a szellemi foglalkozásokra jellemző stresszorok (Cooper és Marshall, 1978).

### **Vezetők és beosztottak**

- *A vezető stresszorai:* Különösen stresszkeltőnek szokták tartani a középvezetők helyzetét, hiszen ők vezetők és beosztottak is egyben, s mindkét hierarchia szint káros hatásaiból részesülnek. A vállalat átfogó céljaira, stratégiájára ritkán van közvetlen befolyásuk, annak mintegy végrehajtói csupán. Így sokszor előfordulhat, hogy olyan döntéseket kell népszerűsíteniük beosztottaik között, amellyel maguk sem értenek egyet. Ebből a szempontból tehát inkább maguk is beosztottak. Vezetők viszont akkor, amikor csoportjukat, osztályukat érintő személyi kérdésekben kell dönteniük, például a felsőbb

szinten kialakított takarékosági akció jegyében el kell bocsátaniuk hosszú ideje hűséges dolgozókat, stb.

Tipikus középvezetői stresszorok (Cooper és Marshall, 1978):

- Az állás bizonytalansága (ők különösen veszélyeztetettek a létszámleépítésre, az idő előtti nyugdíjazásra)
- Nagy mértékű felelősségükhöz kevés valódi hatalom tartozik.
- Alulról és felülről is folyamatos támadások érhetik őket.

A vezetői szerephez kapcsolódó további stresszor a jó munkatársi kapcsolatok, a szociális támogatottság hiánya. A főnök mindig csak főnök marad, még ha jó is a kapcsolata a beosztottaival, azok sosem fogják közéjük tartozónak tekinteni, hiszen „hatalma” van felettük. Gyakori probléma ezért vezetőknél, hogy magányosnak érzik magukat, s úgy érzik, nem támaszkodhatnak kollégáik támogatására. Jelentős vezetői stresszor lehet a túlórázás, amely nagyon gyakran a családi kapcsolatok rovására mehet. Szintén gyakran előfordul – főleg frissen előléptetett vezetőknél – a szerep kétértelműség. Tipikus vezetői stresszor a szerepkonfliktus. A túlmunka szintén jellemző vezetői stresszor, ezzel szemben a munkakörülmények ritkábban feszültség forrásai, mint a beosztottak számára. (Cooper, Marshall, 1978). Sokszor azonban ezt a túlterhelést a vezető maga vállalja, ez nem egy számára kívülről érkező előírás. Ezek a „buzgó” vezetők aztán, akik az estéiket és a hétvégéiket is a munkahelyükön töltik, olyan normákat állítanak fel, amelyek betartását a cég már másoktól is kezdi elvárni.

Az újabban egyre inkább terjedő résztvevő (az alkalmazottak felhatalmazására, részvételére építő) vezetési mód újabb stresszorokat állít a vezetők elé, nevezetesen:

- A formális és a tényleges hatalom elválik egymástól (formálisan továbbra is ő a vezető, de a tényleges hatalmon osztozik a beosztottakkal).
  - A vezető zokon veheti formális szerepének, hatalmának csökkenését, a státusz és a jutalmak elvesztését.
  - Összeegyeztethetetlen nyomások nehezedhetnek rá, pl. hogy legyen résztvevő, ugyanakkor magas termelékenységet érjen el.
  - Beosztottjai megtagadhatják a részvételt.
- *A beosztott jellemző stresszorai:* Az egyik leggyakoribb és hatásában legsúlyosabb stresszor a kontroll hiánya, amikor a beosztottnak nincs joga beleszólni a munkáját érintő döntésekbe. Ezen felül a korábban felsorolt munkahelyi stresszorok közül bármelyik felléphet beosztottak esetében.

## **fogyatékosok**

Csökkenett munkavégző képességű emberek esetében a stressz leggyakoribb forrása az, ha nem kapnak munkát. Magyarországon már léteznek olyan törvények, melyek célja a fogyatékosok nagyobb arányú foglalkoztatottságának elérése: rehabilitációs hozzájárulás fizetésére köteles a munkáltató, ha 20 főnél többet foglalkoztat, de a megváltozott munkaképességűek aránya nem éri el az 5%-ot. Azonban az a sajátos – de hazánkban nem szokatlan – helyzet állt elő, hogy a vállalatoknak ma még legtöbbször anyagilag jobban megéri kifizetni a büntetést, mint a végrehajtani azokat az átalakításokat, átszervezéseket, amire a megváltozott munkaképességű dolgozók alkalmazásához szükség lenne. Néhány évvel ezelőttig azonban maguk a rehabilitálandónak ítélték sem kívántak leszázalékolásuk után továbbdolgozni: 1985-ig jellemző volt rájuk a rokkantnyugdíj érdekeltség (Könczei, 1994). Az azóta eltelt időben azonban jelentősen csökkent a rokkantnyugdíj összege. A jelenlegi szabályozás szerint a Fogyatékosügyi Támogatás a mindenkori öregségi nyugdíj (ami most 20 000 Ft) 65%-a, vagy 80%-a lehet a fogyatékosok súlyosságától függően. Ez az összeg azonban nem elegendő a megélhetésre, így a fogyatékosok rákényszerül(né)nek arra, hogy visszatérjenek a munkaerő-piacra. Azonban mint mondtuk a vállalatok ma még nem érdekeltek igazán a foglalkoztatásukban. Azok a „szerencsések” akik el tudnak helyezkedni, legtöbbször képességeiket jóval alulmúló, és cseppet sem rehabilitáló, sőt a kizorítottság állapotát és tudatát fenntartó, reprodukáló munkát kénytelenek végezni. (Megdöbbenő az a tény, hogy például a hagyományosan vakok által végzett kefe- és seprűkészítés éppen az olvasáshoz szükséges ujjbegyet károsítja). Még a magyarországinál jelentősen fejlettebb rehabilitációval rendelkező országokban is a fogyatékos munkát keresőknek csak 30%-a kapott igényeinek megfelelő munkát, míg ugyanez az arány épeknél 85% (Könczei, 1994). Magyarországon 1990-ben a fogyatékosok 16,6%-a volt aktív kereső (Kováts, Tausz, 1997).

### **1.3. A STRESSZÁLLAPOT JELEI, KÖVETKEZMÉNYEI**

A következőkben megvizsgáljuk, hogy a stressznek milyen hatásai vannak az érintett személyre, illetve arra a vállalatra, ahol az illető személy dolgozik.

#### **1.3.1. AZ EGYÉN SZINTJÉN**

##### **1.3.1.1. Biológiai változások**

- *Rövidtávú hatások:*

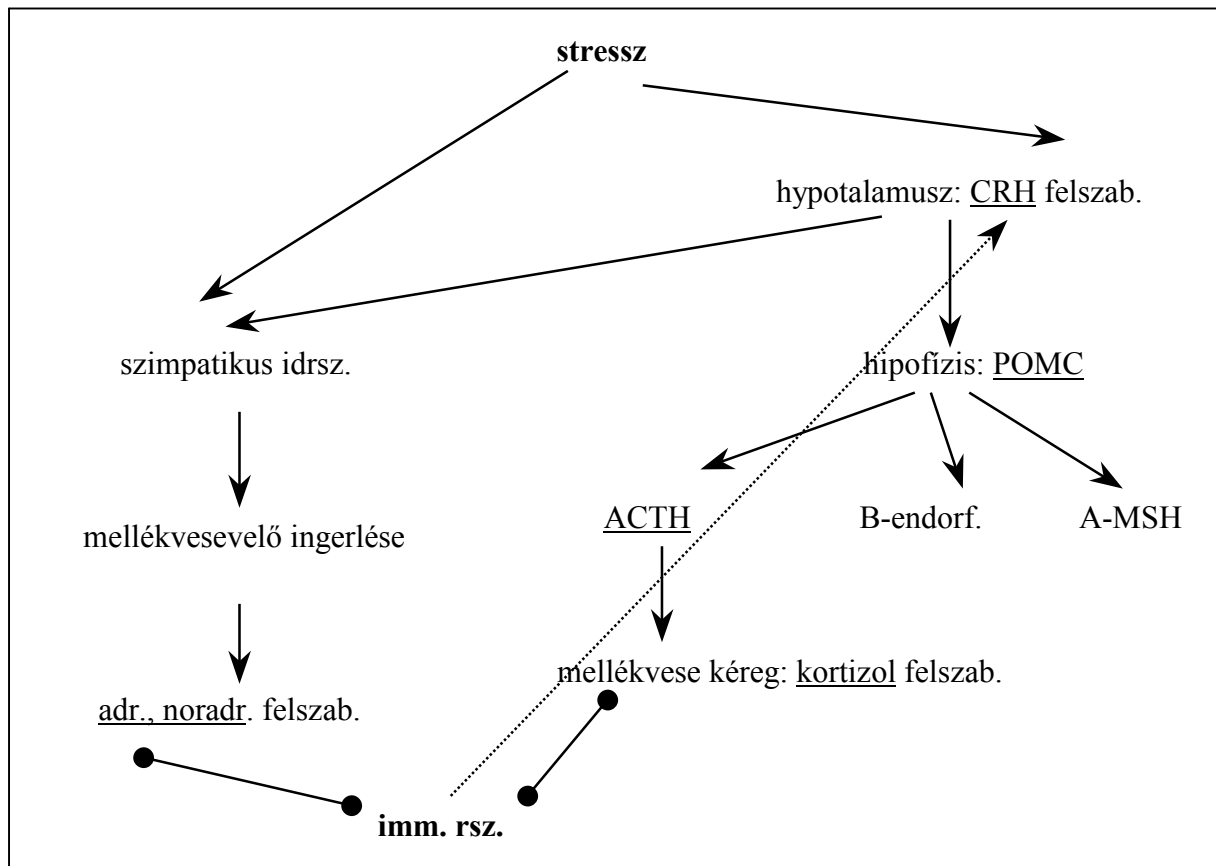
Elsőként Cannon írta le a stressz hatására bekövetkező „Harcoldj vagy menekülj” (fight or flight) reakciót. Ez a reakció jellegzetes fiziológiai változásokat eredményez a szervezetben

azért, hogy felkészítse azt a veszélyek előli menekülésre, vagy az azokkal való megküzdésre. Ennek a változásnak a célja, hogy a szervezetet több energiával lássa el, a vér az emésztőrendszerből (gyomor, belek) az izmokba és az agyba áramoljon, felkészítve az élőlényt a gyors reakcióra. Ezeket a változásokat Cannon a szimpatikus idegrendszer fokozott aktivitásához, illetve a katekolaminok (pl. adrenalin, noradrenalin) felszabadulásához kötötte (Rigó, 1997). A szimpatikus idegrendszer egyrészt közvetlen hatást gyakorol a simaizmokra és a belső szervekre, másrészt ingerli a mellékvesék velőállományát, mely ennek hatására adrenalin és noradrenalin hormonokat bocsát ki. Ezeknek a hormonoknak ugyanolyan hatásuk van a belső szervekre, mint a szimpatikus idegrendszernek, így továbbra is fenntartják az izgalmi állapotot, melynek keretén belül olyan jelenségek figyelhetők meg, mint:

- nő a vérnyomás és a szívritmus,
- felgyorsul a légzés,
- nő az izomfeszültség,
- kitágulnak a pupillák,
- fokozódik az izzadás,
- csökken az emésztés, a nyáleválasztás (növelve a tüdőbe vezető légutak méretét),
- emelkedik a vércukorszint (hogy több energiát biztosítson az izmoknak),
- endorfinok szabadulnak fel (a szervezet belső fájdalomcsillapítói)
- a felületi erek összehúzódnak, hogy egy esetleges sérülés esetén csökkentsék a vérvesztést (ez a bőr elsápadásában figyelhető meg).

Selye János a fenti „Harcoldj vagy menekülj” reakció magyarázatát kiegészítette, hangsúlyozva, hogy ezekért a változásokért nem csak a szimpatikus idegrendszer fokozott aktivitása felelős, a folyamat szabályozásában a hipotalamusz-hipofízis-mellékvesekéreg rendszer is részt vesz (Selye, 1983). A stressz válasz bonyolult szabályozását szemléltetendő az alábbiakban bemutatjuk ennek a folyamatnak a mechanizmusát (Rigó 1997 alapján). (lásd 1. Ábra).

A stresszhatások a hypothalamust CRH (corticotrop-releasing hormon) kiválasztására készítetik. A CRH maga az egyik legfontosabb stresszhormon, anorexiához, csökkent libidóhoz, nagy mennyiségben pedig szorongáshoz vezet. Fenti közvetlen hatásain túl pedig aktiválja a hipofízis mellékvese-kéreg rendszert és a szimpatikus idegrendszert is.



## 1. ÁBRA

Az aktivált szimpatikus idegrendszer aztán – mint arról fent már volt szó – egyrészt közvetlenül hat az izmokra, erekre előidézve a fent leírt változásokat, illetve a mellékvesevelőt adrenalin és noradrenalin termelésére serkenti, melyeknek szintén hasonló a szervekre gyakorolt hatásuk, s egyben időben megnövelik a szimpatikus aktiváció hatásait. A CRH a szimpatikus idegrendszeren kívül a hipofízis-mellékvesekéreg rendszert is serkenti a következőképpen: a hipofízisben egy POMC (pro-opio-melano-cortin) peptidből – többek között - ACTH (adreno-corticotrop-hormon) képződik, melynek fő feladata, hogy a mellékvese-kérget kortikoszteroidok képzésére serkentsen. A kortikoszteroidok (mint pl. a kortizol) a vér cukorszintjét és bizonyos ásványok vérbeli szintjét szabályozzák. A kortikoszteroidok igen erős gátló hatást gyakorolnak az immunfunkciókról (erről bővebben lásd lent). Ezen felül a stresszválasz visszaszabályozásában is fontos szerepük van: a kortizol negatív visszacsatolás révén leállítja a stresszválaszt. Minél több és minél érzékenyebb kortizol receptorral rendelkezik az adott személy, annál gyorsabb a stresszválasz leállítása. A

ritkább időközökben adott mérsékelt ingerek hatására nő a receptorok száma és érzékenysége, így a szervezet egyre kisebb stresszválaszt ad egyre erősebb ingerlésre. Ilyen következménye van a sportnak is, és ennek révén érvényesül egészségvédő, egészségfejlesztő hatása.

- *Hosszútávú hatások:*

Selye írta le az ún. *Általános Adaptációs Szindrómát* (Selye, 1983), melynek lényege az a feltételezés, hogy a szervezet alkalmazkodóképessége, vagy adaptációs energiája véges és kimeríthető. Ezen felül Selye elképzelése szerint a stresszteli körülményekhez való alkalmazkodóképességnek három egymástól elkülöníthető szakasza van:

Az első szakasz az ún. *alarm reakció*: A szervezetben a stresszorról való találkozás jellegzetes tünetei jelentkeznek (lásd fent a rövidtávú hatásoknál), kezdetben csökken az ellenálló képesség.

A második az *ellenállási szakasz*: ha a stresszor folyamatos hatása mellett lehetséges az alkalmazkodás, akkor kifejlődhet a megfelelő ellenállás. Az alarm reakció jelei látszólag eltűnnek, és az ellenállóképesség a normális szint fölé emelkedik.

A harmadik a *kimerülés szakasza*: az alkalmazkodási energia kimerülhet, ha a szervezetet hosszú ideig ugyanazon stresszor hatása éri, vagy ha a stresszorokkal szembeni cselekvés lehetetlen. Újra megjelennek az alarm reakció jelei, megnagyobbodnak és túlműködnek a mellékvesék, összezsugorodik, vagy elsorvad a csecsemőmirigy és a nyirokcsomók, fekélyek keletkeznek a gyomorban és a bélrendszerben. A szervezetnek stressz hatására mindig a leggyengébb láncszeme szakad el, kialakul a betegség, végül bekövetkezik a halál.

A stressz hosszú távú egészségkárosító hatásai közé tartoznak a fent megnevezetteken kívül a szív-koszorúér betegségek is. A (szimpatikus aktiváció révén) tartósan emelkedett vérnyomás krónikus magas vérnyomáshoz vezethet, illetve szív-koszorúér betegségek léphetnek fel.

A stressz egy további nagyon fontos jellemzője, hogy befolyásolni képes a szervezet saját védekező rendszerének, az immunrendszernek a működését. Mint arra fent már utaltunk a kortizol gátolja az immunrendszer működését, emellett a szimpatikus idegrendszer is képes csökkenteni az immunfunkciókat az adrenalin és a noradrenalin termelésén keresztül. Ennek következtében könnyebben alakulnak ki erős stresszhatást elszenvedőknél fertőzések, illetve daganatos megbetegedések. Azonban léteznek az immunrendszer funkcióját fokozó stresszhelyzetek is: Miller (1985, idézi Kulcsár, 1993) szerint az immunműködésre gyakorolt hatása alapján elkülönített kétféle stressz különbsége a stresszorok időtartamában keresendő: a rövid távú csökkenti az immunreakciót, a hosszú távú növeli. Ezt azzal magyarázza, hogy

idővel kialakul egyfajta adaptációja a szervezetnek (vö. Selye féle ellenállási szakasz), és visszacsapási hatásként még fokozódik is az addig legátolt immunműködés. Ennek megfelelően Solomon és mtsai (1974, idézi Kulcsár, 1993) azt találták, hogy zajártalom rövidtávú hatásaként az immunreakció csökken, hosszan alkalmazott zajstresszre a válasz fokozódik. Palmblad (1981) is hasonló eredményekre jutott: azt találta, hogy stresszhatás után vagy krónikus stressz késői szakaszában a szervezet ellenálló képessége nő, míg a stresszor megjelenésekor, illetve krónikus stressz hatásának korai szakaszában csökken. Más szerzők a stresszorok más tulajdonságában vélik felfedezni azt, ami meg fogja határozni, hogy hatásukra csökken, vagy fokozódik az immunműködés. Zautra (1989, idézi Rigó, 1998) szerint például a nagy életesemények immunműködés csökkenéshez vezetnek, míg a kis stresszorok ellenkezőleg még fokozzák is az immunfunkciót. Irwin és mtsai (1987, idézi Kulcsár, 1993) tárgyvesztéses vizsgálatuk nyomán azt a következtetést vonták le, hogy amennyiben a személy az élethelyzet változást (jelen eseten a férjük halálát, vagy súlyos betegségét) fel tudja dolgozni, azaz megfelelő megküzdési stratégiákkal rendelkezik, akkor az immunválasz csökkenése nem következik be. Láthatjuk tehát, hogy az immunrendszer és a stressz kapcsolata meglehetősen bonyolult. Annyit azonban leszögezhetünk, hogy a súlyos, egyszeri stresszorok (például egy közeli hozzátartozó halála) általában immundeficithez vezetnek, kivéve, ha idővel a személy képes jól megküzdni a helyzettel (a megküzdésről lásd alább). A kis, krónikus, mindennapi bosszúságok azonban nem járnak ilyen hatással, sőt egyes eredmények szerint még kedvezőek is lehetnek az immunműködés szempontjából.

### **1.3.1.2. Lelki reakciók a stresszre**

Az alábbiakban azt nézzük meg, melyek azok a pszichés tünetek, betegségek, amelyek gyakran megjelennek a stresszre adott válaszként.

- *Depresszió:* A depresszió olyan hangulatbetegség, amelyet a szomorúság, a levertség, a csökkent motiváció, az élet iránti érdektelenség és a negatív gondolatok (például tehetetlenségérzés, a meg nem felelés érzése, és az alacsony önértékelés), valamint olyan testi tünetek, mint az alvászavarok, az étvágytalanság és a fáradékonyság jellemeznék. Ha az emberek sorozatosan azt tapasztalják, hogy tehetetlenek az őket érő negatív hatásokkal szemben, fásultakká válnak, visszavonulnak a további megküzdéstől, passzívok lesznek. Ha a stresszfeltételek folyamatosak és az egyén nem küzd meg velük sikeresen (a megküzdésről lásd alább), a fásultság depresszióba csaphat (Atkinson, és mtsai, 1994). Éppen ezért lehet az emberi depresszió legjobb állapotmodellje a *tanult tehetetlenség*. Az elméletet alátámasztó jól ismert kísérletben (Seligman, 1975) kutya párok egyik tagjának



volt lehetősége arra, hogy egy viselkedéses válasszal elkerülje az áramütést a másinak nem. Később egy új válasszal mindketten megszüntethették a kellemetlen áramütést, ám a tehetetlenséghez szokott kutya képtelen volt ezt megtanulni, és viselkedése is sokban hasonlított a depressziós emberéhez. A befolyásolhatatlan események (emlékezzünk rá, hogy a befolyásolhatatlanságot fent a stresszorok közös jellemzőjeként határoztuk meg) embernél is kialakítják a tehetetlenségérzést, beletörődést, passzivitást.

Újabban éppen a stresszválasz szabályozási zavarával összefüggésben (lásd lent), megkülönböztetünk tipikus és atipikus depressziót (Rigó, 1997 alapján). Az előbbi a major depresszió kórképének megfelelő depresszió, az utóbbi pedig a cirkuláris (mániás-depressziós) kórképek depresszív fázisa. A kétfajta depresszióra eltérő tünetek jellemzőek, s ezek az eltérések a stresszválasz túl-, illetve alulműködésének tudhatóak be. Tipikus depresszióban magas kortizol és CRH szintet találunk, így ez a depresszió mint egy inadekvát, generalizált stresszválasz írható le, amely elkerülte a szokásos ellenszabályozást. Ennek az állapotnak a jellemzői a megnövekedett arousal, a szorongás, a vigilancia, a fókuszált figyelem, a vegetatív funkciók (reprodukción, szexuális viselkedés, táplálkozás, alvás) csökkenése, súlyvesztés, az érdeklődés elvesztése, a memóriefunkciók hanyatlása, a csökkent immunműködés. (A major depresszióon kívül ezek a tünetek olyan betegségeknek is jellemzői, mint az anorexia nervosa, a pánik betegség, a kényszerbetegség, az alkohol- és drogfüggőség, a premenstruális szindróma. A tüneteket ezekben a patológiákban is a stressz-válasz rendszer túlműködése okozza.) Ezzel szemben az atipikus depresszióra a stressz-válasz túlzottan erős gátlása jellemző, amit az alacsony CRH szint is jelez. Ennek az állapotnak a jellemzői: alacsony arousal, fáradtság, energiahány, fásultság, kedvetlenség, túlalvás, túlevés, súlygyarapodás, az immunrendszer túlműködés miatt kialakuló autoimmun betegségek. Az atipikus depresszióon kívül ezek jellemzői a krónikus fáradtság szindrómának, az elhízásnak, a poszt-traumás stresszreakciónak is, szintén a stressz-válasszal összefüggésben. Érdemes megjegyezni, hogy a leggyakrabban használt stressz-kérdőívek a tipikus depressziót mérik.

- *Szorongás:* A szorongás egy elővételezett veszélyre adott érzelmi válasz. Olyan kellemetlen érzelmek tartoznak ide, mint az aggodás, a félelem. Ezek csak akkor tekinthetők abnormálisnak, ha olyan helyzetben jelentkeznek, amelyet az emberek többsége könnyedén megold. A tartósan fennálló és eredménytelen aggodalom szorongásos zavarhoz vezet. De érdekes módon az aggodalom egyben egy módja is annak, hogy csökkentjük a szorongásunkat. Borkovec azt találta, hogy amikor az

embereket elfoglalják aggodalmas gondolataik, láthatóan nem észlelik az aggodalmak által keltett szubjektív érzeteket – a gyors szívverést, verejtékezést, kézremegést -, s ennek révén a szorongásuk csökken is (legalább is a fiziológiai mutatók ezt jelzik). De a krónikus aggodalom ritkán serkenti a probléma valódi megoldását: sztereotip, merev gondolatokat hoz a megoldáshoz általában szükséges kreatív ötletek helyett. Végző soron inadaptív módon fenntartja, megerősíti önmagát. (Atkinson és mtai, 1994 és Goleman, 1995).

- *Munkahelyi elégedettség/elégedetlenség*: A munkahelyen tartósan fennálló stresszhatások azt eredményezhetik, hogy a dolgozók elégedetlenné válnak a munkahelyükkel, a szervezettel, az abban elfoglalt szerepükkel. Ez pedig jelentős mértékben meghatározza a termelékenységüket, munkavégző képességüket. Utóbbiak már a stressznek a szervezetet érintő hatásai közé tartoznak (lásd alább).

#### **1.3.1.3. Teljesítménykárosodás (Atkinson és mtai, 1994)**

Komoly stresszorokkal szembesülve az embereknek nehézségeik lehetnek az összpontosításban, gondolataik logikus összeszervezésében, figyelmük könnyen elterelhetővé válik. Ennek következtében a bonyolultabb feladatokban nyújtott teljesítményük romlik. A teljesítményromlás egyik oka, hogy az erős érzelmi felindultság zavarja az információfeldolgozást. Az aktivitási szint és az optimális teljesítmény közti viszony ugyanis egy fordított U-val jellemezhető: sem a túl alacsony aktivitási szint, sem a túl magas nem kedvező a bonyolultabb, kreativitást igénylő feladatok elvégzésére. A másik ok, hogy erős stresszorokkal találkozva a figyelmet a feladattól elterelő gondolatok nyomulhatnak a fejünkbe. Mindenki számára ismert például az a jelenség, amikor egy vizsgahelyzetben nagyon izgulunk, és ahelyett, hogy a feladat megoldásán dolgoznánk, elképzeljük magunkat, ahogy közlik velünk a lesújtó eredményt, stb. Az erős stressz hatására bekövetkező gondolkodási károsodások azt eredményezhetik, hogy az emberek mereven ragaszkodnak megszokott viselkedésmintáikhoz, függetlenül attól, hogy azok az adott helyzetben célravezetőek-e. Előfordult például, hogy az emberek lángokban álló épületekben ragadtak, mert a befelé nyíló kijáratokat kifelé nyomva próbálták fészegetni.

#### **1.3.1.4. Viselkedésváltozás (Kahn és Byosiere, 1992 alapján)**

Tartós stressz hatására az emberek viselkedésében is jellegzetes változások figyelhetők meg. Ezek például az alábbiak lehetnek:

- *Egészségkárosító viselkedésformák*: dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, kábítószer használat, túlzott kávéfogyasztás, balesetezés.
- *A munkahelyi szerep leértékelése, értékcsökkenése*: teljesítménycsökkenés, balesetezés és hibázás, alkohol- és drogfogyasztás a munkahelyen.
- *Harag, agresszió*: Amikor egy személyt valami akadályoz bármilyen cél elérésében, agresszív hajtóerő keletkezik benne, amely az illetőt arra sarkallja, hogy megsértse, vagy megsebesítse az akadályozó tényezőt. Ez a verbális agressziótól egészen a tettlegességig elmeget akár egy munkahelyi közegben is. Az agresszió irányulhat egy munkatársra, felettesre, még gyakrabban egy munkaeszközre, munkadarabra (lopás, szándékos rongálás, szándékosan rossz munka végzése). A munkahelyi pletyka gerjesztése a verbális agresszió egyik megnyilvánulása lehet.
- *Menekülés a munkából*: hiányzás, kilépés, korai nyugdíjba vonulás, sztrájk.
- *Egyéb életszerepek károsodása*: házastársi, baráti, polgári szerepek.

### 1.3.2. A SZERVEZET SZINTJÉN (Marshall; Cooper 1979 alapján, idézi Kahn; Byosiere, 1992)

#### 1.3.2.1. Alacsony termelékenység

Ahogy a fentiekben láttuk, a munkahelyi stressz az azt átélő dolgozó teljesítménycsökkenéséhez vezethet. Ezek az egyéni teljesítményromlások kiegészülve a dolgozói agresszió olyan megnyilvánulási formáival, mint a szándékos rongálás, lopás összegződve közvetlenül rontják a vállalat egészének teljesítményét, hatékonyságát. A termelékenységet olyan tényezők is csökkentik közvetett módon, mint a dolgozók alkohol- vagy drogfüggősége, szorongása, depressziója.

#### 1.3.2.2. Hiányzás

A dolgozók testi-lelki megbetegedései közvetlenül vezetnek a hiányzás megnövekedéséhez, illetve mint fent láttuk, a hiányzás a stresszkeltő munkahely előli menekülés formája is lehet. A dolgozók nagymértékű hiányzása jelentős probléma a vállalatok számára. Gondoskodniuk kell a hiányzó dolgozók helyettesítéséről, enélkül ugyanis jelentős kiesés következne be a termelésben. Sajnos azonban a helyettesítést leggyakrabban a meglévő dolgozókra bízzák, akiknek ilyenkor több ember munkáját kell elvégezni, jelentős stresszt élve így át. Beindul tehát egy ördögi kör: a stressz miatt hiányzó dolgozók helyettesítése stresszt jelent más dolgozók számára, s talán a következő héten ők fognak hiányozni.

### 1.3.2.3. A munkaerő nagymértékű elvándorlása

A tartósan stresszkeltő munkahelyről való elmenekülés másik formája a kilépés. Természetesen ez is nagyon komoly probléma a vállalatok számára, hiszen az elvándorló munkaerő helyébe mindannyiszor újat kell keresni, majd az újakat betanítani. Ez jelentős költségekkel jár, nem is beszélve arról, hogy nem tesz jót a munkahelyi hangulatnak (lásd lent), illetve a vállalat külső megítélésének sem.

### 1.3.2.4. Munkahelyi feszültség

A fent említett tényezők mind hozzájárulnak a munkahelyi feszült hangulathoz, ami pedig önmagában is egy stresszor lehet, tovább növelve a valószínűségét annak, hogy a stressz káros hatásai olyan tényezőkben nyilvánulnak meg, mint a hiányzás, kilépés, alacsony termelékenység, stb.

