

**NEMZETI KÖZSZOLGÁLATI EGYETEM**  
**Rendészettudományi Doktori Iskola**

Borbély Zsuzsanna:

**Egészségmagatartás, kiégés, mentális egészség – különbségek a  
munkahelyi stressz megélésében**

*a tiszthelyettes-tanulók körében*

Doktori (PhD) értekezés

**Témavezető:**

Prof. Dr. Haller József

.....

**Budapest, 2023**

# Tartalomjegyzék

I. Bevezetés .....	5
II. Elméleti áttekintés .....	9
1. Napjaink iskolarendszerű tiszthelyettesképzése.....	9
1.1. A Z generáció a rendőrképzésben .....	10
1.2. Fiatal rendőrökkel kapcsolatos kutatási eredmények .....	12
2. A munkahelyi stressz és hatásai .....	14
2.1. A rendőri munka és a stressz .....	15
3. A kiégés.....	20
3.1. A kiégés folyamatjellege .....	23
3.2. Kiégés és egészség kapcsolata.....	24
3.3. A rendőri munka és a kiégés.....	26
4. Egészségmagatartási szokások.....	31
4.1. Az egészségmagatartás fogalma.....	31
4.2. Testmozgás .....	32
4.2.1. A testedzés gyakorisága és az azt befolyásoló tényezők .....	32
4.2.2. A testedzés hatása az emberi szervezetre.....	34
4.2.3. Teljesítményfokozók és táplálékkiegészítők használata.....	36
4.3. Dohányzás .....	37
4.3.1. A dohányzás gyakorisága és az ezt befolyásoló tényezők.....	38
4.3.2. A nikotin hatása az emberi szervezetre.....	39
4.3.3. Dohányzás és egészség .....	40
4.4. Alkoholfogyasztás .....	42
4.4.1. Az alkoholfogyasztás gyakorisága és az azt befolyásoló tényezők .....	42
4.4.2. Az alkohol hatása az emberi szervezetre .....	43
4.4.3. Alkoholfogyasztás és egészség .....	45
4.5. A rendőrök egészségmagatartása.....	46
5. A rendőrök mentális egészsége .....	47
6. A stressz, az egészségmagatartás, a kiégés és a mentális egészség kapcsolódási pontjai....	48
7. A koronavírus okozta járványhelyzet és a rendőri munka .....	50
III. Empirikus vizsgálatok .....	54
8. Hipotézisek és kutatási kérdések.....	54
8.1. A vizsgálat célkitűzései .....	54
8.2. A vizsgálat hipotézisei.....	55

8.3. A kutatás felépítése.....	56
9. Módszerek .....	59
9.1. Vizsgálati minta .....	59
9.2. Mérőeszközök.....	59
9.2.1. Szociodemográfiai jellemzők.....	63
9.2.2. A kiégés mérése .....	63
9.2.3. A stressz mérése.....	64
9.2.4. Egészségmagatartási szokások.....	67
9.2.5. A mentális egészségi állapot mérése.....	70
9.2.6. A koronavírus okozta járványügyi veszélyhelyzet során végzett rendőri munkával kapcsolatos kérdések.....	73
9.3. Alkalmazott statisztikai eljárások .....	74
10. Eredmények.....	74
10.1. A 2016-ban és a 2018-ban végzettek körében elvégzett vizsgálat .....	74
10.1.1. Leíró eredmények .....	74
10.1.2. Hipotézisvizsgálatok .....	92
10.2. A 2018-2020-as évfolyam körében végzett vizsgálat eredményei az első két mérési ponton .....	110
10.2.1. Leíró statisztika .....	110
10.2.2. Hipotézisvizsgálatok – 2018. szeptember és 2019. június.....	128
10.3. Eredmények a végzéskor .....	152
10.3.1. Leíró statisztikai eredmények az utolsó adatfelvételi pontok vonatkozásában...	152
10.3.2. Hipotézisvizsgálatok a 2020. februárban végzettek körében.....	171
10.3.3. A járványügyi veszélyhelyzet megélése a 2020. júniusban végzettek körében..	191
11. Diskusszió és következtetések.....	201
11.1. Egészségmagatartási szokások kapcsolata kiégéssel, stresszel, mentális egészséggel .....	201
11.2. A próbaidő tapasztalatainak hatása – különbségek az évfolyamok között.....	217
11.3. A képzési idő alatt szerzett tapasztalatok hatása .....	219
11.4. A koronavírus okozta járványhelyzetben tapasztaltak hatásai .....	220
11.5. A vizsgálati eredmények a hipotézisek tükrében .....	222
11.6. A vizsgálat erősségei és korlátai.....	223
12. Új tudományos eredmények.....	224
13. Ajánlások, gyakorlati felhasználhatóság .....	225
14. Összefoglalás.....	227
15. Summary .....	228

Köszönetnyilvánítás .....	229
Irodalomjegyzék.....	230
Az értekezés benyújtójának a témakörből készült publikációs jegyzéke.....	257
Mellékletek.....	261
1. számú melléklet: A szövegben, táblázatokban, illetve a függelékben szereplő rövidítések jegyzéke.....	261
2. számú melléklet: Táblázatok és ábrák jegyzéke .....	264
A törzsszövegben található táblázatok jegyzéke .....	264
A törzsszövegben található ábrák jegyzéke.....	266
3. számú melléklet: Avizsgálatokban használt kérdőívek protokolláris vagy standard átlagértékei .....	270
4. számú melléklet: A vizsgálatban használt kérdőívcsomag .....	272
Függelék.....	297

## I. Bevezetés

A disszertáció témájának gerince – az egészségmagatartási szokások, kiégés, mentális egészség kapcsolódási pontjainak vizsgálata – iránti alapvető érdeklődésem a pszichológia szakos diplomamunkám készítésének időszakára vezethető vissza. Azon szakdolgozati témaválasztás az akkori konzulensemmel közös gondolkodás eredményeként nyerte el végleges formáját, viszont a vizsgálati minta pedagógusokból állt a családi érintettségem okán.

2014 tavaszán kezdtem dolgozni az egyik hazai rendőr tiszthelyetteseket képző iskolában, pszichológusként, amely akkor még a rendészeti szakközépiskola nevet viselte. A klasszikus alapellátói feladatokon – mint az állandó állomány szűrése, mentálhigiénés gondozások, pszichológiai témájú vizsgálatok végzése – a tanulói állomány oktatásában is volt alkalmam részt venni. (Ebből a szempontból különösen szerencsés volt, hogy szakos pedagógiai végzettséggel is rendelkezem.)

Az iskola minden tanév elején szerhasználattal összefüggő felmérés elkészítésére kért fel, folytatandó az odakerülésem előtti évek alatt kialakult, bevált metódust, így már ezekben a tanév eleji felmérésekben volt alkalmam a korábbi szakdolgozati kutatásom során az egészségmagatartási szokások kérdéskörének vizsgálatával kapcsolatos tapasztalataim felhasználására.

2015 őszén kezdtem meg a tanácsadó szakpszichológusi képzést, párhuzamosan azzal a folyamattal, amikor az akkori, második évüket a tiszthelyettes-képzésben megkezdő tanulók meglehetősen sajátos körülmények között, a migrációs helyzet aktuális alakulása miatt kinevezésre kerültek próbaidőre, a Készenléti Rendőrség (továbbiakban: KR) frissen felállított határvadász századaikhoz (ami ekkor még meglehetősen más volt, mint napjaink határvadászai). A kettős jogállásuk (rendőrtanuló és próbaidős őrmester egyszerre) és a speciális feladataik számos olyan dologra felhívták a figyelmet, amiért végül – előre gondolkodva – az ő vizsgálatukat választottam szakpszichológusi szakdolgozatom témájául. A szempontrendszer pedig a saját tapasztalataim, a velük folytatott beszélgetések és a korábbi kutatási érdeklődésem találkozása nyomán az egészségmagatartási szokások, kiégés, munkahelyi stressz és mentális egészség kapcsolódási pontjai lettek.

Már a szakdolgozatom készítése közben felfigyeltem arra, hogy a tiszthelyettesi képzésben részt vevőkkel gyakorlatilag bármilyen szempontból közelítve a kérdést meglehetősen kevés tudományos jellegű írás foglalkozik, miközben a tiszthelyettesek a végrehajtói állomány igen jelentős részét képezik. Ez természetesen egyik oldalról érthető, hiszen a rendőrökkel kapcsolatos kutatói tevékenység egyik bázisa egyértelműen a tisztképzéssel foglalkozó

felsőoktatási intézményünk, a Nemzeti Közszerológati Egyetem (korábban Rendőrtiszti Főiskola), de másik oldalról számomra megdöbrentő volt, hogy mennyire nem jellemző a tiszthelyettesek képzésével tudományos oldalról vizsgálódva is foglalkozni, ami szintén számos, igen érdekes problematikát rejt, s számos különböző terület számára lehet remek kutatási terep. (Ezért jó látni, hogy más doktoranduszok is ezen célcsoport felé fordultak azóta munkáikkal.)

2017-ben, friss szakpszichológusként úgy gondoltam – s ebben más alapellátó kollégák is bátorítottak –, lehet potenciál annak a huzamosabb ideig tartó vizsgálatában, hogy a határmenti feladatellátás melyik évfolyamra milyen hatással van. Történt ugyanis, hogy az akkor első évüket befejezett tanulói állomány jelentős része szintén a KR állományába, a határvadász századokhoz került kinevezésre, de érhetően előre sokkal jobban átlátható módon és körülmények között – így ezzel a témával adtam be jelentkezésemet a doktori képzésre.

A képzés ideje alatt aztán a téma tovább finomodott, tekintettel arra az azóta is (sajnos vagy sem) fennálló megfigyelésre, hogy a tiszthelyettesi állományok képzését illetően két teljesen egyforma menetrendű tanév egymás után meglehetősen ritka (Borbély, 2019a). Eleve a doktori tanulmányaim kezdete óta eltelt időben is változott a képzés, többször is, az iskolákat átnevezték – ismételten – és átszervezték, így adta magát az is, hogy a kutatást is valamilyen szinten a folyamatos változásokhoz kell igazítanom. Ezzel kapcsolatosan a legnagyobb „újrágondolási” pont 2020-ban érkezett el, méghozzá a koronavírus pandémiává szélesedése kapcsán.

Miért kellett ekkor több szempontból újrágondolni a kutatást? Mi is történt ekkoriban?

A doktori képzésem első két évében kikristályosodott egy olyan összetett, több elemből álló kutatás, amely mind keresztmetszeti, mind longitudinális elemekkel is bírt. Az ekkor kialakult koncepció szerint a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében készült felmérések – melyek mindegyike csak a végzéskori állapotot rögzítette – összevetésre kerülnek a 2020 júniusában végzők eredményeivel, s ez utóbbi évfolyam körében egyúttal a végzéskor történő felmérés a harmadik, záró adatfelvételi pontot képviselné a körükben zajló longitudinális kutatásban, amely kifejezetten a képzés alatti változásokra fókuszálna. Ennek első adatfelvétele a felszerelés után, a szeptemberi, szerhasználattal kapcsolatos felmérésre és az iskolai kompetenciamérésekre (szintén nem ugyanaz, mint napjainkban a rendőrök körében történő kompetenciamérések) rácsatlakozva le is zajlott, mint ahogyan a második adatfelvétel is, 2019 júniusában, a kibocsátó ünnepségre készülési időszakában.

A 2016-ban és 2018-ban végzetek esetében egyértelműen adta magát az adatfelvétel időpontja: a sikeres szakmai vizsgák után, a kibocsátó ünnepségre készülési közben. Ezáltal

valamilyen szinten az állomány is motiválttá vált a részvételt illetően, mert a gyakorlások közben jól esett 45 percet a kellemes hőmérsékletű tanteremben eltölteni a – sokszor – tűző nap helyett, továbbá a tanulói állománnyal való személyes kapcsolatom is segítette, hogy alapvetően pozitívumként éljek meg a helyzetet: valaki tényleg kíváncsi arra, hogyan érzik magukat. Éppen ezért volt az a terv a 2018-2020-as évfolyam esetében is, hogy a második és harmadik mérési pont a kibocsátóra készülési időszakára lesz időzítve, mind a másfél éves, mind a két éves képzésben részt vevők esetében.

2020 januárjában, a másfél éves képzésben részt vevők februári vizsgái miatt megkezdődött az egyeztetés a korábban munkahelyemül szolgáló iskolával az adatfelvétel időpontját illetően. Végül – mivel a szóbeli szakmai vizsgák után közvetlenül már a kibocsátó ünnepségük is megrendezésre került, – az írásbeli vizsga utánra időzítettük az adatfelvételt. Eddig minden a tervek szerint alakult, habár már ekkor érdekes tapasztalat volt a tanulókkal beszélgetve, hogy a Repülőtéri Rendőr Igazgatóság (továbbiakban röviden: RRI) állományában próbaidősök körében mennyivel másabb a koronavírushoz való hozzáállás, mint a más szolgálati helyeken próbaidősök körében, amelyet ekkor már RRI-n dolgozóként a saját tapasztalataim is alátámasztottak más szervek viszonylatában. 2020 márciusában aztán mindenki számára valósággá vált a vírus jelenléte hazánkban az első hivatalos megbetegedések, a lezárások és egyéb korlátozások nyomán. Mivel a május végi-június eleji szakmai vizsga is a korábbiakhoz képest drasztikusan megváltozott (a social distancing alapelvei mentén), így végül az iskolával történt folyamatos egyeztetések és beszélgetések nyomán az online adatfelvétel lett az egyetlen járható út a kutatás befejezésére, s a kérdőívcsomag néhány, a járványhelyzet kezelésével kapcsolatos kérdéssel is kiegészült. A saját korábbi tapasztalataim az online adatfelvétellel kapcsolatosan beigazolódtak, a válaszadási ráta jelentősen elmaradt a másfél éves képzésben részt vevőkéhez képest. Ezáltal viszont a korábban kitalált koncepció átalakítása vált szükségessé, amelynek eredményeként végül a disszertáció is megszülethetett.

Így tehát disszertációmban az egészségmagatartás, kiégés, munkahelyi stressz és mentális egészség kérdéseit tárgyalom, kétféle megközelítésben. Ennek egyike a 2016-ban és a 2018-ban végzetek összehasonlítása, a másik pedig ettől teljesen függetlenül, de azonos kérdőívcsomagra épülve, a 2018-2020-as évfolyam körében készült longitudinális kutatás. Mindez azzal a sajátossággal, hogy az első két mérési pont összehasonlítása mellett az utolsó mérési pont tekintetében a másfél éves képzésben részt vevők körében készült csak el a három mérési pont összevetése, míg a két éves képzésben részt vevők esetében a koronavírussal kapcsolatos kérdések kerültek a fókuszba.

Habár az utolsó mérési pontokon meglehetősen alacsony elemszámú minták adatai álltak rendelkezésre, mindenképpen érdekes, további, alaposabb kutatásra is érdemes kérdéseket vetni fel az eredmények, amelyek mentén visszatérülő lehet további kutatások végeztetése a témában.

A disszertáció felépítését tekintve elsőként ismertetem az elméleti háttér legfontosabb tudnivalóit a releváns szakirodalmat röviden áttekintve, mivel a témaválasztásom több pszichológiai témakört is érint. Dolgozatom empirikus részében először a kutatási célokat, majd a célok és a szakirodalom szintézise nyomán megfogalmazott hipotéziseket mutatom be, ezt követi a minta bemutatása, a kutatás módszertanának részletes ismertetése, majd az eredmények megvitatása a következtetésekkel, végül pedig az új tudományos eredmények, valamint az ajánlások és gyakorlati felhasználhatóság kérdései következnek.



## II. Elméleti áttekintés

### 1. Napjaink iskolarendszerű tiszthelyettesképzése

Az iskolarendszerű tiszthelyettes képzés a közoktatás részét képezi, s mint a szakképzési rendszert, így ezt sem kerülik el az átalakítások. Ezt jól jelképezi azon kevés írás is, amely ebben a témában készült – a csekély számú publikáció oka a témát illetően valószínűleg pont a képzési rendszerben végbement számos változás, amelyek kezdete Cseh 2006-ban a témában megjelent írása előttre datálható (Borbély, 2019a; Krauzer, 2020).

A legutóbbi jelentős átalakítás a szakképzési rendszer legutóbbi átalakításához köthető, 2019-ben történt, ekkor az addig négy rendészeti szakgimnáziumból kettő rendvédelmi technikummá vált, míg a másik két képző intézmény beolvadt a Rendészeti Oktatási és Kiképző Központba Rendőrképző Akadémiává válva. Így ebben a két intézményben napjainkban már csak iskolarendszeren kívüli képzések zajlanak, míg az iskolarendszerű képzések mára kizárólag a rendvédelmi technikumokban van jelen, ugyanakkor tagadhatatlan, hogy a képzés a folyamatos átalakítások mellett és ezek ellenére is további modernizálásra szorul (Krauzer, 2019, 2020). A vizsgálat bemutatása során a rendészeti szakgimnázium elnevezést használom, tekintettel arra, hogy a vizsgálatok idején döntően ez az elnevezés volt használatos.<sup>1</sup>

Az átalakítások közül a vizsgálatban érintett minták közül érdemben csak az utolsó, 2018-2020-as évfolyamot érintette a menet közbeni névváltozás – az ő szempontjukból ennyi volt az érdemi különbség –, ugyanakkor arról nem szabad megfeledkezni, hogy az átalakítások sokszor leginkább az oktatókat terhelik meg, így ezáltal a közvetett hatások jelenléte a tanulói állomány felé lehetséges.

Emellett 2017-től megindult a **kétéves képzés mellett a másfél éves** iskolarendszerű **képzés**. A két képzési forma a végkimenetel szempontjából azonos, a különbség a képzési idő hosszán túl abban rejlik, hogy a másfél éves képzés kifejezetten a fegyveres szervek és vagyónvédelmi rendészeti ágazati képzésben tanuló és szakmai érettségi vizsgát tevők számára kerül meghirdetésre, s a képzés alapozó modulja során intenzíven épít az így már meglévő ismeretekre (Borbély, 2019a).

A képzés szerves részét alkotja az iskolai oktatás mellett a *területi szakmai gyakorlatok* is, ezek során általában mentorok segítik a megfelelő gyakorlat szerzését. A próbaidőre történő

---

<sup>1</sup> Szintén a névmódosítások kérdésköréhez tartozik, hogy 2023. január 1.-től a megyék vármegyévé történő átnevezésével a megyei rendőr-főkapitányságok vármegyei rendőr-főkapitányságok lettek. Követve az iskolákkal kapcsolatos elvet ezek estében is a megyei rendőr-főkapitányságok elnevezést használom a vizsgálatok ismertetése során.

kinevezés legkorábbi lehetséges időpontját a Hszt.<sup>2</sup> 49.§ (4) bekezdése deklarálta, még hozzá az első tanév sikeres befejezésében. Mindez előre lépés volt a korábbi évek gyakorlatához képest, amikor is ez a kérdéskör általában az aktuális létszámigényeknek megfelelően politikai jellegű döntés tárgyát képezte, s ennek megfelelően nagy változatosságot mutatott: egyes évfolyamok tanulmányaik megkezdése után 3-6 hónappal már a próbaidős tiszthelyettes állományt alkották, míg egyes évfolyamok „csak” a második tanévüket kezdték meg így (Borbély, 2019a).

A **próbaidős állományba** történő kinevezéssel egyúttal létrejön a tanulók **kettős jogállása**: egyfelől az adott rendvédelmi iskola tanulóiként kötelesek tanulmányi kötelezettségeiknek eleget tenni, míg próbaidős őrmesterként az illetékes területi szerv végrehajtói állományához is tartoznak, a szakmai gyakorlatok ideje alatt meghatározott időtartamban szolgálatot teljesíteni kötelesek. Emellett a szakmai vizsga sikeres letételéig önálló intézkedési jogkörrel nem rendelkeznek, de a szolgálatok során lőfegyver viselésére jogosultak (Borbély, 2019a; Krauzer, 2020).

### 1.1. A Z generáció a rendőrképzésben

Az iskolarendszerű képzési formákra jelentkezők és azt elvégzők köre alapvetően nagyon fiatal: döntő többségükben az érettségi után közvetlenül kezdik meg tanulmányaikat az ország valamelyik rendészeti képzőhelyén, s ennek megfelelően nagyon fiatalon kerülnek állományba is. Hiába tolták ki az elmúlt években a képzésre jelentkezők életkori határát 55 évre, ennek ellenére továbbra is döntően a közvetlenül vagy kevéssel a középiskola után érkezők vesznek részt a kétéves iskolarendszerű képzésben (Borbély, 2019a, 2019b; Krauzer, 2020). Mindez azt is jelenti, hogy a napjainkban a tiszthelyettes képzésben részt vevők döntően az 1995-2009 közötti születésűek, vagyis a Z generáció tagjai, amely korcsoport számos sajátossággal bír, nem pusztán oktatási, hanem számos egyéb szempontból is, ezáltal jelentve kihívást mind az oktatóiknak, mind pedig a szervezet számára. A munkahelyi sajátosságaikkal kapcsolatosan még meglehetősen kevés kutatás foglalkozik, hiszen meglehetősen szűk létszámban képviseltetik magukat a munkaerőpiacon (Borbély, 2019a, 2019c; Tőzsér, 2022).

Érdeemes áttekinteni, melyek azok a sajátosságok, amelyekre érdemes volna több figyelmet fordítani a hatékony állománymegtartás érdekében, fontolóra venni a szervezeti stratégia alakításának folyamatában, s amelyek kapcsolatban állhatnak azzal a kérdéskörrel is, hogy hogyan élik meg pszichésen a munkahelyi eseményeket?

---

<sup>2</sup> 2015. évi XLII. törvény a rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról

A rendőrség rendkívül **hierarchizált világa** már a rendészeti képzés szintjén is megjelenik, ezért érdemes elsőként görcső alá venni: a parancsuralmi rend sajátos viszonyban áll a Z generáció szemléletmódjával, hiszen az ő szemükben nem illet meg alanyi jogon valakit a tisztelet csak azért, mert bizonyos beosztással bír – csak annak, aki kiérdemli azt (Tari, 2011; Törőcsik, Kehl & Szűcs, 2014; Ozkan & Solmaz, 2015; Fodor & Jaeckel, 2018). Mindez látszólag ellentmondásban áll a rendőrség hierarchikus berendezkedésével, de a megfelelő vezetők személye mellett ez megvalósul(hat). Továbbá ezen korosztály képviselői igenis preferálják azokat a munkahelyeket, ahol egyszerre van jelen a határozott, stabil, jó struktúra, ami egyértelmű kereteket ad a munkavégzéshez, de a struktúrán belül jelen van a rugalmasság (Fodor, Jäckel & Nagy, 2017; Fodor & Jaeckel, 2018).

Ehhez a kérdéskörhöz kapcsolódik a tanárokkal, oktatókkal, mentorokkal szembeni **tisztelet** kérdésköre is, mivel velük szemben ugyanez a szemléletmód jelenik meg. Viszont kiegészül a fentebbiek mellett azzal, hogy a tanár/mentor nem a tudás egyedül letéteményese, nem csak tőle kaphatnak választ egyes kérdéseikre: az információs technológia és az okoseszközök világában az interneten már (szinte) bármire megtalálható a válasz, ezért kortársaiktól és a Google-től hamarabb kérdeznak, mint tanáraiktól, szüleiktől, vezetőiktől (Tari, 2011, 2015; Besenyei, 2016). (Éppen emiatt nem kezdhető elég korán a biztonságos internethasználatra, a kritikus szemléletmódra és a további fontos, megfelelő internethasználati skillekre nevelés sem.)

Ezzel összhangban áll az a tény is, hogy **életüket** jellemzően **online élik**, mindennapjaiknak szerves részét képezi az okoseszközök és a szociális média használata, folyamatosan osztanak meg információt magukról, miközben fontos számukra a saját személyes szabadságuk (Tari, 2011, 2015; Ruzsa, 2018).

A Z generáció sajátossága továbbá, hogy a felgyorsult információtechnológia világában is jól megállják a helyüket. Az őket érintő dolgokból nem pusztán percre készek szeretnek lenni, de ügyesen is kezelik a különböző okoseszközöket – s gyakran saját eszközeik korszerűbbek, mint amelyeneket a munkáltatók a munkavégzéshez biztosítani tudnak (Tari, 2011, 2015, 2017; Duga, 2013; Törőcsik et al., 2014; Borbély, Fridrich & Tózsér, 2018a; Ruzsa, 2018; Tegyei, 2018) – ez alkalmanként komoly nehézséget is okozhat.

Főként a Z, de már az Y generáció képviselői számára egyértelműen fontos a **rugalmasság**, illetve a **munka és a magánélet egyensúlya** – amennyiben ez nem valósulhat meg, boldogtalanná válnak, s hajlamosabbak más munkahelyet keresni, amely megfelel ezen kritériumoknak (Tari, 2011, 2015, 2017; Kissné András, 2014; Haeger & Lingham, 2014; Bencsik, Juhász & Horváth-Csikós, 2016; Goh & Lee, 2018).

A fiatalabb generációk ugyanakkor alapvetően a *csapatmunkát* preferálják, és nem csak a felelősségmegosztás miatt (Bencsik et al., 2016; Fodor & Jaeckel, 2018). Minderre a járőri munkában például kifejezetten adottak a lehetőségek. A rendőrség tehát ideális munkahely lehet ezen fiatalok számára, de ehhez a szervezet részéről is bizonyos lépések megtétele válik szükségessé (Tegyey, 2018).

Mindezek mellett nem szabad megfeledkeznünk a Z generáció azon sajátosságáról sem, miszerint ők elsősorban nem hivatást, hanem *munkát választanak* – vagyis amennyiben egy adott munka végzése kapcsán nem érzik jól magukat az adott helyen, nem pusztán másik munkahelyet keresnek, de pályát is sokkal könnyebben módosítanak. Mindez az idősebb generációk számára sok esetben meglehetősen riasztóan hathat, de gondoljunk bele: ez a korosztály már úgy nőtt fel, hogy szüleik állandóan dolgoztak – azért, hogy nekik mindenük meglegyen –, miközben nem maradt elég idejük a gyermekeikre és egymásra sem. Ebben felnőve egyáltalán nem meglepő, hogy kiemelkedő fontosságú számukra a munka és magánélet egyensúlya, illetve a pályamódosítás lehetősége (Tari, 2011, 2015; Fodor & Jaeckel, 2018; Tegye, 2018).

A Z generáció már képviselteti magát a szervezetben – igaz, még nem számottevő, de folyamatosan növekvő arányban –, így már hazai berkeken belül is rendelkezünk kutatási eredményekkel az ő szervezetbeli helyzetüket illetően. Ilyen szempontból fontos megemlíteni Tózsér Erzsébet (2022) vizsgálatát, amely a Komárom-Esztergom Megyei Rendőr-főkapitányság állománya körében készült, s amely a gyakorlat felől megközelítve a kérdéskört arra jutott, hogy alapvetően a maguk speciális igényei mentén és módján valóban képesek beilleszkedni a szervezetbe. Ugyanakkor nem palástolja azt sem, hogy a megtartásuk érdekében számos változtatás is szükséges volna, hiszen a szervezeti sajátosságok miatt nem feltétlenül tud vonzó lenni és az is maradni ez a pálya. Saját vizsgálatom szempontjából azért is érdekes ez a kutatás, mert a benne foglalt problémaforrások a vizsgált célcsoport számára akár stresszforrásként is jelentkezhetnek.

## **1.2. Fiatal rendőrökkel kapcsolatos kutatási eredmények**

A rendőri állományra vonatkozóan számos pszichés tényező vonatkozásában folytak kutatások, ugyanakkor kifejezetten a képzésben levő vagy próbaidős fiatal rendőrök körében elenyésző a vizsgálatok száma. Ennek nyilvánvaló módon számos oka van, élen a különböző országok eltérő kiválasztási rendőrképzési rendszerével (a teljesség igénye nélkül lásd: Fórizs, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; Mogyoródi, 2016a, 2016b, 2021, 2022a, 2022b), ezért meglehetősen

nehéz összehasonlításokat tenni arra vonatkozóan, hogy a képzés milyen hatással van a benne részt vevők mentális egészségére. A különböző nemzetiségű rendőrök körében készült, mentális egészséggel foglalkozó kutatásai ugyanakkor számos esetben tartalmaznak a szolgálati időn alapuló összehasonlításokat.