## 1.4. A STRESSZ KÁROS HATÁSAIT MÓDOSÍTÓ TÉNYEZŐK

Jelen dolgozatban részletesen ugyan nem foglalkozunk ezekkel a tényezőkkel, mégis fontos megemlíteni, hogy bizonyos faktorok nagymértékben képesek befolyásolni, hogy például a fent bemutatott munkahelyi és egyéb stresszorok kifejtik-e az olyan hosszú távú káros hatásait, mint a testi-lelki betegségek, egészségkárosító viselkedésformák megjelenése, teljesítményromlás, stb.

Ezeknek a faktoroknak egyik csoportját az ún. *egyéni különbségek* alkotják. Ezek az egyéni különbségek általában a stresszt átélő személy sajátos, személyiségére jellemző tulajdonságai, mint például a rugalmasság-merevség, érzelmi érzékenység, introverzió – extroverzió, önértékelés, kontrollézés (valaki mennyire érzi úgy, hogy ő tudja kontrollálni a vele történeteket) stb. A személyiségtulajdonságok több különböző úton is befolyásolni tudják a stressz és az egészség/betegség közti kapcsolatot.

(Friedman et al., 1993 és Booth-Kewley és Vickers, 1994 alapján):

- A személyiségtulajdonságokhoz kapcsolódó betegség hajlam összefügghet a *stresszérzékenységgel*, illetve a *rossz megküzdő kapacitással*. Bizonyos emberek kevésbé képesek megküzdeni a nehézségekkel. Pl. a szegénylős, pesszimista, alacsony önbecslésű személyek a kihívásokra krónikus ellenségességgel, vagy tehetetlenséggel reagálnak, utóbbi pedig a stresszrendszer túlzott mértékű és időtartamú aktivációján keresztül betegségek kialakulásához vezethet. A megküzdő kapacitással kapcsolatban röviden utalunk a később részletesebben kifejtett ún.  *coping potenciál dimenziókra*, azaz olyan kognitív természetű személyiségtulajdonságokra, melyek hozzájárulnak az egyén

megküzdési hatékonyságának erősítéséhez, növelik a valószínűségét, hogy az egyén a helyzetnek és a személyiségének leginkább megfelelő megküzdési formát fogja választani (Oláh, 1996).

Stresszérzékenység és személyiségtulajdonságok közti kapcsolatra példa Pruessner és mtsai (1997) vizsgálata. Ők kísérleti stresszhelyzetben vizsgálták, hogy ki milyen kortizol-szint emelkedéssel reagál a stresszre. Azt találták, hogy az alárendelődő, külső kontrollú és bizonytalan személyek erőteljesebb kortizol-szint emelkedést mutattak, mint társaik. Tekintve, hogy a kortizol felelős az immunrendszer – stressz hatására bekövetkező – gátlásáért, ennek az eredménynek a betegségek kialakulása szempontjából is jelentősége van.

A stresszérzékenységgel, illetve a rossz megküzdő kapacitással összefüggésben lett népszerű, sokat kutatott moderátor változó az *A-típusú személyiség* is. Az A-típust Friedman és Rosenman (1974, idézi Atkinson et al., 1994) írta le a szívkoszorúér betegségben szenvedők személyiségének jellemzésére. Azt találták, hogy a szívbetegségben szenvedők közül feltűnően sokra volt jellemző a kényszeres, merev, hibás viselkedés, csekély megküzdési repertoár. A fenti szerzők által leírt A-típus jellemzői: állandó időzavar és versengés, a kreativitás hiánya, szegényes hosszú távú célok, érzelmi sebezhetőség, rejtett depresszió, rosszindulat, ellenségesség és türelmetlenség, merev és rugalmatlan viselkedés, egyszerre sok dolgot csinálnak, képtelenek élvezni a pihenést. Rosenman és mtsai (1976, idézi Atkinson et al., 1994) vizsgálatának eredményei szerint az A-típusú férfiaknál kétszer olyan gyakran fordult elő szívkoszorúér-betegség, mint a B-típusúaknál (B-típusúak azok, akik nem mutatják az A-típus jellemzőit). Ennek, és más longitudinális vizsgálatok eredményeképpen a WHO 1982-ben az A-típust bevette a szívkoszorúér betegségek kockázati faktorai közé. Azonban más vizsgálatok szerint az ellenségesség (ezen belül pedig főként a cinizmus) jobb előrejelzője a szív-koszorúér betegségeknek, mint az A-típus. Például Shekele és mtsai (1983) azt találták, hogy az ellenségesség öt rizikótényező (dohányzás, vérnyomás, koleszterin-szint, alkoholfogyasztás, életkor) kizárása után is 20 éves távlatban be tudta jósolni a halálozást. A Barefoot és mtsai (1989, idézi Atkinson et al., 1994) longitudinális vizsgálata szerint pedig az ellenséges egyetemisták ötször akkora eséllyel haltak meg ötven éves koruk előtt, mint nem ellenséges társaik. Mindezek alapján úgy tűnik, hogy az A-típus önmagában nem veszélyeztető, sőt bizonyos A-típus védettséget is ad: a karizmatikus, nem ellenséges, sikereivel elégedett vezető típusa.

Hogyan kapcsolódik az ellenségesség a szívbetegségekhez? Malamed (1987, idézi Kulcsár, 1998) szerint a düh kiterjeszti időben a stresszhatású ingerek pszichológiai és fiziológiai hatását. Úgy tűnik az ellenséges emberek szervezete túl erősen reagál a stresszorokra (nagyobb mértékű vérnyomás, szívfrekvencia és hormonszint emelkedést mutatnak), és hosszabb ideig fenn is marad náluk a szimpatikus rendszer aktivált állapota (stressz visszaszabályozási zavar), ami kimeríti a szív-érrendszert, növelve a megbetegedések kockázatát.

- A személyiség a *nem megfelelő egészségviselkedések* hatásán keresztül is összefügg a stressz betegség okozó hatásával. Bizonyos személyiségtulajdonsággal rendelkező emberek valószínűbb, hogy egészségtelen viselkedésekbe kezdenek, mint mások. Például az önkontroll hiányos, impulzív, feszült személyek valószínűbb, hogy dohányoznak, nem mozognak, stb., mely szokások egészségre káros hatásait sok epidemiológiai vizsgálat alátámasztja. Friedman és mtsai (1993) vizsgálatukban azt találták, hogy az élettartamot leginkább a lelkiismeretesség jósolta be. A lelkiismeretesség jótékony hatásának feltételezett oka a lelkiismeretes személyekre jellemző jobb egészségi szokások, veszélyek kerülése, az együttműködés az orvossal. Booth-Kewley és Vickers (1994) vizsgálatukkal alá is tudták támasztani ezt a feltételezést, mivel azt találták, hogy a lelkiismeretesség személyiségdimenzió több egészségvédő viselkedéssel, kevesebb kockázatos közlekedési viselkedéssel járt együtt. Míg pl. az extravertióval jellemezhető vizsgálati személyeiknél nagyobb volt az ún. szer kockázatvállalás (vagyis többet dohányoztak, több alkoholt fogyasztottak), de szintén sok egészségvédő viselkedést gyakoroltak, a neuroticizmus vonásával jellemezhető pedig kevesebb egészségvédő viselkedést mutattak, s kockázatosabb közlekedési viselkedést mutattak. Az egészségviselkedésekkel egyébként a lelkiismeretességnek volt a legerősebb a korrelációja. Az egészségre kockázatos viselkedések közül kettő – a dohányzás és a testmozgás hiánya – részletesebb vizsgálódásoknak is tárgyát képezte. Roskies (1993) azt találta, hogy a dohányzókat a nem dohányzóktól elkülönítő személyiségtényezők az alacsony önértékelés, alacsony énhatékonyság, külső kontrollosság, nagyobb vonás-szorongás, extravertió. Az extravertió a testmozgással is pozitívan korrelált, de leginkább az ön-motiválás az, ami megkülönbözteti egymástól a testedzésben kitartókat az azt hamar feladóktól.
- Egy harmadik lehetőség, hogy a *személyiség közvetlenül összefügg az immunkompetenciával* (vagyis a szervezet védekezőképességével), s ezen keresztül van kapcsolatban betegségek kialakulásával stresszhatás alatt. Meyernek és mtsainak (1998) például sikerült kimutatni kapcsolatot egészséges személyek személyiségtulajdonságai és

immunműködésük paraméterei között. Azt találták, hogy a domináns személyek élénkebb védekező aktivitással voltak jellemezhetőek.

Feltételezhetően mindhárom folyamat egyszerre, egymással kölcsönhatásban működik.

A stressz folyamatnak olyan egyéb módosító faktorai is lehetnek, mint például a *szociális támogatottság*. Ez azt jelenti, hogy egy adott személy mennyire számíthat mások (családtagjai, barátai, kollégái) érzelmi és egyéb formájú támogatására. A szociális támogatottság a különböző vizsgálatok tanulsága szerint általános védőfaktornak tekinthető a legtöbb betegséggel szemben. A szociális támogatottság ugyanis nem egyszerűen fokozza az immunrendszer működését, hanem szabályozza azt (az endogén opiát hormonok közvetítésével), vagyis fokozza, ha alulműködik, csökkenti, ha túlműködik (Kulcsár, 1993). (Ugyanis az immunrendszer túlzott aktivitása, ami a szervezet saját sejtjeinek megtámadásához vezet, szintén különböző betegségek forrása lehet).

Egyéb módosító faktorok lehetnek a stresszkeltő szituáció objektív jellemzői (pl. mennyire kontrollálható a helyzet), illetve a személy rendelkezésére álló anyagi, stb. erőforrások.

## **1.5. A STRESSZ MÉRÉSE**

Mint a fentiekből már remélhetőleg kiderült, a stressz kialakulása egy folyamatnak tekinthető. Az egyén egy adott környezetben (pl. munkahely) folyamatosan érzékeli, észleli a rá ható ingereket. Ezek közül egyeseket stresszornak ítél, másokat nem. A stresszorok aztán kiváltanak egy stressz állapotot, mely a rövidtávú testi változásokon kívül egy sor rövidebb-hosszabbtávú változást indukál. Ezek lehetnek testi betegségek, a stresszre adott lelki reakciók, a teljesítményben bekövetkező változások, viselkedésváltozások, majd mindezek következtében a szervezet hatékonyságában, produktívitasában fellépő változások. Amikor a stressz méréséről beszélünk, a folyamat bármelyik elemét mérhetjük, természetesen mindig a megfelelő módszerekkel. Tudatában kell lennünk azonban annak, hogy ilyenkor mindig kiragadunk valamit a folyamatból, ami a többi elem figyelembevétele nélkül jelentősen torz eredményeket is hozhat. Nem beszélhetünk tehát igazán a „stressz méréséről”, foglalkozhatunk viszont a stresszorok felmérésével, adott stresszorokra adott pszichés, testi egyéb válaszok felmérésével, stb.

Milyen mérési módszerek használatosak a stresszkutatásban? (Bailey és Bhagat, 1987; Herbert és Cohen, 1996 alapján).

A mérési módszerek két nagy csoportra oszthatók: az önbeszámolás és a megfigyeléses módszerekre. Az *önbeszámolók* leggyakrabban kérdőívek formáját öltik, így mérik például a munkahelyi stresszorokat, az azokra adott lelki válaszokat, viselkedésváltozásokat, sokszor a testi tüneteket, megbetegedéseket is. Az önbeszámolás módszerek használata azonban jó néhány problémát felvet, melyek megkérdőjelezzik a módszerrel nyert eredmények érvényességét. Ilyen probléma például, hogy torzulhat a minta, hiszen azok, akik hajlandóak kitölteni ezeket a kérdőíveket sok tulajdonságukban eltérhetnek azoktól, akik nem. Ezen felül torzítást okozhat az egyénekre jellemző válaszadási stílus, ami például abban nyilvánul meg, hogy a skálák szélső, vagy középső értékeit hajlamosabbak-e inkább megjelölni. A válaszadók a jó benyomáskeltés érdekében is módosíthatják válaszaikat. (Gondoljunk bele, hányan vallanak be egy önkitöltős kérdőívben (még ha névtelen is), hogy lopnak a munkahelyükről, vagy szándékosan elrontják a munkagépeket). Az a pusztán tudat is, hogy meg vannak figyelve képes torzítani az emberek válaszait. A kérdőív kérdései maguk is befolyásolhatják, hogyan gondolkodnak az emberek bizonyos dolgokról.

Leszögezhetjük, hogy ha érvényes mérési eredményeket szeretnénk kapni a stresszre vonatkozóan, célszerű ún. több módszeren alapuló mérési megközelítést alkalmaznunk, vagyis az önbeszámolás módszereket kiegészíteni megfigyeléses, műszeres méréses eljárásokkal. Folger és Belew (1985, idézi Bailey és Bhagat, 1987) egy szellemes példával illusztrálja az egy módszeren alapuló mérés módszertani problémáit:

Egy kísérleti pszichológus a szöcskék klasszikus kondicionálását tanulmányozta. Áramot vezetett a szöcske alatti rácsba, aminek hatására a szöcske ugrott egy nagyot. Az áramot mindig egy hangjelzés is kísérte. A kondicionálás után a szöcske már egyedül a hangjelzésre is ugrott. A pszichológus továbbtanulmányozta a választ, miközben szisztematikusan elkezdte egyenként eltávolítani a szöcske lábait. Miután az összes lábát eltávolította, a hangjelzés nem váltotta ki a viselkedéses választ (vagyis az ugrást). A pszichológus arra a következtetésre jutott, hogy a szöcske a lábaival hall.

Meg kell jegyeznünk, hogy – ugyanúgy ahogy a kérdőíves eljárások - a műszeres mérések sem tévedhetetlenek. Itt is felléphetnek torzító tényezők, például az, hogy a vérnyomásmérés ténye sok embert idegesít, minek következtében megnő a vérnyomásuk. Ezek a torzító hibák kivédhetőek a megfelelő hosszúságú és gyakoriságú mérési periódusokkal, illetve más mérési módszerekkel való kombinálással. Érvényesség szempontjából hasznos lehet az ún. *nem beavatkozó eljárások* alkalmazása is, melyek során az alany sokkal kevésbé van tudatában a mérésnek, így torzítások is kisebb valószínűséggel



lépnek fel. Nem beavatkozó eljárásokra példa lehet a hiányzási adatok felhasználása a munkahelyi stresszre vonatkozó felmérésben. A nem beavatkozó módszerek további kategóriái a megfigyelés, illetve a fizikai nyomok elemzése. Az utóbbi talán kicsit rejtélyesnek tűnhet: arról van szó, hogy ha például a vállalat egyik osztályán rendre csikkkel teli hamutartókat találnak, míg a másik osztályon szinte üresek a hamutartók, az annak a jele (is) lehet, hogy az első osztályon nagyobb feszültséget, munkahelyi stresszt élnek át a dolgozók. Az önmegfigyelő és a nem beavatkozó módszerek mellett létezik a mérési eljárásoknak egy harmadik csoportja is: a *fiziológiai mutatók mérése*. Ezeknek a mérési eredményeknek az értelmezésével is óvatosan kell bánni: jelentős egyéni különbségek vannak ugyanis abban, hogy ki milyen fiziológiai reakciót ad egy stresszhelyzetre. Lehet például, hogy valakinek a vérnyomása emelkedik, egy másik személynek pedig a légzésritmusa nő ugyanabban a helyzetben. Ezeken az állandó egyéni jellegzetességeken felül a fiziológiai működéseket olyan átmeneti faktorok is befolyásolni képesek, mint hogy milyen napszakban történik a mérés, mit evett az alany előtte, stb. A fenti problémákon túl a fiziológiai mérések viszonylag kényelmetlenek és kellemetlenek is lehetnek a személyeknek, valamint sokszor a lebonyolításuk sem egyszerű, ezek magyarázzák, hogy miért nem túl népszerű ez a módszercsoport a stressz mérésében. Azért röviden megemlítjük, hogy milyen fiziológiai módszereket alkalmaznak a stresszmérésben: stressz hormonok mérése vérből, vizeletből, vagy nyálból, pulzus (szívfrekvencia) és vérnyomásmérés, orvosi adatok, katonok felhasználása stresszel kapcsolatos tünetek, betegségek után kutatva.

Miután áttekintettük a stressz mérésében használt legfőbb módszercsoportokat és alkalmazásuk problémáit, nézzük meg, hogy milyen konkrét módszerek használatosak a stressz folyamat egyes szakaszainak mérésében.

**Stresszorok mérésében** leggyakrabban önkitöltős kérdőíveket alkalmaznak. Stresszor címszó alatt szoktak *nagy életeseményeket, krónikus stresszorokat*, és ún. *mindennapi bosszúságokat* (daily hassles) mérni. *Nagy élet stresszorok* mérésére alkalmas eszköz a Holmes és Rahe (1967, idézi Herbert és Cohen, 1996) féle Életesemény Skála. Ez olyan – az egyén életében fontos és jelentős mértékű alkalmazkodást kívánó - eseményeket mér, amelyek az elmúlt 6-12 hónapban történtek a személlyel. Például házasságkötés, közeli hozzátartozó skála. A skálán található egyes eseményekhez korábbi kutatások alapján ún. *élet-változás egységeket* is rendeltek. Utóbbiak azt hivatottak jelezni, hogy az adott esemény a többihez képest mekkora mértékű alkalmazkodást kíván a személytől. Ezeknek az életesemény leltároknak a használata azonban sok érvényességi problémát felvet, és nem is bizonyult a pszichés és fiziológiai tünetek, betegségek túl jó előrejelzőjének. Munkahelyi

kontextusban talán nagyobb szerepe lehet a stresszorok másik fajtáját, az ún. *napi bosszúságokat* mérő eljárásoknak. Ezek a mindennapi bosszúságok olyan mindannyiunkkal gyakran előforduló, kis stresszt jelentő eseményeket mérnek, mint pl. közlekedési dugó, elkésés egy találkozóról, kulcsaink elvesztése, stb. Több vizsgálat szerint ezeknek az eseményeknek az összegződése jól előre jelez különböző stressz tüneteket. Az egyik legismertebb ilyen mérőeszköz a szintén önbeszámolón alapuló Bosszúságok és Lelkesedések Kérdőív (DeLongis és mtasai, 1988, idézi Herbert és Cohen, 1996). Itt a válaszolók azt is megjelölik egy 4-fokú skálán minden egyes velük előfordult eseménynél, hogy mekkora bosszúságot, vagy lelkesedést váltott az ki belőlük. A napi bosszúságok felmérését torzíthatják jellegzetes egyéni különbségek a válaszolók személyiségében, illetve pillanatnyi hangulatában. A stresszorok egy harmadik fajtájának, a *krónikus megterhelések* felmérésének is megvannak a jellemző módszerei. Ilyen krónikus megterhelések az egyén által betöltött szociális szerepekből (pl. házastársi, munkahelyi szerepek) fakadó feladatok, felelősségek, nehézségek. Ezeknek a krónikus stresszoroknak a felmérésére is a leggyakrabban önkitöltős kérdőívet alkalmaznak. A munkahelyi szerepekkel kapcsolatos kérdőívek általában szerepkonfliktusra, munkahelyi megterhelésre és túlterhelésre, szerep kétértelműsége, kontrollhiányra, támogatáshiányra, az állás bizonytalanságára, személyközi konfliktusokra és másokért viselt felelősségre vonatkozó kérdéseket tartalmaznak. Ebbe a csoportba sorolható a munkahelyi megterhelések felmérésével foglalkozó Munkahelyi Stressz Kérdőív is (Cooper, OSI 2., magyarra adaptálta Dienes és Simon, 1999), amivel most kicsit részletesebben is megismerkedünk. A kérdőív öt részből áll, a munkahelyi terhelésforrások mellett felméri a jellemző megküzdési stílust, a munkával való elégedettséget, a mentális és fizikai jól-létet és a kontrollhelye attitűdöt. A munkahelyi terhelésforrások alszállái olyan faktorokból származó stresszorokat mérnek, mint munkaterhelés, vezetési hiányosságok, otthon/munka egyensúly, vezetői szerep, személyes felelősség, napi bosszúságok, karrierlehetőség, munkahelyi légkör. A kitöltőnek a 40 lehetséges stresszor mindegyikéről el kell döntenie egy 6 fokú skálán, hogy mekkora terhelést jelent számára.

A munkahelyi krónikus megterhelések megfigyeléses módszerekkel is felmérhetőek. Az alábbiakban bemutatunk két ilyen megfigyelésen alapuló, a munkahelyi stressz felmérésére szolgáló objektív módszert. Az egyik az ún. RHIA (Greiner és Leitner, 1989), mely a feladattal kapcsolatos mentális stressz forrásait méri. Az eljárás alapját képező elmélet a mentális stressz forrásainak a munkavégzés ún. *szabályozási akadályait* tekinti. Ezek az akadályok megnehezíthetik például az adott cselekvés végrehajtását (mondjuk nem áll a dolgozó rendelkezésére valami fontos információ), vagy a munkavégző művelet

folytonosságát szakíthatják meg (például telefonhívásokkal). Ezeknek az akadályoknak közös jellemzője, hogy extra erőfeszítést és időt igényelnek a munkás részéről, mivel megakadályozzák az eredmények elérését, s ugyanakkor nem nyújtanak lehetőséget a dolgozónak a megfelelő válaszra. Az eljárás célja felmérni megfigyelők segítségével, hogy az adott munkában vannak-e ilyen akadályok, ha igen mik azok, és mekkora extra energia és időráfordítást igényelnek a munkástól. Ez a mérőmódszer a következő munkahelyi stresszorokat méri: monoton munkafeltételek, időnyomás, nem specifikus akadályok (pl. környezeti feltételek, zaj, stb.), mindegyiket megfigyeléses módszerrel. Az időnyomást úgy mérik például, hogy megnézik, mennyi időre függesztheti fel a dolgozó a munkavégzést különösebb következmény nélkül, majd ennek és a teljes munkaidőnek a hányadosát veszik. A RHIA módszer egy továbbfejlesztett változatát Greiner (1994) használta buszsofőrök munkájának felméréséhez. Ez az eljárás hat dimenziót mér: Az első a *munka akadályok*, amelyek gátolják a feladat ellátását, s extra munkát, vagy kockázatos viselkedést igényelnek a dolgozótól. Ilyen akadályok lehetnek a felszerelés hibái, vagy a rossz munkaszervezés. Ezeket az általuk igényelt plusz munka időtartamában mérik. A második dimenzió a *monoton munkakörülményeket* méri azok időtartamában. A harmadik dimenzió az *időnyomásra* vonatkozik – mérése: mennyi ideig tarthat szünetet a dolgozó úgy, hogy ezzel ne károsítsa a munkaeredményét. A negyedik a *kedvezőtlen környezeti tényezőkkel* foglalkozik: mennyi ideig van kitéve ezeknek a munkás. *Időbeli kötöttség* az ötödik dimenzió, ez arra vonatkozik, hogy mennyire gazdálkodhat szabadon az idejével a dolgozó. Az utolsó dimenzió pedig az alapvető *fizikai szükségletek kielégítésének akadályozottságát* méri. Az elemzés alapját a nap különböző időszakában végzett 4-6 órás megfigyelések képezik.

A megfigyeléses módszerek előnye, hogy segítségével objektívabb képet nyerhetünk a munkahelyi stresszorokról, ugyanakkor meglehetősen költséges, és nem is ad teljes képet, hiszen sosem lehetséges a dolgozónak minden helyzetben való megfigyelése. A kérdőíves módszer előnye, hogy könnyen, gyorsan, olcsón felvehető, hátrányairól pedig korábban már szóltunk.

A kérdőíves módszer a legelterjedtebb a stresszfolyamat egy másik szakaszának, a **stresszre adott érzelmi, pszichológiai reakcióknak a felmérésében** is. Itt viszonylag nagy ennek a módszernek a létjogosultsága, hiszen ezek a reakciók külső szemlélő számára – kevésbé súlyos esetben – amúgy is nehezen megfigyelhetők. A válaszolók megítélhetik aktuális érzelmi állapotukat különböző skálák mentén, vagy vizuális analóg skálákon is. Egy másik lehetőség, ha hangulatleíró melléknevek közül kell kiválasztaniuk a megfelelőt. Az érzelmi reakciók is megítélhetőek megfigyeléses módszerrel: vagy az alanyt jól ismerő

személyek értékelik a hangulatát egy skálán, vagy a vizsgálat alanyának arckifejezéseiből vonnak le következtetéseket a hangulatára.

## 1.6. A STRESSZEL VALÓ MEGKÜZDÉS

Miután áttekintettük, hogy a foglalkozási és egyéb stressznek milyen rövid és hosszútávú káros hatásai lehetnek az egyénre és a szervezetre nézve, a fejezet utolsó részében azzal foglalkozunk, hogyan lehet ezeket a káros hatásokat megelőzni, csökkenteni. Hogyan lehet megküzdeni a stresszel?

Megküzdés alatt Lazarus szerint a személy azon tudatos, folyamatosan változó kognitív és viselkedési erőfeszítéseit értjük, melyek arra irányulnak, hogy legyőzze a rá ható speciális külső vagy belső fenyegetéseket, melyeket úgy ítél meg, hogy azok meghaladják az erőforrásait – vagyis a stresszorokat (Lazarus és Folkman, 1984; idézi Oláh, 1996). A megküzdési folyamat révén az emberek új készségeket, képességeket sajátíthatnak el. Így tehát azt mondhatjuk, hogy amennyiben a stressz hatékony megküzdéshez vezet, úgy hosszabb távon pozitívnak tekinthető, hiszen fejlődéshez segítette hozzá az egyént.

A megküzdés kutatásának legfőbb alakja Lazarus, akinek kognitív-tranzakcionista modelljéről korábban a stressz fogalmával foglalkozó részben már röviden szót ejtettünk. A modell szerint (Oláh, 1996 alapján) egy szituációban adott választ és a megküzdés módját is az határozza meg, ahogyan a személy kognitívan értékeli a helyzetet. A modell kulcsfogalma tehát a *kognitív értékelés*, mely két egymással dinamikusan kapcsolódó szakaszra bontható. A folyamat első szakasza az *elsődleges értékelés*, mely azt tisztázza, hogy mit jelent, mi a jelentősége az aktuális személy-környezet interakciónak a személy jólléte, közérzete szempontjából, vagyis, hogy fontos-e számára, ami történt, érinti-e a személyes céljait, és ha igen, milyen mértékben tér el az adott hatás attól, amit a személy várt. Arra a kérdésre kell megtalálnia a választ, hogy „bajban vagyok-e?”. Az elsődleges értékelés határozza meg, hogy milyen érzelmekkel reagálunk az aktuális helyzetre. A *másodlagos értékelés*ben az dől el, hogy a személy véleménye szerint meg tud-e küzdeni az elsődleges értékelésben fenyegetőnek ítélt helyzettel. A személy először eldönti, hogy kontrollálható-e a helyzet, s ki vagy mi az okozója, kézbe tartója a változásnak. A személy számba veszi azokat a forrásait, amit a megküzdésben fel tud használni. (Ilyen *megküzdési forrás* lehet bármi, amit a személy a megküzdésébe bevonhat, például személyi, fizikai, szociális és kulturális források). A kérdés: Mit tehetek én ebben a szituációban? A másodlagos értékelést követi a döntés, hogy milyen *megküzdési stratégiát* fog használni az illető. Ha az értékelés alapján úgy tűnik a személy számára, hogy kezelhető a helyzet, akkor problémaközpontú megküzdést fog

alkalmazni, ha nem találta kezelhetőnek, érzelempőzpontú stratégiákhoz folyamodik (lásd alább). Majd megtörténik a tulajdonképpeni megküzdés, melyről az újraértékelés során dől el, hogy a várt eredményre vezetett-e, s ha nem, akkor új megküzdési próbálkozás következik.

*A megküzdési stratégia* elnevezés alatt olyan kognitív folyamatok, viselkedések, készségek gyűjteményét értjük, melyeket az egyén azért alkalmaz, hogy segítségükkel elővételezzon, vagy reagáljon stresszes helyzetekre. A megküzdésnek milyen fő stratégiái ismertek?

### 1.6.1. PROBLÉMAKÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS

Az ebbe a csoportba tartozó megküzdési törekvésekben a személy a stresszállapotot okozó speciális problémára, vagy helyzetre összpontosít, célja, hogy megkísérelje azt a jövőben elkerülni, vagy megváltoztatni. A személy tehát a környezeten vagy saját magán végrehajtott változtatással akarja jobbra tenni a személy-környezet közti illeszkedést (Lazarus, 1993). Ennek során először is pontosan meghatározza a problémát, lehetséges megoldási módokat dolgoz ki, ezek közül választ, majd végrehajtja a kiválasztott megoldást. Ez a fajta megküzdés irányulhat befelé is, amikor önmagunkban változtatunk meg valamit. Pl. ha a stresszhelyzetet az okozza, hogy rendre külföldi turisták jönnek be a belvárosi étterembe, ahol dolgozunk, de mi idegen nyelvek ismerete hiányában nem tudunk kommunikálni velük, egy lehetséges – és ésszerű – megoldási mód az lehet, ha sürgősen beiratkozunk egy intenzív nyelvtanfolyamra. A problémaközpontú megküzdésnek olyan „alosztályai” vannak, mint: a tárgyalás (a helyzet többi résztvevőjére irányuló akciók, például mások meggyőzése, kompromisszumos megállapodás), a cselekvés (a probléma megoldására irányuló erőfeszítés), az óvatosság gyakorlása (több kárt, mint hasznot hozó cselekvések visszatartása) (Aldwin és Revenson, 1987)

### 1.6.2. ÉRZELEMPÖZPONTÚ MEGKÜZDÉS

Az idetartozó megküzdési stratégiák célja enyhíteni a stresszkeltő helyzethez kapcsolódó érzelmi reakciót, megváltoztatni a helyzet értelmezését, ha magát a helyzetet nem is tudja megváltoztatni (Lazarus, 1993). Mindannyiunk életében előfordulnak olyan szomorú események, mint például egy szeretett hozzátartozó elvesztése, ahol magán a problémán változtatni nem tudunk. Megküzdésünk ilyenkor arra irányul, hogy saját fájdalmas, kellemetlen érzelmeinket csökkentjük, vagyis, hogy jobban érezzük magunkat. Ide olyan (adaptív és kevésbé adaptív) viselkedési stratégiák tartoznak, mint testmozgás, társas támaszkeresés (barátokhoz, rokonokhoz fordulás), ivás, stb. Érzelempőzpontú gondolkodási

stratégiáink olyanok lehetnek, mint: figyelemelterelés, tagadás, a probléma félre tétele, a helyzet jelentésének megváltoztatása, humor, vallásos hit, stb. (Lazarus, DeLongis, 1983).