Violanti 1993-as tanulmányában azt találta, hogy az idősebb rendőrök a fiatalabbakhoz képest kevésbé adaptív megküzdési mechanizmusokkal bírnak. Egy brit vizsgálatban a rendőri munka a hat, legmagasabb stresszszinttel bíró foglalkozás közé tartozott a vizsgált 26 foglalkozás tekintetében, továbbá az idősebb rendőrök magasabb elégedettségéről és alacsonyabb szintű stresszről számoltak be, mint fiatalabb kollégáik (Johnson et al., 2005).

Egy amerikai és egy hazai vizsgálatban is a fiatalabb rendőrök alacsonyabb szintű stresszről számoltak be, mint a régebb óta szolgálatot ellátók (Violanti, 1993; Szabó, 2009).

Indiában a kiképzés alatt álló és aktívan szolgáló rendőröket összehasonlító vizsgálatban a fiatalok alacsonyabb szintű frusztrációval és a depresszióval voltak jellemezhetőek, mint az aktív szolgálatot ellátók, s rámutattak arra is, hogy a depresszió szintje az életkor és szolgálati évek előre haladtával nő (Kohli & Bajpai, 2006).

A svédországi rendőrtanulók körében végzett kutatás a mentális egészség és személyiség összefüggéseivel foglalkozott. Az eredményeket tekintve elmondható, hogy a vizsgálatban részt vett kis elemszámú mintát tekintve a tisztképzésre jelentkezők jobb mentális egészségi állapottal bírnak, mint a svéd átlag, illetve optimistábbak, nyugodtabbak, megbízhatóbbak, merészebbek és kevésbé ártalomkerülők a nemük és korosztályuk többi képviselőjéhez képest (Ghazinour et al., 2009).

Ausztráliában egy szintén kis elemszámú, de longitudinális vizsgálatban a mindfulness a depresszió legjobb bejósólójának bizonyult, de az első szolgálati évben meglehetősen nehéz a pszichés jóllétet és mentális egészséget bejósoló érzéseket és a mindfulnesszt azonosítani (Williams, Chiarrochi & Patrick Deane, 2010).

Mindezek mellett egy pakisztáni kutatásban azt találták, hogy a fiatal rendőrök magasabb szintű depresszióról, szorongásról és stresszről számoltak be, mint a régebb óta szolgáló kollégáik. Ugyanakkor ennek indoklásaként felmerül a rang kérdése, ugyanis egy másik vizsgálat szerint az alacsonyabb rendfokozatú rendőrök egyébként is nagyobb pszichés terhelésnek vannak kitéve (Bartol, 1982; Husain, 2014).

Összefoglalva tehát elmondhatjuk, hogy a fiatal és a régebb óta szolgálatot teljesítő rendőrök összehasonlítása alapján vegyes képet mutatnak az eddigi kutatási eredmények, s kifejezetten kevés longitudinális vizsgálat vonatkozik a képzés idejére, illetve a próbaidő időszakára. A fiatalabb és idősebb rendőrök kapcsán talált kutatási eredmények hátterében

valószínűsíthetőleg több tényező – társadalmi-kulturális közeg, rendőri pálya megbecsültsége, szervezeti kultúra eltérései, kiválasztási-képzési rendszer sajátosságai – kölcsönhatása áll.

## 2. A munkahelyi stressz és hatásai

Levi és Levi (2000) megfogalmazása értelmében a munkahelyi stressz emocionális, kognitív, viselkedéses és fiziológiai reakció a munka, a munkahelyi környezet, munkaszervezet ártalmas és kellemetlen aspektusaira, amely megemelkedő arousal szinttel, distressz érzésével és a „nem tudok vele megküzdeni” érzésével jellemezhető állapot.

Felmerülhet a kérdés, hogy mindezek fényében mi minden lehet a munkahelyi stressz forrása? A Karasek által megfogalmazott Job demand – Control – Support (vagyis: Megterhelés – Kontroll – Támogatás) modell alapján (Bickford, 2005; Klein & Klein, 2006):

### ➤ *A szervezetből érkező stresszforrások:*

- *a munka:* túl sok/túl kevés munkaterhelés; sürgető; rossz fizikai körülmények; izoláció
- *a szerep:* konfliktusos; kétértelmű; felelősség emberekért
- *karrier:* túl gyors/túl lassú; bizonytalan; gátolt ambíciók, elégedettség a munkával
- *szervezeti kultúra:* a viselkedés korlátozása; értelmetlen szabályok; rideg légkör, vezetés stílusa
- *emberi kapcsolatok:* rossz kapcsolat a főnökkel/kollégákkal/ beosztottakkal

### ➤ *Az egyén:*

- személyisége
- motivációja
- viszonya a változáshoz

### ➤ *A külvilágból eredő stresszforrások:*

- érdekellentétek: a szervezet és az egyén érdekei, illetve a szervezet és az egyén saját elvárásai között

1. táblázat: A munkahelyi stressz hatásainak összefoglalása

A munkahelyi stressz hatása	
az egyénre	a szervezetre
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ növekvő szomorúság és ingerlékenység</li> <li>▪ képtelenség a relaxációra vagy a koncentrációra</li> <li>▪ nehézség a logikus gondolkodásban és a döntéshozatalban</li> <li>▪ a munka élvezetének és a munka iránt érzett elkötelezettség csökkenése</li> <li>▪ fáradtság, depresszió, szorongás</li> <li>▪ alvási nehézségek</li> <li>▪ súlyos fizikai problémák megtapasztalása (szívproblémák, emésztőrendszer betegségei, vérnyomás emelkedése, fejfájás, vázizomrendszer problémái)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ növekvő hiányzások</li> <li>▪ elkötelezettség a munka iránt csökken</li> <li>▪ a munkaerő elvándorlásának növekedése</li> <li>▪ teljesítmény és produktivitás szintje csökken</li> <li>▪ nem biztonságos munkamódszerek és baleset arányának növekedése</li> <li>▪ az ügyfelek panaszainak növekvő aránya</li> <li>▪ a toborzási tevékenység sérülései, hátrányt szenvedése</li> <li>▪ növekszik a dolgozók törvényes panaszaira való reagálási kötelezettség</li> <li>▪ a szervezet imázsa sérül mind a dolgozók, mind a külvilág körében</li> </ul>

*Forrás: Leka et al. (2004) alapján a szerző szerkesztése*

Az Egészségügyi Világszervezet égisze alatt megjelent, a munkavállalók egészségét védő kiadványsorozat egyik kötetében Leka, Griffith és Fox (2004) összegyűjtötték a munkahelyi stressz egyénre és a szervezetre (munkahelyre) gyakorolt hatásait, ezt foglalja össze az 1. számú táblázat. Fontos megemlíteni azt is, hogy a túlzott munkahelyi stressz kiégéshez is vezethet (Szabó, 2009; Hajduska, 2012; Purda-Nicoară & Dorobantu, 2012).

## 2.1. A rendőri munka és a stressz

A rendőrség a munkahelyi stressz kérdését tekintve sajátos jellemzőkkel bír. Nem véletlen, hogy az ilyen témájú kutatások a rendőrök körében évtizedekre nyúlnak vissza. Egyes kutatások a munkahelyi stressz szempontjából leginkább veszélyeztetettek között tartják számon (Violanti & Marshall, 1983; Anshel, 2000; Johnson et al., 2005), ugyanakkor más vizsgálatok eredményei szerint csupán átlagosan stresszes (Brown, Campbell, 1990, Bar-On, Brown, Kirkcaldy & Thomé, 2000) – ahogyan ezekre az ellentmondásos eredményekre többek közt Violanti és Aron (1995), valamint Abdollahi (2002) is felhívja a figyelmet.

Hogy pontosan mi is számít stresszornak a rendőri munkában? Ezt a kérdéskört az elmúlt 40 évben számos kutatás keretében igyekeztek feltárni nem pusztán a nemzetközi szinten, hanem hazai viszonylatokban is. Ezen kutatásoknak köszönhetően tudjuk, hogy például az elnyúlt munkaidő, a családi élet háttérbe szorulása, a túlterheltség, a létszámproblémák, a

munkahelyi légkör, illetve egyes tevékenységek unalmas volta stresszforrás a rendőri munkában (részletesen ld. 2. sz. táblázat) (Kapade-Nikam & Shaikh, 2014; Szabó, 2009; Fridrich, 2015).

Abdollahi (2002) a rendőri stresszkutatásokat négy csoportba sorolja aszerint, hogy milyen fő irányvonalak vannak jelen a vizsgálatokban. Az általa megállapított irányvonalak:

- intra- és interperszonális stresszorok (személyiségtényezők, tulajdonságok a fókuszban);
- foglalkozási stressz (a munkafolyamathoz kapcsolódó faktorok);
- szervezeti stressz (a szervezet sajátosságai a fókuszban),
- a rendőri stressz következményei az egészség terén (pszichés és fizikai következmények).

2. táblázat: A rendőri munka és a stressz

stresszforrások	stresszválaszok
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ túlterheltség</li> <li>▪ létszámcsökkentés</li> <li>▪ elégtelen források</li> <li>▪ konzultáció hiánya</li> <li>▪ unalmas adminisztráció</li> <li>▪ anyagi nehézségek</li> <li>▪ szervezeti struktúra</li> <li>▪ munkahelyi légkör</li> <li>▪ nem támogatott távozások</li> <li>▪ munka/feladat konfliktusa</li> <li>▪ hosszú munkaidő</li> <li>▪ politikai nyomás</li> <li>▪ a családi élet háttérbe szorítása</li> <li>▪ zavargások kezelése</li> <li>▪ erőszakos letartóztatás</li> <li>▪ rendőri temetés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ alacsony teljesítmény</li> <li>▪ öngyilkossági gondolatok és tervek</li> <li>▪ sírás</li> <li>▪ depresszió</li> <li>▪ ingerlékenység</li> <li>▪ türelmetlenség</li> <li>▪ kínzó emésztési problémák és gyomorégés</li> <li>▪ szerabúzus vagy megnövekedett alkoholfogyasztás</li> <li>▪ megnövekedett betegszabadságok</li> <li>▪ házassági problémák</li> <li>▪ túl sok vagy túl kevés alvás</li> <li>▪ szexuális vágy csökkenése</li> <li>▪ rémálmok</li> <li>▪ izoláció</li> <li>▪ a társas tevékenységek iránti igény csökkenése</li> <li>▪ könnyedség</li> <li>▪ változások a testsúlyban vagy étvágyban</li> </ul>
stressz jelei a munkahelyen	magnövekedett betegségkockázat
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ késések növekedése</li> <li>▪ hamarabb haza távozás</li> <li>▪ eltúlzott munkaidő</li> <li>▪ hiányzások</li> <li>▪ társas érintkezések lecsökkentése</li> <li>▪ gyakoribb hibázás</li> <li>▪ határidők, időpontok elfelejtése</li> <li>▪ hosszú ebédszünetek</li> <li>▪ növekvő dohányzás és alkoholfogyasztás</li> <li>▪ időmenedzsment nehézsége</li> <li>▪ megnövekvő balesetek</li> <li>▪ konfliktus a kollégákkal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ magas vérnyomás</li> <li>▪ szívproblémák</li> <li>▪ álmatlanság</li> <li>▪ öngyilkosság</li> <li>▪ PTSD</li> <li>▪ depresszió</li> <li>▪ szorongásos zavarok</li> <li>▪ fertőzések az immunrendszer diszfunkciói okán</li> <li>▪ pánikroham</li> </ul>

*Forrás: Kapade-Nikam & Shaikh (2014) alapján a szerző szerkesztése*

Az intra- és interperszonális stresszorok kapcsán számos személyiségtényező, tulajdonság állt a kutatások fókuszában, melyek azóta is több kutatást inspiráltak: az önbizalom-önbecsülés



kérdésköre (Han & Choi, 2016; Pikoulas, Charila, Elias, 2022), az A típusú személyiség (Richardsen, Burke, Martinussen, 2006; Shiozaki et al., 2017), az extro- és introverzió (Lau, Hem, Berg, Ekeberg & Torgersen, 2006; Jonassaint et al., 2009), az optimizmus (de Terte, Stephens & Huddleston, 2014; Reed, 2016), a cinizmus (Richardsen et al., 2006; Osborne, 2014), illetve a hardiness, azaz a „keményen helytálló személyiség (Fyhn, Fjell & Johnsen, 2016; Allison et al, 2019). Az ezekkel kapcsolatos eredmények meglehetősen vegyesek, nem mondható ki az egyes tényezők egyértelmű adaptív vagy maladaptív volta (Abdollahi, 2002), emellett – mint az látható – máig aktívan kutatott kérdések.

A munkafolyamathoz, konkrét munkatevékenységhez kapcsolódóan számos faktort ismerünk, amelyek stresszorként azonosíthatók. Abdollahi (2002) szerint a hat legfontosabb ezen a téren: az igazságszolgáltatási rendszerrel (ügyészség és bíróság) való együttműködés, a média szerepe és a nyilvánosság figyelme, a lőfegyverhasználat, kapcsolatba kerülés a bűncselekmények és halálos balesetek áldozataival (különösen, ha azok gyerekek), közösségi kapcsolatok, erőszakos vagy bejósolhatatlan eseményekkel való találkozás. Ezen tényezők azonban nem csupán stresszorként ismertek a rendőri munkavégzés kapcsán, hanem a kiégés prediktoraiként is.

Szintén a kiégés prediktortényezői közé tartozik a szervezetből eredő stresszorok kérdésköre, úgymint a váltott műszakokban végzett munka, a szupervízió inadekvát volta, a tény, hogy a rendőrök gyakran kénytelenek megélni, hogy a fejük felett hoznak döntéseket – róluk; az adminisztratív támogatottság hiányosságai, nem megfelelő fizetés és anyagi források hiányosságai, a szerepkonfliktusok (egyszerre rendőr és szociális munkás egyes helyzetekben pl.), az izoláció. Ezek szintén jól ismert problémakörök hazánkban is.

Az egészségügyi kockázatok kapcsán a legtöbbet vizsgált pszichés és fizikai következmények közé tartozik az öngyilkosság problémája, a szív-érrendszeri megbetegedések, a gasztrointesztinális megbetegedések, magánéleti problémák, a PTSD, a depresszió, a szorongás, valamint a drog- és alkoholfogyasztás. Az értekezés szempontjából fontos tényezők a későbbiekben részletesen is górcső alá kerülnek.