Az érzelmezőzpontú megküzdési stratégiák főbb csoportjai (Aldwin és Revenson, 1987): értelemkeresés (vallás, ima), minimalizálás (úgy tenni, mintha semmi sem történt volna), fantáziába menekülés (fantáziálás, álmodozás, alkohol, drog használat, sok alvás, emberek kerülése), ön-vádlás.

Az emberek a legtöbb alapvető megküzdési stratégiát használják valamennyi feszültségkeltő helyzetben, vannak azonban specifikus stresszorokhoz kötődő megoldások. Az érzelmezőzpontú megküzdés például egyértelmű kár és veszteség esetén, a problémamegoldó stratégia gyakoribb olyan helyzetben, amit kihívásként értelmezünk (lásd a stresszorok osztályozásánál). Ha megváltoztathatónak látjuk a körülményeket, akkor problémafókuszú stratégiákat használunk, ha kívülről irányítottak észleljük a történéseket, akkor passzivitással és érzelmezőzpontú megküzdéssel reagálunk (Oláh, 1996). A nyugati kultúrában hajlamosak vagyunk egyedül a problémafókuszú stratégiákat valódi megküzdésnek tekinteni, s leértékelni az érzelmezőzpontúakat (Lazarus, 1993). A vizsgálatok eredményei azonban nem támasztják alá ezt az értékelésbeli eltérést: olyan helyzetekben, ahol nincs lehetőség viselkedéses beavatkozásra, az ebből fakadó kudarcélmény révén a problémafókuszú megküzdés még káros is lehet a mentális és fizikai egészségre. Aldwin és Revenson például (1987) azt találták, hogy a problémafókuszú megküzdés csak akkor csökkenti a stresszt, ha sikeres. A különböző stresszhelyzetekhez való leghatékonyabb alkalmazkodás akkor várható az adott személytől, ha minél többféle megküzdési készséggel rendelkezik, és rugalmasan tudja ezeket használni a helyzet követelményeinek megfelelően, akár többet is egyszerre. Nem mondhatjuk tehát, hogy bármelyik megküzdési stratégia általánosságban hatékonyabb lenne a többinél. (Oláh, 1996).

A megküzdési stratégiák közti hatékonyságbeli különbségen felül a kutatások egy másik fontos kérdés vizsgálatával is foglalkoztak, nevezetesen: vannak-e egyénre, személyiségre jellemző megküzdési stratégiák, melyek a szituációk tág körében megjelennek adott egyénnél. A vizsgálatok eredményei szerint egyes megküzdési módok jellemzővé válhatnak a személyre, mások viszont sokkal inkább a helyzettől, mint a személytől függenek. Utóbbira példa a társas támogatás keresése, előbbire a helyzet pozitív átértékelése (Lazarus, 1993).

### 1.6.3.PSZICHOLÓGIAI IMMUNRENDSZER

(Oláh, 1996 alapján)

Mint fent láttuk a kutatások eredményei szerint tartós megterhelés, nehezített alkalmazkodás esetén az egészség legfőbb biztosítója a gazdag megküzdési repertoár, a megküzdési stratégiák helyzethez és stresszorhoz igazodó rugalmas alkalmazása. Felmerült a kérdés, vajon vannak-e olyan személyiségtényezők, amelyek a személy-környezet interakcióban erősítik a személynek a fenyegetéssel szembeni pozícióját. Oláh (1996) feltételezése szerint léteznek olyan kognitív természetű személyiségtényezők, amelyek az elsődleges és másodlagos értékelés befolyásolásán keresztül járulnak hozzá az egyén megküzdési hatékonyságának erősítéséhez, s ezeket *coping potenciál dimenzióknak* nevezte el. Ezek a coping potenciál dimenziók az alábbi módokon segítik elő az egyén hatékonyabb megküzdését:

- A lehetséges reális pozitív következmények észlelésére hangolják a kognitív apparátust.
- Erősítik a viselkedés várható sikerességének az elővételezését.
- A személy állapotának kedvező irányú változásához és fejlődési lehetőségeinek a hangsúlyozásához járulnak hozzá.
- Garantálják a helyzet sajátosságaihoz és a személy állapotához és alkatához illeszkedő megküzdési stratégiák kiválasztását.
- Biztosítják a személyiség megküzdési-forrás háztartásának ellenőrzését, gyors és megfelelő mozgósítását.

Ilyen coping potenciál dimenzióknak tekinthető a kontrollképesség, a tanult leleményesség, a lelki edzettség (hardiness), az optimizmus, a koherencia érzék és az én-tudatosság. A kontrollképesség erős hit abban, hogy ésszerű határok között képesek vagyunk a velünk történetek ellenőrzésére és befolyásolására. A tanult leleményesség képességek és kognitív elvárások olyan készletét jelenti, melyek a kognitív önszabályozáson keresztül garantálják a viselkedés folyamatosságát és hatékonyságát. A lelki edzettség, a küzdőképes személyiség főbb jellemzői: az elkötelezettség, a kihívásokra való reagálás és a kontrollképesség. A koherencia érzék az összefüggések megértésére, megérzésére való képesség, magabiztos érzése annak, hogy a belső és külső környezetünk változásai előre jelezhetők és nagy a valószínűsége annak, hogy a dolgok úgy alakulnak, ahogyan az ésszerűen elvárható. A koherencia érzék azt jelzi, hogy valaki milyen mértékben tartja előre jelezhetőnek és megérthetőnek a vele történeteket, mennyi megküzdési forrással rendelkezik, és hogyan tudja ezeket felkutatni, felhasználni, milyen mértékben talál olyan célokat az életben, amelyeket érdemesnek lát elérni. Az én-tudatosság azt jelöli, hogy mennyire vagyunk

tisztában viselkedésünk indítékaival, mennyire tudjuk kontrollálni érzelmeinket, mennyire ismerjük fel és tudjuk hasznosítani cselekedeteink társas hatásait.

Oláh felfogása szerint ezek a coping potenciál dimenziók egy *pszichológiai immunrendszernek* elnevezett személyiségen belüli rendszert alkotnak. A pszichológiai immunrendszer tehát olyan személyiségforrásokat foglal magában, amelyek képessé teszik az egyént a stresszhatások tartós elviselésére, a fenyegetésekkel való eredményes megküzdésre úgy, hogy a személyiség működési hatékonysága, fejlődő képessége ne sérüljön, inkább gazdagodjon a stresszel való aktív foglalkozás során szerzett tudás, élményanyag és tapasztalat következtében.

#### 1.6.4. A HATÉKONY MEGKÜZDÉST SEGÍTŐ PROGRAMOK

Láttuk, hogy a stresszel való hatékony megküzdés nemcsak, hogy segít elkerülni a stressz káros következményeit, hanem hozzájárul a személyiség fejlődéséhez, növekedéséhez. Célszerűnek látszik ezért, ha azoknak, akik nem rendelkeznek kellően sokszínű és rugalmasan alkalmazható megküzdési stratégiákkal, megtaníttuk ezeket. Többféle program is létezik, melyeknek célja, hogy javítsa az emberek megküzdő képességét, illetve csökkentse, kiküszöbölje a felesleges stresszorokat. A munkahelyi egészségfejlesztésnek nevezett komplex eljárás ilyen programokat (is) tartalmaz, ezért ezekkel részletesebben a Munkahelyi egészségfejlesztés című fejezetben foglalkozunk.

## 2. MODELLEK A MUNKAHELYI STRESSZNEK AZ EGÉSZSÉGGEL VALÓ KAPCSOLATÁRÓL

### 2.1. SIEGRIST: ERŐFESZÍTÉS ÉS JUTALOM EGYENSÚLYA

Siegrist (1996, illetve Schnall és Landsbergis, 1994 alapján) az erőfeszítés és a jutalom egyensúlyának hiányában látja a legfőbb megbetegítő potenciált. A modell szerint az egészségre veszélyes munkahelyi körülmények akkor állnak elő, ha össze nem illés van a megterhelés és a jutalmak között, vagyis ha a nagy munkahelyi megterheléshez a hosszú-távú jutalmak fölötti alacsony kontroll társul. A jutalmak fölötti alacsony kontrollnak olyan megnyilvánulásai formái lehetnek, mint az előmeneteli lehetőség hiánya, az állás bizonytalansága, lefokozás, kényszerű foglalkozásváltogatás. A munkahelyi megterhelés alkotói lehetnek: a műszakozás, a darabszámra fizetett munka, a zaj, a megterhelés növekedése. A modell az erőfeszítésen és a jutalmon kívül egy megküzdési komponenst is tartalmaz. Két megküzdési változót különböztettek meg: az ún. *erőt* – a nagy valószínűséggel



pozitív kimenetelű aktív erőfeszítéseket – és az ún. *belemélyedést* – a folyamatosan fenntartott de sikertelen erőfeszítéseket és az ezekhez kapcsolódó negatív érzések állapotát -. Feltételezések szerint a belemélyedés növeli a valószínűségét, hogy az adott egyén magas megterhelés- alacsony jutalmak feletti kontroll kombinációját fogja átélni. A nagy erőfeszítés lehet extrinsic (pl. munkaterhelés), vagy intrinsic (személyes megküzdési minta, pl. magas kontroll-igény). Vizsgálatoknak sikerült igazolni, hogy a nagy erőfeszítés/kis jutalom jól előre jelezte a szívkoszorúér betegségek előfordulását. Utóbbi egyben jelzi is a Siegrist modell egyik korlátját, nevezetesen, hogy a munkahelyi körülményeknek csak a szívkoszorúér betegségek előfordulására gyakorolt hatását vizsgálja, nem foglalkozik a pszichológiai működésre, motivációra, aktivitásra, tanulásra és megküzdési mintázatokra gyakorolt hatásokkal.

## **2.2. SZEMÉLY ÉS KÖRNYEZET ILLESZKEDÉSE**

(Harrison, 1978 alapján)

A munkahelyi stressz egy másik nagy hatású modellje a személy és a környezet illeszkedésére helyezi a hangsúlyt. A modellt a Michigani Egyetem kutatói fejlesztették ki, és finomították, azóta is folyamatosan. Az elmélet szerint feszültség abból fakad, ha rossz az illeszkedés a személy képességei, igényei és a konkrét munka elrendezés/jelleg vagy munkakörnyezet között. Észrevehetjük, hogy ez szinte megfelel a stressz definíciójának (alkalmazkodási kapacitás túlterhelése). Munkahelyi stressz szempontjából a személy és a környezet között kétféle illeszkedés lehet fontos: a személy készségei, képességei mennyire felelnek meg a munka által támasztott követelményeknek, illetve, hogy a munkahelyi környezet mennyire ad lehetőséget a személy szükségleteinek, motivációinak kielégítésére. A modell különbséget tesz az objektív környezet és az objektív személy, illetve a szubjektív környezet és a szubjektív személy közti illeszkedés között. *Szubjektív környezet* az, ahogy a személy értékeli a környezetet, *szubjektív személy* pedig az, ahogyan saját magát látja. Jó a személy és a környezet közti illeszkedés akkor, ha a munkahelyi környezet biztosítani tudja a személy számára szükségletei kielégítését (pénz, társas kapcsolatok, teljesítmény-elérési lehetőségek útján), és a személy is rendelkezik a tőle megkívánt készségekkel (pl. jó egészség (!), számítógép-programozási ismeretek, stb.). A személy és a környezet közti illeszkedés hiánya az igénybevétel különböző típusait eredményezi: pszichológiai igénybevételt (munkahelyi elégedetlenség, szorongás, alvásproblémák), fiziológiai igénybevételt (magas vérnyomás és koleszterin-szint), és az igénybevétel viselkedéses jegyeit (dohányzás, túl-evés). Azt, hogy az igénybevételnek melyik típusa fog megjelenni a következő tényezők határozzák

meg: a ki nem elégített motiváció típusa, az egyén genetikai és szociális háttere, az egyén megküzdése, szituációs kényszerítőerők. A hosszú ideig fennálló munkahelyi igénybevétel aztán különböző mentális, és fizikai betegségek kialakulásához vezethet, mint például depresszió, szívkoszorúér betegség, gyomorfekély. A személy és környezet közötti jó illeszkedés ezzel szemben növeli az egyén kompetencia érzését, ön-értékelését, hatékonyság-érzését, vagyis hosszú távon hozzájárul a személyiség fejlődéséhez. A modell további érdekessége, hogy nem egyszerű lineáris kapcsolatot tételez fel az illeszkedés hiányának mértéke és az igénybevétel között. Feltételezések szerint (és ezeket a feltételezéseket vizsgálatok részben meg is erősítették) adott munkahely minél inkább az egyén igényeinek megfelelő mértékben kínál lehetőséget a motiváció kielégítésére, annál inkább csökken a stressz. Az ideális illeszkedési ponton túlhaladva azonban, ha a munkahely az egyén által igényeltnél több lehetőséget biztosít a motiváció kielégítésére, az vagy csökkenti, vagy növeli, vagy nem befolyásolja az átélt stresszt. Az, hogy a három lehetőség közül melyik fog bekövetkezni annak függvénye, hogy ennek az extra motívum kielégítési lehetőségnek milyen hatásai vannak más motívumok kielégíthetőségére (csökkenti, növeli, vagy nem befolyásolja). Abban az esetben, ha a személy képességei haladják meg a munkahelyi követelményeket, akkor is három kimenetel lehetséges az átélt stresszre nézve, attól függően, hogy ezek az extra képességek felhasználhatóak-e más motívumok kielégítésére, vagy ellenkezőleg éppen meggátolják bizonyos szükségletek (pl. komplex munkára való igény) kielégítését.

Ennek a modellnek az előnye a fentiekhez képest, hogy a munkahelyi stressznek a szívkoszorúér betegségek kialakulására gyakorolt hatásán kívül az igénybevétel, és az ennek nyomán fellépő betegségek egyéb formáit is számításba veszi (pszichológiai, viselkedéses), hogy az illeszkedés hiányának negatív következményein felül az illeszkedés pozitív kimeneteleivel is számol, hogy – legalábbis az igénybevétel típusának meghatározásában – egyéni befolyásoló tényezőknek is szerepet tulajdonít.

### **2.3. KARASEK: MEGTERHELÉS – KONTROLL –TÁMOGATÁS MODELL**

A harmadik, és egyben legtöbbet vizsgált modell Karasek nevéhez fűződik. Ez a job demand- control, illetve későbbi kiegészített változatában a job demand - control- support modell (Karasek és Theorell, 1990, deJonge et al., 1999, Theorell, 1997 alapján). A megterhelés-kontrol modell lényeges „újítása” a fent ismertetett személy-környezet illeszkedés modellhez képest, hogy megkülönbözteti a munkahelyi környezet jellemzőit, két csoportba sorolva őket, s nem tekint minden munkahelyi jellemzőt egységesen potenciális stresszornak (a munkahelyi tényezők két csoportját lásd alább). Az előző modellnél nagyobb

hangsúlyt fektet az objektív munkahelyi tényezők stresszkeltő képességére. További különbség a két modell között, hogy míg a személy-környezet illeszkedés modell az egyénre helyezi a felelősséget az illeszkedés hiányáért, amennyiben neki kell alkalmazkodnia a környezethez, addig Karasek a környezetet tekinti determinisztikusnak a munkahelyi stressz meghatározásában. A vizsgálatok tanulsága szerint a Karasek modellnek jobb előre jelző képessége van a munkahelyi stressz kialakulására, mint a személy-környezet illeszkedés modellnek. A Karasek-modell eredeti változatában feltételezi, hogy a munkahelyi stressz a munka két alapjellemezőjének egymáshoz való viszonyából fakad. Ez a két alapjellemező a következő:

1. a pszichológiai munka-követelmények / megterhelés (demand): ide a munkakörnyezetben jelenlevő pszichológiai stresszorok tartoznak, mint például az időnyomás, feszített munkatempó, bonyolult, vagy pszichésen felzaklató munka, személy konfliktusok, készségek elavulása, félelem az állás elvesztésétől. Bizonyos fokú megterhelésre szükség van a hatékony teljesítményhez, de a túl sok már káros.

2. döntési jogkör, autonómia (control): a dolgozó lehetősége arra, hogy kontrollálja aktivitásait, képességei felhasználását. Ennek a jellemzőnek két komponense van: a képességek felhasználása (az egyén hányfajta készségét használhatja a munkában), illetve a döntési jogkör, kontroll a munkavégzés módja, sebessége felett. A kontroll dimenzió e két komponense kölcsönösen erősíti egymást, hiszen pl. minél több készségét használhatja a személy a munkájában, annál inkább döntheti el maga, hogy melyiket használja az adott feladat végrehajtásában. Azért e két komponenst mégis meg kell különböztetni egymástól, mert egyes esetekben el is válhatnak egymástól. Például egy zenekari zenész sokféle készségét használhatja a munkájában, de kevés kontrollal bír a munkavégzés módja, sebessége felett: a többiekhez, illetve a karmesterhez kell igazodnia.

A pszichológia igénybevétele a megterhelés és a döntési lehetőség interakciójának következményeként állhatnak elő. A lehetséges interakciókból kiindulva a modell két konkrét feltételezést fogalmaz meg:

- A legrosszabb kimenetel (az egészségi állapotra nézve) akkor várható, ha a követelmények magasak, de a döntési lehetőség kicsi.
- Motiváció, bevonódás, személyes növekedés akkor jelenik meg, ha a követelmények is magasak, és a döntési lehetőség is nagy.

A két dimenzió (megterhelés és kontroll) alacsony és magas értékeinek kombinációjaképp négyféle munka áll elő:

- *Nagy igénybevételt jelentő munkák:* Nagy a pszichológiai megterhelés, de kicsi a döntési lehetőség. Ennek következtében az energia, amit a megterhelés aktivizál káros igénybevétellé alakul, mert nem lehetséges a megterhelésre adandó optimális válasz végrehajtása. Példák a nagy igénybevételt jelentő munkákra: szalagmunka, amikor felgyorsítják a szalag sebességét, telefonos ügyfélszolgálat – ha rögzítve van, hogy milyen válaszokat adhat az alkalmazott egy felbőszült ügyfélnek.
- *Aktív munkák:* A megterhelés és a kontroll is nagy. Az ilyen munkák tanulásra és fejlődésre adnak lehetőséget. A stresszorok keltette arousal itt hasznos cselekvésbe fordulhat, így nem alakul ki tartósan fennmaradó, megbetegítő feszültség. Aktív munkának minősülnek általában a nagy presztízsű munkák (pl. ügyvéd), ezek járnak a legtöbb jövedelemmel és a legnagyobb munkahelyi elégedettséggel is. A vizsgálatok szerint az aktív munkát végzők a szabadidejüket is aktívabban töltik el.
- *Alacsony igénybevétellel járó munkák:* kicsi a megterhelés, de nagy a kontroll. Ez a relaxációs munka.
- *Passzív munkák:* A megterhelés és a kontroll is alacsony, ami a tanult képességek és készségek lassú leépüléséhez vezet. Az ilyen munkahelyeken például nem hagyják, hogy a dolgozó bármilyen energikus cselekvést végezzen, ennek következtében csökken a motiváció, a teljesítmény. A passzív munkát végzők passzívabb szabadidős elfoglaltságokat is keresnek.

A modell egyik alapfeltételezése tehát az volt, hogy az alacsony kontroll/nagy megterhelés kombináció igénybevételhez, és ezen keresztül fizikai megbetegedéshez vezet. Karasek és Theorell (1990) ehhez a feltételezéshez próbálták megkeresni a fiziológiai alapot is. Az igénybevételnek az egészségi állapotra gyakorolt romboló hatását az anabolizmussal (fehérjésintézis) kapcsolják össze: elméletük szerint a magas követelmények a szervezet energiáinak mozgósításához vezetnek (ami például a vérnyomás-emelkedésben is kifejezésre jut főleg férfiaknál), ugyanakkor a kontroll gyakorlás lehetőségének a hiánya következtében fellépő feszültség gátolja az új sejtek keletkezését, ami az adott szerv fokozott sérülékenységéhez vezet (pl. szív - ezt vizsgálták a leggyakrabban). A fehérjésintézis gátlására feszültség helyzetben azonban csak közvetett bizonyítékokat tud hozni: pl. alvászavarok jelenléte feszült embereknél (alvás alatt megy végbe az anabolizmus). Az

optimális anabolikus választ (ami a szervezet regenerációjának alapfeltétele) szerintük a nagy megterhelés/nagy kontroll együttese segíti elő. A fiziológiai magyarázatnak a stressz helyzetben jellemző, energia termelő katabolikus válaszok is részét képezik. A szerzők feltevése szerint a nagy megterhelés/nagy kontroll helyzetben ugyan nagy mértékű a - stressz helyzetben jellemző - adrenalin kiválasztás, nem nő jelentős mértékben viszont a kortizol szint, ami a stresszválasz hosszabb távú fenntartásáért lenne felelős. Így ezekben az aktív helyzetekben a stresszválasz hamar leáll, ami hasonló a sport fiziológiai hatásához.

A modell rengeteg kutatót illetett meg, akik empirikus vizsgálatokban próbálták igazolni a fenti hipotézisek helytállóságát. A vizsgálatokban azt nézték, hogy a fenti feltételek érvényesülése az adott munka körülményeiben jól előre jelzi-e a szív-koszorúér megbetegedéseket. Egyéb betegségekkel való kapcsolatát nem nagyon vizsgálták. A feltételezések szerint a munka pszichés faktorai három módon játszhatnak szerepet a szívbetegségek kialakulásában:

- Magasvérnyomáshoz vezetnek a stresszválasz rendszer aktiválásán keresztül (ami jelentős kockázati tényező szívbetegségekre).
- Akut módon előidézhetnek szívbetegségeket.
- Súlyosbíthatják a kockázati faktorok hatását (pl. a dolgozó stresszhatás alatt többet dohányzik).

A vizsgálatok alapján kiderült, hogy a modell használható az előre jelzésben, azonban a két faktornak - követelmények és döntési jogkör - egymástól független, és nem is egyformán fontos a hatása. Az alacsony döntési jogkörnek a szív-érrendszeri betegségekre való kockázatát azonban szinte minden vizsgálat kimutatta (Theorell, 1997). Karaseknek az eredeti feltételezéseit is sikerült igazolnia egy svéd prospektív vizsgálatban, ahol azt találta, hogy alacsony megterhelés és nagy kontroll esetén nem jelentkeztek szívbetegségekre utaló tünetek sem az egyidejű, sem a prospektív vizsgálatban. Egy amerikai vizsgálatban azt találták, hogy a nagy igénybevételű (nagy megterhelés, alacsony kontroll) munkát végző csoportban kétfélször olyan gyakori volt a szívinfarktus előfordulása, mint a kis igénybevételű csoportban.

DeJonge és mtsai (1999) a megterhelésen belül megkülönböztettek pszichológiai, fizikai, és emocionális megterhelést, és vizsgálatukban azt találták, hogy a döntési autonómia magas fokán az emocionális megterhelés növekedésével a pszichoszomatikus panaszok száma enyhén nőtt. Ez ellentmond Karasek hipotéziseinek, hiszen nála a magas követelmény - magas autonómia volt az elképzelhető „legjobb kombináció”.

Theorell felhívja a figyelmet a Karasek-i modell későbbi kiegészítésére, amely egy új változót vezet be: a szociális támogatottságot. A munkahelyi szociális támogatottság Karaseki meghatározás szerint a munkatársaktól és a felettesektől érkező összes segítő társas interakciót jelenti. A munkahelyi szociális támogatottságnak két típusa van: a *társas-érzelmi támogatás* (bizalom, társas összetartás mértéke a munkacsoportban), és a munkatársaktól, felettesektől a *feladatvégzéshez kapott extra segítség*. Az elmélet így továbbfejlesztett változata azt mondja, hogy a szociális támogatottság képes még a rossz munkakörülmények (alacsony kontroll, nagy megterhelés) hatását is enyhíteni. A szociális támogatottságnak azon kívül, hogy védőfaktor a munkahelyi pszichoszociális stresszorok és a megbetegedés közti kapcsolatban, közvetlen hatásai is vannak: pozitívan képes befolyásolni az alapvető fiziológiai folyamatokat, s facilitálja az aktív megküzdést. Ennek indirekt igazolásaként egy vizsgálatban azt találták, hogy rossz szociális támogatottság és pszichológiai igénybevétel együttes jelenléte esetén az életkor előrehaladtával gyorsabb volt a szív-érrendszeri halálozás progressziója.

Összefoglalóan mindegyik fentiekben ismertetett modell az empirikus vizsgálatok tanulsága szerint jól előre jelezte a szív-érrendszeri megbetegedéseket. Ezek az elméletek tulajdonképpen a munkahelyi környezetben érvényesülő stresszorok egyfajta csoportosítására törekedtek, megpróbálták fellelni az ezekben meglévő közös faktorokat, majd ezeknek a szuper faktoroknak (pl. kontroll) a mentális és szomatikus egészséggel való kapcsolatát magyarázták meg több-kevesebb meggyőző erővel. A legtöbbet vizsgált modell kétségkívül a Karasek-i. Ennek a modellnek jelentős érdeme, hogy rendszert visz egy olyan kaotikus kutatási területbe, mint a munkahelyi stressz (ahol a vizsgálatokban általában hasra ütészerűen döntötték el, hogy mit fognak stresszorként mérni), többé-kevésbé objektívan mérhető változókat kínál, mi által az egyes vizsgálatok eredményei összehasonlíthatóak lesznek egymással.

Azonban az elméletnek korlátai is vannak: először is a vizsgálatok többsége önbeszámolókon alapszik, ami kérdésessé teszi, hogy valóban a dolgozónak a munkája feletti tényleges kontrollját mérjük-e, vagy inkább az észlelt kontrollt (a kettő nem feltétlenül esik egybe, hiszen az észlelt kontrollt befolyásolja az is, hogy a személy szerint mi lenne az adott munkában az ideális kontroll mérték, és ehhez viszonyít).

A másik lehetséges kritika az, hogy a munkának az egészségi állapotra gyakorolt (negatív) hatását pusztán két illetve három faktorból levezetni túlegyszerűsítésnek tűnik. Az a tény, hogy a Személy-Környezet Illeszkedés Modell, illetve Siegrist modellje is jól előre

jelezte a szív-koszorúér betegségeket, arra utal, hogy az ezekben megfogalmazott munkafaktorok (erőfeszítés - jutalom, személy - környezet illeszkedése) is jelentős szerepet játszhatnak. Sőt az illeszkedési modell felhívja a figyelmet egy olyan lényeges aspektusra, amivel a megterhelés-kontroll-támogatottság modell nem foglalkozik (bár későbbi vizsgálói utalnak rá (pl. Theorell, 1997, ld. alább), nevezetesen az egyéni különbségekre, illetve az egyéni igények, képességek és a munkafeltételek kölcsönhatására. Nem feltételezhetjük ugyanis – mint teszi azt a Karasek modell -, hogy mindenki egyforma mértékű kontrollra tart igényt, illetve ugyanazokon a területeken fontos számára a kontroll.

Egy további kritikai szempont lehet, hogy a modell a munkahelyi stressznek az egészségi állapotra gyakorolt hatását csak a szív-koszorúér megbetegedések kockázatán keresztül vizsgálja. A Theorell féle tovább gondolt változat (feszültség és anabolizmus) globálisabb keretbe próbálja ugyan helyezni a kapcsolatot, azonban feltételezései spekulatívak és közvetett bizonyítékokra támaszkodnak (pl. az alvászavarokból következtet az anabolizmus gátlására).

### 3. MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

#### 3.1. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FOGALMA

Ahhoz, hogy foglalkozni tudjunk az egészségfejlesztéssel, először is tisztáznunk kell, hogy mi is az, amit fejleszteni akarunk, vagyis mit értünk egészség alatt. Az egészségnek rengeteg meghatározása ismert, van olyan definíció például, mely szerint az egészség az emberi test biológiai funkcióinak tökéletes működésével azonosítható, Freud szerint az egészség az, amikor szeretni és dolgozni tudunk, Bandura szerint pedig az egészség a problémamegoldásra és az érzelmeink irányítására való képességünk (idézi Benkő, 1997). Az egészségnek vannak negatív és pozitív meghatározásai. Előbbiek lényege, hogy az egészséget a betegség hiányával azonosítják, szemben az utóbbiakkal, melyek szerint az egészség több ennél, egyfajta testi-lelki jól-léti állapotot jelent.

A pozitív meghatározások közé tartozik – és egyben az egészségfejlesztés szemléletének és módszerének is kiindulópontjául szolgál – a WHO (World Health Organisation) Egészségügyi Világszervezet 1946-os definíciója, ami a következőképpen hangzik:

*„Az egészség a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapota, és nem csak a betegség, vagy fogyatékoság hiánya.”*

Mivel még ebből a definícióból is hiányoznak elemek, így ennek továbbfejlesztett változata is elkészült, ez a következő:

*„Az egészség nem pusztán a betegség hiánya, hanem egy olyan állapot, melynek fizikai, kulturális, pszichoszociális, gazdasági és lelki vonatkozásai vannak.” (Marks és mtsai, 2000, 4. oldal)*

A pozitív és negatív megközelítés a laikus egészség-meghatározásokban is megjelenik. Az egészség laikus meghatározása sokat változott a 20. század folyamán. Míg a múlt században egy aszkétikus egészségértelmezés volt elterjedt, mely az önmegtartóztatást, a takarékoságot, az önkontrollt, a szigorú viselkedési szabályok betartását hangsúlyozta, a 20. század második felében már egy hedonikus egészség szemlélet vált uralkodóvá. Ebben a szemléletben az egészséget a jókedv, az élvezet, az önmegvalósítás jelenti. Korunkban az egészség körüli problémák a „veszteseké”, szemben az életet állandó kihívásként megélő fitt és egészséges sikeremberekkel (Benkő, 1997).



Az egészség jelentésének meghatározása után most nézzük meg, mit értünk egészségfejlesztés alatt? Az egészségfejlesztés célja az egyének, csoportok, közösségek egészségének, életminőségének fejlesztése. Az egészségfejlesztés egy olyan folyamat, amelynek révén az emberek képesek javítani a saját egészségüket, növelve az afeletti kontrolljukat. Azt lehet vele elérni, hogy az emberek maguk legyenek képesek gondoskodni egészségükről (Marks et al., 2000).

Nem szolgáltatást nyújt tehát, mint a hagyományos orvosi, gyógyító eljárások, hanem segítője annak a folyamatnak, mely az egyéneket, illetve a közösségeket ruházza fel az egészségükért való felelősséggel. Az egészségfejlesztésnek célja, hogy csökkentse az emberek egészségi állapotában országtól, életkortól, társadalmi osztálytól függően jelenleg fennálló különbségeket, s hogy mindenki számára lehetővé tegye, hogy a számára elérhető legjobb egészségben élhessen. Ennek érdekében az egészséget támogató környezetet igyekszik létrehozni, tájékoztatja az embereket a betegségek megelőzési módjáról, és életmód-változtatásra ösztönöz. Elősegíti a személyes és társas készségek fejlesztését információközléssel, egészségneveléssel, készségfejlesztéssel. E készségek megszerzése révén ugyanis az embereknek több lehetőségük lesz kontrollt gyakorolni a saját egészségük, illetve a környezetük felett, és az egészségüket elősegítő döntéseket hozni. Az egészség fent idézett pozitív meghatározásából kiindulóan – mely az egészséget nem azonosítja pusztán a fizikai egészséggel, hanem figyelembe veszi annak szociális, pszichológiai, gazdasági, kulturális, lelki vonatkozásait is – az egészségfejlesztés nem pusztán az egészségügy felelősségi körébe tartozik, igényli a kormányok, az egészségi, szociális, és gazdasági szektorok, az önkéntes szerveződések, a helyi hatóságok, az ipar és a média összehangolt cselekvését. Az egészségfejlesztés nem csupán az orvosi értelemben vett betegségek kialakulását igyekszik megelőzni, hanem egy általánosan jobb életminőségre törekszik, s ennek eléréséhez olyan egymástól eltérő módszereket használ fel, mint a pénzügyi rendelkezések, a törvényhozás, az oktatás (pl. egészség-megőrzési módszerek tanítása), a közösségi élet fejlesztése, szervezési változtatások, spontán helyi megmozdulások támogatása (Ottawa Charter, 1986).

A beavatkozás célja és az alkalmazott eszközökön túl a hagyományos orvoslás és az egészségfejlesztés közti további eltérés, hogy míg előbbi elsősorban a már kialakult betegségek kezelésére koncentrál, addig az utóbbi célja a fenti módszerekkel megakadályozni, hogy a betegségek egyáltalán kialakuljanak. Ezen felül az egészségfejlesztésre az a fajta pozitív megközelítés jellemző, szemben a nyugati orvoslással, amely a WHO egészség

meghatározásában is tükröződött, nevezetesen, hogy nem elégszik meg a betegségek pusztai hiányával, hanem egyfajta ideális jól-léti állapot elérésére törekszik.

### 3.1.1. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ROKONFOGALMAI

(Benkő, 1997 és Barabás, 1997 alapján)

#### 3.1.1.1. Prevenció

A megelőzési stratégiák célja meghatározott betegségek speciális rizikófaktorainak csökkentése. Ebben eltér az egészségfejlesztéstől, hiszen az, az egészség javítására törekszik, nem adott kockázati tényezők csökkentésére, valamint az egész lakosságnak szól, nem csak egy adott rizikócsoporthoz (pl. magas vérnyomásúak). A prevenciónak több formája van:

- *A primordiális prevenció* célja a betegségek előfordulási gyakoriságát fokozó kockázati tényezők kialakulásának megakadályozása (pl. kormányzati szintű dohányzásellenes intézkedések).
- *Az elsődleges prevenció* a már meglévő kockázati tényezőket igyekszik kontrollálni (pl. védőoltás).
- *A másodlagos prevenció* célja a klinikai tünetek megjelenése előtt, a betegségre jellemző jelek alapján korai diagnózist felállítani. Ezáltal hamar megkezdhető a hatékony kezelés, s a betegség komolyabb következményei elkerülhetők.
- *A harmadlagos prevenció* a kialakult betegség súlyosságát igyekszik csökkenteni, lehetővé téve a rehabilitációt.

#### 3.1.1.2. Egészségnevelés

Az egészségnevelés célja információközvetítéssel felvilágosítani az embereket egyes betegségek kockázati tényezőiről, azok lehetséges megelőzési módjairól, valamint az életmód-változtatás módjáról, kivitelezéséről. Az egészségnevelés, a megelőzéshez hasonlóan, adott betegség adott rizikófaktorára irányul, szemben az egészségfejlesztéssel, mely az egész lakosságot, és azon belül az egész embert célozza meg. További különbség az egészségfejlesztés és az egészségnevelés között, hogy míg az előbbi foglalkozik az egészséget befolyásoló környezeti faktorokkal is, addig az utóbbi kizárólag az egyéni befolyásoló tényezőket veszi számításba (Barić, 1994).

### 3.1.1.3. Egészségképzés

Tárgya az egyének cselekvése saját egészségi kérdéseikben. Az egészségképzés keretein belül konkrét készségeket, viselkedéseket tanítanak meg a résztvevőknek (pl. megküzdő készségek tanítása a stressz megfelelő kezelését elősegítendő). Ez valójában egy pedagógiai lehetőség az egészségfejlesztéshez, utóbbi azonban ezen túlmenően törvényhozási, intézményi, strukturális jellegű intézkedéseket is tartalmazhat.

### 3.1.2. AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ALAPELVEI A WHO OTTAWAI CHARTÁJA SZERINT

(idézi Naidoo és Wills, 1999)

- Az egészségfejlesztés célja egészséges közérzetet kialakítani a résztvevőkben.
- Az egészségfejlesztő programokban a lakosságot egységes egésként kell kezelni, s nem csak bizonyos betegségekre veszélyeztetett csoportokkal kell foglalkozni.
- Az egészségfejlesztés több, egymástól eltérő, ugyanakkor egymást kiegészítő tevékenységeket ölel fel, például: kommunikáció, oktatás, törvények alkotása, pénzügyi rendelkezések, szervezési változtatások, a közösségi élet fejlesztése, spontán helyi megmozdulások, hatásos környezetvédelmi intézkedések, az egyéni készségek fejlesztése.
- Az egészségfejlesztési programok megalkotásában, kivitelezésében számítani kell a lakosság aktív részvételére. Támogatni kell a „Segíts magadon” mozgalmakat, elő kell mozdítani a közösségi tevékenységeket.
- Az egészségfejlesztés alapvetően az egészségügyre és a szociális szférára irányuló tevékenység, nem orvosi szolgáltatás. Ehhez kapcsolódóan át kell értékelni az egészségügyi szolgáltatások szerepét az egészség megőrzésében, fejlesztésében.

A Charta szerint három út vezet el az egészségfejlesztéshez:

- *felvilágosítás*: az embereket meg kell ismertetni az egészségi állapotukat befolyásoló tényezőkkel, másrészt fel kell világosítani a lakosságot arról, hogy mindenkinek alapvető joga van egészségének védelmére.
- *jogosultság, érdekvédelem*: törekedni kell az egészségi állapotok terén meglévő különbségek csökkentésére.
- *közbenjárás, egyeztetés*: az egészségfejlesztés érdekében szükség van az egyes szervezetek közötti kapcsolatok, együttműködések kialakítására.

### 3.2. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

A munkahelyi egészségfejlesztés – mint arra a bevezetőben már utaltunk – lényegében egyszerűen olyan egészségfejlesztés, ami a munkahelyen történik. Ennél mégis többről van szó.

Az előző bekezdésben már említett 1986-os Ottawai Charta, mely az egészségfejlesztésről tartott első nemzetközi konferencián született megállapodásokat tartalmazza, már tartalmaz utalásokat a munkahelynek az egészségfejlesztésben betöltött kitüntetett szerepére vonatkozóan: „A munka és a szabadidő az egészség forrásai kell, hogy legyenek az emberek számára...Az egészségfejlesztés olyan élet- és munkakörülményeket hoz létre, amelyek biztonságosak, ösztönzők, kielégítőek és élvezetesek.”(id.m. 541.o.).

Miért lehet a munkahely kitüntetett helyszíne ezeknek a programoknak? (Pencak, 1991, Naidoo és Wills, 1999).

- A célcsoport itt könnyen elérhető: az emberek ébren töltött óráik egyharmadát a munkahelyükön töltik el. A részvétel valószínűségét is növeli, hogy munkaidőben és helyben zajlanak a programok.
- Az alkalmazotti réteg fogékony közönséget jelent az ilyen programokra, másrészt ők a hagyományos egészségügy által a legnehezebben elérhetők, ugyanakkor több súlyos betegség szempontjából a legveszélyeztetettebbek.
- A program szervezéséhez felhasználhatóak a munkahelyen már működő, létező kommunikációs csatornák, a munkatársak közti kapcsolatok.

#### 3.2.1. A MUNKAVÉGZÉS ÉS AZ EGÉSZSÉG KÖZÖTTI KAPCSOLAT

A munkahelyi egészségfejlesztés érdeklődésének középpontjában a munkának az egészségre gyakorolt hatása van. Ez a hatás többféle lehet (Naidoo és Wills, 1999):

- *A munka egyrészt előnyös az egészség szempontjából:* jövedelmet hoz, növeli az önértékelést, társas kapcsolatok kiépítésére teremt lehetőséget. A jövedelem azért – is - fontos, mert a felmérések tanulsága szerint az emberek rendelkezésére álló anyagi eszközök nagymértékben befolyásolják az egészségi állapotukat. A munkavégzés az önértékeléshez elsősorban a sikeres feladatmegoldáson, illetve az arra kapott pozitív értékelésen keresztül járul hozzá. A legtöbb munkavégzést követi ugyanis valamilyen értékelés – ha csak informális is – a vezető, vagy a kollégák részéről. Ezekből az értékelésekből a személy információt kaphat a saját képességeiről, így fejlesztheti önismeretét, növelheti önbizalmát, magabiztosságát. A munkatársakkal kialakított kapcsolat pedig egy nagyon fontos „egészségvédő faktorhoz”, nevezetesen a szociális

támogatottsághoz járul hozzá. A szociális támogatottság azt az anyagi és érzelmi támaszt jelenti, melyhez az adott személy a kapcsolatai révén jut. Több vizsgálat tanulsága szerint a jó szociális támogatottság még a szélsőségesen erős stressz megbetegítő hatását is képes kivédeni.

- Ugyanakkor a *munkának vannak az egészségre káros hatásai* is:
  - a veszélyes, mérgező anyagok kezeléséből fakadóan,
  - az adott munkakultúrához kapcsolódó egészségtelen életmód (pl. a vendéglátóiparban dolgozók túlzott alkoholfogyasztása), illetve a túlterheltség közvetítésével,
  - a munkahelyi stressz okozta megbetegedések formájában.

### 3.2.2. FOGLALKOZÁS-EGÉSZSÉGÜGY ÉS MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

A munkahelyen nem a munkahelyi egészségfejlesztési szakemberek az egyetlenek, akik a dolgozók egészségével foglalkoznak: ez a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok feladata is. A két megközelítés közötti eltérés egyrészt az egészségért való felelősség megítélésében van. A foglalkozás-egészségügy alapfeltevése, hogy minden munkahelyi sérülésért, foglalkozási megbetegedésért a munkáltató a felelős, függetlenül attól, hogy az adott konkrét esetben ki hibázott; míg a munkahelyi egészségfejlesztés – annak is főként az egyéni megközelítése (lásd alább) – a felelősséget inkább az egyéni munkavállalóra helyezi.

A másik lényeges eltérés a két megközelítés fókuszában álló problémákban van. A *foglalkozás-egészségügy* fő célja a munkakörnyezetből származó egészségkárosító veszélyek felismerése, e veszélyek által a dolgozók egészségére kifejtett hatások elemzése, kezelése, az egészségkárosító hatások lehetőség szerinti csökkentése (például az üzemben jelenlevő mérgező gázok koncentrációjának csökkentésével), illetve a dolgozók egészségi alkalmasságának megállapítása, ellenőrzése. A *munkahelyi egészségfejlesztés* célja ezzel szemben a dolgozók általános egészségének fejlesztése, növelve az egyéneknek a saját egészségük feletti kontrollját, az érte való felelősségvállalásukat. A hagyományos orvoslással szemben tehát – ahova a foglalkozás-egészségügy is tartozik -, amely a klienst egyfajta gyermeki szerepbe helyezi, akinek az egyetlen feladata, hogy gondosan betartsa a „szülő”, vagy jelen esetben az orvos utasításait, a munkahelyi egészségfejlesztés felnőttként kezeli kliensét, akinek joga és lehetősége van dönteni a saját egészségét érintő kérdésekben. Ideális esetben e kétféle szemléletnek és gyakorlatnak együttműködve kellene a dolgozók jobb egészségének célját szolgálni.

### 3.2.3. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS CÉLJA, ELTERJEDTSÉGE

A munkahelyi egészségfejlesztési programok megjelenésének elsődleges kiváltó oka a dolgozók betegsége miatt a munkáltatókra nehezedő költségek radikális megnövekedése volt. Egyes országokban ugyanis (pl. USA) a munkáltató fizeti a dolgozói, és azok családtagjainak egészségbiztosítását. De azokban az országokban is, ahol ez nem így van, a dolgozók hiányzása jelentős költségeket ró a vállalatokra. A programok célja tehát elsősorban a dolgozók egészségének javításán keresztül e költségek csökkentése volt. Időközben azonban kiderült, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési programoknak a fentiekén kívül egyéb kedvező hatásai is vannak (lásd a 3.2.5. fejezetet), melyek közvetett módon szintén javíthatják a vállalat eredményességét.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok az USA-ból indultak, ott rohamosan nő az elterjedtségük: egy 1989-es felmérés szerint a magán szektor 50 főnél többet foglalkoztató vállalatainak 65.5%-a végzett valamilyen egészségfejlesztési tevékenységet (Pencak, 1991). Egy 1992-es felmérés szerint a munkahelyek 81%-a kínált legalább egy egészségfejlesztő aktivitást (Stokols és mtsai, 1995). Időközben ezek a programok Nyugat-Európában is egyre gyakoribbá válnak. Az Egyesült Királyságban például 1996-os adatok szerint a nagyvállalatok 69%-a, a kicsik 40%-a foglalkozik egészségfejlesztéssel (Sanders és Crowe, 1996).

### 3.2.4. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FÓKUSZÁBAN ÁLLÓ FŐBB EGÉSZSÉGI PROBLÉMÁK

(WHO, 1988 alapján)

#### 3.2.4.1. Dohányzás

A fejlett és a fejlődő országokban is a férfiaknak körül-belül a fele dohányzik. Ugyanakkor a dohányzás kockázati tényezője a szív-érrendszeri megbetegedéseknek, a tüdőráknak, és egyéb légzőszervi betegségeknek. A dohányzó dolgozók adott időn belül másfélszer akkora eséllyel kerülnek kórházba, mint a nem dohányzó társaik. A passzív dohányzás is növeli a fenti megbetegedések kialakulásának valószínűségét. A dohányzás gyakoribb a szorongó, feszült embereknél, illetve azoknál, akiket jelentős mértékű stressz ér a munkahelyükön.

A sikeres munkahelyi dohányzás-ellenes programok eredményeként egészségesebb lesz a munkaerő, nő a termelékenység, csökken a hiányzás, hosszabb ideig tart ki a munkahelyi felszerelés, kevesebb tűz fordul elő.

#### **3.2.4.2. Mozgásszegény életmód**

A mozgásszegény életmód káros hatásait a mozgás pozitív hatásainak bemutatásán keresztül érzékeltethetjük. A rendszeres testmozgás eredményeképpen csökken a testsúly, a vérnyomás, a szívritmus, javulnak az anyagcsere folyamatok. A rendszeres testmozgás csökkenti a szívbetegségek, az agy-ér megbetegedések, a cukorbetegség, a csontritkulás, sőt a munkahelyi hátsérülések kockázatát is. A testi egészség javításán túl a testmozgás olyan lelki természetű problémák előfordulását is csökkenti, mint a szorongás, a depresszió. Egy felmérés szerint a mozgásszegény életmódot folytatók 5-8-szor gyakrabban betegek, mint a rendszeresen sportolók.

A munkahelyi testmozgást támogató programok a jótékony egészségi hatások mellett a hiányzás és a kilépés csökkenését eredményezik. A vállalati foci- és egyéb sportcsapatok alakítása és működtetése pedig javítja a szervezeti légkört, növeli a vállalat iránti elkötelezettséget.

#### **3.2.4.3. Egészségtelen táplálkozás**

Az egészségtelen táplálkozás olyan betegségek fő oka lehet, mint a rák, a szívbetegségek, a cukorbetegség. A túlsúlyos személyek fogyókúrázása csökkentheti a vérnyomást, a vér koleszterinszintjét, s ezeken keresztül a fenti betegségek kialakulásának valószínűségét. A túltápláltsághoz hasonlóan az alultápláltság is súlyos egészségi problémákhoz vezethet, és csökkentheti a dolgozó termelékenységét.

Az egészségesebb táplálkozást sikeresen támogathatják a munkahelyi programok például tájékoztatással, egészséges ételek biztosításával a munkahelyi étkezdében. A munkahelyi fogyókúrás programok is elég hatékonyak bizonyultak: egy átlagos résztvevő 2-8 kg-ot veszít a súlyából a program során.

#### **3.2.4.4. Alkoholfogyasztás**

Alkoholfogyasztás áll a legtöbb súlyos, sokszor akár rokkantságot is okozó baleset mögött. A munkahelyi sérülések 57%-át az alkohol okozza. Az alkohol problémákkal küzdő dolgozók jóval többet is hiányoznak kollégáiknál. Az USA-ban a dolgozók 5-10%-a alkoholisták, vagy súlyos alkoholproblémákkal küzdenek. Magyarországon egyes becslések szerint az össznépegségben belül 610 ezerre tehető a mértéktelen ivók száma. Az alkoholfogyasztást kulturális, társadalmi és pszichológiai tényezők is befolyásolják. A munkahelyen jó lehetőségek állnak rendelkezésre az alkoholfogyasztás ellenőrzésére és megelőzésére, mert a probléma viszonylag korán észrevehető a teljesítmény romlásából, az állás esetleges

elvesztésétől való félelem pedig motiválhat a viselkedésváltoztatásra, valamint a munkatársak is támogatást nyújthatnak a problémával való megküzdéshez. Az alkoholproblémákkal küzdő dolgozókat segítő programok révén a dolgozók munkateljesítménye visszatér a normál szintre, csökken a hiányzás.

#### **3.2.4.5. Kábítószer használat**

A drogfogyasztóknak több munkahelyi balesete van, többször hiányoznak, gyakrabban okoznak kárt a berendezésben, mint kollégáik. A drogfüggő dolgozóknak csökken a stresszel és betegséggel szembeni általános ellenálló képessége, a munkavégző képessége és önértékelése.

A munkahelyen az alkoholproblémák kezelésére használt módszerek kis módosítással erre a problémára is alkalmazhatók.

#### **3.2.4.6. Stressz**

Egyes becslések szerint egy adott évben az USA lakosságának 25%-a súlyos stresszt él át. Munkahelyi tényezők is jelentős mértékben hozzájárulhatnak a dolgozók által átélt stresszhez, mint arról az első fejezet Munkahelyi stresszorok című alfejezetében már szóltunk. Szintén volt már szó a stressz rövid- és hosszú távú káros következményeiről. A munkahelyi stresszkezelő programokról és azok hatásairól pedig a fejezet későbbi részében fogunk beszélni.

### **A magyar lakosság egészségi állapota**

Miután áttekintettük, hogy melyek a munkahelyi egészségfejlesztési programok fókuszában álló egészségi problémák, tegyünk egy rövid kitekintést, s nézzük meg, milyen ma a magyar népesség egészségi állapota, életmódja. Szükség van-e /lenne-e ezek alapján egészségfejlesztési programokra Magyarországon?

Ma a születéskor várható átlagos élettartam férfiaknál 63 év, nőknél 73,8 év (Barabás, 1997). Ezzel Európában sereghajtó helyen vagyunk. A halálozások 91%-áért öt nagy betegségcsoport felelős: a szív- és érrendszeri betegségek (50%), a daganatos betegségek (22%), az erőszakos halálokok (9%), az idült tüdőbetegségek (4%), a májzsugor (4%) (Barabás, 1997 alapján). Ezek közül az első két és az utolsó csoportba tartozó betegségeknek életmódbeli tényezőkkel való kapcsolatát rengeteg vizsgálatban kimutatták, de még a balesetek sem függetlenek az életmódtól, az egészségviselkedéstől. (A nagy epidemiológiai



vizsgálatok az életmód vonatkozásában a következő kockázati tényezőket szokták elsősorban vizsgálni: dohányzás, táplálkozás, alkoholfogyasztás, drog, testmozgás).

Az öngyilkosságok száma 1979-től 1998-ig jelentősen csökkent, de még így is az összhálalozások 2,3%-át teszik ki (Demográfiai Évkönyv, 1999).

Leszögezhető, hogy ma a magyar lakosság életmódja nem alkalmas az egészség megőrzésére és a hosszú élettartam biztosítására: A férfiak 25%-ának, a nők 33%-ának a szükségesnél nagyobb az energiabevetele (túl sok zsírt és cukrot fogyasztanak, kevés összetett szénhidrátot, élelmirostot, vitamint). Az egészségtelen táplálkozás okai a nem kielégítő ismeretek, a hagyományos ételek alacsony rost és vitamintartalma, az egészségtelen ételeknek, alapanyagoknak az egészségeseknél alacsonyabb fogyasztói ára. A felnőtt lakosság egy harmada dohányzik, a középkorú férfiaknak több mint a fele. Az egy főre jutó évi tömény alkoholfogyasztás ma 11,5 liter (az ötvenes években ez 5 liter volt). 860 ezer főre tehető az alkoholisták száma.

Ennek a katasztrofális helyzetnek az okai többfelé keresendők: a rossz életszínvonal, az egészségügy összeomláshoz közeli állapota, a hagyományos közösségek felbomlása az előző politikai rendszer alatt, a faluból a városba áramló munkavállalók adaptációs nehézségei, a túlmunkák jelentette megterhelés ilyen potenciális okok lehetnek (Makara, 1994).

### 3.2.5. A (SIKERES) MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS FELTÉTELEI, EREDMÉNYEI

A munkahelyi egészségfejlesztési programok céljairól már szoltunk, most nézzük meg, hogyan érhetőek el ezek a célok, vagyis: mi kell ahhoz, hogy a program egészségileg és anyagilag is hatékony legyen (Sanders, Crowe, 1996, Stokols és mtsai, 1995 alapján):

- Nyagarányú részvétel.
- Személyre szabott kapcsolattartás a résztvevőkkel.
- A vezetés támogatása.
- Dolgozók bevonása a tervezésbe, kivitelezésbe, értékelésbe.
- A program mindenkit célozzon meg, de külön fordítson figyelmet az egészségi kockázattal rendelkezők dolgozókra.
- A program sok kockázati faktorról és egészségi problémával is foglalkozzon.
- A munkahelyen vezessenek be egészségvédő szabályokat (pl. dohányzási tilalom).

Az egészségfejlesztő programok lehetséges pozitív hatásai a munkáltatók és a munkavállalók számára a következők – azonfelül, hogy jobb lesz a dolgozók egészsége - (Pencak, 1991):

- *Javul a vállalat külső megítélése (image)*

Az a vállalat, amelyik munkahelyi egészségfejlesztő programokat kínál, ezzel azt demonstrálja, hogy törődik a dolgozói egészségével, jól-létével: egy gondoskodó szervezet képét mutatja kifelé, a piac szereplői, a potenciális ügyfelek, a jövőző munkavállalók felé, és befelé a dolgozói felé is. A vállalat kedvezőbb piaci helyzetén túl ez a vállalathoz munkavállalónak jelentkezők nagyobb számát, a dolgozók erősebb elkötelezettségét is eredményezheti.

- *Nő a termelékenység*

A dolgozók jobb egészségi állapotuknak köszönhetően kevesebbet hiányoznak a munkahelyükről, így nő a vállalat termelékenysége. A programok a dolgozók elégedettségének növelésén keresztül is nagyobb termelékenységhez vezetnek: az emberek nagyobb kedvvel és lelkesedéssel látják a munkához, ha elégedettek munkaadójukkal. Javul a munkaerőcsere, és a munkatársi kapcsolatok is.

- *Csökkenek az orvosi, illetve a dolgozó hiányzásából fakadó költségek.*

Marwick (1992) által idézett példák tanulsága szerint a munkahelyi egészségfejlesztési programok a költségeket meghaladó mértékben csökkentik az egészségi költségeket. Az orvosi költségek csökkenése különösen az USA-ban fontos a vállalatok számára, ugyanis ott a munkáltató fizeti a dolgozók és azok családtagjai számára az egészségbiztosítást. Egy munkahelyi egészségfejlesztési program eredményeképpen például 15%-al csökkent a dolgozók között az orvoshoz fordulások száma. A The Travelers Corporation-nél végzett program eredményeképpen minden befektetett dollárral 3,4 dollárt tudtak megtakarítani (idézi Marwick, 1992). A dolgozók hiányzásából fakadó költségek azonban már nem csak az USA-beli munkáltatókat érintik, azok csökkentése minden vállalatnak érdeke, országtól függetlenül. A munkahelyi egészségfejlesztési programok ebben is nagyon hatékonyak lehetnek, ezt mutatja, hogy például a DuPont de Nemours & Co. programja révén 2 év alatt 14%-al csökkent a hiányzás (idézi Marwick, 1992).

- *Csökken a dolgozók kilépési aránya, a fluktuáció.*

- *Javul a munkaköri légkör, a morál, a szervezettel szembeni attitűdök, a munkatársak közti kapcsolatok. (Sanders és Crowe, 1996).*

Az egészségfejlesztési programok haszna a dolgozók számára (Segal, 1999):

- A programok révén könnyen hozzájutnak bizonyos egészségi szolgáltatásokhoz, ezzel pénzt és időt takarítanak meg.
- A munkahelyi környezet megváltoztatásának (mely a komplex munkahelyi egészségfejlesztő programoknak lényegi elemét képezi – lásd alább) közvetlen pozitív hatása lehet a dolgozók jól-létére.
- És nem utolsó sorban javul az egészségi állapotuk.

### 3.2.6. A MUNKA MINT EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ TÉNYEZŐ

A munkának az egészségre gyakorolt hatásainál megemlítettük, hogy a munkának pozitív hatásai is lehetnek az egészségre. Ezt az is mutatja például, hogy idős emberek életét sokszor években mérhető mértékben meg tudja hosszabbítani a testüket-elméjüket fitten tartó munka vagy hobbi. A nyugdíjazás utáni aktivitás befolyásolja a túlélést, növeli a jól-létet. A súlyosan fogyatékosok életminőségét és jól-létét is drámaian javítani tudja még a fizetetlen (de nem az értelmetlen) munka is. (Schilling, 1989).

Néhány ember számára a munka kreatív, ösztönző tevékenység végzésére nyújt lehetőséget. Mások számára, akiknek a munkája unalmasabb, inkább kapcsolatok kiépítését teszi lehetővé (Schilling, 1989). Mindkét tényező pozitívan hat az emberek önértékelésre, testi-lelki jól-létére.

Antonovsky (1987) felhívja a figyelmet, hogy az egészséggel foglalkozó kutatások, elméletek, beavatkozások többségét túlzottan kóroki megközelítésmód jellemzi, vagyis mindig azt keresik, mi az, ami beteggé tesz, s nem azt: mi az, ami egészségesen tart. Az utóbbi kérdés már az ő nevéhez kapcsolódó ún. salutogenikus megközelítést fémjelzi. Ez a megközelítés azokat a tényezőket keresi, melyek képessé teszik az embereket a - nem csak immunológiai értelemben vett - kórokozókval való megküzdésre, az egészségük károsodása nélkül, sőt akár az egészségük kifejezett javulásával.