Jól látható, hogy Kapade-Nikam és Shaikh (2014) és Abdollahi (2002) összegzésének eredményei alapvetően párhuzamba állíthatók egymással: a 2. táblázatban látható stresszforrások, illetve stressz jelei a munkahelyen a foglalkozási és szervezeti stresszoroknak felelnek meg, a stresszválaszok az intra- és interperszonális stresszorokkal, valamint az egészségi következményekkel, míg a megnövekedett betegségkockázat az egészségi következményekkel mutat számos hasonlóságot. Az alábbiakban röviden áttekintem a rendőri stresszkutatáshoz kapcsolódó eredményeket mindezek nyomán.

Galanis, Fragkou és Katsoulas (2021) az elmúlt harmincöt év rendőri stresszkutatásaira (1985-2018 közötti időszak) reflektálva készített áttekintése a következő rizikófaktor-csoportokat találta a legjelentősebbeknek az áttekintett kutatási eredmények fényében:

- a demográfiai jellemzőket, azaz életkor, családi állapot, a minél sűrűbben lakott területen végzett munka;
- a munka sajátosságai, például hierarchiában betöltött hely, szolgálati évek, rossz munkakörülmények, bürokrácia, a fizetés elvégzett feladatokhoz való viszonya a rendőrök szerint, munka és magánélet egyensúlyának sérülése, a konkrét munkafeladatok nehézségei – úgymint az ittas személyekkel szembeni intézkedések, a tömegkezelési feladatok sajátosságai, kontaktus az áldozatokkal, a különböző fertőző betegségek szempontjából fokozott veszélynek kitettség, az együttműködés nem megfelelő szintje a szervezeten belül, illetve a szervezeti igazságosság hiánya;
- életviteli tényezők, mint a fizikai aktivitás csökkenése, a hobbi hiánya és a dohányzás;
- a maladaptív és negatív copingmechanizmusok, mint például a tagadás, a figyelemelterelés, az öhibáztatás, humor hiánya, kontroll hiánya és elkerülés;
- egyes személyiségvonások, mint a neuroticizmus, introverzió, csökkent rezilienciaszint, pszichotikus vonások az érzelm kifejezésben.

Áttekintésük fontos abból a szempontból, hogy nagy időintervallumot ölel fel, ezáltal széleskörű, ugyanakkor a szerzők maguk is kihangsúlyozzák, hogy csak keresztmetszeti jellegű elemzéseket vontak be, amely által az oksági kapcsolatok és folyamatok kevésbé feltárhatók.

A hazai helyzet tekintetében a rendőri munkavégzés pszichoszociális kockázati tényezőinek 2008-ban készült reprezentatív felméréséről szóló jelentés – amelynek eredményeit Szabó ismerteti disszertációjában (2009) – értelmében a következő tényezők számítottak megterhelőnek az állomány körében:

- ***a feladattal kapcsolatos stresszorok tekintetében:*** a terhelés kapcsán a nem egyenletes munkaterhelés emelkedett ki, a munkafeltételek közül a munkavégzés folyamatának kevésbé befolyásolható volta, továbbá az átszervezések következtében a munkában történő változások, a gyors technológiai változásokkal történő lépéstartás, illetve az időkényszer alatt végzett munka, a döntéseket megalapozó szabályok bonyolultsága, a döntési helyzetek mindig új és új volta (nincs két teljesen egyforma intézkedés), valamint hogy a munkafeladatból eredően gyakran kerülnek konfliktusba másokkal (állampolgárokkal)
- ***a munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok*** (szélsőséges fizikai, természeti és emberi körülmények)

➤ **a szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok terén**

- *egyéni szinten*: szerepkonfliktusok a rendőri szerepet illetően; nagy felelősség emberekért és anyagi javakért, nem megfelelő karrierfejlődés
- *csoporthoz tartozó szinten*: fokozott egymásra utaltságból eredő konfliktusok
- *szervezeti szinten*: hierarchikus, tekintélyelvű, félkatonai szervezet; különbségek a fizetések megítélésében

➤ **szervezeten kívüli stresszorok**: alacsony anyagi és erkölcsi megbecsültség, olykor a családi élet és az előre nem mindig kiszámítható szolgálatok összeegyeztethetőségének problémái, egyre gyakoribb a költözést igénylő szolgálati helyre helyezés

Mindezeket túl a magyar rendőröket érő munkahelyi stressz terén elmondható, hogy legkevésbé az anyagi és erkölcsi megítélésükkel voltak ekkor elégedettek; a tiszti és tiszthelyettesi állomány számára más tényezők jelentették a legnagyobb megterhelést; rosszabb helyzetben voltak a tartós párkapcsolatban élők, különösen, ha tiszthelyettesek; a szervezetnél eltöltött évek számával növekedett a stresszterheltség a 14-17.évig, amelyet enyhén csökkenő tendencia követett; a tiszthelyettesi állomány esetében az évek előre haladtával csökkent az aktivitás, a munkamotiváció és növekedett az egészségügyi panaszok száma; illetve a különböző szakterületeken dolgozók stresszterheltségi profilja eltért egymástól (Szabó, 2009; Fridrich, 2015).

Nem elhanyagolható, hogy a Szabó disszertációjában (2009) ismertetett kutatás 2001 és 2008 közötti időszakot öleli fel, ugyanakkor azóta is számos változáson ment keresztül a rendőrség szervezete (2008. január 1. – a Határőrség integrációja, 2015. évi XLII. törvény a rendvédelmi feladatokat ellátó szervek hivatásos állományának szolgálati jogviszonyáról [„új Hszt.”] és a menekültválság hatására megvalósult változások, hogy csak a legjelentősebbeket említsük), ennek ellenére ilyen átfogó jellegű vizsgálatra azóta sem került sor. Éppen ezért napjaink magyar rendőreit érő stresszhatások esetében támpontul vehető, de sokkal inkább a változások hatását megmutató lehet az ezen vizsgálatban kapott eredményekkel való összevetés.

Arról nem rendelkezünk adatokkal, hogy a rendőri képzés folyamán mennyire szembesülnek a munkahelyi stressz egyes tényezőivel a tiszthelyettes-tanulók, és számukra mennyire megterhelő párhuzamosan mind a szolgálatban, mind az iskolai tanulmányokban történő helytállás. Emellett Finszter (2014) azt is kiemeli, hogy a rendőrnek konfliktusokat és stresszt vállalónak kell lennie.

### 3. A kiégés

A kiégés jelenségéről az első írások már az 1950-es években napvilágot láttak. A fogalmat a szakirodalom 1974 óta használja, ekkor írta le elsőként Herbert Freudenberger az egészségügyi dolgozók körében megfigyelt tünetegyüttes alapján. Vele szinte párhuzamosan dolgozva 1976-ban adta közre első kiégésről szóló írását Christina Maslach is. A freudenbergeri definíció manapság is a kiégés legtöbbször idézett megfogalmazása. Eszerint „a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek” (Freudenberger, 1974; Fekete, 1991, 17.o.; és Mándi & Fekete, 2014, 261.o.).

Más neves pszichológusok is megalkották saját kiégés-definíciójukat, így például Schmidbauer, aki a helper-szindrómának vagy segítők tünetcsoportjának nevezi a jelenséget, vagy Dista Kafry, aki szerint a segítő foglalkozásúak esetében használhatjuk a kiégés fogalmát – hogy csak a legismertebbeket említsem. A definíciókban közös pont a tartós érzelmi megterhelés, stressz következtében mind fizikálisan, mind érzelmileg kimerül, emiatt pedig nem képes a stresszkeltő helyzeteket az addig bevált módon megoldani (Ónody, 2001; Kovács M., 2006).

A kiégés a teljesítmény/karrierkrízisek egyik megjelenési formájának tekinthető: tulajdonképpen a személy reakciója a tartósan jelen levő érzelmi és interperszonális stresszre, s egyben az egyik legnehezebben kezelhető karrierkrízis, mivel a súlyos esetekben a pályaelhagyás jelenti az egyetlen megoldást. Nem elhanyagolandó tényező, hogy a túlzott munkahelyi igénybevétel, a magas munkahelyi stresszszint egyik következménye lehet a kiégés (Hajduska, 2012).

Az elmúlt bő harminc évben több elmélet is született a kiégés kapcsán, napjainkban négy fő megközelítés van jelen a kutatásokban. Ezek közül az egyik legközismertebb a Maslach és munkacsoportja által kidolgozott, amely a kiégést multidimenzióális jelenségnek írja le. A másik, kiégéssel foglalkozók körében szintén jól ismert elmélet Shirom és Hobfoll forrás-konzerváció modellje, amely egyre több kutatást inspirál – Pines analitikus-egzisztencialista alapú megközelítésével egyetemben. A negyedik megközelítés Borritz és Kristensen nevéhez kötődik, ők Maslachék elméletét gondolták tovább (M. Kovács, 2006; Shirom, Oliver & Stein, 2009; Mészáros, 2013). Jelen dolgozatomban szereplő vizsgálat során a maslachi megközelítést alkalmaztam, ezért az alábbiakban részletesebben is bemutatom.

Maslach szerint a kiégésnek három aspektusa van: emocionális kimerülés, deperszonalizáció és a személyes teljesítmény csökkenése. Ezek a kiégés legszembetűnőbb tünetei. Az emocionális kimerülés az érzelmi és fizikai kimerültséget egyaránt magába foglalja, tehát ez az egyéni aspektus. A deperszonalizáció, vagyis a másoktól való elidegenedés a távolságtartó, cinikus viselkedést takarja, ez az interperszonális aspektus. A személyes teljesítmény csökkenése az önértékelési aspektust fedi, mivel ha valakinek a teljesítménye romlik a saját maga által elvárthoz, illetve a korábbi teljesítményhez képest, az általában az önértékelés fokozatos csökkenését hozza magával (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Leiter, 1997; Mándi & Fekete, 2014).

Maslach és Leiter (1997) szerint mind munkahelyi, mind személyes tényezők jelen vannak a kiégés okai között, és eme két tényezőcsoport közötti össze nem illésnek hat típusáról számolnak be: munkahelyi terheltség (a munka intenzívebb, összetettebb, több időt követel), a célok felett érzett kontroll hiánya, a nem megfelelő jutalmazás vagy ellenszolgáltatás (több munkáért kevesebb pénz, a munka örömeinek elvesztése), a munkahelyi közösség felbomlása (a személyes kapcsolatok megszakadása, a csapatmunka ellehetetlenülése miatt kialakuló frusztráció, magányos munkavégzés), a becsületesség hiánya és végül a személyes és munkahelyi értékek közötti ellentmondás.

Mindezek mellett egyre több kutatót foglalkoztat a kiégés és az elkötelezettség kapcsolata, mert az eddigi kutatási eredmények nem egyértelműek abban a tekintetben, hogy esetleg a kiégés negyedik dimenziójáról van-e szó, vagy a kiégés pozitív ellenpólusa-e inkább, esetleg valójában nem is függenek össze (Leiter & Maslach, 2017). Számos irányból vizsgálják a kérdést napjainkban is, egyes eredmények szerint az idői faktornak szerepe van a kimerültség és az elkötelezettség viszonylatát illetően (Maricutoiu, Sulea & Iancu, 2017), továbbá arra vonatkozó eredmények is vannak, hogy ezek valójában erősen átfedő fogalmak, amelyeket éppen emiatt nem kell túlértékelni (Taris, Ybema & Beek, 2017), ugyanakkor olyan vizsgálatok is születtek, amelyekben a elkötelezettség magasabb szintje alacsonyabb szintű kiégéssel járt együtt (Ivanovic, Ivancevic & Maricic, 2020).

A *kiégés tünetei* a pszichés, pszichoszomatikus és szomatikus tünetek széles skálján mozognak, a legtöbb kutató négy vagy öt csoportba osztja őket. Ezek a csoportosítások nagy átfedéseket mutatnak. A legelterjedtebb csoportosítási rendszer a Maslach által 1976-ban kidolgozott ötös csoportosítás (Kahill, 1988; Hézsér, 1996; Nagy, 2007):

- **pszichés tünetek:** emocionális tünetek tartoznak ebbe a csoportba, mint például a reményvesztettség, a lelkesedés hiánya, fásultság, ingerlékenység, depresszió

- **fiziológiai tünetek:** folyamatosan fennálló testi feszültség, fejfájás, alvászavarok, gasztrointesztinális panaszok, magas vérnyomás, immunitás csökkenése, izomfeszülés, stb.
- **magatartásbeli tünetek:** kontrollálatlan dühkitörések, agresszív megnyilvánulások gyakorivá válása; teljesítőképesség csökkenése, kezdeményezőkézség visszaesése (csak utasításra cselekszik, minden lelkesedés és sokszor kreativitás nélkül)
- **szociális magatartásban megjelenő változások:** munkatársakkal való kapcsolat intenzitásának és mélységének csökkenése, visszahúzódás, távolságtartás, izoláció (nem csak a munkatársaktól, hanem gyakran a barátoktól, családtól is), korábbi szabadidős hobbitevékenységek (mint például a mozgás) feladása is lehetséges
- **problematikus viselkedésformák megjelenése:** cinizmus, pesszimizmus figyelhető meg a személy megnyilvánulásaiban, továbbá káros egészségmagatartási formák is kialakulhatnak, mint például az alkoholfogyasztás, dohányzás (ha korábban már dohányzott, akkor most fokozódik), gyógyszerek vagy drogok fogyasztása.

A kiégés tüneteinek négyes csoportosítása hasonlóképpen épül fel (Petróczi, 2007a, 2007b):

- **fizikai tünetek:** fáradtság, kimerültség, izomfeszültségek és testi megbetegedések, balesetekre való hajlam, fizikai eltávolodás, magas vérnyomás, alkohol- és droghasználat, szívbetegség és mentális egészség
- **intellektuális tünetek:** a döntéshozó képesség megromlása, hiányosságok az információ feldolgozásában, idői tényező, gyötrelmes gondolatok a munkáról
- **szociális tünetek:** házasságkötés a munkával, szociális visszavonultság, cinizmus, a hatékonyság csökkenése, rosszindulatú humor, gúny, otthoni kapcsolatok megromlása
- **pszichológiai és érzelmi tünetek:** káros asszociációk és szociális elszigeteltség, düh és depresszió, paranoia, dehumanizáció (elkülönülés, intellektualizáció, szituációs elszigeteltség, pszichológiai visszavonulás), önbecsmérlés, merev attitűdök és makacs ellenállás a változásra

### 3.1. A kiégés folyamatjellege

A kiégés folyamata több szakaszra bontható. Ebben az esetben is többféle elképzelést fogalmaztak meg a kutatók. Ezekben az elméletekben közös, hogy a kiégési folyamatot ciklusnak tekinti, amiben minden szinten van lehetőség a beavatkozásra és visszafordításra, illetve hogy az egyes stádiumok között nincs éles határ, személyiségtől és élethelyzettől függ, milyen intenzitással jelenik meg az adott személynél. Kiemelkedik a szakaszelméletek közül Edelwich és Brodsky elmélete, akik 4 szakaszt különítettek el, s az ő elméletüket bővíti ki öt szakaszra Becker (Fekete, 1991; M. Kovács, 2006), amelyek a következők:

1. *kezdeti nagy lelkesedés, energia* (nem reális elvárások, túlazonosulás lehetősége)
2. *realizmus* (kezdeti tempó alábbhagyása; ez a szakasz fűződik Becker nevéhez)
3. *stagnálás* (kiábrándulás és teljesítőképesség visszaesésének kezdete)
4. *frusztráció* (hivatás értéke, hatékonysága megkérdőjeleződése)
5. *apátia* (kihívások kerülése, szakma rutinná válása)

**Freudenberger** tizenkét lépcsős folyamatként írja le a kiégés kialakulásának folyamatát (Freudenberger, 1974; Petróczi, 2007a, 2007b). Ezek a lépcsőfokok a következők

1. bizonyítani akarástól a bizonyítási kényszerig
2. fokozott erőfeszítés
3. személyes igények elhanyagolása
4. személyes igények és konfliktusok elhanyagolása
5. értékrend megváltozása
6. fellépő problémák tagadása
7. visszahúzódás
8. magatartás- és viselkedés-zavarok
9. deperszonalizáció
10. belső üresség
11. depresszió
12. teljes kiégettség

A két felosztás közt sok hasonlóságot találunk: a Freudenberger által leírt lépcsőfokok jól párhuzamba állíthatók Edelwich és Brodsky, illetve Becker elméletével – a freudenbergeri első három fázis Edelwich és Brodsky első fázisának feleltethető meg; a realizmus fázisa ennek feloldása lehet, míg a stagnálás fázisa megfelel a freudenbergeri 4-6. foknak. Edelwich és

Brodsky frusztráció fázisa a 7-9., míg az apátia tulajdonképpen a 10-12. lépcsőfok a freudenbergeri felosztrásban.

A munkahelyi stresszben és a kiégésben szerepet játszó tényezők ismeretében nem meglepő, hogy a tartós munkahelyi stressz kiégéshez is vezethet, s ezt a kapcsolatot számos kutatási eredmény is alátámasztja (pl. Schaufeli & Greenglass, 2001; McCarty, Zhao & Garland, 2007; Hajduska, 2012).

### **3.2. Kiégés és egészség kapcsolata**

Már a kiégés kapcsán folytatott vizsgálatok kezdetekor megfigyelték, hogy összefüggés van a kiégés és a fizikai, illetve mentális egészség között. Ennek a kapcsolatnak a megállapításához elég volt a kiégés szindrómával küzdő személy tüneteit megfigyelni: számos, az egészségi állapottal kapcsolatos elemet láthatunk, mint például a gasztrointesztinális panaszok, magas vérnyomás, fejfájás, alvászavarok (fizikai egészség), vagy a depresszió, fásultság, ingerlékenység (mentális egészség).

A kapcsolatot a megfigyeléseken túl több, nagy elemszámú, reprezentatív, mintán végzett vizsgálat is alátámasztotta, így például a Finnish Health 2000 Study (Honkonen et al., 2006; Ahola et al., 2008; Leiter et al., 2013), ahol mind a fizikai, mind a mentális egészséggel kapcsolatosan végeztek méréseket. Az itt kapott eredmények azt mutatják, hogy a magasabb kiégési pontszámmal jellemezhető személyek esetében nagyobb az esélye mind a mentális, mind a fizikai megbetegedéseknek – még szociodemográfiai faktorok (az életkor, a nem) és a foglalkozás kontrollálása mellett is –, mint az alacsonyabb kiégési pontszám esetén (Ahola et al., 2008).

Fizikai betegségek tekintetében a magas kiégési szinttel jellemezhetőek 71%-a, a közepes kiégési szinttel jellemezhetőek 63%, míg az alacsony kiégési szinttel jellemezhető személyeknek csak 54%-a esetében volt jelen aktuálisan valamilyen betegség (Honkonen et al., 2006). Egy szintén nagy elemszámmal végzett vizsgálat svéd egészségügyi dolgozók körében bizonyította, hogy a depresszió, a szorongás, az alvászavarok, a memória romlása, valamint a nyak- és hátfájás tünetei mentén a kiégett és nem kiégett dolgozók jól elkülöníthetők egymástól (Peterson et al., 2008).

Ugyanilyen összefüggést a kiégés és megbetegedések között foglalkozásspecifikus, illetve kisebb mintákon is találtak – ezek a kutatások főleg az egészségügyi dolgozókra koncentráltak, amely a kiégés szempontjából az egyik leginkább veszélyeztetett csoport (Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir, 2008; Anagnostopoulos & Niakas, 2010).



A kiégés és az egészség két nagy területe, a mentális és fizikai egészség közti kapcsolatot napjainkban is folyamatosan vizsgálják, ugyanakkor továbbra is sok még ezekkel kapcsolatban a megválaszolatlan kérdés és az egymásnak ellentmondó eredmény.

Több betegség esetében sikerült kimutatni az utóbbi évtizedekben a kiégéssel való kapcsolatot:

- **kardiovaszkuláris megbetegedések** (Honkonen et al., 2006; Melamed, Shirom, Toker, Berliner & Shapira, 2006) – ezen belül a koronáriás megbetegedések egy olyan terület, amelyet erősen kutatnak (Shirom, Westman, Shamai & Carel, 1997),
- **az immunrendszer** egyes összetevőinek változásai – a nemi különbségek jelentősek (Grossi, Perski, Evengård, Blomkvist & Orth-Gomér, 2003; Toker, Shirom, Shapira, Berliner & Melamed, 2005); emocionális kimerülés és deperszonalizáció dimenziók emelkedett szintjével van kapcsolatban (Shirom, Melamed, Toker, Berliner & Shapira, 2005),
- **anyagcserezavarok:** metabolikus szindróma (Shirom et al., 2005), II. típusú diabétesz (Shirom et al., 2005; Melamed, Shirom, Toker & Shapira, 2006)
- **muszkoskeletális rendszer megbetegedései** (Honkonen et al., 2006; Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir, 2008).
- **egyéb megbetegedések**, például az alvászavartól a meddőségi problémákig (Shirom et al., 2005; Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir, 2008)

A fizikális egészség és a kiégés kapcsolatát illetően születtek már **magyarázó elméletek**, ezek egyike az egészségmagatartási szokások kérdésére helyezi a hangsúlyt, míg a másik magyarázat a HPA-tengely<sup>3</sup> szabályozó szerepét helyezi a középpontba (Shirom et al., 2005; Melamed et al., 2006; Schwerdtfeger, Konermann & Schönhofen, 2008).

A kiégés szorongással és depresszióval való kapcsolatát szinte a kiégéskutatások kezdete óta vizsgálják. Az érdeklődést nagy valószínűséggel ezen mentális problémák és a kiégés tünetei közötti hasonlóság okozta – ez különösen a depresszió esetében igaz.

A **depresszió** és a kiégés kapcsolatáról szóló kutatások szinte mindegyikében megjelenik, hogy a két jelenség tünettana, előzményei rengeteg párhuzamot tartalmaznak – egyes kutatók szerint az érzelmi túlterhelés két különálló formájáról van szó (Sears Jr, Urizar & Evans, 2000) –, a köztük levő korreláció közepes mértékűként jellemezhető (általában 0,5-0,6 között mozog az értéke) (Kahill, 1988; Mészáros, 2013). Ezek a kutatások azonban arra is felhívják a figyelmet, hogy bármennyire is nagy a hasonlóság, fontosak a két jelenség közti különbségek

---

<sup>3</sup> Hipotalamusz-hipofízis-mellékvese tengely: neuroendokrin rendszer amely a stresszválaszok hormonális szabályozásában fontos szerepet játszik.

is, amelyek segítenek elkülöníteni őket egymástól, s a két jelenség kapcsolata mindenképpen további kutatásokat igényel, hogy még tisztábban szét lehessen választani őket (Glass, McKnight & Valdimarsdottir, 1993; McKnight & Glass, 1995; Baba, Jamal & Tourigny, 1998; Iacovides Fountoulakis, Kaprinis & Kaprinis, 2003, Shirom & Ezrachi, 2003; Ahola, et al. 2005).

A **szorongás** és a kiégés kapcsolatát illetően tudjuk, hogy az emocionális kimerültség komoly szorongásnövelő hatással bír, s ez a kapcsolat mind a vonás- mind az állapotszorongás szintjén jelen van, de a depresszió-kiégés kapcsolathoz képest kevésbé erős (Kahill, 1988; Baba et al., 1998; Shirom & Ezrachi, 2003; Toker et al., 2005, Mészáros, 2013). Egy olasz kutatásban a vonásszorongás mértéke jó bejósolója volt a kiégésnek (Bargellini et al., 2000).

### **3.3. A rendőri munka és a kiégés**

Minden foglalkozás esetében lehetséges a kiégés kialakulása, de vannak olyan szakmák, foglalkozások, amelyek különösen veszélyeztetettek. Ezek alapvetően azok a foglalkozások, ahol a másoknak való segítségnyújtás, az interperszonális kapcsolatok sajátos kétpólusú formája központi szerepet játszik a munkafolyamatban, vagy más okokból nagy stressz nehezedik a személyre. Ezek alapján tehát a **veszélyeztetettek** az alábbi csoportra bonthatók (Petróczi, 2007a; Futóné Kartai, Vizinger & Andrási, 2009; Kissné Geosits, 2009, Mándi & Fekete, 2014):

- a humán szféra dolgozói, azaz az orvosok, ápolók, pszichiáterek, pszichológusok, pedagógusok, lelkészek – azaz a segítő foglalkozást űzők
- közalkalmazottak és köztisztviselők, főként rendőrök, hivatalok kinevezett tisztviselői,
- vezető beosztásúak, menedzserek, politikusok

A humán szférában dolgozókkal tehát legtöbbször mint segítőkkal kerülünk kapcsolatba – nem véletlenül nevezik ezeket segítő szakmáknak is. Bár elsősorban a nem rendvédelmi területen dolgozók számára meglepő lehet, de a rendőri hivatás a legtöbb sajátossága mentén segítő foglalkozásnak számít (Futóné Kartai et al., 2009; Bali, 2011).

Több kutatót is foglalkoztatott, hogy vajon van-e *kiégésre hajlamosító személyiség* típus – ez az irányvonal a kezdeti kutatásokban volt főként jelen, és elsősorban itt is a segítő szakmákat vették nagyító alá. Ezek a személyiségbeli jellemzők természetesen nem feltétlenül csak a segítő foglalkozásúaknál vannak jelen. Freudenberger és Schmidbauer is vizsgálta ezt a témát. Freudenberger három veszélyeztető személyiségtypust írt le: az áldozatkész és elkötelezett; a túlzottan elkötelezett, munkájába belebonyolódó és végül az autoriter, lekezelő. Schmidbauer

négy jellegzetes, veszélyeztető személyiségtípust írt le: a foglalkozása áldozatául váló személy; az, aki hasítással választja el a munkáját magánéletétől; a perfekcionista, aki tökéletességre törekszik, és nem tudja megbocsátani magának, ha hibázik és a kalóz, aki a segítő szerepet használja intim szférájában felmerülő szükségletei kielégítésére (Fekete, 1991; Ónody, 2001, Mándi & Fekete, 2014).

A rendőri hivatás sok szempontból veszélyeztetett a kiégést illetően, mivel a klasszikus rizikótényezők közül több is jelen van a végrehajtói állományt illetően:

- elnyúló munkaidő (12 órás szolgálatok, amely a napi események függvényében hosszabb lehet, de rövidebb nem)
- túlterhelés (létszámhiány okán általánosan jellemző)
- a társadalmi megítélés szélsőségei, bizonytalan presztízs (Mészáros, 2010; Bali, 2011)
- kereset, anyagi megbecsültség – eltérő szerveknél eltérő nagyságú kereset az azonos beosztásban dolgozók esetében is, emellett a túlóra és a készenléti idő után járó juttatások tovább tudják élezni a különbségeket a fizetésben
- stresszteli munka (Anshel, 2000; Euwema, Kop & Bakker, 2004; magyar viszonylatok tekintetében Futóné Kartai et al., 2009; Szabó, 2009; Malét-Szabó & Szatmári, 2012)
- a pályaválasztáskor jelenlevő, „romantikus” rendőrkép (*nem*) találkozása a valósággal az első szakmai gyakorlatokon (Mészáros, 2010; Bali, 2011)

A rendőri kiégés vizsgálatára vonatkozóan manapság már szép számmal találhatunk kutatásokat – bár messze nem olyan mennyiségben, mint az egészségügyi dolgozók és a tanárok területén. A világ szinte minden pontján találhatunk olyan kutatásokat, ahol Maslach elméletrendszerét alkalmazták, s ennek megfelelően a Maslach Burnout Inventory – General Survey (röviden: MBI-GS) kérdőívet használták. Ezeket a vizsgálatokat alaposan áttanulmányozva elmondható, hogy bár mindegyik esetben az MBI kérdőívet használták, de a pontozási rendszer nem egyezett minden esetben. Ettől függetlenül érdemes röviden áttekinteni néhány eredményt (ld. 3. táblázat).

Indiában Ranta és Sud (2008) stresszmenedzsment-tréningek hatását vizsgálták rendőrök körében, s azt találták, hogy a többdimenziós stresszmenedzsment tréningek hatékonyan képesek csökkenteni a kiégés minden összetevőjének szintjét a jobb stresszel való megküzdési technikák elsajátítása révén. Amerikai rendőrök körében végzett kutatások egyértelműen bizonyították, hogy a munkahelyi stressz magasabb szintje a kiégés egyik legfontosabb prediktora (McCarty et al., 2007).