Antonovsky szerint a túlzottan kóroki szemlélet a foglalkozási stressz kutatására is jellemző. Véleménye szerint azonban a foglalkozási stressz és a munkahelyi egészségfejlesztő tényezők tanulmányozásakor több okból is célszerűbb a salutogenikus szemléletmódot alkalmazni. A kóroki szemlélet alkalmazásával szembeni kifogásai a következők: *Először* is a pszicho-szociális stresszorok a munkahelyen mindig jelen vannak, nem lehetséges teljesen stresszmentes munkahelyi környezet létrehozni. Nem célravezető tehát a munkahelyi stresszorokat kiküszöbölendő, zavaró tényezőnek tekinteni. *Másodszor* a kóroki szemlélet a stresszorokat válogatás nélkül károsnak tartja az egészségre, holott sok, sikeresen leküzdhető

stresszor nemhogy káros hatást eredményezne, inkább pozitív élményhez vezet. *Harmadrészt* a kóroki megközelítés figyelmen kívül hagyja a munka salutogenikus jellemzőit. Ez olyannyira igaz, hogy szavunk sincs azoknak az egészségfejlesztő faktoroknak a leírására, melyek jelenléte - a stresszorok egyfajta ellentettjeként - bizonyos körülmények között a feszültség és az egészség megfelelő kezeléséhez vezet. *Negyedszer* a kóroki megközelítés nem ad egy átfogó elméleti keretet, amire a salutogenikus megközelítés viszont alkalmas lenne.

Mindezen okokból kiindulva Antonovsky bemutatja saját, salutogenikus megközelítésű elméleti modelljét, mint a munkakörülmények tanulmányozásának alkalmas eszközét. Ennek a modellnek a központi hipotézise az, hogy minél nagyobb koherencia-érékkel rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy megfelelő módon tud majd megküzdeni a ránehezedő pszicho-szociális stresszorokkal. A *koherencia-érék* az egyént érő ingereknek, azok kontrollálhatósága mentén történő általános érzelmi-kognitív észlelését jelenti. A koherencia-éréknek három összetevője van: mennyire látja az illető az ingereket felfoghatónak, kezelhetőnek, illetve értelmesnek, jelentéssel bírónak. (A koherencia-éréket már röviden megemlítettük a stresszel foglalkozó fejezetben a coping potenciál dimenziók között). A *felfoghatóság* azt jelenti, hogy az egyén mennyire találja meg a rá ható ingerek kognitív értelmét. A *kezelhetőség* azt jelöli, hogy az egyén szerint az ő rendelkezésére álló erőforrások megfelelőek-e az ingerek által felvetett igények kielégítésére, vagyis, hogy érzése szerint fogja-e tudni a helyzetet kezelni (vö. Lazarus féle másodlagos értékelés). Az *értelmesség* pedig arra vonatkozik, az egyén úgy érzi-e, hogy az életnek mind érzelmileg, mind kognitívan értelme van, s hogy legalább néhány probléma azok közül, amikkel találkozik, megéri az energia-befektetést, elköteleződést, bevonódást, és inkább kihívásnak, mint tehernek tekinthető. Az ebből a három faktorból összetevődő koherencia-érék egyik fő funkciója pedig megküzdeni a stresszorokkal, megakadályozni, hogy a kezdeti feszültségből stressz alakuljon ki, s ily módon védeni, fejleszteni az egészséget.

A magas fokú koherencia-érék akkor alakul ki egy emberben, ha élete során sok olyan élményben volt része, melyekre az állandóság, a túlterhelés-alulterhelés egyensúlya és a döntéshozatalban való részvételi lehetőség jellemző. Bár a koherencia-érék kialakulásában az élet első 20-30 évének van kitüntetett szerepe, kisebb változások, fejlődések később is bármikor előfordulhatnak, például a munkahelyi körülmények következtében. Milyen munkahelyi tényezők azok, melyek a koherencia-érék három komponensének, az értelmességnek, a kezelhetőségnek és a felfoghatóságnak a megjelenését, fejlődését eredményezik, és így egészségfejlesztő faktoroknak tekinthetők?

Az *értelmesség* érzésének kialakulásához lényeges, hogy a dolgozók részt vehessenek a munkájukat érintő döntések meghozatalában. Ha az egyén szabadon megválaszthatja, hogy milyen munkát végez, örömet és büszkeséget fog átélni. A munkahelyi öröm és büszkeség érzésének kialakulásához vezethet az, ha az egyénnek lehetősége van a munkájában az ön-kifejezésre, illetve ha a társadalom és maga az egyén megbecsüli, értékesnek tartja az általa végzett munkát, és a vállalatot, amiben dolgozik. A munka értelmességének érzéséhez hozzájárul még a munkavégzés intrinsic motivációja, illetve az érzés, hogy a munka által megszerzett javak felhasználhatóak más – az egyén számára fontos – értékek megvalósításához. Egy sokat kutatott változó, a döntési jogkör (ami a Karasek féle munkahelyi stresszmodellnek központi faktora volt) is központi elem a munka értelmességének kialakulásában. A dolgozó minél inkább maga határozhatja meg az általa elvégzett feladatokat, annál nagyobb energiát fog ezekbe a feladatokba befektetni.

A *kezelhetőség érzésének* kialakulásához az kell, hogy a dolgozó úgy érezze, nincs kitéve a munkahelyén se túl- se alulterhelésnek. A túlterhelés ugyanis azt jelenti a dolgozó számára, hogy nem rendelkezik a problémák kezeléséhez szükséges erőforrásokkal (tudással, készségekkel, anyagiakkal, felszereléssel), vagyis nem tud megküzdeni velük. A kezelhetőség érzésének létrejöttéhez fontos, hogy a dolgozó úgy érezze, a munkahelye biztosítja számára a munkavégzéshez szükséges környezetet, felszerelést, valamint rendelkezésére áll az informális kapcsolatok jelentette társas támogatás is. A túlterhelés mellett az alulterhelés is - vagyis, ha a munkában nincs tényleges komplexitás - gátja lehet a kezelhetőség érzés kialakulásának.

A munkahelyi környezet *felfoghatóságának* érzéséhez vezethet a munkahelyen, ha a dolgozó ismeri a kollégái szerepét, a problémák többféle megoldását, a vállalat átfogó céljait, terveit. A felfoghatóság érzéséhez nagyon lényeges még az állás biztonsága: az, hogy a dolgozó bízhasson benne, hogy nem fogják elbocsátani, hacsak nem szegi meg durván a szabályokat, hogy az a szektor, amiben dolgozik nem fog minden előjel nélkül feleslegessé válni, hogy a vállalat, ahol dolgozik életképes, hogy a társadalmi rendszer, amiben él, kellően stabil. Tehát ha a munkahelyi környezet lehetővé teszi, hogy a dolgozó lássa a teljes spektrumot és benne a saját helyét, ha ez a környezet elősegíti a bizalmat és a biztonságérzést, támogatja a jó kommunikációt és társas kapcsolatokat, akkor jelentősen megerősödik a dolgozónak az érzése, hogy a világ – és benne az ő munkahelye - egy megérthető, felfogható hely.

Végül fontos megemlíteni, hogy Antonovsky szerint – ugyanúgy, ahogy az egészség sem egyenlő a betegség hiányával – a stresszorok és az egészségfejlesztő munkahelyi

tényezők sem egyszerűen ugyanazon dimenzió ellentétes végpontjai. Ezt a feltételezést alátámasztja az a tény, hogy vannak olyan munkahelyi jellemzők, amelyek fejlesztik a koherencia-érzékét, de amelyek hiánya nem jelent automatikusan stresszort; például ha a gyári munkás nem látja a saját szerepét a teljes termelési folyamatban, az nem feltétlenül jelent stresszt számára, de csökkenti a koherencia-érzékét.

Antonovsky felfogása újítónak tekinthető amennyiben a hangsúlyt a munkahelyi károsító tényezők, a stresszorok tanulmányozásáról áthelyezi az egészségfejlesztő munkahelyi faktorok kutatására. (Meg kell azonban jegyezni, hogy a hatásában pozitív stressz, az *eustressz* már Selyénél is megjelent). Észrevehetjük azonban, hogy azon a munkahelyi, szervezeti, munkaszervezési jellemzők közül, melyeket Antonovsky a koherencia-érzék fejlesztésén keresztül egészségfejlesztőnek tart, néhány megjelent már korábbi foglalkozási stressz elméletekben is. Például Karasek elméletének két dimenziója, a döntési jogkör és a megterhelés is előkerül a koherencia-érzékét serkentő, illetve gátló munkahelyi tényezők között.

### 3.2.7. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAMOK ÉRTÉKELÉSE, GAZDASÁGOSSÁGA

A munkahelyi egészségfejlesztő programok gazdasági értékelésének átfogó bemutatását adja Segal (1999). A szerző felhívja a figyelmet arra, hogy különösen nehéz a munkahelyi egészségfejlesztési programok hatékonyságának felmérése, mivel a programban való részvétel, a szervezeti egészségügyi kezdeményezések, a vállalati jellemzők és az egészségi állapot közötti kapcsolatok rendkívül bonyolultak, valamint külső tényezők is szerepet játszanak, emiatt nehéz az egészségi állapotban bekövetkező bármilyen változást a programnak tulajdonítani. Az egészségfejlesztő programok értékeléséhez az alábbi adatforrásokra van szükség:

- A program elemeinek és a költségeknek a gondos leírása.
- Az egészségi állapot kulcs paramétereinek meghatározása és mérése (pl. koleszterin-szint, vérnyomás, jól-lét, megbetegedések, halálesetek előfordulása).
- Az életstílus jellemzők dokumentálása (pl. dohányzás, alkohol- és droghasználat)
- A vállalati teljesítmény mutatók dokumentálása (pl. hiányzás, kilépés, termelékenység, nyereségesség, balesetek előfordulása).
- A résztvevők szubjektív értékelése az egészségfejlesztő aktivitások hatásáról.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok értékelésénél arra a kérdésre keressük a választ, hogy a program által nyert haszon meghaladja-e a bevezetés költségeit, vagyis, hogy

az egészségfejlesztő program révén nagyobb haszonhoz jutunk-e, mintha az adott összeget valami másba fektettük volna. Mivel a dolgozók egészségi állapotára közvetlen és közvetett (pl. a munkahelyi hangulaton keresztül) hatása is lehet a programnak, valamint a dolgozók egészségi állapota is több módon képes a vállalat eredményességére hatni, ezért a program hatékonyságának értékeléséhez fel kell tárni:

- az egészségfejlesztő program és a dolgozó viselkedése közötti,
- a viselkedések és az egészségi mutatók változása közötti ,
- az egészségváltozás és a vállalati jellemzők (hangulat, életstílus és hiányzás) közötti,
- és az egyes vállalati jellemzők (pl. hiányzás és nyereségesség) közötti kapcsolatot.

#### **3.2.7.1. A gazdasági értékelés lépései:**

1. Az értékelés céljának és az alkalmazandó perspektívának a meghatározása
2. A program céljának és elemeinek leírása.
3. A program költségeinek azonosítása és mérése.
4. A programnak az egészségre és más változókra gyakorolt hatásainak azonosítása és mérése.
5. A program hatásainak értékelése.
6. A vállalati teljesítmény mérése – a költségek és a haszon összehasonlítása, következtetések levonása.

#### **3.2.7.2. A gazdasági értékelés főbb modelljei:**

- *költség-haszon elemzés*

A költségek és a haszon összevetése azt kívánja, hogy minden hatást, költséget, hasznot pénzben fejezzenek ki. Éppen ezért népszerűtlen ez a modell az egészségi programok értékelésében: itt ugyanis nehezen lehet minden hatást pénzben kifejezni. Ennek az elemzésnek egy módosított formájában ezért a pénzben nem kifejezhető hatásokat egyszerűen szavakkal leírják.

- *költség-hatékonyság elemzés*

Ez a fajta elemzés egy speciális cél elérésének különböző útjait hasonlítja össze. Ezt használják különböző alternatív egészségi programok hatékonyságának összehasonlítására. A programokat az elvárt eredmény (ami egészségi programok esetében általában valamilyen egészségi, életmódbeli változás) egy egységére jutó költségek szerint vetik össze. Például a dohányzásról való leszokást elősegítő programok összehasonlításnál megnézik, hogy egy dolgozó leszokásának költsége mennyibe kerül az egyes programokban. Az egészségi kimeneteli változó olyan általános is lehet, mint a

programmal „megmentett” élet-évek száma (vagyis, hogy a beavatkozás révén mennyivel él tovább az adott személy).

- *költség-hasznosság elemzés*

Ez a költség-hatékonyság elemzés olyan altípusa, ahol a kiválasztott egészségi kimeneteli változó az ún. minőség szerint illesztett élet-év (QUALY). Ez a mutató az egészséges állapotban eltöltött időt és az életminőséget kombinálja. Ez a megközelítés azért vonzó, mert az egészségi változás egyetlen, általánosan használható leírását adja, ezért ennek mentén bármilyen egészségi programok összehasonlíthatóak.

A munkahelyi egészségfejlesztési programok értékelésének nehézsége egyrészt abból fakad, hogy nehéz az egészségi állapotban bekövetkező bármilyen változást a programnak tulajdonítani, másrészt abból, hogy ezekben a beavatkozási formákban nehéz randomizált vizsgálatokat végezni. A randomizáció ugyanis csak olyan szűk, egy meghatározott egészségi mutatóra irányuló programoknál segíthet hozzá a hatékony összehasonlításához, amelyekben világos a kapcsolat a beavatkozás és a várt kimenetel között. A munkahelyi egészségfejlesztési programoknál gyakran nem ez a helyzet. Komplex, az egész szervezeti egészségi politikát érintő programoknál könnyen előfordulhat, hogy sosem tudunk teljes biztonsággal válaszolni arra a kérdésre, mi történt volna, ha nem vezetjük be a programot.

Mindezen nehézségek miatt bevezették a gazdasági elemzés egy alternatív formáját:

- *az eljárás elemzést*

Ez a következő lépésekből áll:

1. A program céljainak leírása.
2. Azoknak a program elemeknek/jellemzőknek a meghatározása, amelyeknek hozzá kellene járulnia a célokhoz.
3. Megerősíteni, hogy a program a szándékoknak megfelelően került-e bevezetésre.
4. Áttekinteni a program egyes részeinek hatékonyságát.
5. A vállalat általános teljesítményének és az alkalmazottak egészségi állapotának felmérése, valamint a programelemek lehetséges hatásainak szubjektív értékelése.
6. Következtetést levonni arról, hogy működik-e a megközelítés. Megfontolni, hogyan lehetne javítani a programon.

### **3.2.7.3. Feladatok a munkahelyi egészségfejlesztési programok értékelésében:**

1. A munkahelyi egészségfejlesztés gazdasági elemzésének *első lépéseként* ismereteket kell szereznünk magáról a vállalatról. Fel kell tárnunk a vállalat belső struktúráját, egészségi és



biztonsági politikáját, a munkaerő hiányzásának, elvándorlásának arányait, ismerni kell a munkaerő összetételét, jelenlegi egészségi állapotát, a munkahely fizikai jellemzőit, stb.

2. A *második lépésben* rögzíteni kell az egészségfejlesztési program céljait. Itt szóba jöhetnek például az egészségi célok (az egészségi állapot mutatóiban, életstílusban, foglalkozási veszélyekben bekövetkező változások), az ipari kapcsolatok, mint célok (kedvező hatások a kommunikációra, a munkahelyi légkörre, sztrájkok előfordulásának csökkenésére), illetve a vállalat eredményessége, mint cél (hiányzás, elvándorlás, az ügyfelek elégedettsége, a termék minősége, prémiumok, nyugdíjkifizetések változása).
3. A harmadik lépésben meg kell határozni az értékelés céljait. El kell dönteni, hogy az alkalmazott, vagy a vállalat perspektívájából értékelünk-e. Az értékelésnek különböző funkciói lehetnek: alapot szolgáltat a program megvalósíthatóságáról szóló döntéshez; egy már működő programnál ellenőrizheti, hogy a program a szándékoknak megfelelően került-e bevezetésre és az elvárt eredményekre vezetett-e; illetve szolgálhat egy olyan átfogó döntést, hogy vajon a program jó befektetés volt-e a vállalat számára. Az értékelés olyan különböző kritériumokra fókuszálhat, mint a program nyomán bekövetkező viselkedésváltozás (hány ember hagyta abba a dohányzást), kognitív változás (mennyivel tudnak többet az emberek a dohányzás jelentette egészségi kockázatokról), vagy az egészségi állapotban bekövetkező változások. Marks és mtsai (2000) felhívják a figyelmet arra, hogy az értékelésnek mindig illeszkednie kell az egészségfejlesztési programhoz. Például egy kampányt, aminek az volt a célja, hogy felhívja az emberek figyelmét bizonyos kockázatokra, nem szabad a bekövetkezett viselkedésváltozások szerint értékelni
4. Az értékelés következő lépésében gondosan le kell írni a program elemeit, az időkereteket, a várt eredményeket, a bevezetés mechanizmusát.
5. Ezt követően meg kell határozni a program költségeit a vállalat, a dolgozók és a kormány számára, illetve az esetleges költségmegtakarításokat is rögzíteni kell.
6. Ezután el kell dönteni, hogy melyik értékelési modellt fogjuk használni (a modellekről lásd fent), majd adatokat kell gyűjteni a következőkre vonatkozóan:
  - az alkalmazottak egészsége (mutatók, egészségviselkedések, attitűdök),
  - vállalat/alkalmazottak „érintkezési felületének” jellemzői (hangulat, kommunikáció, képzés, karrier),
  - a vállalat egészségi mutatói (egészségügyi szolgáltatások, munkahelyi balesetek, megbetegedések száma)
  - a vállalat eredményességének mutatói.

7. Végül az utolsó lépésben el kell végezni az elemzést, és dönteni kell a program eredményességéről. Itt azt is el kell dönteni, hogy a bekövetkezett változások közül melyek tulajdoníthatóak az egészségfejlesztő programnak.

Ilyen komplex értékelés éppen az említett nehézségek miatt kevés munkahelyi egészségfejlesztési program esetében történt. Goetzel és mtsai (1998) az egészségfejlesztés gazdaságosságának - általuk is hiányolt - igazolásának első lépését tették meg: bizonyos kockázatos egészség-viselkedéseknek az orvosi költségekre gyakorolt hatását mutatták ki. A következő lépcső szerintük az lenne, hogy be kell bizonyítani, hogy ezek az egészségi szokások és kockázatok (pl. dohányzás) megváltoztathatóak, illetve, hogy ezek megváltoztatásának a költsége kisebb, mint a megváltoztatásuk által nyert haszon. A saját vizsgálatukat hat éven át folytatták, és olyan egészségi kockázatok költség hatásait vizsgálták, mint a fizikai aktivitás hiánya, az alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás, a dohányzás, a depresszió és a stressz. Azt találták, hogy a magasabb orvosi költségeket ezek közül leginkább a stressz és a depresszió jósolta be! Ezen túlmenően az előzetes elvárásokat alátámasztva azt az eredményt kapták, hogy akik több kockázati tényezőt hordoztak, azok nagyobb orvosi költségeket termeltek. Például a szív problémákra veszélyeztetettek orvosi költsége háromszorosa volt a kockázatmentesekének. A stressznek és a depresszióknak ilyen jelentős hatásai mindenképpen alátámasztják a negatív pszichés állapotok csökkentésére irányuló prevenció, vagy egészségfejlesztő beavatkozások szükségességét.

### 3.2.8. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ETIKAI KÉRDÉSEI

#### **Az új vállalati egészség-etika**

A Conrad-Walsh szerzőpáros 1992-ben megjelentetett egy tanulmányt, melyben közreadják azt a véleményüket, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési programok megjelenése és elterjedése - egyebek mellett – egy, a dolgozók egészségével kapcsolatos új vállalati etika megjelenését jelzi. Ezt az új etikát szembeállítják a régivel, mely egészen a hetvenes évek elejéig általánosan jellemezte a vállalatokat. A régi etika égisze alatt a foglalkozás-egészségügyi programok a dolgozóknak szigorúan csak a munkához, munkavégzéshez kapcsolódó egészségi problémáival foglalkoztak, a munkáltató nem „hatolt be” a dolgozók magánéletébe. Az elmúlt huszonöt évben viszont a munkáltatók újfajta érdeklődéssel fordultak a dolgozók egészségére. A vállalatoknál megjelent három új egészségi program típus: az alkalmazottakat segítő tanácsadás, a munkahelyi egészségfejlesztés és a munkahelyi drogtesztek alkalmazása. Az *alkalmazottakat segítő tanácsadás* a dolgozók olyan személyes és érzelmi problémáival foglalkozik, amelyek

közvetlen vagy közvetlen módon zavarhatják az egyén munkahelyi teljesítményét (pl. alkoholfüggőség). Az eljárás bevezetésének etikai kiindulópontja az volt, hogy a munkáltatónak akkor és csak akkor van joga beleavatkozni a dolgozó magánügyeibe, ha azok zavarják a munkahelyi teljesítményét. A *munkahelyi egészségfejlesztési programok*, azon belül is főként az egyéni fókuszúak (lásd alább) a szerzők szerint szintén ennek az új egészség etikának a hírnökei. Ezeknek a programoknak az a célja, hogy a dolgozókat egészségesebb életmód folytatására ösztönözzék, s bár a programokon való részvétel elvben önkéntes, azért a következő előléptetésnél szerepe lehet annak, hogy ki mennyire volt aktív ezekben. A munkahelyi egészségfejlesztő programok bevezetését a munkáltatók a következőképpen szokták indokolni: az ilyenfajta programok csökkentik az orvosi költségeket, az alkalmazottak elégedetlenségét és fluktuációját, növelik a termelékenységet az elégedettség, hangulat és a dolgozók közti kapcsolat javításán keresztül. Ezt a magyarázatot némileg aláásni látszik az a tény, hogy az egészségfejlesztő programok költségkímélő jellegének meggyőző igazolása még nem történt meg. Ez Conrad és Walsh szerint arra utal, hogy valami más ok állhat a programok bevezetése hátterében. Az előző két program típusnál még problémásabb lehet a dolgozók magánszférájának megsértése szempontjából a *munkahelyi drogtesztek* alkalmazása. Ezek a tesztek ugyanis valójában a dolgozók életstílusát mérik, aminek legtöbbször kevés köze van a tényleges munkahelyi teljesítményhez. A drogtesztek kimutathatnak ugyanis olyan korábbi drogfogyasztást, esetleg egyes gyógyszerek szedését is, amelyeknek már régen nincs – vagy soha nem is volt - hatása a viselkedésre, munkavégzésre.

Conrad és Walsh szerint a fent említett programok mind az új vállalati egészség-etika megnyilvánulásai, mely etikának fő jellemzője, hogy az egészségre és a jól-létre hivatkozva áttöri a dolgozók munkája és magánélete között húzódó határvonalat. A szerzők szerint ez az új etika egyenes folyománya a társadalomban jelenleg mind nagyobb teret nyerő „életstílus elméletnek”, mely elmélet az egyének életstílusát tekinti a betegségek elsődleges kiváltó okának. Ebből kifolyólag az egyének maguk tehetőek felelőssé esetleges betegségükért, elterelve a figyelmet a környezeti, szociális rendszerbeli problémákról. S bár Conrad és Walsh szerint dicséretre méltó a dolgozókról való gondoskodás, ami az egészségfejlesztő programok beindításában is megnyilvánul, felmerül a kérdés, hogy a jövőben milyen messzire fog elmenni ez az egészség-etika. Előfordulhat-e például, hogy a vállalatok szelektíven azokat az alkalmazottakat fogják előléptetni, akik a kívánt életstílusbeli jellemzőkkel rendelkeznek? Ennek nyomán kialakulnak-e a kiválasztásnak - az egyének életstílusán és egészségén alapuló - új formái?

Az új egészség-etika megjelenésének a szerzők szerint két fő oka van. Az egyik a *gazdasági* ok, amit a programok elindítói, megrendelői is magyarázatként adni szoktak, nevezetesen, hogy a megelőző programok révén csökkenthetőek a dolgozók orvosi költségei. A szerzőkben azonban felmerül a kétely, hogy mégsem ez a valódi ok, egyrészt, mert egyelőre kevés bizonyíték támasztja alá az efféle programok gazdasági megtérülését, másrészt, mert ha meg is térül a programok ára, az nagyon hosszú idő alatt következik be. Conrad és Walsh szerint a gazdasági okokra való hivatkozás inkább egyfajta racionalizáció, az új egészség-etika kialakulásának magyarázata valójában egy újfajta, *szociális* természetű kontroll megjelenésében rejlik. A szerzők szerint a vezetés történetében eddig három különböző ellenőrzési forma létezett: történetileg a legelső az *egyszerű kontroll*, ahol a művezető közvetlenül ellenőrizte a munkavégzést, és kényszerrel, fenyegetéssel érte el a dolgozók engedelmességét, a megfelelő munkateljesítményt. A sorrendben következő ellenőrzési forma a *technikai kontroll* volt, ahol a munkafolyamatok, gépek működésének megtervezésével akarták a dolgozókat egy meghatározott teljesítményre rákényszeríteni. A harmadik ellenőrzési forma, a *bürokratikus kontroll* a II. Világháború után jelent meg. Ebben az ellenőrzési formában vált jellemzővé a hierarchikus szervezet, a különböző beosztások, szabályzatok, fizetési kategóriák, az előléptetés, mint motiváló tényező. Azonban a munka világának közelmúltbeli átalakulása miatt többé már ez az ellenőrzési forma sem megfelelő. Manapság a vállalatok az alkalmazottak újító ötleteire, elkötelezettségére, motivációjára építenek, ez hozhatja meg számukra a versenyelőnyt. Így fokozatosan megjelent egy új *szociális vagy kulturális kontroll*, mely az alkalmazottaknak a szervezeti kultúra felé való elkötelezettségét kívánja elérni. Az elkötelezettség feltételeinek megteremtése érdekében már a felvételnél, illetve később az előléptetésnél is előnyben részesítik azokat a dolgozókat, akik jól beleillenek ebbe a kultúrába, például azért, hogy fittekek és egészségesek. Mint ahogy azt egyszer egy USA-beli piacvezető nagyvállalat alelnöke mondta: „Én az egészségfejlesztést jó eszköznek látom arra, hogy pontosan olyan alkalmazottakat vonzzunk és tartunk meg a vállalatnál, amilyenekre szükségünk van. Az a fickó ... aki elég fegyelmezett ahhoz, hogy heti 15-20 kilométert fusson, vagy rendszeresen sportoljon, vagy abbahagyja a dohányzást, vagy fogyókúrázzon, az pontosan olyan, amilyen alkalmazottakat én szeretnék... fegyelmezett, jól teljesítő” (idézi Conrad és Walsh, 1992, 105.o.).

Összegezve, a szerzők szerint az új vállalati egészség-etika nem az orvosi költségek csökkentéséről szól, inkább a termelékenységnek oly módon történő ellenőrzéséről, melyben az alkalmazottak értékeit és attitűdjeit átalakítják egy, a fittséget, a küzdést és az erőt jutalmazó, a gyengeség jeleivel szemben intoleráns kultúrának megfelelően.

Az egészségfejlesztés egyre terjedő ideológiája más szerzők szerint is etikai problémákat vet fel. Evans (1988, idézi Marks et al., 2000) kifogásolja egyrészt, hogy az egészségfejlesztő programok sokszor olyan viselkedéseket, életmód-változtatásokat népszerűsítenek, amelyek egészségre előnyös hatásáról nincs is egyértelmű tudományos bizonyíték (pl. ilyen „nem bizonyított” javaslat a vér koleszterinszintjének csökkentése a szívbetegségek megelőzése érdekében). Evans további aggodalma, hogy – főleg az életmód-változtatásra fókuszáló – egészségfejlesztő programok terjedése egyfajta tömeg hipochondriázishoz fog vezetni, csökkentve az emberi életstílusok szabadságát, sokszínűségét és egyben az életminőséget is. Ez szerinte egy egészségtelen, túlzott testgyakorlási kényszerhez, az étkezés örömeinek és az életvezetés spontaneitásának elvesztéséhez fog vezetni.

Lupton (1995, idézi Marks et al., 2000) egyenesen azt állítja, hogy korunkban az *egészségkockázat* helyettesíti a *bűn* idejétmúlt fogalmát. Lupton rámutat arra, hogy ma az egészségi kockázatokat egyre inkább kapcsolják olyan személyiségtulajdonságokhoz, mint a lustaság, a morális gyengeség, az akaraterő hiánya. Ily módon a „veszélyeztetett” emberekből „kockázatvállalók” lesznek, akik maguk felelősek az egészségükért, betegségükért. Ennek a nézetnek pedig kifejezetten káros hatásai lehetnek: például egy „veszélyeztetett” címke elnyerése önbeteljesítő jóslattá válhat, mert az így megbélyegzett személy vonakodik felkeresni az orvost, félve a nem megfelelő életmódja miatti dorgálástól. Ez a címke ugyanakkor fatalizmushoz, szorongáshoz, bizonytalansághoz és félelemhez is vezethet. Például a mellrákra veszélyeztetett nők úgy élhetik meg ezt a veszélyeztetett státuszukat, mint félutat az egészség és a betegség között.

### 3.2.9. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS MEGKÖZELÍTÉSEI

A következőkben azt nézzük meg, hogy az eddig egységes irányzatnak bemutatott munkahelyi egészségfejlesztésnek milyen különböző szemléleti és gyakorlati megközelítései léteznek, ezek milyen módszereket alkalmaznak, valamint, hogy melyek az egyes megközelítések előnyei és hátrányai (Mercier és Francois, 2001 alapján).