3. táblázat: A kiégéssel kapcsolatban ismertett kutatások összefoglalása

kutatás	ország	eredmény
Ranta & Sud, 2008	India	stresszmenedzsemnet tréning – jobb megküzdési technikák – kiégés csökken
McCarthy et al., 2007	USA	magasabb munkahelyi stressz – kiégés fontos prediktora
Kop, Euwema & Schaufeli, 1999	Hollandia	kölcsönösség hiány növeli a kiégést
Kop & Euwema, 2001	Hollandia	magasabb érzelmi kimerültség és deperszonalizáció verbális és fizikai agressziót növelő hatása
Backteman-Erlanson, 2013	Svédország	nők: magasabb érzelmi kimerültség; férfiak: magasabb deperszonalizáció
Backteman-Erlanson, Padyab & Brulin, 2013	Svédország	nők: magasabb érzelmi kimerültség; férfiak: magasabb deperszonalizáció
Berg, Hem, Lau & Ekeberg, 2006	Svédország	minden mutató mentén: férfiak magasabb szintű kiégés, orvosokhoz képest érzelmi kimerültség alacsonyabb, deperszonalizáció magasabb
Odedokun, 2015	Nigéria	szociodemográfiai tényezők kiégést befolyásoló hatása
Ogunbamila, 2013	Nigéria	eü dolgozók > rendőrök kiégése > tanárok
Wiese, Rothman & Storm, 2003	Dél-Afrikai Köztársaság	munkahelyi stressz magasabb szintje – magasabb szintű kiégés
Queirós, Pereira & Martins, 2012	Portugália	rosszabb család és munkahely közti interakció – kiégés bejósolója
Queirós, Kaiseler & da Silva, 2013	Portugália	kiégés agressziót növelő hatása
De la Fuente Solana, Aguaya Extremera, Vargas Pecino & Cañadas de la Fuente, 2013	Spanyolország	szolgálatban eltöltött évek kiégés növelő hatása; tartós párkapcsolatban élők: érzelmi kimerültség és deperszonalizáció magasabb szintje
Aguayo, Vargas, Cañadas & de la Fuente, 2017	metaanalízis	szociodemográfiai faktorok kapcsolata a kiégéssel
Civilotti, Acquardo Maran, Garbarino &	Olaszország	reménytelenség – háttérben: depresszió, érzelmi kimerültség és teljesítménycsökkenés élménye
Pikoulas et al., 2022	Görögország	számít a település mérete; érzelmi kimerültség és teljesítménycsökkenés kapcsolata a depresszióval; életkor és tapasztalatok pozitív hatása
Nagy, 2013	Váci Fegyház és Börtön	kiégés és magas vérnyomás összefüggései
Biró, 2009	bv dolgozók	kiégés megjelenési formái a fogvatartottakkal dolgozók körében
Németh, 2013	Sopron Rendőrkapitányság	alacsonyabb beosztás – magasabb kiégés; nemi különbségek: nők – alacsonyabb kiégés
Ambrusz, Borbély & Malét-Szabó, 2022	Szabolcs-Szatmár Bereg Megyei Rendőrfőkapitányság	teljesítménycsökkenés nagy arányban jelen, érzelmi kimerültség és deperszonalizáció kis mértékben; kiégés és szolgálati idő: nincs kapcsolat; kiégés és egészségi állapot együttjárása

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A holland rendőrök körében végzett vizsgálatok a kölcsönösség hiányának kiégést növelő hatására hívták fel a figyelmet (Kop, Euwema & Schaufeli, 1999), ugyanakkor a kutatások következetesen a kontrollcsoporthoz viszonyítva alacsonyabb szintű érzelmi kimerültségről, azonos szintű deperszonalizációról és magasabb szintű teljesítménycsökkenésről számoltak be (Kop et al. 1999; Kop & Euwema, 2001). Mindemellett a magasabb szintű érzelmi kimerültség

és deperszonalizáció verbális és fizikai agressziót növelő hatásáról is beszámoltak (Kop & Euwema, 2001).

A svéd rendőrök körében végzett kutatásokban nemi különbségeket találtak a kiégést illetően: míg Backteman-Erlanson (2013), illetve Backteman-Erlanson, Padyab, Brulin (2013) a női rendőrök körében magasabb érzelmi kimerültségről számolt be férfi kollégáikhoz képest, s a férfiak esetében a deperszonalizáció szintje volt magasabb a nőkhöz képest, addig Berg, Hem, Lau és Ekeberg (2006) kutatásában minden tényező esetében magasabb értékeket ért el a férfi rendőrök. Ugyanakkor nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy bár Berg és munkatársai (2006) kutatása sokkal nagyobb mintával dolgozott, de a férfiak száma a mintában mintegy ötszörese volt a nőkének, Backteman-Erlanson (2013) vizsgálatában a két nem aránya alapvetően kiegyenlített volt (Backteman-Erlanson, 2013, Backteman-Erlanson et al., 2013). Berg és munkatársai (2006) a rendőrökkel kapcsolatos eredményeket orvosok körében végzett felméréssel is összehasonlították, és azt találták, hogy az orvosok körében szignifikánsan magasabb az érzelmi kimerültség, mint a rendőrök körében, de a deperszonalizáció szintje a rendőrök körében szignifikánsan magasabb.

Nigériában végzett kutatások szerint a szociodemográfiai tényezők befolyásolják a kiégést: az egyedülállók, a fiatalabbak, a pár éve szolgálatot teljesítők és magasabb végzettséggel rendelkezők körében magasabb kiégést találtak (Odedokun, 2015); ugyanakkor a különböző foglalkozásokat összehasonlító kutatásban a rendőrök alacsonyabb szintű kiégési mutatókkal bírtak, mint az egészségügyi dolgozók, de magasabbal, mint a tanárok (Ogungbamila, 2013). A dél-afrikai rendőrök körében végzett kutatások kimutatták, hogy a munkahelyi stressz magasabb szintje magasabb fokú a kiégéssel jár együtt (Wiese, Rothmann & Storm, 2003).

Portugál rendőrök körében a magasabb kiégést bejósoló tényezőnek bizonyult a rosszabb otthon-család és munkahely közti interakció (Queirós, Pereira & Martins, 2012), illetve Queirós, Kaiseler és da Silva (2013) vizsgálata a kiégés agressziót növelő hatásáról számolt be. A spanyol rendőrök körében végzett kutatás azt találta, hogy a tartós párkapcsolatban élő rendőrök körében az érzelmi kimerültség és a deperszonalizáció szintje szignifikánsan magasabb, mint a kapcsolattal nem rendelkezők, illetve hogy a szolgálatban töltött évek számával a kiégés tényezőinek szintje is fokozatosan emelkedik (De la Fuente Solana, Aguayo Extremera, Vargas Pecino & Cañadas de la Fuente, 2013).

Aguayo, Vargas, Canadas és De la Fuente (2017) metaanalízise arra kereste a választ kifejezetten az MBI-t használó kutatásokban, hogy a szociodemográfiai faktorok milyen kapcsolatban állnak a rendőri kiégéssel. Az általuk találtak szerint a fiatalabbak valamivel hajlamosabbak a deperszonalizációra, mint idősebb társaik, míg a női rendőrök fogékonyabbak

az érzelmi kimerültségre, továbbá azok, akik érzelmi alapú párkapcsolatban élnek, hajlamosabbak voltak az érzelmi kimerültségre, viszont a személyes teljesítmény csökkenésére kevésbé – inkább nagyobb teljesítményről számoltak be.

Észak-olaszországi rendőrök körében végzett kutatásuk eredményeként Civilotti, Acquadro Maran, Garbarino és Magnavita (2022) azt találták, hogy a reménytelenség intenzíven és a széles körben elterjedt a vizsgált csoportban, s mindennek a háttérében a depresszió, az érzelmi kimerültség és a személyes teljesítmény csökkenésének kérdésköre áll.

Megemlítendő még egy görög rendőrök körében készült vizsgálat, amely eredményei szerint az érzelmi kimerültség érzése és a személyes teljesítmény érzésének hiánya reflektál a depresszió érzésére, emellett a deperszonalizáció kapcsán annak hiánya a cinikus viselkedéssel társulva a negatív érzések elhatalmasodása ellen véd. Fontos eredmény az is, hogy a városi, nyüzsgő közegben végzett munka fokozza a depressziót, az érzelmi kimerülést és a személyes teljesítmény csökkenésének élményét. Mindezek mellett arra is felhívja a figyelmet, hogy az életkor előre haladtával a rendőrök egyre inkább képessé válnak a munkából fakadó pszichés és érzelmi nyomás ellensúlyozására (Pikoulas et al., 2022).

**Hazánkban** a rendőri kiegészéssel foglalkozó kutatások az elmúlt időszakban kezdtek elindulni, de az a szakirodalom áttekintése után nem is lehet meglepő: általában az adott országban jelenlevő munkahelyi stresszorok alapos feltárása a kutatások elsődleges fókusza, s csak ezt hosszú évekkel követően jelennek meg a kiegészésre vonatkozó vizsgálatok is (Kop et al., 1999; Kapade-Nikam & Shaikh, 2014).

A büntetésvégrehajtás területén, a Váci Fegyház és Börtönben dolgozó hivatásos állomány körében készült vizsgálat a kiegészés és a magas vérnyomás összefüggéseire hívja fel a figyelmet (Nagy, 2013). Emellett a fogvatartottakkal dolgozók körében készült korábbi, 2004-2005-ös kutatás arra az eredményre jutott, hogy az ilyen munkakörökben dolgozók kevésbé érzik kompetensnek és sikeresnek magukat, nem elégedettek saját teljesítményükkel munkájuk megterhelő volta miatt. Mindezek szintén a kiegészés megjelenéseként értelmezhetők (Bíró, 2009).

A rendőrségi állomány tekintetében a Soproni Rendőrkapitányság állománya körében, mintegy 100 fő bevonásával készült kutatás szerint a vizsgált állomány közepes kiegészéssel bírt. Ugyanakkor nem elhanyagolandó, hogy ebben a vizsgálatban a szerző nem a rendőrségi pszichés alkalmasságvizsgálatok során alkalmazott alacsony-közepes-magas kategóriákat alkalmazta, hanem az elérhető szélsőértékek közötti tartományt harmadolta, ami jelentősen eltér a fentebbitől. Mindezek mellett azt találta, hogy az alacsonyabb beosztásúak kiegészés szintje alapvetően magasabb, mint a magasabb beosztásúaké vagy vezetőké – eme két csoport körében a személyes teljesítmény csökkenése magasabb, míg az érzelmi kimerülés és az

elszemélytelenedés kisebb. Mindemelett nemi különbségek is felmerültek: a nők körében alacsonyabb értékekkel álltak a kiégés mutatói, mint a férfiak körében (Németh, 2013).

A Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Rendőr-főkapitányság állományában készült vizsgálat az eddigi legnagyobb léptékű, hazai rendvédelem körében publikálásra került kutatás. Ennek eredményei szerint az érzelmi kimerültség és a deperszonlaizáció kis mértékben volt jellemző a vizsgált mintára, míg a személyes teljesítmény csökkenésének érzése nagy arányban van jelen. Jelen kutatás szempontjából fontos eredmény emellett, hogy a kiégés nem függött a szolgálati időtől, vagyis a pályafutás bármely pontján kialakulhat, illetve hogy az MBI és az egészségi állapot között szignifikáns, de gyenge erősségű együttjárás volt megfigyelhető (Ambrusz, Borbély & Malét-Szabó, 2022).

## **4. Egészségmagatartási szokások**

### **4.1. Az egészségmagatartás fogalma**

Az **egészségpszichológia** a pszichológia mintegy húsz éves múlta visszatekintő, tehát fiatal, de nagyon dinamikusan fejlődő területe. Pontos meghatározását 1982-ben fogalmazta meg Matarazzo, ez még napjainkban is érvényes (Kulcsár, 1998, 24.o.): „Az egészségpszichológia a pszichológia specifikus – edukációs, tudományos és professzionális – hozzájárulása az egészség fejlesztéséhez és fenntartásához, a betegség megelőzéséhez és kezeléséhez, az egészség, betegség és a kapcsolódó működészavarok etiológiai és diagnosztikus korrelátumainak azonosításához, az egészségügy és az egészségpolitika elemzéséhez és fejlesztéséhez.”

Az egészségpszichológia számára tehát fontos minden olyan biológiai, intraperszonális, viselkedéses, társas és közösségi, környezeti, valamint politikai és gazdasági tényező, amely segíti a fizikai (és mentális) egészség fenntartását, vagy a betegségekből való felépülést. Az egyes pszichológiai iskolák képviselői mást és mást emelnek ki, mint legfontosabb tényezőt, ugyanakkor egyetértenek abban, hogy a viselkedéses elemek befolyása az egészségi állapotra tagadhatatlan – ezeket a viselkedéses elemeket hívják egészségmagatartási formáknak (Kulcsár, 1998; Urbán, 2001).

Az egészségmagatartás mára klasszikusnak számító definíciója Kasl és Cobb nevéhez fűződik 1966-ból, eszerint az egészségmagatartás „Bármely olyan aktivitás, amit a személy hite szerint az egészség érdekében tesz azért, hogy betegséget előzzön meg vagy betegséget azonosítson annak tünetmentes szakaszában.” (Urbán, 2001, 594.o.). Ennek a definíciónak egy

fontos kritikája, hogy a promóció, tehát az egészségfejlesztés céljai teljes egészében hiányoznak belőle, csak a prevencióra, azaz a megelőzésre koncentrálnak (Urbán, 2001, 2008).

A korai definíció kritikáit figyelembe véve 1979-ben Harris és Guten újrafogalmazta az egészségmagatartást. Szerintük egészségmagatartás bármilyen viselkedés, amit az egyén – függetlenül a valós vagy észlelt egészségi állapotától – azért végez, hogy megvédje, fejlessze és fenntartsa egészségét, tekintet nélkül arra, hogy az adott viselkedés a célhoz vezet-e (Harris & Guten, 1979; Urbán, 2008).

A kutatásokban, szakirodalomban és szaknyelvben már régóta tágabb értelemben használják a fogalmat, mint a kezdeti időkben, s megkülönböztetnek az egészségre kedvező és káros viselkedési formákat is. Ezek általában párba állíthatóak, tehát minden egészségre kedvező magatartásnak megvan a káros formája is (Taylor, 2018).