#### 3.2.9.1. Egyéni megközelítés

Mint arról már szó volt, a munkahelyi egészségfejlesztési programok az USA-ban indultak el, ahol a munkáltatók ezeknek a programoknak a bevezetésével az egészségi költségeket akarták csökkenteni. Az uralkodó szemlélet itt az volt, hogy a dolgozók maguk felelősek az egészségi problémájukért: a munkáltató pusztán segítséget akart nyújtani nekik a

jobb egészségi állapot eléréséhez. Ennek érdekében ismeretbővítő, készségfejlesztő, viselkedésváltozást szorgalmazó programokat kínáltak az alkalmazottak számára. Feltételezték, hogy a hiányzó készségek és ismeretek megszerzése után a dolgozók egészségesebb életmódot fognak folytatni, és ezzel megelőzik különféle betegségek kialakulását. Ez a szemlélet a munkahelyi egészségfejlesztési programok egyéni megközelítése, hiszen az egyént helyezi a beavatkozások középpontjába, célja az alkalmazottak megküzdő képességének javítása.

Ez az egyéni megközelítés azonban számos problémát vet fel: mivel az egyénet hibáztatja egészségi problémáikért – s nem ismeri el, hogy adott esetben a munkahely is felelős lehet, például a munkahelyi stresszért – ezzel végső soron növelheti is a dolgozók szorongását. (Nem elég, hogy betegek, még büntudatot is kell érezniük emiatt). Ezenfelül az egyénre fókuszáló programoknak az egészségi állapotra is csak kevés, rövidtávú pozitív hatása van.

Mindezek ellenére a mai napig is az egyéni fókuszú programok uralják a terepet. Ennek oka egyrészt az, hogy könnyebb a vezetőségnek a dolgozók egészségi problémáit azok egyéni tulajdonságaira visszavezetni, és így a felelősséget rájuk átruházni, mint felelősséget vállalni ezeknek a problémáknak a kialakulásáért, másrészt ezek a programok olcsóbbak, könnyebben megvalósíthatóak, és hatásvizsgálatuk is könnyebben elvégezhető, mint az alább bemutatandó egyéb megközelítéseké.

### **3.2.9.2. Szervezeti megközelítés**

A szervezeti megközelítés az egyénről az őt körülvevő környezetre, vagyis munkahelyi egészségfejlesztés esetén magára a munkahelyre, szervezetre helyezi a hangsúlyt. Az egyéni megközelítéssel ellentétben itt nem az a cél, hogy az alkalmazottakat edzettebbé és ellenállóbbá tegyék a fennálló stresszorokkal szemben, itt magukat a munkahelyi stresszorokat igyekeznek csökkenteni, így megelőzendő a stresszfüggő betegségek kialakulását. Ezzel a megközelítéssel a stresszorok csökkentésén kívül egyéb, az egészség védelmét, illetve fejlesztését célzó környezeti, szervezeti átalakítások is összhangban vannak, ilyen lehet például a berendezések megfelelő átalakítása a balesetek előfordulásának csökkentése érdekében.

Ez a fajta beavatkozás szervezeti, környezeti átalakításokat kíván, így az egyéni fókuszúnál jóval költségesebb, nehezebben kivitelezhető és a hatékonysága, eredményessége is nehezebben mérhető. Utóbbi nehézségnek az az oka, hogy az átalakítások az egész szervezetet érintik, amelyre azonban az aktuális változtatásokon kívül adott pillanatban még

egy sor más tényező is hat (például a piaci viszonyok változása), s így a program hatása nehezen lesz elkülöníthető ezektől a szervezetet érő egyéb hatásoktól. Az egészségügyi mutatók esetleges kedvező irányú változása esetén sem tudhatjuk tehát biztosan, hogy az általunk bevezetett program hatott-e így (s nem a piaci viszonyok változása). A nagyobb költségeket ellensúlyozza viszont, hogy ezeknek a programoknak a hatásai jóval tartósabbak, mint az egyéni fókuszú programokéi.

### **3.2.9.3. Egyén és szervezet találkozási pontjára irányuló megközelítés**

Az ide tartozó megközelítéseknek a célja, hogy javítsák, hatékonyabbá tegyék az egyének és a szervezet találkozását, együttműködését.

Összefoglalóan, a hatásvizsgálatok tanulsága szerint leghatékonyabbnak a megelőző, munkakörnyezetre, szervezetre irányuló beavatkozás bizonyult, legkevésbé hatékonyak a gyógyító, egyénre irányuló.

## **3.2.10. AZ EGYES MEGKÖZELÍTÉSEK ÁLTAL ALKALMAZOTT MÓDSZEREK**

(Mercier és Francois, 2001)

### **3.2.10.1. Egyéni megközelítés**

Az ide tartozó módszerek egyrészt irányulhatnak a dolgozók egészséggel kapcsolatos tudatosságának fokozására, ismereteinek növelésére: például felhívják a figyelmüket különböző egészségügyi kockázatokra, vagy szűrővizsgálatokat végeznek a munkahelyen a bizonyos betegségekre veszélyeztetettek kiszűrése érdekében. Az egyéni módszerek másik csoportja az alkalmazottak életstílus változtatását hivatott elősegíteni. Ez olyan eljárások segítségével zajlik, mint a kognitív alkalmazkodási stratégiák tanítása, a relaxációs, meditációs technikák, a biofeedback (az utóbbi három módszert összefoglaló néven stresszkezelő tréningeknek is szokták nevezni), a pszichológiai tanácsadás, vagy a fitness programok (pl. aerobic edzések a munkahelyen). Az alábbiakban ezekről a beavatkozási formákról kicsit részletesebben is szólunk (Ivancevich és Matteson, 1988 alapján).

### **Testmozgás**

A rendszeres testmozgás jótékony fiziológiai hatásairól röviden már szoltunk a 3.2.4.2-es fejezetben. Említettük, hogy a mozgás a vizsgálatok szerint serkenti a szív-érrendszeri és az anyagcsere folyamatokat, ennek révén csökkenti több különböző betegség

kockázatát. A közepes mértékű testedzés javítja az immunfunkciót is (ezt a pozitív hatását még HIV fertőzötteknél is kimutatták). Azt is említettük, hogy a testmozgásnak a fiziológiai funkciók javításán felül jótékony pszichológiai hatásai is vannak: növelve az egyénnek a teste feletti kontrollját egy általános kontrollérzéshez járul hozzá, és ily módon csökkenti a depressziót, amelynek egyik lényegi jellemzője a kontrollvesztettség érzése (Gronningsaeter et al., 1992). A testmozgás több epidemiológiai vizsgálat szerint is a relaxáció olcsó és hatékony eszköze. A sokat sportolóknál a kevesebbet sportolókhöz képest ritkább a depresszió és jobb az általános jól-lét. Meg kell azonban jegyezni, hogy ebből még nem következtethetünk oki kapcsolatra – vagyis arra, hogy a testmozgás csökkenti a depressziót -: könnyen elképzelhető fordított irányú kapcsolat is, vagyis, hogy eleve a kevésbé depressziós emberek azok, akik testedzésre járnak (Shephard, 1997). Voltak olyan longitudinális vizsgálatok azonban, melyeknek sikerült igazolniuk, hogy a testedzés rövid- és hosszútávon is csökkenti a depressziót (North et al., 1990, idézi Shephard, 1997).

Hogyan tudja a testmozgás javítani a hangulatot? (Shephard, 1997). Növeli bizonyos hormonok szintjét az agyban (noradrenalin és/vagy szerotonin), melyek – egyéb hatásaik mellett - csökkentik a depressziós tüneteket. Ezen felül az olyan ritmikus aktivitás, mint például a kocogás, növeli az alfa aktivitást az agyban, ami egy relaxált állapotot idéz elő. A testmozgás további hatása, hogy növeli a testhőmérsékletet, ami pedig fokozza a jó hangulatért felelős agyi neurotranszmitterek szintézisét.

A kihívást a testedző programok szervező számára leginkább az jelenti, hogyan érhetik el, hogy az emberek kitartóan járjanak az edzésekre (ezt Gronningsaeter és munkatársai szerint (1992) például célszerződésekkel, ön-ellenőrzéssel lehet elérni).

## **Relaxáció**

E gyűjtőnévvel azokat a pszichofizikai, pszichoszomatikus önszabályozó módszereket jelölik, amelyekben a test, a vázizomzat ellazítása a pszichikus egyensúly helyreállításának fontos eszköze. A relaxációnak aktív és passzív formája is létezik. Az *aktív* forma lényege, hogy tudatosítsák a személyben a feszültség és az ellazulás közti különbséget testtájak szerint történő lazítással, aktív izomgyakorlatokkal. A lazítás célja a testi állapot tudatosítása, a felesleges izomfeszültségek kikapcsolása, az izmokkal, testtartással végzett rendszeres tónusszabályozó munka. A módszer képzeleti folyamatokat is bevon a test ellazításába. A *passzív*, vagy *mentális* relaxációs forma abban tér el az aktívtól, hogy ebben nem aktív izomgyakorlatokkal történik a lazítás, illetve a test tudatosítása, hanem önszuggesztiókkal. A passzív forma prototípusa az autogén tréning. A belső koncentráció (önmagunkra figyelés) itt



testi passzivitással párosul. Az autogén tréning gyakorlatai során a résztvevők megtanulják önszuggesztiókkal ellazítani az izomzatukat, szabályozni a vérkeringésüket, begyakorolni a légzés és a szív nyugalmi működését. Az autogén tréningnek egy haladóbb szintjén kerül sor az ún. szervspecifikus tréningre, ami az egyes, megzavart működésű szervek célzott szabályozását, az egészséges működési program visszaállítását célozza (Zárótanulmány 1998-1999). Az autogén tréning két fő szuggesztió típusa a nehézség és melegérzés kiváltása a testben fokozatosan haladva egyik testtájékról a másikra. Az autogén tréning főbb hatásai a következők: csökken a vérnyomás, a légzésfrekvencia, az izmok összehúzódása (vagyis az izmok elernyednek). Autogén tréninggel olyan panaszoknál érhető el javulás, mint a krónikus magas-vérnyomás, szorongás, hangulati labilitás, túlzott mértékű izzadás, álmatlanság, hasi panaszok, remegés. A relaxációval elérhető az, hogy az emberek képesekké váljanak saját vegetatív testi funkcióik szabályozására, illetve, hogy fokozódjon a teljesítőképességük és az önbizalmuk is. Az autogén tréning szinte mindenkinek javasolható, kivéve az agresszív pszichopátákat, illetve a hiszteroid és epileptoid személyiségtípusúakat, bár jelentős egyéni különbségek vannak abban, hogy ki mennyire képes elsajátítani ezeket a gyakorlatokat. (Koronkai, 1995)

### **Biofeedback**

A biofeedback egy, általában a relaxációt kísérő, eljárás, melynek elsajátítása során az emberek visszacsatolást kapnak fiziológiai állapotuk valamely vonatkozásáról, és aztán megkísérlik azt megváltoztatni (Atkinson és mtsai, 1994). A tenziós fejfájás kontrollját például úgy tanulják meg, hogy elektródákat helyeznek a homlokukra, és ezek segítségével a homlokizmok mozgását egy adott hang magasságának változásával visszajelzik a személyeknek. A hangmagasság szabályozásának elsajátításával az egyén megtanulja, hogyan tarthatja feszülés nélküli állapotban az izmait. Néhány heti tréning után aztán a személyek már gépi visszajelzés nélkül is felismerik az izomfeszültség kezdeti jeleit. A biofeedback segítségével megtanulható az autonóm szervek szabályozása, akár a szívritmus és a vérnyomás kontrollálása is. A biofeedback módszerek a relaxációs technikák hatékonyságát is növelik.

### **Kognitív-behaviorális megközelítések**

Az ide tartozó beavatkozások célja a nem megfelelő gondolkodási minták azonosítása (ilyen nem megfelelő gondolkodási minta lehet például az, hogy a dohányzás nem káros az egészségre), ezek valóságtesztelése, és kijavítása. A megközelítés alapja az a feltételezés,

hogyan az egészségről, betegségről alkotott koncepcióink befolyásolják egészségviselkedésünket.

### **A stresszkezelő tréning**

Az egyéni megközelítéshez tartozó módszerek szemléltetéseként az alábbiakban kicsit részletesebben bemutatunk egy manapság nagyon elterjedt, divatos módszert, amely a jól hangzó „stresszkezelő tréning” elnevezésre hallgat. A stresszkezelő tréning célja a már kialakult pszichológiai igénybevétel – mely nagyon gyakran munkahelyi stressz formáját ölti – kezelése, csökkentése, így tulajdonképpen másodlagos megelőzési tevékenységnek tekinthető.

Stresszkezelő tréning címszó alatt legtöbbször valamilyen relaxációs, lazító technikát szoktak a résztvevőknek tanítani. A relaxáció lényege, - mint arról fent már volt szó - hogy a test izmainak fokozatos, akaratlagos ellazításával, a légzés és a szívverés szabályozásával csökkenthető a szervezetben a feszültség, kivédendő a stressz okozta rövid- és hosszú távú káros hatásokat.

Van komplexebben értelmezett stresszkezelő tréning is: ez szinte az összes egyéni fókuszú megközelítési módszert magában foglalja: a relaxációt, a biofeedbacket, az imaginációt, a kognitív-viselkedéses terápiát. Például egy vállalatnál a következő módszereket alkalmazták (Timmerman és mtsai, 1998): relaxációs tréninget tartottak, fejlesztették a résztvevők társas készségeit (hatékonyabb kommunikációra tanították őket), a résztvevők azonosították egészségtelen szokásaikat, tervet dolgoztak ki ezek megváltoztatására, illetve hatékony problémamegoldó technikákat tanítottak nekik a stresszel való sikeresebb megküzdés érdekében. Ennek a kombinált programnak az eredményeképpen, ami 8 héten át heti 2,5 órában zajlott, csökkent a résztvevők szorongása, kevesebb egészségi panaszuk volt, kevésbé érezték magukat stresszeltnek, mint a programban nem résztvevő munkatársaik. Nagyon kevesen változtatták meg viszont egészségre káros szokásaikat.

Egy másik vizsgálatban Gronningsaeter és munkatársai (1992) a testmozgásnak és a stresszkezelő tréningnek a dolgozók egészségére, jól-létére gyakorolt hatását hasonlították össze. A vizsgálatban résztvevők egyik csoportja 10 héten át heti háromszor napi 55 perces aerobic edzésre járt. A másik csoport ugyanilyen gyakorisággal és időtartamban stresszkezelő tréningen vett részt, ami kognitív-viselkedéses tanácsadásból, valamint egészségi kérdésekről és általában az életstílusról szóló információk átadásából állt. Az információcsere formái előadás, csoportos beszélgetés, önálló munka voltak. Az előadásokon olyan témákkal foglalkoztak, mint: stressz, a stressz által befolyásolt testi folyamatok, egészségi

következmények, a kognitív stratégiák, a védekezési mechanizmusok, a megküzdés, speciális megküzdési technikák bemutatása (ön-instruálás, relaxáció és a gondolkodás kognitív újrastrukturálása). A vizsgálatban résztvevőknél egy évvel a beavatkozás előtt, 10 héttel, majd 6 hónappal a beavatkozás után mérték a szorongást, valamint olyan fiziológiai mutatókat, mint a vérnyomás, a pulzus, felmérték az általános fizikai állapotot, kérdőívet töltöttek ki a munkahelyi stresszről, a munkával való elégedettségről, a megküzdési képességekről, és a program nyomán bekövetkezett életstílus-változásról. A vizsgálat eredményei a következők voltak: az aerobic csoportban rövidtávon némileg javultak a fiziológiai mutatók (szívfrekvencia, vérnyomás), de szinte kizárólag csak a nőknél, a testedzésnek csekély hatása volt a megküzdési képességekre, eredményeként nőtt viszont a munkahelyi körülményekkel való elégedetlenség (!). A stresszkezelő programban résztvevők úgy nyilatkoztak, hogy a beavatkozás révén javultak a megküzdő készségeik, illetve, hogy a program megváltoztatta az egészségtelen dolgokhoz való hozzáállásukat. Az attitűdökben, egészségi szokásokban, megküzdési stratégiákban bekövetkezett eme pozitív változások 6 hónappal a beavatkozás után is fennmaradtak. Az eredmények azt jelzik tehát, hogy a testedzésnek, és az ismeretközlésnek, egyaránt fontos, de egymással nem helyettesíthető hatásai lehetnek a stressz kezelésében, csökkentésében.

### **Egyéb módszerek**

A munkahelyi egészségfejlesztés egyéni megközelítéseinek keretein belül olyan egyéb módszereket használhatnak, mint a *szűrések* (vérnyomás, koleszterin-szint, vércukor, testsúly, depresszió, szorongás, rákszűrés), *tanácsadás*, *oktatás* például a munkabiztonságról, az egészséges táplálkozásról, illetve az *alkalmazottakat segítő programok*, melyek a problémás (pl. alkoholista) dolgozók segítségével foglalkoznak.

### **3.2.10.2. Szervezeti megközelítés**

Ez a megközelítés – az egyéni fókuszúval szemben – nem a dolgozókat kívánja a stresszel szemben edzettebbé, ellenállóbbá tenni, hanem magukat a – munkahelyi, a munkaszervezésen és feltételein át ható – stresszorokat igyekszik csökkenteni a dolgozók jobb egészségi állapotának elérése érdekében. Ehhez először azonosítani kell a munkahelyi stresszorokat, majd ezeknek megfelelően szervezeti átalakításokat kell végezni. Ezek az átalakítások például a következők lehetnek: a munkát az alkalmazottak igényeihez, képességeihez igazítani és érdekesebbé tenni, világosabbá tenni a szerepeket, felelőségeket, lehetővé tenni, hogy az alkalmazottak részt vehessenek a munkájukat érintő döntésekben,

elősegíteni, támogatni a dolgozók közti társas interakciókat, javítani a szervezeti kommunikációt, képzéseket tartani a vezetők számára a foglalkozási stressz kezelésével kapcsolatban, a hierarchikus vezetési struktúrát helyettesíteni egy laposabb, a dolgozók nagyobb mértékű részvételét lehetővé tevő szerkezeti formával (Segal, 1999), képzési lehetőségeket biztosítani a dolgozók számára.

### **3.2.10.3. Egyén és szervezet találkozási pontjára irányuló megközelítés:**

Az egyének és a vállalat jobb együttműködésének elősegítése érdekében leggyakrabban kommunikációs stratégiákat szoktak tanítani a dolgozóknak és a vezetőknek, valamint beavatkozásokat végeznek a vállalaton belüli összetartás, társas támogatottság javítására csapatépítő programokkal, a munkacsoportok szükség szerinti átalakításával.

### **3.2.11. EGY ÁTFOGÓ MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI PROGRAM MODELLJE**

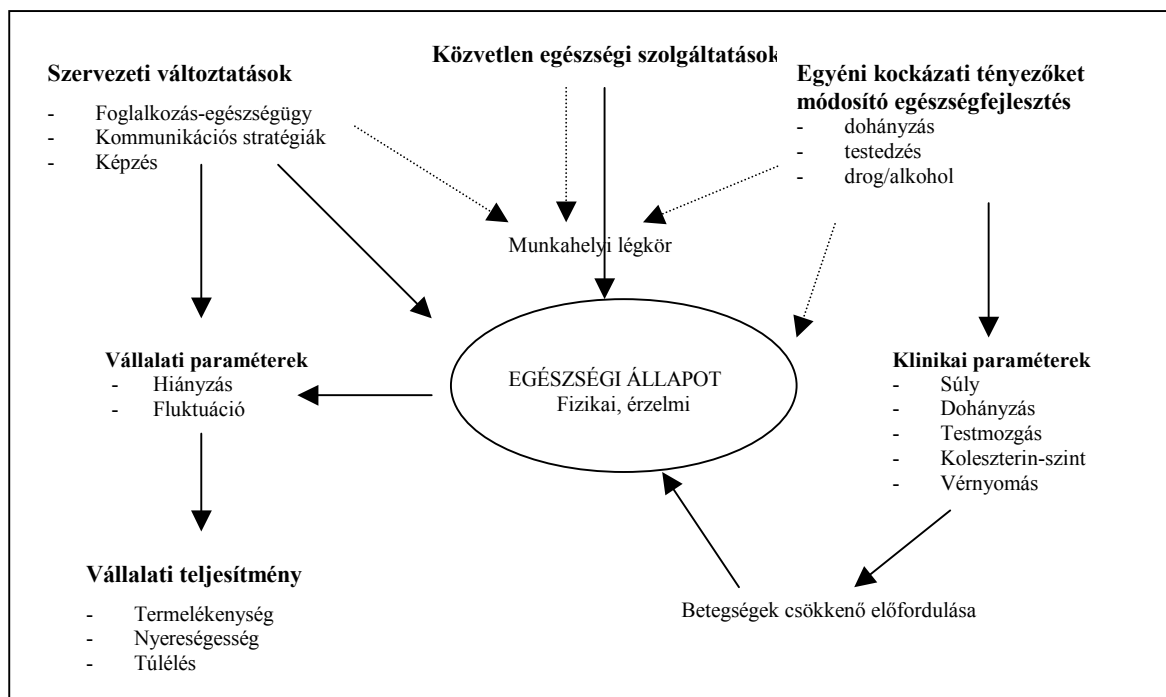
(Segal, 1999)

Nézzük meg most, hogyan képzelhető el egy olyan munkahelyi egészségfejlesztési program, mely mindhárom (egyéni, szervezeti, az egyén és a szervezet találkozására irányuló) megközelítési módot magában foglalja, így várhatóan sokkal hatékonyabb lesz a dolgozók jobb egészségi állapotának elérésében, mind bármelyik megközelítési mód önmagában.

Segal szerint egy komplex, átfogó egészségfejlesztési program három fő részből áll:

- szervezeti változtatások (szervezeti fókusz)
- közvetlen egészségügyi szolgáltatások biztosítása a munkahelyen
- egyéni kockázati tényezők módosítására irányuló egészségfejlesztés (egyéni fókusz)

A dolgozók egészségi állapotát a program mindhárom része befolyásolni tudja közvetlenül, vagy a munkahelyi légkör, hangulat javításán keresztül, vagy valamely betegség előfordulási valószínűségének módosítása révén. Az egészségre kifejtett pozitív hatásokon felül a program mindhárom eleme képes hozzájárulni a vállalat termelékenységéhez, eredményességéhez is közvetlenül a szervezeti változtatások révén, vagy közvetve a jobb munkahelyi légkör, a dolgozók jobb egészségi állapota révén (3.1. ÁBRA).



3.1. ÁBRA Egy átfogó munkahelyi egészségfejlesztési program modellje (Segal, 1999, 21. old.)

### 3.2.12. PÉLDÁK MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ BEAVATKOZÁSOKRA

Az alábbiakban bemutatunk néhány példát vállalatoknál végzett egészségfejlesztő beavatkozásokra, majd egy esettanulmányt is ismertetünk, ahol már a beavatkozás eredményei is rendelkezésre állnak.

#### 3.2.12.1. Ericssons Egészségfejlesztési Program

(idézi Segal, 1999)

Az átfogó munkahelyi egészségfejlesztés jó példájaként ez a program a következő elemeket foglalta magában:

- Vezetési stílus átalakítása: független teamek és projekt csoportok működésének bevezetése.
- Vezetők és beosztottak közti közvetlen kommunikáció fejlesztése, közös döntéshozás.
- Teljesítménymenedzselés.
- Nők alkalmazásának támogatása, gyerekfelügyelet biztosítása.
- Egészségügyi szolgáltatások igénybevehetősége a munkahelyen. Helyszínen működő egészség team (orvos, klinikai pszichológus, szociális munkás, fizioterapeuta).
- Életstílus módosító programok:

- az egészséges életstílussal kapcsolatos információs füzetek készítése az alkoholról, dohányzásról, rákról, testmozgásról, egészséges táplálkozásról, vérnyomásról, stresszről;
- jóga és fitness programok,
- dohányzási tilalom a munkahelyen,
- egészséges ételek biztosítása a vállalati étkezdében,
- szűrővizsgálatok.

### **3.2.12.2. Holden Engine Company**

(idézi Segal, 1999)

Ennél a vállalatnál is egy komplex, széleskörű munkahelyi egészségfejlesztési programot végeztek, amely a szervezeti kultúrának és a dolgozók életstílusának megváltoztatását is célul tűzte ki. A program a következő beavatkozásokból állt:

- közvetlen egészségügyi szolgáltatások biztosítása egy orvosi központ létrehozásával
- torna (a dolgozók költségén)
- egészséges életmód kampányok és kockázati faktorokra irányuló szűrővizsgálatok
- vezetőképzési programok egy, a dolgozók együttműködésére erőteljesebben építő vezetési stílus elterjesztésére

Az eddigi tapasztalatok szerint a program nyomán csökkent a fluktuáció és a hiányzás, nőtt a termelékenység és a termékek minősége.

### **3.2.12.3. The Working Well Trial**

(Abrams és mtsai, 1994)

Ez az átfogó, az USA több államára, 114 munkahelyre kiterjedő munkahelyi egészségfejlesztési program elsősorban a daganatos megbetegedések kialakulását kívánta megelőzni abból az epidemiológiai adatból kiindulva, hogy a daganatos megbetegedések körül-belül 80%-át a nem megfelelő életstílus, illetve a környezetben jelenlevő kóroki tényezők okozzák. A munkahelyi beavatkozások pedig különösen hatékonyak a daganatos megbetegedések megelőzésében, mert itt könnyen elérhető a felnőtt populáció 60%-a, azonkívül a program keretében a munkahelyi szociális normák és a fizikai környezet is megváltoztatható egyidejűleg az egyének viselkedésének megváltoztatásával, ily módon feltételezhetően a kétfajta beavatkozás felerősíti egymás hatását.

A Working Well Trial (WWT) egy ötéves vizsgálat, amelyben a 114 munkahelyet random módon kontroll és kísérleti tagból álló párokba osztották. Az egyes párok tagjait

gondosan egymáshoz illesztették a munkahely legfontosabb jellemzői mentén, mint a mérete, típusa, a dolgozók nemek szerinti eloszlása, a fizikai/szellemi dolgozók aránya, a vállalat dohányzás elleni politikája. A program megkülönböztető jellemzői, hogy a beavatkozásokat az egyéneknek a változásra való készenléti állapotához igazították, hogy egyéni és szervezeti/környezeti változásokat is célul tűztek ki, hogy az alkalmazottakat is bevonták aktív résztvevőként a beavatkozás megtervezésébe, bevezetésébe. A beavatkozás hatékonyságát a következő változókra vizsgálták: a dohányzásról leszokott dolgozók aránya (leszokottnak azt tekintették, aki legalább hat hónapja nem dohányzik), a táplálkozási szokások megváltozása (hogyan alakul a zsír- és a rostfogyasztás). A dohányzás és a táplálkozás esetében is vizsgáltak ún. köztes változókat – amelyek megelőzik a tényleges viselkedésváltozást -: nézték, hogy milyen ismeretei vannak a dolgozóknak a helyes szokásokról, van-e motivációjuk a változtatásra. Vizsgálták a beavatkozások költségét, és az egységnyi költsége eső hatékonyságot.

Az alkalmazott beavatkozások két csoportra oszthatók aszerint, hogy egyéni, vagy szervezeti változásokat céloztak-e meg. A beavatkozások három fő részből tevődtek össze: tudatosság fokozás az egészségi kérdéseket illetően, készségfejlesztés, illetve fenntartás, a visszaesés megelőzése. Az egyéni változásokat célzó főbb konkrét beavatkozási formák a következők voltak:

- Az egészségi szokások megváltoztatására irányuló *motiváció növelése* tudatosság fokozással: információs /egészségnevelő /motivációs anyagok kiosztása (poszterek, brossúrák, hírlevelek, léggömbök), az egészségi szokások ön-értékelése visszajelzéssel, egészséges életmódot támogató kampányok, versenyek.
- *Készségfejlesztés* a már változásra motivált egyének számára: direkt egészségnevelés (készségfejlesztéssel, szociális támogatással, egészségi ismeretekkel, attitűdökkel, viselkedésváltoztatással foglalkozó csoportok), önségítő anyagok (videók, nyomtatott anyagok), versenyek.
- *A visszaesés megakadályozását célzó szervezeti szintű beavatkozási formák*: konzultációk a vállalati dohányzási politika kialakításáról (csökkenteni, vagy megszüntetni a munkahelyi dohányzást), az étkezőben és az automatákban kínált ételek megváltoztatása, a WWT kritériumoknak megfelelő ételek felcímkézése.

A három szint (tudatosság növelés, beavatkozás, fenntartás) a szervezeti szintű beavatkozásokban is jelen van. A *tudatosság növelését* a vállalat aktuális egészségpolitikájára, gyakorlatára vonatkozó kezdeti kérdőív eredményeinek bemutatásával kívánták elérni. A

*beavatkozás* szintjén történtek a vállalat egészségpolitikájáról szóló tárgyalások, konfliktusmegoldások. A kedvező változások *fenntartását* pedig azok normává tételével kívánták elérni.

A dolgozók képviselőit bevonták a beavatkozások megtervezésébe, bevezetésébe, mivel a korábbi kutatási tapasztalatok azt sugallják, hogy az emberek inkább vesznek részt azokban az aktivitásokban, amelyek kialakításába volt beleszólásuk.

### 3.2.13. ESETTANULMÁNY: A BRABANTIA PROJEKT

(Maes és mtsai, 1998)

Egy holland háztartási termékeket gyártó vállalatnál célul tűzték ki a dolgozók egészségi állapotának és jól-létének fejlesztését az életstílusuk és a munkahelyi körülmények változtatása révén. A program megkezdése előtt, illetve 1, 2, és 3 évvel később felmérték a dolgozók által végzett munka jellegét, a dolgozók egészségi állapotát, életstílusát, a stresszre adott jellegzetes válaszát. A végzett munkát az alábbi dimenziók mentén jellemezték: mennyire stresszkeltő a munka, illetve mennyire ad lehetőséget a dolgozónak önmaga kiteljesítésére, fejlesztésére. Vizsgálták, hogy mekkora kihívást jelent a személy számára a munkája, milyen mértékben vehet részt saját munkája megszervezésében, eldöntheti-e hogyan, milyen eszközökkel végzi azt, ismeri-e munkája célját és kimenetelét, illetve, hogy ad-e a munkája lehetőséget társas kapcsolatok kiépítésére. Ezekkel a változókkal azt kívánták vizsgálni, hogy mekkora megterhelést jelent a munka, mennyire teszi lehetővé, hogy a dolgozó kontrollálja aktivitásait, illetve, hogy társas kapcsolatokat építsen ki a munkahelyén. Ezek a tényezők ugyanis – a megterhelés, a kontroll és a támogatás – az egyik legjelentősebb munkahelyi stressz modell (Karasek modellje, lásd 2.3. fejezet) faktorai, és rengeteg vizsgálat tanulsága szerint jól előrejelzi a stressz következtében fellépő testi és lelki megbetegedéseket. Amennyiben a jelen vizsgálatban a munkára vonatkozó, fent leírt kérdések bármelyikére negatív választ kellett adni, az azt jelentette, hogy az illető munka potenciális stresszforrás a végzője számára.

A dolgozók jellegzetes egészségviselkedéseit interjúval vizsgálták. A beavatkozás előtt és után is felmérték a következő orvosi adatokat: szívritmus, vérnyomás, testsúly, koleszterinszint.

A beavatkozás három évig tartott. Az első évben elsősorban a dolgozók életstílusának megváltoztatására koncentráltak (*egyéni fókusz*). A foglalkozásokra hetente háromszor a munkahelyen került sor félig munkaidőben, félig a dolgozók ebédidőjében. A foglalkozásokon belül volt testmozgás, illetve a következő egészségi témákkal kapcsolatos tudnivalókat



beszélték meg: táplálkozás, alkohol- és drogfogyasztás, munkakörülmények és stressz, dohányzás, fejfájás, hátfájás. (Az egészségnevelő foglalkozásokon meglehetősen alacsony volt a részvétel: 10-20%-os). Az egyéni fókuszú beavatkozások egy következő fajtájában 40 órás szociális- és vezetői készségfejlesztő tréningre került sor.

A *szervezeti és környezeti szintű beavatkozás* egyrészt az egyéni életstílus változtatást támogató, fenntartó környezeti igyekezett létrehozni: állandó lehetőséget teremtettek testmozgásra a helyszínen, dohányzásellenes vállalati szabályokat vezettek be, egészséges ételeket is biztosítottak a vállalati étkezőben, reklámozták a programokat. A szervezeti- és környezeti szintű beavatkozások másik típusában javaslatokat dolgoztak ki a munkavégzésnek az interjúk során azonosított kockázati tényezőinek megváltoztatására, majd ezeket a dolgozókkal egyeztetve be is vezették. Például autonóm munkacsoportokat hoztak létre, amely csoportok tevékenysége végigkísérte egy termék gyártásának teljes ciklusát. A csoporttagok feladatai ezáltal sokkal változatosabbak lettek, változathatták is azokat egymás között, több társas kapcsolat építésére nyílt lehetőségük a munkatársaikkal, és nagyfokú kontrolljuk lett saját munkacsoportjuk munkájának megszervezésében. Ehhez persze szükség volt mind a vezetés, mind a beosztottak egyfajta átképzésére.

A beavatkozás hatásait úgy próbálták lemérni, hogy folyamatosan figyelemmel kísérték az alábbi változók alakulását: a hiányzások, dolgozók egészségi kockázatai, életstílusa (mennyire egészséges), a stresszre adott általános reakciója, illetve a munkavégzés körülményei (pszichológiailag mennyire megterhelő, mekkora kontrollra ad lehetőséget a dolgozónak saját munkája felett, milyenek az ergonómiai körülményei, milyen mértékű a társas támogatottság a kollégák és a felettesek részéről).

A program eredményeképpen a résztvevőknek ugyan nem lett egészségesebb az életstílusa, az általános stresszreakciójuk sem változott, de a beavatkozás hatására csökkent náluk a szívkoszorúér-betegségekre veszélyeztető kockázati tényezők száma (elsősorban a koleszterin-szint csökkent). A beavatkozás nyomán jelentősen csökkent a dolgozókra ható, munkájukkal kapcsolatos pszichológiai igénybevétel (mennyire nehéz illetve sok a munka), növekedett a munkájuk feletti kontrolljuk, és az ergonómiai körülményeik is javultak. A beavatkozás nyomán jelentős mértékben csökkent a hiányzások száma. Ez utóbbi eredményeképpen végül a vállalatnak anyagilag is megtérült a programba fektetett összeg.

### 3.2.14. A PSZICHOLÓGUS SZEREPE A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS BEN

Láttuk, hogy a komplex munkahelyi egészségfejlesztési programok milyen sokféle beavatkozási formából állnak. Ezek a beavatkozások több különböző szakma kompetencia

körébe tartoznak. Az egyéni életstílus fejlesztésére irányuló beavatkozások megtervezéséhez, kivitelezéséhez szükség lehet például orvosra, ápolónőre (a kockázati tényezők felméréséhez, szűrővizsgálatok elvégzéséhez, a munkahelyen biztosított egészségi szolgáltatások nyújtásához), táplálkozási szakértőre (táplálkozási tanácsok adásához, a közétkeztetés átalakításához), edzőre (a munkahelyi testedző programokhoz), valamint pszichológusra (a relaxációhoz, stresszkezeléshez, a kognitív-viselkedéses terápiához, az alkalmazottakat segítő programokhoz). A szervezetre illetve a munkahelyi környezetre irányuló egészségfejlesztő beavatkozási formák is több szakma képviselőinek összehangolt együttműködését teszik szükségessé: a folyamatban dolgozhatnak foglalkozás-egészségügyi szakorvosok (a vállalati egészség-politika kialakításában), mérnökök (a környezet ergonómiai szempontú átalakításában), pszichológusok, illetve más, szervezetfejlesztéssel foglalkozó szakemberek, és természetesen az adott vállalat vezetői, dolgozói.

A pszichológus tehát nem kizárólagos résztvevője a munkahelyi egészségfejlesztési programoknak: együtt kell tudnia működni más szakmák képviselőivel. Az egész folyamat szervezése, koordinálása a fent felsoroltak közül bármelyik foglalkozás betöltőjének feladata lehet, de az egész folyamatot átlátó pszichológusnak jó esélye lehet e szerep elnyerésére. Ami azonban mindenképpen nélkülözhetetlen, az a szakmák közti megfelelő kommunikáció, a szakmai féltékenységet félretevő, kölcsönös tiszteleten alapuló együttműködés.

### 3.2.15. A MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI PROGRAMOK GYAKORLATI PROBLÉMÁI

Az alábbiakban röviden áttekintjük, hogy melyek azok a gyakori problémák, amikkel a munkahelyi egészségfejlesztést végző team szembesülhet:

- *A dolgozók ellenállása:* a fizikai dolgozók sokszor ellenállnak az egyénközpontú munkahelyi egészségfejlesztő programoknak, mert ez azt kívánná, hogy elismerjük felelősségüket saját egészségi állapotukért, holott ők megszokták, hogy a munkáltatójuk a felelős az egészségükért (vö. hagyományos egészség etika). (DeJoy, Southern, 1993).
- *Nem minden dolgozó jut egyformán a programokhoz:* például a mobil, nem a telephelyen tartózkodó dolgozók legtöbbször nem tudnak részt venni a programokban (Stokols et al. 1995). Az egészségfejlesztési programoknak ideális esetben el kellene érnie a vállalatok vidéki kirendeltségein dolgozókat, a dolgozók hozzátartozóit, valamint a munkanélkülieket is, akik azért kerülnek ki a programok hatásköréből, mert nem dolgoznak, pedig mindenki másnál nagyobb szükségük lenne az egészségük megőrzésére, fejlesztésére, nem utolsósorban a jövőbeli elhelyezkedésük esélyeit növelendő.

- *Az orvosi titoktartás betartása:* meg kell erősíteni az etikai elveket a dolgozók magánéletének és állásának védelmében. Ugyanis konfliktus léphet fel a vezető és az orvos, vagy az egészségfejlesztési programot végző más szalmabeli között: a vezető például a termelékenység fokozása érdekében a legegészségesebb, legterhelhetőbb, legnagyobb állóképességgel rendelkező alkalmazottakat szeretné előléptetni, vagy megtartani egy esetleges létszámleépítésnél, és ennek eldöntéséhez információkat szeretne kapni az emberei egészségi állapotáról az egészségfejlesztő teamtől. Az orvosnak azonban már az orvosi titoktartás miatt is védenie kell a bizalmas információt, másrészt általános etikai megfontolásokból sem szabad engedni, hogy a munkahelyi egészségfejlesztési programok a dolgozók közötti válogatás eszközévé váljanak (vö. új vállalati egészség etika). Ennek érdekében például biztosítani kell, hogy a programban esetlegesen feltárt egészségi adatokat a dolgozók írásos hozzájárulása nélkül az orvoson kívül senki se láthassa. (Stokols et al., 1995)
- *A munkahelyi programokon való alacsony részvételi arány.* Az USA-ban ez az arány csak kb. 20-40%-os, és éppen az egészségi szempontból legkockázatosabb csoportba tartozók azok, akik nem vesznek részt a programokon. Tervet kell kidolgozni a dolgozók motiválására – különös tekintettel a legveszélyeztetettebbekre -. A részvételre való motiválás hatékony módszere lehet, az, ha a dolgozókat már a program megtervezésébe, kialakításába is bevonják, így ugyanis valóban magukénak érezheti azt. (Sanders és Crowe, 1996).

### 3.2.16. MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS EURÓPÁBAN

A következő fejezetekben azt vizsgáljuk meg, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés milyen irányelvei, szabályai, valamint gyakorlata van jelen Európában, illetve Magyarországon.

#### 3.2.16.1. Szabályok, irányelvek

Levi (2000) összefoglalója szerint a munkahelyi egészségfejlesztés jelenlegi európai helyzetét jellemzi a munkahelyi stressz, és annak egészségkárosító hatására vonatkozó növekvő tudatosság. 1984-ben a WHO készített egy beszámolót, melyben feltárta a munkahelyi pszicho-szociális faktoroknak a dolgozók egészségére, jól-létére gyakorolt hatásait. A dokumentum arra is tett javaslatot, hogy milyen beavatkozásokat kell tenni vállalati, nemzeti és nemzetközi szinten. A javaslat szerint az egészségfejlesztő beavatkozásoknak magukban kell foglalniuk munka-átstrukturizálást, széleskörű szervezeti és

ergonómiai méréseket, a dolgozók nagyobb mértékű részvételét, képzésekhez való hozzájutását lehetővé tévő szervezeti átalakításokat, valamint a megküzdésüket segítő programokat.

Az Európai Unió alkotott egy keretutasítást (89/391/EEC), melyben leszögezi, hogy a munkáltatók feladata biztosítani a dolgozók egészségét, biztonságát. A keretutasítás szerint ennek a feladatnak a megelőzés alábbi általános elvein kell alapulnia (idézi Levi, 2000):

- a kockázatok elkerülése,
- az el nem kerülhető kockázatok értékelése,
- a kockázatok leküzdése kialakulásukkor,
- a munkának az egyénhez való illesztése (munkahelyek megfelelő kialakítása, a felszerelések és a munkamódszerek gondos kiválasztása, különös figyelmet szentelve a monoton, illetve előírt tempójú munka elkerülésére, illetve ezeknek az egészségre való hatásának csökkentésére),
- koherens, átfogó megelőzési politika kialakítása, amely foglalkozik a technológia kialakításával, a munkaszervezéssel, a munkakörülményekkel, a vállalaton belüli szociális kapcsolatokkal és a munkakörnyezethez kapcsolódó faktorokkal.

Ez a keretutasítás tulajdonképpen előkészítette a talajt a hagyományos foglalkozás-egészségügyi szabályozás és gyakorlat átalakításához.

Az Európai Unió tagállamok már az egészségfejlesztési megközelítés jegyében 1997-ben elfogadtak egy nyilatkozatot a munkahelyi egészségfejlesztésről (Luxembourg Declaration). E nyilatkozat szerint az egészséges, motivált, jól képzett munkaerő alapvető az Európai Unió társadalmi, gazdasági jól-léte szempontjából. Éppen ezért kezdeményezik egy munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó európai hálózat megteremtését (European Network for Workplace Health Promotion). Ez a kezdeményezés összhangban van az Európai Unió Egyezmény 129-es cikkelyével, és az ennek nyomán létrehozott Egészségfejlesztési, Információs, Nevelési és Képzési Programmal (No 645/96/EC). Ez az időközben létrejött európai hálózat a 15 tagállam delegált szervezeteiből áll, amely szervezetek, mint nemzeti kapcsolattartó irodák működnek. A hálózat célja a tagok közti információ- és tapasztalatcsere révén meghatározni és elterjeszteni a példás munkahelyi egészségfejlesztési programokat, beavatkozásokat. Ily módon kívánja az Unió bátorítani a tagállamokat, hogy kezeljék megfelelő súllyal a munkahelyi egészségfejlesztést. Ezek a nemzeti kapcsolattartó irodák a hálózat egyfajta leányvállalataiként működnek: az európai hálózatnak nem célja a nemzeti megközelítéseket, gyakorlatot egy egységes európaival felváltani, inkább a meglévő gyakorlatot, infrastruktúrát szeretné fejleszteni, valamint együttműködést teremteni a

tagállamok között. Az európai hálózat feladata begyűjteni minden – egészségfejlesztésre vonatkozó - információt, például a legújabb kutatási eredményekről, elméletekről, már bevezetett projektekről, a tagállamok és a Bizottság rendelkezésére álló ismereteket a kérdéses témával kapcsolatban, majd ezeket az ismereteket minden érdeklődő számára elérhetővé tenni.

A nyilatkozat szerint a munkahelyi egészségfejlesztés akkor tudja elérni az „egészséges emberek egészséges szervezetekben” megfogalmazású célt, ha az alábbi irányelvek szerint épül fel:

- Mindenki részt vesz benne.
- A munkahelyi egészségfejlesztést figyelembe veszik a fontos döntéseknél, a szervezet minden területén.
- Minden beavatkozás, program a következő szakaszokból áll: szükségletelemzés, a prioritások kijelölése, tervezés, kivitelezés, folyamatos ellenőrzés és értékelés.
- A munkahelyi egészségfejlesztés egyénre irányuló és a környezetre irányuló intézkedéseket, beavatkozásokat is tartalmaz. Ötvözi a kockázatsökkentést (egészségvédelem) az egészségfejlesztéssel.

A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata az alábbi prioritásokat állítja a jövőbeli beavatkozások elé:

- Növelni a munkahelyi egészségfejlesztés ismertségét, az egészségi kérdésekért viselt felelősséget minden érdekelt esetében.
- Azonosítani és elterjeszteni a jó munkahelyi egészségfejlesztési gyakorlatot.
- Kialakítani a hatékony munkahelyi egészségfejlesztés irányelveit.
- Elérni, hogy a tagállamok elkötelezettek legyenek a megfelelő elvek elfogadására, meghonosítására.
- Foglalkozni a kis-és középvállalatoknál folytatott munkahelyi egészségfejlesztés jelentette speciális kihívással.

### **3.2.16.2. Gyakorlat**

Nézzük meg most, hogy mennyire érvényesülnek a fenti irányelvek a munkahelyi egészségfejlesztés európai gyakorlatában. Előljáróban tekintsük át, hogy melyek azok a munka világában végbemenő aktuális változások, melyek a munkahelyi egészségfejlesztési programok terepét, kereteit és céljait kijelölik (Levi, 2000., illetve a Luxembourg Declaration alapján):

- Globalizáció.

- Megnőtt a szolgáltatási szektor jelentősége.
- Új technológiák jelentek meg, az információs technológia használata növekvő ütemben terjed (a munkaerő egyharmada számítógépet használ).
- Egyre többen foglalkoznak ügyfelekkel (a dolgozók 49%-a)
- Új vezetési modellek jelentek meg, a csapatmunka egyre nagyobb szerepet nyer.
- Öregszik a munkaerő.
- Új foglalkoztatási formák jelennek meg (pl. részmunkaidős foglalkoztatás, távmunka). Egyre többen dolgoznak határozott idejű szerződésekkel.
- Gyorsan nő a női dolgozók aránya.
- Magas a munkanélküliségi ráta, gyakoriak a leépítések.
- Egyre többen dolgoznak kis, vagy közepes méretű szervezetekben.

A munkahelyi egészségfejlesztésnek fontos szerepe lehet abban, hogy az embereket és a szervezeteket felkészítse az ezekkel a változásokkal való szembenézésre.

Szükség van-e munkahelyi egészségfejlesztésre Európában?

Egy európai felmérés szerint (idézi Levi, 2000) az EU tagállamok dolgozóinak 45%-a monoton munkát végez, 44%-uk mindig ugyanazt a feladatot végzi, 50%-uk rövid, ismétlődő feladatokat végez. A dolgozók 35%-ának nincs beleszólása abba, milyen sorrendben hajtja végre a feladatokat, 28%-nak nincs befolyása az általa végzett munka ritmusára, 54%-nak nagyon gyorsan kell dolgoznia, 56%-nak szűk határidőket kell betartania. A dolgozók 30%-a panaszodik hátfájásra, 28% stresszre, 20% fáradtságra, 17% izomfájdalmakra, 13% fejfájásra. Ezek az adatok azt sugallják, hogy nagy szükség lenne európai szinten (is) munkahelyi egészségfejlesztési programokra, különösen a szervezeti fókuszú beavatkozásokra.

### **Munkahelyi egészségfejlesztés Európa néhány országában**

#### **Svédország**

(Levi, 2000 alapján)

A svéd kormány 1985-ben közzétett egy Közegészségügyi Szolgáltatási Törvényt, amely leszögezi, hogy „egészségünket nagymértékben befolyásolják az életkörülményeink, életstílusunk”, valamint, hogy „a mai társadalmakban az egészségi kockázatok jó része a munkahelyi, otthoni környezetből, illetve a közlekedésből származik”. A svéd kormány néhány évvel később a fent felsorolt kockázatok közül elkezdett a munkahelyi környezetre

koncentrálni, és kiadta a Munkahelyi Környezet Törvényt, amely többek között leszögezi a következőket:

- A munkahelyi körülményeket az emberek eltérő fizikai és pszichológiai sajátosságaihoz kell adaptálni.
- Lehetővé kell tenni az alkalmazottak számára, hogy részt vehessenek saját munkafeltételeik, a munkájukban bekövetkezett változások kialakításában.
- A technológiát, a munkafeladatot és a munkaszervezést úgy kell kialakítani, hogy az alkalmazottat ne érje túlzottan nagy fizikai, vagy mentális terhelés.
- El kell kerülni, vagy csökkenteni kell a szigorúan ellenőrzött, kötött munkát.
- A munka legyen változatos, az egyes részfeladatok alkossanak egy értelmes egészet, a munka adjon lehetőséget társas kapcsolatok építésére, együttműködésre, személyes és szakmai fejlődésre, önállóságra, szakmai felelősségvállalásra.

Látjuk tehát, hogy a jogszabály épít a munkahelyi stressz kutatások eredményeire, azon belül is elsősorban Karasek modelljére, amennyiben kiemelt jelentőséget tulajdonít a dolgozókra ható megterhelések csökkentésének, és a rendelkezésükre álló kontroll növelésének. A svéd megközelítés a munkahelyi stresszorok - szervezeti, környezeti átalakításokkal történő - csökkentésén felül kifejezetten egészségfejlesztő munkahelyi faktorok megteremtését is szorgalmazza, például a szociális hálók, illetve a dolgozók megküzdési képességeinek fejlesztése révén. Röviden kitér az egyéni fókuszú megelőzési formákra is (pl. egészségnevelés), de a hangsúlyt egyértelműen a dolgozók egészségének védelmét, fejlesztését szolgáló szervezeti átalakításokra helyezi.

Svédországban a kilencvenes években elindult egy országos szintű kezdeményezés a munkahelyeknek, munkavégzésnek a fenti szempontok szerint történő átalakítására, a dolgozók egészségének és a vállalatok eredményességének fejlesztése céljából. Létrehoztak egy országos pénzalapot, amely 6 év alatt mintegy 6 milliárd svéd koronát fordított a svéd munkahelyek, munkakörülmények radikális átalakítására. Közel 25 ezer munkahelyi program zajlott le, 3 millió svéd dolgozót érintve. A programok 20%-át értékelték. Az értékelésből kitűnt, hogy ezeknek a beavatkozásoknak a révén az esetek közel felében több mint 10%-al nőtt a termelékenység, csökkentek a hibázások. Csökkent a munkahelyi fizikai megterhelés, nőtt a dolgozók döntési jogköre a munkavégzést érintő kérdésekben, az esetek 71%-ában nőtt az elégedettségük és a motivációjuk.

## Németország

(Antje Duckie, 2000 személyes közlés alapján)

Németországban a 80-as évekig szinte egyeduralkodó foglalkozás-egészségügy, a többi országhoz hasonlóan, elsősorban a foglalkozási betegségek, balesetek negatív következményeinek csökkentésére, minimalizálására törekedett. A fizikai, kémiai és biológiai károsodások megelőzésére koncentrált, pszichés és szociális kockázati tényezőket nem vett figyelembe. Az utóbbi 30 évben bekövetkezett gazdasági, munkaerő-piaci változások azonban egy új megközelítés szükségességét hívták elő. Ennek nyomán 1989-ben a német kormány életbe léptetett egy törvényt, mely előírta a közegészségügyi biztosítótársaságoknak, hogy bővítsék a megelőzési aktivitásaikat, különös tekintettel a dolgozók egészségének megőrzésére, derítsék fel a betegségek és sérülések okait, dolgozzanak ki megelőző programokat. A biztosítótársaságok ennek nyomán elkezdtek különféle megelőző programokat kínálni tagjaiknak. Ezeknek a programoknak a többsége egyéni életmód-változtatásra fókuszált, de fokozatosan megjelentek az átfogóbb, hosszabb távú, a munkavégzés, a szervezet átalakítását hangsúlyozó programok is.

Utóbbi típusú programoknak egy népszerű elemét alkotják az ún. *egészség körök*. Ennek a módszernek célja elemezni a különböző munkahelyi egészségi kockázatokat, majd a dolgozók aktív részvételével megoldási javaslatokat kidolgozni. Egészségi köröket általában olyan osztályokon hoznak létre, ahol például magas a hiányzások száma, vagy rossz a munkaköri légkör. Először minden dolgozó kitölt egy, a munkával kapcsolatos problémákkal, illetve az egyéni egészséggel és jól-léttel foglalkozó kérdőívet, majd a dolgozók kijelölik maguk közül azokat, akik képviselni fogják őket az egészség körökben. Az egészség körökben általában 5-10 alkalmazott van jelen, ezen felül néha az egészségkörökbe meghívják a feletttest, a foglalkozás-egészségügyi szakorvost, a biztonsági szakértőt is. Az egészségi körök néhány hónap alatt 8-12 alkalommal jönnek össze 90 perces, munkaidőben tartott ülésekre. Az első találkozásokkor megbeszélik a kérdőíves felmérés eredményeit, reagálnak ezekre, és más problémákra. Összegyűjtik és csoportosítják a problémákat, majd fontosság szerint rangsorolják őket. A következő üléseken a résztvevők megoldási javaslatokat dolgoznak ki a különböző problémákra. A megvalósítható változtatásokat amint lehet, bevezetik.

Ironikus módon a munkahelyi egészségfejlesztés fejlődésének lehetőségét megteremtő törvényt 1995-ben ismét megváltoztatták: a munkahelyi megelőző programok irányításának felelőssége a baleset biztosítók kezébe került, amelyek nem voltak felkészülve a feladatra. Bár ez a változás bizonyos mértékben lelassította a munkahelyi egészségfejlesztési aktivitásokat,



azok továbbra sem szűntek meg. Egy felmérés szerint például 1995-ben mintegy 3000 munkahelyi egészségfejlesztési program futott Németországban.

## **Franciaország**

Franciaországban a németországi mintához hasonló átfogó munkahelyi egészségfejlesztési programok egyelőre nincsenek. Ennek a hiányosságnak az alábbi okai vannak:

- Franciaországot egy sajátos individualista szemlélet jellemzi. Franciaországban a munkáltatók hagyományosan még a dolgozók munkahelyi betegsége esetében sem ismerik el a felelősségüket. Pl. 1933-ban Policard úgy nyilatkozott, hogy a szilikózis tulajdonképpen TBC, amit a munkás hozott az üzembe. Még 1975-ben sem beszélnek szilikózisról, sőt még 1992-ben is egy szerző az egyének viselkedését, szociális körülményeit okolja a megbetegedésükért.
- A pszichológusok szerepe a szervezetekben főleg a kiválasztásban való részvételre korlátozódik, nem foglalkoznak a dolgozók egészségét, vagy a vállalat általános hatékonyságát érintő kérdésekkel.
- A foglalkozás-egészségügyi szakorvosoknak nincs kapacitása munkahelyi egészségfejlesztési programok végzésére, ők csak az egészségügyi alkalmasságot vizsgálják, illetve a foglalkozási megbetegedésekkel foglalkoznak, a pszichológiai megközelítéssel szemben leggyakrabban érdektelenek. A megelőzésre általában sem jut elég idő, figyelem, energia.
- Hiányzik a munkahelyi egészségfejlesztés megfelelő törvényi szabályozása: az Európai törvényekhez való igazodás folyamatban van.

Bár Franciaországban munkahelyi egészségfejlesztés gyakorlatilag nincs, van viszont egy, a munka és a mentális egészség kapcsolatával foglalkozó irányzat, ami Európa más részein hiányzik: az ún. *munka pszichopatológiája*. Ez a megközelítésmód azt vizsgálja, hogy a munkavégzés hogyan hat a dolgozók mentális egészségére. Próbálja feltárni az egyes foglalkozásokra, munkákra jellemző specifikus viselkedésmintákat, attitűdöket, amelyek adott esetben patológiássá válhatnak. A vizsgálati módszer hasonlít a német egészség körökéhez: 12 fős önkéntesen szerveződött dolgozói csoportok két kutatóval közösen keresik a választ arra kérdésre, hogy mi a kapcsolat a dolgozók mentális panaszai, problémái és bizonyos munkahelyi események között. A problémafeltárást azonban itt nem követi külső beavatkozás: a kutatók mindössze visszajuttatják a csoportban készült beszámolót a

vállalathoz, feltételezve, hogy ily módon az bekerül a belső véráramba, és szükség esetén elindít egy változási folyamatot.

### 3.2.17. MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS MAGYARORSZÁGON?

Mielőtt rátérnénk annak a kérdésnek a vizsgálatára, hogy van-e munkahelyi egészségfejlesztés Magyarországon, nézzük meg, hogy mi jellemzi a hazai foglalkozás-egészségügyi jogi kereteit, gyakorlati tevékenységeit, nehézségeit.

#### 3.2.17.1. Foglalkozás-egészségügy

(Perlaky, 1999 alapján)

Magyarországon a hatályos törvények szerint az egészséget nem veszélyeztető és biztonságos munkavégzés körülményeinek megvalósítása – a munkavállalók ez irányú felelősségével összhangban – a munkáltató kötelessége. E cél megvalósítása érdekében ún. *foglalkozás-egészségügyi szolgálatok* tevékenysége vehető és veendő igénybe. A foglalkozás-egészségügyi szolgálatoknak két fontos tevékenységi köre van: a munkahigiéne és a szorosan vett foglalkozás-egészségügy. A *munkahigiéne* a munkakörnyezetből származó egészségkárosító veszélyek és kockázatok felismerésével, értékelésével és kezelésével foglalkozik. A *foglalkozás-egészségügy* feladata pedig a munkakörnyezeti kóroki tényezők okozta, illetve a munkavégzésből származó megterhelések, és az ezekből kialakuló igénybevétel vizsgálata és befolyásolása, továbbá a dolgozók egészségi alkalmasságának megállapítása, ellenőrzése és elősegítése. Szintén a foglalkozás-egészségügy feladatai közé tartozik a megváltozott munkaképességű személyek foglalkozási rehabilitációjának kezdeményezése, a foglalkozási megbetegedések kivizsgálása.

Hogyan, milyen körülmények között, milyen feltételek szerint működnek ezek a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok?

A törvény értelmében minden vállalatnak szerződést kell kötnie egy foglalkozás-egészségügyi szolgálattal. A szolgálatokat a vállalat méretétől függően 1-2 orvos és nővér működteti. A szolgálatok általában az adott munkahelyen működnek, illetve ha kis cégről van szó, akkor több kis cég veszi igénybe ugyanazt a szolgálatot. A szolgáltatás árát (amit a vállalat fizet a szolgálatoknak) törvény írja elő, az ár nagysága attól függ, mennyire veszélyes a dolgozók által ellátott munkakör. A foglalkozásokat ugyanis veszélyességüktől függően négy osztályba sorolják. A legveszélyesebb „A” osztályba tartoznak például a bányászatban, kohászatban, légi- és vízi közlekedésben dolgozók. Sajnálatosan azonban a kvóta, amit a szervezetek a szolgálatoknak fizetnek, nem elég a törvény által előírt feladatokra, ezért a

szolgálatok általában a minimum feladatokra (ezek leggyakrabban az alkalmasság-vizsgálatok) korlátozzák működésüket. Arra pedig, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok valódi megelőző, netalántán egészségfejlesztő tevékenységet végezzenek, végképp nem elegendő a törvényben rögzített fejkvóta.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok felügyelete, ellenőrzése az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) feladat, azonban a megfelelő eszközök hiányában szigorú ellenőrzést nem tud végezni. Az ÁNTSZ ezen felül felügyeli az ország általános közegészségügyi viszonyait is, illetve korlátozott számban saját kutatásokat is végez.