Vizsgálatomban a dohányzás az alkoholfogyasztás és a testmozgás gyakoriságának, intenzitásának, illetve a dohányzás motivációinak és az egészségorientációnak a munkahelyi stresszel, kiégéssel, valamint mentális egészséggel való kapcsolata áll érdeklődésem középpontjában.

## **4.2. Testmozgás**

A testmozgás egyik legfontosabb egészségmegőrző magatartásformánk. A kevés testmozgás (még helyes táplálkozás mellett is!) az izmok elcsúszását okozza, amelynek jól látható jelei lehetnek például a testtartásban, továbbá abban, hogy mennyire bírja a terhelést az egyén. Ugyanakkor az is közismert tény, hogy a rendszeresen mozgóknak jobb egészségi állapotnak örvendenek, ellenállóbbak a különböző betegségeknek. Ezért is kell különös figyelmet fordítani a rendszeres testedzésre (Pikó & Keresztes, 2007; Taylor, 2018).

Meg kell különböztetnünk a rekreációs célból végzett testmozgást és versenysportot: a rekreációs mozgás célja a fittség, jó kondíció megtartása, a betegségek megelőzése, a versenysport keretében végzett mozgás célja azonban az, hogy a sportoló minél jobb teljesítményt érjen el az adott sportban, s ehhez napi több órányit edzi a testét (Fritz, 2009a). A továbbiakban a testmozgás, testedzés alatt a rekreációs célú mozgást értem, mivel a rendőri állomány számára ez az alapvető célja – valamint az éves fittségi felmérésen való megfelelés.

### **4.2.1. A testedzés gyakorisága és az azt befolyásoló tényezők**

A 2014-ben készült ELEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés) eredményei szerint hazánkban a felnőtt lakosság mintegy kétharmada (pontosan 66,5%) napi 10 percet sem töltött



sportolással. Emellett fontos kiemelni, hogy hazánk lakosságának 15%-a napi 10 percet sem gyalogol, ami pedig a legalacsonyabb intenzitású testmozgást jelentené. Magyarország felnőtt lakosságának 76%-a teljes mértékben elhanyagolja az izomerősítő, állóképességet fejlesztő gyakorlatok végzését. Összességében heti rendszerességgel végzett edzésről a felnőtt lakoságnak mindössze harmada (33,5%), míg a WHO ajánlásának megfelelő heti testmozgásmennyiségről (150 perc) összesen 12,4% számolt be (KSH, 2015).

5 év elteltével, 2019-ben ezek az arányszámok némileg változtak: a hazai felnőtt lakosság 59 %-a egyáltalán nem sportol, 13% napi 10 percet sem gyalogol. A WHO ajánlásainak megfelelő heti testmozgásmennyiségről számolt be a felnőtt lakosság mintegy 23%-a, izomerősítő gyakorlatokat tízből ketten végeznek (KSH, 2021a, 2021b).

A 2014 óta készült és az azt megelőző Európai, illetve Országos Lakossági Egészségfelmérés (a továbbiakban: ELEF és OLEF) adatok nem összehasonlíthatók, mert a 2014-ben készült felmérés már teljesen más módszertan alapján készült, más kérdésekkel a fókuszban (KSH, 2015, 2021a, 2021b).

Általános tendencia, hogy a felnőtt férfiak körében életkortól függetlenül gyakoribb a rendszeres mozgás, mint a nők körében, de az életkor előrehaladtával mind a nők, mind a férfiak körében csökken a mozgás gyakorisága (Boros, Németh, Vitrai, 2002; KSH 2010, 2021a, 2021b).

A testedzéssel kapcsolatos kutatásokból kitűnik: a mozgás meghosszabbítja az életet – éppen ezért fontos az élethosszig tartó mozgás, természetesen mindig az adott életkori sajátosságokhoz igazítva. A minimális mennyiségű mozgás, aminek már valóban van hatása, a hosszútávon (hónapokon, de még inkább éveken keresztül), hetente legalább háromszor végzett, alkalmanként minimum félórás, izzadást okozó sportolás (Honfi, 2009).

Manapság társadalmunkban a fitt, karcsú test a divatos. Az egyes társadalmi osztályok viszonya a testedzéshez és a divatos testképhez eltérő: a közép- és felső osztály tagjai körében erős a törekvés arra, hogy elérjék a vágyott alakot, emiatt nem sajnálják a ráfordítandó időt és pénzt, ezért az ő körükben a testedzésnek nagy a kultusza. A társadalom alsóbb rétegébe tartozóknak már jóval kevesebb a rendelkezésre álló szabadidejük és az anyagi lehetőségük (Lindström, Hanson, Östergren, 2001; Marks et al., 2005).

Øygard és Anderssen (1998) vizsgálata alapján az iskolai végzettség szintje is nagyban befolyásolja a testmozgás szintjét, de ez a hatás csak a nők körében érvényesül, a férfiaknál nem: a magasabb végzettségű nők többet törődnek alakjukkal, hogy minél inkább megfeleljenek a manapság divatos testképnek. Nem elhanyagolható az sem, hogy korunk idealisztikus testképe milyen negatív hatással van a nőkre: táplálkozási betegségekhez és

túlzásba vitt testedzéshez is vezethet (Pikó & Keresztes, 2007). Nemi különbségek az ELEF 2019-es mérése során is felmerültek, a kutatás szempontjából kiemelten érdekes 18-34 év közötti korosztály körében jóval magasabb a rendszeresen mozgó férfiak aránya (férfiak: 46,4% vs. nők: 34,2%) (KSH, 2021b)

Mindezek mellett arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy a rendvédelmi szervek esetében a vonatkozó rendelet értelmében bizonyos alkalmasságvizsgálati kategóriák esetében évente kötelező a fizikai fittségi felmérés keretében bizonyítani az edzettség megfelelő szintjét. Emellett a rendőrség végrehajtó állományával kapcsolatosan nem elhanyagolható az emberek azon elvárása, hogy megfelelő megjelenéssel bírjon a rendőr.

#### **4.2.2. A testedzés hatása az emberi szervezetre**

Az izomzat rendszeres működtetése, igénybevétele a mozgás által fontos változásokat eredményez a szervezetben: ezek a változások alakbeliek (morfológiai változások), élettaniak (fiziológiai) és biokémiaiak egyszerre, tehát több szinten hat. Ezen változások együttesét edzettségnek nevezzük (Fehérné Mérey, 1996).

A testmozgás hatására megnövekszik a testhőmérséklet, a pulzus és a szívfrekvencia. A rendszeres mozgás segíti a stresszhez való alkalmazkodást, mert növeli az adrenalin szintet, ami által *segíti a stresszel való megküzdést*. (Gill, 1994; Hiller, 1997; Plante & Rodin, 1990; Marks et al., 2005). Az *immunrendszerre* is hatással van a testedzés (Rigó, 2007; Ogonovszky & Toldy, 2009a).

A szívfrekvencia emelkedése mellett a *szív izomzata* vastagabbá, erősebbé válik, megnövekszik a mérete. Mindezek hatására több vért tud az *érhálózatba* juttatni. Megnövekszik a *tüdő* kapacitása is, így jobban átszellőzik, nagyobb mennyiségű oxigént képes felvenni, a vérkeringés fokozódása révén pedig az egész szervezet több oxigénhez juthat. Összességében a kardiovaszkuláris megbetegedések által okozott halálozások rizikóját is csökkenti (Fehérné Mérey, 1996; Kokkinos, Sheriff & Kheirbek, 2011).

A *mozgatórendszerben* is pozitív változások következnek be a mozgás hatására: a szalagok, inak, csontok, ízületek teherbírása megnövekszik, a testtartás javul. Az izmok megfelelő karbantartásában is nélkülözhetetlen a mozgás szerepe (Fritz, 2009a, 2009b).

A rendszeresen végzett testmozgás hatására a *koleszterinszint* csökken. A mozgás emellett hozzájárul az ideális testsúly megtartásához is. A distressz megelőzésében, illetve csökkentésében is fontos szereppel bír a testedzés (Fritz, 2009a).

Nem szabad megfeledkeznünk arról sem, hogy a testmozgás jótékony hatásai sokkal könnyebben érvényesülnek és maradnak tartósak, ha helyes táplálkozással társul: ekkor ugyanis könnyebben megtartható az ideális testsúly, oldódnak a testen lerakódott zsírpárnák, az izomzat gyarapodása esztétikusabb alkat kialakulását teszi lehetővé, valamint a bőr és a bőr alatti kötőszövetek vérellátása javul, ennek következtében pedig a bőr simább marad (Fritz, 2009a; Pikó & Keresztes, 2007).

Plante és Rodin (1990) összegyűjtötték a testmozgás *pszichológiai hatásait* is. A testmozgás hatására megemelkedik az endogén ópiátok kiválasztása, amely növeli az egyén jóllétérzetét. A rendszeres testedzés hatására a személyben erősödik az ügyesség, a kontroll és az önmagával való elégedettség – ez összefüggésben van azzal, hogy az izmok, a mozgatórendszer működése összerendezettebbé válik, a test megerősödik. A testedzés a meditáció valamint a biofeedback egy formája is: a meditációé, mivel egy sajátos, megváltozott, relaxáltabb tudatállapottal jár együtt; a biofeedbacké, mert a testedzés segít abban, hogy a személy megtanulja befolyásolni saját vegetatív szabályozását.

A mozgás remek kikapcsolódási lehetőség is a különböző kellemetlen kogníciók, érzések és viselkedési formák közepette eltöltött napjainkban. A testedzés közben létrejövő fizikális változások, mint a pulzus és légzésszám megnövekedése, az izzadás, majd a kimerültség erős hasonlóságot mutat a szorongás, illetve a stressz hatására megjelenő változásokkal, ugyanakkor nincs emocionális distressz. A distressz hiánya és a stressz tüneteinek sorozatos párosítása a pszichés funkciók javulását eredményezi. A rendszeres mozgás általában szociális megerősítéssel jár együtt: a személy hozzátartozói, ismerősei kifejezik elismerésüket, illetve akár példának is tekinthetik a rendszeresen mozgót saját maguk számára – ezek a folyamatok javíthatják a személy pszichológiai állapotát. A stresszel teli életesemények által okozott feszültségek levezetésében is nagyon hasznos lehet a testmozgás. Az olyan negatív hatású állapotokban, mint a szorongás vagy depresszió, a mozgás képes javítani a testi és szellemi állapotot. Ennek a háttérben a testmozgás hatására létrejövő endogén ópiát- és szerotoninszint-emelkedés állhat (Plante & Rodin, 1990; Ogonovszky & Toldy, 2009b; Honfi, 2009). A testmozgás biológiai és pszichológiai hatásai tehát szoros kapcsolatban állnak egymással: a pozitív változások mindkét területen kéz a kézben járnak.

#### **4.2.2.1. Testedzés és mentális egészség**

Napjainkban már ismert tény, hogy a mérsékelt fizikai aktivitás javítja a depresszióban szenvedők állapotát, hosszútávon csökkenti a visszaesés esélyét is, valamint a szorongás

mértékét is csökkenti (Scully, Kremer, Meade, Graham & Dudgeon, 1998; Faulkner & Taylor, 2009; Ströhle, 2009; Ogonovszky & Toldy, 2009b).

*A depresszióval kapcsolatban* az elmúlt évtizedekben szép számmal zajlottak vizsgálatok, többé-kevésbé sikeresen feltárták a háttérben álló fiziológiai szintű mechanizmusokat is. A mérsékelt aerob mozgások (pl. kocogás, tempós gyaloglás) azok, amelyek leginkább gyulladáscsökkentő és antidepresszáns hatásúak, míg a megerőltető testmozgás ezzel szemben nem előnyös a depressziósok számára (Ogonovszky & Toldy, 2009b; Helmich et al., 2010).

*A szorongásos zavarok* és a testmozgás kapcsolatát sok esetben egyes betegségekhez kapcsolódva vizsgálják, mint például az alvászavarok, a kardiovaszkuláris problémák, cukorbetegség, szklerózis multiplex és társaik. A vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a rendszeres testmozgás csökkenti a szorongás szintjét ezekben a betegségekben. A szorongásos zavarokat illetően már vegyesebb képet kaphatunk: a pánikbeteg esetében testmozgás hatására a szorongás szintje nőhet, illetve esetenként akár pánikroham is indukálódhat. Ugyanakkor azt is több kutatási eredmény támasztja alá, hogy a szorongásos zavarok (különböző fóbiák, PTSD) esetében a kognitív terápia és a testmozgás kombinációja hatékonyabb, mint a gyógyszeres kezelés (Ströhle, 2009).

#### **4.2.3. Teljesítményfokozók és táplálékkiegészítők használata**

A testedzés kapcsán nem hagyhatjuk figyelmen kívül annak kérdését, hogy az egyén használ-e bármilyen teljesítményfokozó, izomtömegnövelő vagy egyéb táplálékkiegészítőt az edzés hatékonyságát segítőként.

Mivel a manapság a média által közvetített, ideálisnak tartott testképek egyike – különösen a férfiak esetében – a kidolgozott, sportos izomzat (Forgács, 2008, 2010), ezért napjainkban a testedzés egyik legközkedveltebb színterévé váltak a konditermek, amelyek sajátos szubkultúrának is számítanak. Ha valaki belecsöppen ebbe a világba, az jó eséllyel kapcsolatba kerülhet a különböző teljesítményfokozó és táplálékkiegészítő szerekkel is (Jacsó, 2015). Ezek hatására az izomzat szinte felfúvódhat, vagyis rövid idő alatt jelentősen nagyobb és látványosabb izomtérfogat-növekedést lehet elérni, mintha csak egyszerűen edzést végezne a személy. Ugyanakkor nem feledkezhetünk meg arról, hogy ezen szerek használata a modernkori testképzavarok több fajtájának jövőbeni megjelenésével is összefüggésben állhat (Strother, Lemberg, Stanford & Turberville, 2012; Jacsó, 2015), mint például az 1993-ban Pope és munkatársai által leírt izomdisztrófiás zavar (Pope, Katz & Hudson, 1993, idézi Túry,

Babusa, Dukay-Szabó & Varga, 2010 és Babusa, 2013), illetve a 2000-ben Gruber és Pope által leírt testépítő típusú evészavar (Gruber & Pope, 2000, idézi Túry et al., 2010).