### **3.2.17.2. Munkahelyi egészségfejlesztés**

Magyarországon az európai és észak-amerikai mintához hasonló kiterjedt, komplex munkahelyi egészségfejlesztő programok még nincsenek. Kezdeményezések azonban már megjelentek munkahelyi egészségfejlesztési programok kidolgozására, a szemlélet köztudatban történő elültetésére. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben (NEFI) például – mely jelenleg az egyetlen olyan intézmény Magyarországon, melynek kifejezett célja speciális csoportok egészségének megőrzése, védelme - történnek erőfeszítések munkahelyi egészségfejlesztési kezdeményezések összefogására, koordinálására. Ennek jeleként 1997-ben létrejött az „Egészségesebb Munkahelyekért” egyesület – az intézet egyik osztálya – amely olyan tagszervezeteket (magyarországi vállalatokat) tömörít, ahol érdeklődés van valamilyen munkahelyi egészségfejlesztési tevékenység iránt. A tagszervezeteknél történő egészségfejlesztési aktivitások jelenleg néhány részkérdésre, zömmel életvezetési problémára koncentrálnak (pl. dohányzásellenes plakátok, rendezvények). Ez az egyesület jelenleg 31 tagból áll. Tag lehet bármilyen szervezet, 1000 Ft-os (jelképes) éves tagsági díj ellenében. Az egyesület egyfajta információ közvetítő szerepet tölt be: átadja a rendelkezésére álló információkat, segédanyagokat az éppen futó egészségi témával (pl. dohányzásról való leszokás) kapcsolatban a szervezetek képviselőinek. Magát az egészségfejlesztési programot, vagy változtatást aztán a cégeknek kell megszervezniük. Az egyesület pályázati pénzekből tartja fenn magát, az itt dolgozók társadalmi munkában végzik tevékenységüket. A tagsági díjat azonban azért állapították meg ilyen alacsonyan, hogy az ár ne retentsen vissza a belépéstől senkit, hiszen az egyesület elsődleges célja, hogy ez a fajta szemlélet minél több vállalathoz eljusson. Sajátos módon azonban éppen az ebből fakadó pénztelenség akadályozza meg missziója végrehajtásában: csak néhány kiválasztott vállalatot hívhatnak meg az egyes régiókból a tájékoztató konferenciáikra.

Az Egyesület 1997-ben kiadott egy szöveggyűjteményt (Így csináljuk mi), mely az akkori tagszervezetek egészségfejlesztési, egészségvédelmi gyakorlatáról számolt be. Az itt közölt cikkek tanulsága szerint van néhány vállalat, ahol folytatnak valamilyen egészségmegőrző tevékenységet, de ezek általában csak egy-egy részproblémára irányulnak: pl. alkohol és kábítószer-fogyasztás, egészségügyi szűrővizsgálatok, írásos egészségnevelési anyagok biztosítása, üdülési lehetőség, sportolás a munkahely közelében. Ezek tehát egyáltalán nem felelnek meg a sikeres egészségfejlesztési programok kritériumainak (ld. fent).

A NEFI keretein belül, Világbanki támogatással, került sor egy kísérleti jellegű átfogó egészségfejlesztési programra is, az „Együtt egészségesen” programra Kalocsán. A program célja az volt, hogy egy kiválasztott városban elindítva egy komplex egészségfejlesztési programot pozitív példát állítsanak ország más régiói elé. A programnak nem volt munkahelyi egészségfejlesztési része, mivel a kiválasztott városban nem voltak olyan nagy szervezetek, amelyek finanszírozni tudtak volna egy komplex beavatkozást. Így végül a „munkahelyi egészségfejlesztési” program arra korlátozódott, hogy a Magyar Relaxáció és Szimbólumterápiás Egyesület relaxáció-tanítást végzett pedagógusoknak és az egészségügyben dolgozóknak azzal a céllal, hogy ennek révén elősegítsék a stresszel való hatékony megküzdést, a pszichoszomatikus összefüggések tudatosítását, ezek önszabályozását, illetve hogy a későbbiekben a tanárok és egészségügyi dolgozók ezt a módszert meg tudják tanítani tanulóiknak, betegeiknek is. A program főbb eredményei a következők voltak (Zárótanulmány, 1999): a résztvevőknél csökkent a depresszió, a szorongás, megváltozott a jellegzetes megküzdési minta: megtanultak például a résztvevők társas segítő, szociális megküzdést használni. Növekedett a stresszkontroll, az önbecsülés szintje.

Hasonló hatékonyságú egészségfejlesztő programokra nagy szükség lenne Magyarországon, hiszen az egészségi problémák itt még égetőbbek, mint más országokban (ld. fent a magyar egészségi állapotról). Például a Dunaferr-nél végzett vizsgálat (Kapás-Kaprielan, idézi: Így csináljuk mi) szerint 1996-ban 870 munkavállaló 1 éves munkaidejének megfelelő munkaidőt töltött a Dunaferr táppénzén, vagy betegszabadságon. Ez mintegy 340 millió Ft kifizetését vonta maga után, a helyettesítés költségeivel együtt ez 1 milliárd forint kiesést jelentett a vállalatnak. Egy másik, szintén ennél a vállalatnál végzett vizsgálatból kiderült (Juhász-Misky, idézi: Így csináljuk mi), hogy a dolgozóknak csak 13%-a tekinthető teljesen egészségesnek, rizikófaktorok nélkül, 24% nem egészséges, 62% egészséges, de kockázati tényezőket hordoz.

Van néhány magán kezdeményezés is, melyek az egészségfejlesztés körébe sorolható aktivitásokkal foglalkoznak, ezek leggyakrabban a hangzatos „stresszkezelő tréning” elnevezés alatt futnak, s általában relaxációs módszerek tanítását jelentik. Ezek a beavatkozások általában nem alkotnak egy teljes programot, és ritkán célozzák meg az egész munkahelyi populációt az egészségfejlesztés szellemének megfelelően. Ezeket a futó vállalkozásokat nem fogja át, nem felügyeli senki, így az ott végzett beavatkozások hatékonyságáról sincs semmi információnk.)

Az egészségfejlesztés szellemiségének fokozatos elterjedésének másik jele az, hogy Szegeden a Juhász Gyula Tanárképző Főiskolán beindult egy Egészségfejlesztő Mentálhigiénés posztgraduális képzés az egészségügyi, szociális, bölcsész, pedagógus, jogász, lelkész és katonai felsőoktatásban végzettek számára. A képzés célja, hogy a résztvevők a saját munka területükön hozzájáruljanak az egészség- és mentálhigiénés kultúra kialakításához, szükség esetén korrekciójához preventív módszerek birtokában. A képzés két éves, terepgyakorlatot, személyiség- és készségfejlesztő gyakorlatokat is tartalmaz.

Összefoglalóan elmondhatjuk, hogy bár Magyarországon van egy törekvés a jogszabályoknak az európai törvényekhez való igazítására, de a törvények a jelenlegi állapotukban nem vonatkoznak az egészség fejlesztésére, csak megőrzésére. A meglévő törvényeket és jogszabályokat is nehéz azonban betartani, betartatni egyrészt a korlátozott anyagi eszközök, másrészt a nem elégséges ellenőrzés miatt. A magyarországi helyzet másik sajátossága, a szakszervezetek gyengesége is felelős lehet a munkahelyi egészségfejlesztési programok hiányáért: Nyugat-Európában a szakszervezetek hagyományosan jelentős tényezői a munkaadókkal a munkahelyi egészségfejlesztésről folytatott tárgyalásoknak.

## ÖSSZEFOGLALÁS

Ebben a fejezetben foglalkoztunk a stresszel, különös hangsúlyt fektetve a munkahelyi stresszre, illetve egy olyan módszerrel, megközelítéssel, mely többek között a munkahelyi stressz okozta egészségi problémák kivédését, megelőzését célozza. A fejezet stresszel foglalkozó részéből megismerhettük, hogy mit jelent a stressz szó, megtudhattuk, hogy a stresszoroknak nevezett tényezők okozzák a stresszt. Leszögeztük, hogy stressz akkor jön létre, ha az egyén olyan helyzettel találkozik, amely saját megítélése szerint meghaladja erőforrásait. Foglalkoztunk azzal, hogy általában milyen jellemzői vannak azoknak az ingereknek, amelyek stresszorokká válhatnak az adott személy számára (bejósolhatatlanok, befolyásolhatatlanok, kikezdehetik énképünket). Megnéztük, hogy a munkahelyen melyek

azok a tényezők, amelyek a legtöbb ember számára stresszt okoznak: vagyis mik a munkahelyi stresszorok. Foglalkoztunk a feladattal, a munkakörnyezettel, a szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos és a szervezeten kívüli stresszorokkal. Taglaltuk a stresszállapot következményeit az egyén számára (jellegzetes rövid- és hosszútávú biológiai változások, lelki reakciók, teljesítménykárosodás, viselkedésváltozás), és a szervezet számára is (alacsony termelékenység, hiányzás, kilépés, feszült munkahelyi légkör). Definiáltuk, hogy mit értünk a stresszel való megküzdés alatt (stresszorok legyőzésére irányuló tudatos erőfeszítések), és hogy mi a különbség a problémafókuszú és az érzelemközpontú megküzdés között.

A fejezet második részében a munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkoztunk. Ez egy olyan eljárás, melynek célja a dolgozók egészségének, életminőségének fejlesztése, de a hagyományos orvoslástól eltérően ezt az egészség feletti kontrollnak és felelősségnek az egyének kezébe helyezésével éri el. Szót ejtettünk arról, hogy miért jó mind a munkáltatónak, mind a munkavállalónak az, hogy ezekre a programokra a leggyakrabban a munkahelyen kerül sor. Kitértünk arra, hogy mi az eltérés a foglalkozás-egészségügy és a munkahelyi egészségfejlesztés szemlélete és gyakorlata között. Szót ejtettünk a munkahelyi egészségfejlesztés fókuszában álló főbb egészségi problémák (dohányzás, alkohol, táplálkozás, drog, mozgásszegény életmód, stressz) egészségi hatásairól, munkahelyi kezelésük lehetséges eredményeiről. Foglalkoztunk azzal, hogy mi kell a munkahelyi egészségfejlesztő programok sikeréhez, és miben nyilvánul meg ez a siker (csökkenő költségek, növekvő termelékenység, javuló vállalati image). Beszéltünk a munkahelyi egészségfejlesztés egyénre, szervezetre illetve az egyén és a szervezet találkozási pontjára irányuló megközelítéseinek különbségeiről, módszereiről. Külön ejtettünk szót a stresszkezelő tréningek módszereiről és hatékonyságáról, valamint bemutattunk egy hollandiai egészségfejlesztési programot annak eredményeivel együtt. A fejezet utolsó részében szót ejtettünk arról, hogy mi jellemzi ma Európában, Magyarországon a munkahelyi egészségfejlesztés elméletét és gyakorlatát.

## IRODALOM

- ABRAMS , D.B.; BOUTWELL, W.B.; GRIZZLE, J.; HEIMENDINGER, J.; SORENSEN G.; VARNES, J. (1994). Cancer Control at the Workplace: The Working Well Trial. In: *Preventive Medicine, Vol. 23 (1)*, 15-27.
- ALDWIN, C.M.; REVENSON, T.A. (1987). Does coping help? A re-examination of the Relation Between Coping and Mental Health. In: *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 53(2)*, 337-348.
- ANTONOVSKY, A. (1987). Health promoting factor at work: the sense of coherence. In: *Psychosocial factors at work and their relation to health*. Eds: Kalimo, R.; El-Batavi, M.A.; Cooper, C.L. WHO, Geneva, 153-167.
- ARNOLD, J.; COOPER, L.C.; ROBERTSON, I.T. (1995) Minority groups at work, in: *Work Psychology*, Pitman Publishing, Great Britain, 85-102.
- ATKINSON, R.L.; ATKINSON, R.C.; SMITH, E.E.; BEM, D.J. (1994). *Pszichológia*. Osiris – Századvég, Budapest.
- BAILEY, J.M.; BHAGAT, R.S. (1987). Meaning and Measurement of Stressors in the Work Environment: An Evaluation. In: Kasl, A.V.; Cooper, C.L. (eds.) *Stress and health: Issues in research methodology*. John Wiley & Sons Ltd., 207-229.
- BAKAN, D. (1966). *The duality of human existence*. Boston: Beacon Press.
- BARABÁS, K. (1997) A nemzet egészsége a nemzet legfőbb kincse. in: „Mert életem millió gyökerű”. *Egészségfejlesztés-Mentálhigiéne*. Szerk.: Benkő Zsuzsanna. JGYTF Kiadó, Szeged.
- BAREFOOT, J.C.; DODGE, K.A.; PETERSON, B.L.; DAHLSTROM, W.G.; WILLIAMS, R.B., JR. (1989). The Cook-Medley Hostility Scale: Item content and ability to predict survival. In: *Psychosomatic Medicine, 51*, 46-57.
- BARIĆ, L. (1994). *Health promotion and health education in practice. (Module 2). The organisational model*. WHO EURO Barns Publications.
- BARUCH, G.K.; BIENER,L.; BARNETT, R.C. (1987) Women and Gender in Research on Work and Family Stress. In: *American Psychologist, Vol 42(2)*, 130-136.
- BENKŐ, ZS. (1997) Az egészségfelfogás változása. Kísérlet az egészség és az egészségfejlesztés értelmezésére. in: „Mert életem millió gyökerű”. *Egészségfejlesztés-Mentálhigiéne*. Szerk.: Benkő Zsuzsanna. JGYTF Kiadó, Szeged.

- BOOTH-KEWLEY, S.; VICKERS, R.R. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. In: *Journal of Personality*, 62, 281-298.
- CLAES, R.; MARTIN, G.; COETSIER, P.; SUPER, D.E. (1995) Homemakers and Employed Women in Belgian Flanders and the Southeast United States, in: *Life roles, values and carriers*. Ed.: Super, D.E. and Sverko, B., Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 325-339.
- CONRAD, P.; WALSH, D.C. (1992). The New Corporate Health Ethic Lifestyle and the Social Control of Work. In: *International Journal of Health Services*, Vol. 22(1), 89-111.
- COOPER, C.L.; DAVIDSON, M. (1987). Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments. In: *Psychosocial factors at work and their relation to health*. Eds: Kalimo, R.; El-Batavi, M.A.; Cooper, C.L. WHO, Geneva.
- COOPER, C. L.; MARSHALL, J. (1978). Sources of Managerial and White Collar Stress. In: Cooper, C. L.; Payne, R. (eds.) *Stress at Work*. John Wiley & Sons Ltd., New York.
- DEJONGE, J.; MULDER J.G.P., M.; NIJHUIS J.N., F. (1999) The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals. in: *Social Science & Medicine* 48(9): 1149-60.
- DEJOY, D.M.; SOUTHERN, D.J. (1993). An Integrative Perspective on Work-Site Health Promotion. In: *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, Vol. 35(12), 1221-1230.
- DELONGIS, A.; FOLKMAN, S.; LAZARUS, R.S. (1988). The impact of daily stress and health and mood: Psychological and social resources as mediators. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 486-495.
- DEMOGRÁFIAI ÉVKÖNYV (1999). Központi Statisztikai Hivatal.
- ESKELINEN, L. et al. (1991) Symptoms of mental and physical stress in different categories of municipal work. in: *Scand J Work Environ Health*, 17 (suppl1):82-86 p.
- FREY, M. (1996). A nők munkaerőpiaci esélyegyenlőtlenségéről. In: *Társadalmi Szemle*, 1996/5 sz. 55-61.
- FRIEDMAN, M.; ROSENMAN, R. (1974). *Type A Behavior*. New York: Knopf.
- FRIEDMAN, H.S.; TUCKER, J.S.; TOMLINSON-KEASEY, C.; SCHWARTZ, J.E.; WINGARD, D.; CRIQUI, M.H. (1993). Does Childhood Personality Predict Longevity? In: *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 65., 176-185.



- GLASS, A. L.; SINGER, J. E. (1972). *Urban stress: Experiments on noise and social stressors*. New York: Academic Press.
- GOETZEL, R.Z. et al. (1998) The relationship between modifiable health risks and health care expenditures. in: *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. Vol 40(10): 843-54 p.
- GOLEMAN, D. (1995). *Érzelmi intelligencia*. Háttér Kiadó, Budapest.
- GREINER, B. (1994). *Work Analysis Instrument to Identify Objective Stress Factors in Urban Transit Operators*. Muni Health and Safety Project. School of Public Health Berkeley.
- GREINER, B.; LEITNER, K. (1989). Assessment of job stress: The RHIA instrument. In: Landau, K.; Rehmert, W. (eds.) *Recent Developments in Job-Analysis*. London, Taylor & Francis.
- GRONNINGSÆTER, H.; HYTTEN, K.; SKAULI, G.; CHRISTENSEN, C.C.; URSIN, H. (1992). Improved Health and Coping by Physical Exercise or Cognitive Behavioral Stress Management Training in a Work Environment. In: *Psychology and Health, Vol. 7 (2)*, 147-163.
- HARRISON, R.V. (1978). Person-Environment Fit and Job Stress. In: Cooper, c.l., Payne, R. (eds.) *Stress at Work*. John Wiley & Sons, New York, 175-205.
- Health promotion for working populations (1988). Report of a WHO Expert Committee, WHO, Geneva.
- HERBERT, T.B.; COHEN, S. (1996). Measurement Issues in Research on Psychosocial Stress. In: Kaplan, H.B. (ed.) *Psychosocial Stress. Perspectives on Structure, Theory, Life-Course and Methods*. Academic Press 295-332.
- HOLMES, T.H.; RAHE, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. In: *Journal of psychosomatic research, 11:213-218*.
- Így csináljuk mi (1997). Szöveggyűjtemény Kiadja: Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület.
- IRWIN, M.; DANIELS, M.; BLOOM, E.T.; SMITH T.L.; WEINER, H. (1987). Life events, depressive symptoms and immune function. In: *American Journal of Psychiatry, 144*, 437-441.
- IVANCEVICH, J. M.; MATTESON, M. T. (1988) Promoting the individual's health and well-being. in: *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Ed.: Cooper, C.L., Payne, R. John Wiley & Sons Ltd.

- IZSÓ, L. (1995). *A rendszer- és szoftver-ergonómia alapkérdései*. Oktatási segédanyag. BME, Ergonómia és Pszichológia Tanszék.
- JOHNSON, J. J. (1989). Female clerical workers' perceived work and nonwork stress and dissatisfaction as predictors of psychological distress. In: *Women & Health, Vol. 15 (4)*, 61-76.
- Dr. JUHÁSZ, I.; Dr. MISKY, E. (1997) Szűrés-gondozás pályázat. in: *Így csináljuk mi Szöveggyűjtemény*.
- KAHN, R.L.; BYOSIERE, P. (1992) Stress in organizations. In: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Ed.: Dunnette, M.D. and Hough, L.M 571-651 p. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, California.
- KAPÉSZ, ZS.; Dr. KAPRIELAN, T. (1997) A foglalkozás-egészségügy mint szolgáltatás - piaci viszonyok között, in: *Így csináljuk mi Szöveggyűjtemény*.
- KARASEK, R.; GARDELL, B.; LINDELL, J. (1987). Work and non-work correlates of illness and behaviour in male and female Swedish white collar workers. In: *Journal of Occupational Behaviour, Vol. 8*, 197-207.
- KARASEK, R.; THEORELL, T. (1990). *Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books, HarperCollinsPublishers.
- KATZ, R.; WYKES, T. (1985). The psychological difference between temporally predictable unpredictable stressful events: Evidence for information control theories. In: *Journal of Personality and Social Psychology, 48*, 781-790.
- KAUCSEK, GY.; SIMON P. (1997). *Szervezetpszichológia*. JPTE Felnőttképzési és Emberi Erőforrás Fejlesztési Intézete, Pécs. 75-93.
- KLEIN, S. (2000). *Munkapszichológia*. 2. kiad. Budapest: SHL, Hungary Kft.
- KLITZMAN, S.; HOUSE, J. S.; ISRAEL, B. A.; MERO, R. P. (1990). Work stress, nonwork stress, and health. In: *Journal of Behavioral Medicine, Vol. 13 (3)*, 221-243.
- KORONKAI, B. (1995). *Tanítások tanítója*. Animula Könyvkiadó, Budapest.
- KOVÁTS, A.; TAUSZ, K. (1997). *Gyorsjelentés a fogyatékos emberek helyzetéről*. Szociális Szakmai Szövetség, Budapest.
- KÖNCZEI, GY. (1994). „Mégis kinek az érdeke?” *A fogyatékoskutató és a fogyatékospolitika útja a rehabilitációtól a független életig*. Akadémiai doktori értekezés. „A rák ellen az emberért a holnapért”, Budapest.
- KULCSÁR, ZS. (1993). *Pszichoszomatika*, Kézirat, ELTE, BTK, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- KULCSÁR, ZS. (1998). *Egészség és személyiség*. Oktatási segédanyag. ELTE, BTK, Pszichológia Szak.

- LAZARUS, R. S. (1977). Cognitive and coping processes in emotion. In: A. Monet; R.S. Lazarus (eds.). *Stress and coping*. New York: Columbia University Press.
- LAZARUS, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, Present and Future. In: *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- LAZARUS, S.R.; DELONGIS, A. (1983) Psychological Stress and Coping in Aging, in: *American Psychologist*, 245–254.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- LEVI, L. (2000). Stress Management and Prevention on a European Community Level: Options and Obstacles. In: *Stress and Health. Research and Clinical Applications*. Eds. By: Kenny, D.T., Carlson, J.G., McGuigan, F.J., Sheppard, J.L. Harwood Academic Publishers. 229-242.
- THE LUXEMBOURG DECLARATION on Workplace Health Promotion in the European Union, 1997. In: WHP-Net-News 4, 1998, 2-3.
- MAES, S.; VERHOEVEN, C.; KITTEL, F.; SCHOLTEN, H. (1998). Effects of a Dutch Work-Site Wellness-Health Program: The Brabantia Project. In: *American Journal of Public Health*, Vol. 88 (7): 1037-1042.
- MAKARA, P. (1994) Egészségvédelem Magyarországon: A kihívás természete. in: *Az egészségneveléstől az egészségfejlesztésig*. Szerk.: Benkő Zsuzsanna. JGYTF Kiadó, Szeged.
- MALLEY, J. E.; STEWART, A. J. (1988). Women's work and family roles: sources of stress and sources of strength. In: Fisher, S.; Reason, J. (szerk.) *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. John Wiley & Sons, Ltd.
- MARKS, D.F. et al. (2000). *Health psychology*, London: Sage. 1. Fejezet: Health psychology as a new field of inquiry, 3-25; 15. Fejezet: Health promotion, 325-346.
- MARSHALL, J.; COOPER, C. (1979). Work experiences of middle and senior managers: The pressure and satisfaction. In: *International Management Review*, 19, 81-96.
- MARWICK, CH. (1992). Healthy Workplace: Employers, Employees Benefit. In: *JAMA*, Vol. 268(21), 3041-42.
- MERCIER, M.; FRANCOIS, M. (2001). *Approche psychoergonomique du stress au travail*. 3. *Prévention/gestion du stress: analyse bibliographique*. Les notes scientifiques et techniques de l'INRS.

- MEYER, F.P.; TRÖGER, V.; ANSORGE, S.; HENSON, A.; BANK, V.; BÜHLING, F.; LÄUTER, J.; RÖHL, F.-W. (1998). Dominance Personality Trait and Immune System in Healthy Volunteers. In: *Human Psychopharmacology*, 13, 183-189.
- MILLER, N.E. (1985) Effects of emotional stress on the immune system. In: *Pav. J. Biol. Sci. April-June*. 47-53.
- MURPHY, L.R. (1988) Workplace interventions for stress reduction and prevention. in: *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Ed.: Cooper, C.L., Payne, R. John Wiley & Sons Ltd.
- NAGY, B. (1993). Nők a vezetésben. In: *Szociológiai Szemle*, 1993/3-4 sz.
- NAIDOO, J.; WILLS, J. (1999). *Egészségmegőrzés*. Medicina Rt., Budapest.
- NORTH, T.C. et al. (1990). Effect of exercise on depression. In: *Exerc Sport Sci Rev*, Vol. 18, 379-415.
- OLÁH, A. (1994). *A megküzdés személyiség tényezői: A Pszichológiai Immunrendszer és mérésének módszere*. Kézirat. ELTE, BTK.
- THE OTTAWA CHARTER (1986). In: Barić, L. *Health promotion and health education in practice. (Module 2). The organisational model*. WHO EURO Barns Publications, 1994.
- PALMBLAD, J. (1981). Stress and immunologic competence: Studies in man. In: Ader, R. (ed.) *Psychoneuroimmunology*. Academic Press, New York, 229-257.
- PENCAK, M. (1991). Workplace health promotion programs. An overview. In: *Nursing Clinics of North America*, Vol.26 (1), 233-240.
- PERLAKY, Á. (1999). *A munka világának jogi környezetéről*. Oktatási segédanyag a Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés Mentálhigiéné című kurzusához. Budapesti Műszaki- és Gazdaságtudományi Egyetem, Ergonómia és Pszichológia Tanszék, 1999.
- PRUESSNER, J.C.; GAAB, J.; HELLHAMMER, D.H.; LINTZ, D.; SCHOMMER, N.; KIRSCHBAUM, C. (1997). Increasing correlations between personality traits and cortisol stress responses obtained by data aggregation. In: *Psychoneuroendocrinology*, 22(8), 615-625.
- RIGÓ, A. (1997). *Egészségpszichológia jegyzetkiegészítő*. Kézirat. ELTE, BTK, Pszichológia Szak, Budapest.
- RIGÓ, A. (1998) *Pszichoneuroimmunológia*, Oktatási Segédanyag. 1997/1998 tavaszi félév, Budapest: ELTE, BTK.

- ROSENMAN, R.H.; BRAND, R.J.; JENKINS, C.D.; FRIEDMAN, M.; STRAUS, R.; WRUM, M. (1976). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8-1/2 years. In: *Journal of the American Medical Association*, 233, 868-877.
- ROSKIES, E. (1993). Individual differences in the stress process. In: Cooper, C.L.; Payne, R. (eds.) *Personality and stress: individual differences in the stress process*. John Wiley&Sons.
- SANDERS, D.; CROWE, S. (1996). Overview of health promotion in the workplace. In: *Health Promotion. Professional Perspectives*. Ed. By: Scriven, A.; Orme, J. Macmillan Press Ltd., 199-211 p.
- SÁRKÖZI, I. (1995). Munkahelyi szexuális zaklatás. In: *Nőszemély*, 1995/6-7.sz.
- SCHILLING, R.S.F. (1989). Health protection and promotion at work. In: *British Journal of Industrial Medicine*, Vol. 46, 683-688.
- SCHNALL, P.L.; LANDSBERGIS, P.A. (1994). Job Strain and Cardiovascular Disease. In: *Ann. Rev. Public Health*, 15: 381-411.
- SEGAL, L. (1999). *Issues in the Economic Evaluation of Health Promotion in the Workplace*. Research Report. Centre for Health Program Evaluation, Monash University, Australia.
- SELIGMAN, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.
- SELYE, J. (1983). *Stressz distressz nélkül*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- SHEKELLE, R.; NEATON, J.D.; JACOBS, D.; HULLEY, S.; BLACKBURN, H. (1983). *Type A behavior pattern in MRFIT*. A paper presented to the American Heart Association Council on Epidemiology Meetings, San Diego.
- SHEPHARD, R.J. (1997). Exercise and relaxation in Health Promotion. In: *Sports Medicine*, Vol. 23 (4), 211-217.
- SIEGRIST, J. (1996) Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. in: *Journal of Occupational Health Psychology*. Vol 1(1):27-41 p.
- SMITH, J.C. (1993). *Understanding stress and coping*, Toronto: MacMillan P.C., Chapter 11. Work stress, 192-222.
- SOLOMON, G.F., ARMKRAUT, A; KASPER, P. (1974). Immunity, emotions and stress with special reference to the mechanism of stress effects on the immune system. In: *Psychoter. Psychosom.*, 23, 209.
- STOKOLS, D.; PELLETIER, K. R.; FIELDING, J. E. (1995). Integration of Medical Care and Worksite Health Promotion. In: *JAMA*, Vol. 273 (14), 1136-42.

- THEORELL, T. (1997) Fighting for and losing or gaining control in life. In: *Acta Physiologica Scandinavica Suppl. 640*: 107-111 p.
- TIMMERMAN, I.G.H.; EMMELKAMP, P.M.G.; SANDERMAN, R. (1998). The effects of a stress-management training program in individuals at risk in the community at large. In: *Behaviour Research Therapy, Vol. 36* (9): 863-875.
- TÓTH, O. (1995). Attitűdváltozások a női munkavállalás megítélésében, in: *Szociológiai Szemle*, 1995/1 sz.
- Zárótanulmány: A Nemzeti Egészségvédelmi Intézet Kalocsa-Homokmégy „Együtt egészségesen” Program keretében végzett „Relaxáció és a stresszekkel való megküzdés” egészségvédelmi tréningprogramjának hatékonysági elemzése. Programgazda: Magyar Relaxációs és Szimbólumterápiás Egyesület. Budapest 1998-1999.
- ZAUTRA, ZAUTRA, A.J.; OKON, M.A.; ROBINSON, S.E.; LEE, D.; ROTH, S.H.; EMMANUEL, J.(1989) Life Stress and Lymfocite Alterations among Patient with Rheumatoid Arthritis, in: *Health Psychology, Vol 8* 1–14.