Az *izomdiszmorfiás zavar* elsősorban testéptő férfiak körében leírt zavar, az egyén gondolatait az tölti ki, hogy teste véleménye szerint – függetlenül a valós képtől – nem eléggé izmos és szikár, ezért mindent megtesz, hogy elérje a vágyott állapotot (Túry et al., 2010; Strother et al., 2012; Babusa, 2013; Jacsó, 2015). A *testépítő típusú evészavar* – melyet testépítést végző nők körében figyeltek meg – esetén testzsír-fóbia van jelen, vagyis az egyén szeretne megszabadulni az utolsó grammig a testében található zsírszövetektől, emellett az izomtömeg növelésére törekszik (Túry et al., 2010; Menczel, 2017). Férfiak körében a testképzavarok összefoglaló elnevezése Adonisz-komplexus, amely magában foglalja a sportos, izmos test ideálképének elérésének vágyát, a túlsúly elleni küzdelmet, valamint a fitness- és szépségipar által nyújtott lehetőségek növekvő használatát (Pope, Phillips & Olivardia 2000; Túry et al., 2010; Strother et al., 2012).

A kérdéskör kutatásba történő bevonása a saját személyes tapasztalataim nyomán történt, ugyanis a vizsgált célcsoporttal végzett munkám során több esetben és hamar megtapasztaltam, hogy a rendőrtanulók körében meglehetősen elterjedt ezen szerek használata: valós erőnléti állapotuk nem igazán tükrözi azt, amit szemmel látható és egészségtelenül rövid idő alatt kifejlődött izmaiktól elvárnánk. Mindemellett gyakran – alapvetően informális keretek közt – beismerték, hogy mindenféle „porokat” szednek, mert az edzőteremben ezt látták, s társaik ezt ajánlották nekik, de a tudatos használók, akik tisztában is voltak ezen szerek alkalmazási szabályaival, illetve hogy mire kell figyelniük, jóval kevesebben voltak.

### **4.3. Dohányzás**

A dohányzás egészségkárosító hatását csak a XX. század közepén ismerték fel, egészen addig az idegesség, stressz és egyéb panaszok jó gyógymódjának tartották (Marks et al., 2005; Szigeti, 2006; Taylor, 2018).

A dohányosok élettartama 10-15 évvel rövidebb a nemdohányzókéhoz képest, de a passzív dohányosok körében is számos betegségnek nagyobb a rizikója, mint a nemdohányzók esetében, akik nemdohányzó közegben élnek. A dohányzás komoly függőséggel járó, tanult viselkedésforma – az addikciót a dohányban található nikotin okozza, emiatt olyan nehéz a leszokás a komoly dohányosoknak (Urbán, 2007a).

#### **4.3.1. A dohányzás gyakorisága és az ezt befolyásoló tényezők**

A világ számos országában évi gyakorisággal mérik fel, hogy a lakosság hány százaléka dohányzik. Hazánkban nem éves gyakorisággal ugyan, de az elmúlt 20 évben számos alkalommal folytak reprezentatív felmérések, amelyek életmódra vagy egészségi állapotra vonatkozó kérdéseket is tartalmaztak, így a dohányzási szokásokra is rákérdeztek. A dohányzás napjainkban alapvetően nem számít titkolnivalónak (szemben például az alkohol- vagy a drogproblémákkal), így erről különösebb torzítás nélkül beszámolnak a kutatásokban az emberek (Urbán, 2007b). Ugyanakkor személyes tapasztalataim alapján a tiszthelyettes képzésbe való bekerüléskor a vélt elvárásoknak való megfelelés érdekében sokkal nehezebb elérni ezen a téren is az őszinte válaszadást, nem csak az alkoholfogyasztási szokásokkal kapcsolatosan.

A nyugati kultúrákban a dohányzók száma fokozatos, de egyre inkább lassuló csökkenést mutat, míg a nem nyugati kultúrákba – a nyugati kultúra térhódításának következményeként – folyamatosan növekszik a dohányosok száma. A dohányzók számának fokozatos csökkenésének hátterében az állhat, hogy a dohányzás káros hatásainak megismertetése a nagyközönséggel segítette az alkalmi, illetve nem erős dohányosok leszokását, s ezzel párhuzamosan már a dohányosok egyre nagyobb hányadát az erős dohányosok teszik ki (Urbán, 2007b, 2008).

Hazánkban a 2014-es adatok szerint lakosság körülbelül negyede dohányzik – több évre visszamenőleg áttekintve a kutatási eredményeket 29-36% közötti eredményeket kaptak, míg 2019-ben 27%-os értéket. A férfiak között több a dohányzó (35,3-40,6%), mint a nők (23,6-31,7%) körében (Tombor et al., 2010, KSH, 2010; KSH, 2015), habár ez mára már csak a középkorúak körében érvényes (KSH, 2021a, 2021c).

A rendszeres, napi szintű dohányzás esetében fontos mérőszám a naponta elszívott cigaretta mennyisége: még ha a dohányosok aránya nem is változott különösebben, az elszívott cigaretta mennyisége terén már jelentős csökkenés mutatkozott az évek során. Bár az erős dohányosok (azaz napi több, mint 20 szál cigarettát elszívók) arányának tekintetében már javulnak hazánk eredményei, nemzetközi viszonylatban azonban változatlanul azt mondhatjuk, hogy még mindig magas a dohányosok aránya közöttünk (Urbán, 2008; KSH, 2021a, 2021c).

A dohányosok arányát illetően a korcsoportonkénti eloszlások is érdekes eredményeket mutatnak: a kutatások adatai alapján elmondhatjuk, hogy mind a férfiak, mind a nők esetében a fiatalok között legmagasabb a dohányzók aránya, míg a legalacsonyabb az idősök körében (Boros et al., 2002; Urbán & Marián, 2003; KSH, 2010; Tombor et al., 2010; KSH, 2015; KSH, 2021a).

### 4.3.2. A nikotin hatása az emberi szervezetre

A nikotin hatása a *dopaminerg rendszerre* a legjelentősebb: ezek azok a területek az agyban, amelyek a jutalmazásért és motivációért felelnek, s stimulálásuk hatására az állatok és emberek egyaránt képesek megtanulni a számukra kellemes hatású szerek önadagolását (Balfour & Ridley, 2000; Urbán, 2007a és 2007b; Döme, Lazary, Kalapos & Rihmer, 2010).

A nikotin a dopamin mellett más neurotranszmitterekre is közvetlenül vagy közvetetten hatással van, a *szerootonin* a legjelentősebb ezek közül. A szerotonerg rendszerek például az alvásban és a hangulati zavarokban is szerepet játszanak: az alacsonyabb szerotoninszint a depresszióban is fontos szerepet tölt be (Balfour & Ridley, 2000; Urbán, 2007a, 2007b).

A dohányzás a fizikai és mentális egészségre is jelentős hatással bír. Jónéhány betegség esetében jelentősen növeli a betegség kialakulásának kockázatát a dohányzás (és daganatos betegségek, egyéb krónikus tüdőbetegségek, stb.), illetve több pszichés problémával mutat komorbiditást, mint például a depresszió, szorongásos zavarok, öngyilkosság (Rigó, 2007; Urbán, 2007b).

Az addikció mindhárom fő jellemzője (sóvárgás, az önkontroll hiánya, pszichikai elvonási tünetek) jelen van a dohányosoknál, így egyértelműen *addiktív hatású*. A dohányzásról való leszokás éppen ezért nem pusztán akaraterő kérdése, a legtöbb ember számára szükséges hozzá a professzionális segítség: önszegítő csoportok, a szakember (pszichológus) közreműködése, a gyógyszeres támogatás. A leszokás a nyilvánvaló előnyök (például a cigarettára költött pénzt másra költhető) mellett az egészségre is jótékonyan hat (Katona, 2007; Urbán, 2007b).

A nikotinfüggés kialakulásában a fentebb már ismertetett biológiai mechanizmusok mellett számos pszichológiai tényező is szerepet játszik: az énhatékonyság, a copingmechanizmusok, a nikotin pozitív és negatív megerősítő hatásai, a nikotin akut hatásai, a nikotinszenzitivitás, az elvárások a nikotinbevitel hatásaival kapcsolatban, a nikotin szorongáscsökkentő hatásának megtapasztalása stresszhelyzetben, a nikotin kognitív teljesítményre gyakorolt hatása, valamint egyes személyiségvonások. Ezek a pszichológiai tényezők a nikotin akut hatásait kivéve egy közös elméleti keretbe illeszthetők, méghozzá a Bandura által megfogalmazott társas-kognitív elméletbe, mely szerint az ember viselkedése a viselkedéses, környezeti és személyes tényezők dinamikus kölcsönhatásának eredménye (Urbán 2007a, 2007b).

A *coping- vagyis a megküzdési mechanizmusok* a stresszel való megküzdésben segítenek nekünk. A dohányosok körében a dohányzás copingmechanizmusként szolgálhat a hétköznapi élet stresszteli eseményeivel szemben (Revell, Warburton & Wesnes, 1985). A vizsgálati

eredmények szerint a serdülők körében egyértelműen bizonyított, hogy a stressz a dohányzás rizikófaktora, de a felnőttek körében már nem ennyire egyértelműek az eredmények: egyes kutatások szerint a hétköznapiakban a növekvő stressz hatására megnövekszik az elszívott cigaretták száma, különösen a férfiak körében (Todd, 2004; Urbán, 2007b).

A dohányosok véleménye szerint ***a nikotin szorongáscsökkentő hatással bír a stresszes helyzetekben***. Kassel és Shiffman (1997) véleménye szerint a dohányzás önmagában nem szorongáscsökkentő, de lehetőséget nyújt arra, hogy elterelje a személy figyelmét a stresszt kiváltó negatív aggodalmakról és a szorongáskeltő ingerekről. Kassel és Unrod (2000) vizsgálata azt is bizonyította, hogy a dohányzás szorongáscsökkentő hatása a nikotinbeviteltől függ, és a magasabb személyiségszorongással jellemezhetőknél nagyobb mértékű a szorongás csökkenése a dohányzás hatására.

### **4.3.3. Dohányzás és egészség**

#### **4.3.3.1. Dohányzás és fizikai egészség**

A dohányzásról már közismert tény – amelyet konzisztens eredmények is alátámasztanak –, hogy rizikótényező számos különböző szervrendszert érintő betegség kialakulásában. A passzív dohányosokra is negatívan hat a rendszeresen belélegzett dohányfüst.

A dohányzás rákkeltő hatása dózisfüggő, tehát számít, hogy hány éve dohányzik a személy, hány cigarettát szív el naponta, a cigaretta erőssége, a dohányzás kezdetének időpontja, milyen mélyen szívja le a füstöt és mennyi ideig tartja benn, s ha már leszokott, akkor azt milyen régen tette. (Kovács & Schoket, 2006).

A dohányzás a következő betegségek kialakulásában van jelen rizikófaktorként:

- ***daganatos megbetegedések*** (Johnson, 2001; Kovács & Schoket, 2006).
- ***krónikus légzőszervi megbetegedések*** (Horváth, 2006).
- ***anyagcsere zavarak*** (Halmos, 2006)
- ***kardiovaszkuláris megbetegedések*** (Ockene & Miller, 1997; Tracy et al., 1997; Ezzati, Henley, Thun & Lopez, 2005; Halmos, 2006)
- ***gasztrointesztinális rendszer nem daganatos krónikus megbetegedései*** (G. Kovács, 2006)
- ***egyéb betegségek***: szembetegségek (Cekic, 1998; G. Kovács, 2006); endokrin rendszer, például a hipofízis, a pajzsmirigy, a mellékpajzsmirigy, mellékvese, herék és petefészkek (termékenység) működését rontja; bőrelváltozások (Kapoor & Jones, 2005; G. Kovács, 2006)



#### **4.3.3.2. Dohányzás és mentális egészség**

Napjainkban már kutatási adatok támasztják alá, hogy a mentális zavarokkal küzdők körében magasabb a dohányzás, mint az ilyen problémákkal nem rendelkezők között. A mentális problémákkal küzdők körében a leszokásnak is kisebb az esélye, mint a mentálisan egészséges dohányzóknál. A dohányzás gyakran jár együtt a depresszióval, a szorongásos zavarokkal, az önértékelési problémákkal, az öngyilkossággal, valamint a figyelemhiányos hiperaktivitási zavarral (ADHD-val) (Breslau, 1995; Lopes et al., 2002; Williams & Ziedonis, 2004; Urbán, 2007b; Döme et al., 2010).

A kutatások eredményei alapján a dohányosok magasabb depressziópontszámmal jellemezhetők a nemdohányzókhöz viszonyítva, ugyanakkor ez a magasabb pontszám nem jelenti azt, hogy elérik a diagnosztikus küszöbértéket. Az ok-okozati viszony a dohányzás és a depresszió esetében mai napig nem tisztázott, de már több elméletet is megfogalmaztak ezzel kapcsolatosan a kutatók (Kendler et al., 1993, Urbán, 2007b; Döme et al., 2010).

Sok kutatás folyt az elmúlt 10-15 évben azzal kapcsolatban is, hogy a **dohányzásról való leszokás milyen kapcsolatban áll a depresszióval**. A kutatási eredmények ellentmondásosak azt illetően, hogy a depresszió van-e szerepe a dohányzás fenntartásában, vagy sem, de a többség azt mutatja, hogy nincs kapcsolat, így például a Hitsman és társai által készített metaanalízis szerint a rövid és hosszú távú absztinencia egyaránt független a depressziós előtörténettől (Hitsman, Borrelli, McChargue, Spring & Niaura, 2003; Urbán, 2007b; Döme et al., 2010). A visszaesést illetően viszont egyértelmű a depresszió szerepe: a depressziós előtörténet és az aktuálisan depresszív tüneteket mutató leszokott dohányosok körében nagyobb arányú a visszaesés, főként azok körében, akik a leszokás előtt erős dohányosok voltak (Kinnunen, Doherty, Militello & Garvey, 1996; Kahler, et al., 2002; Piasecki, 2006; Piper et al., 2010). Ezeknek az eredményeknek köszönhető, hogy felfedezték az antidepresszánsok szerepét a leszokás folyamatában, s napjainkban már a szakemberek által támogatott leszokás részévé vált (Piasecki, 2006; Urbán, 2007b).

Mint arról már korábban volt szó, a dohányosok gyakran alkalmazzák a nikotinbevitelt a szorongás csökkentésére. Emellett a szorongásos zavarok terén vizsgálták a dohányzás kapcsolatát a pánikbetegséggel, az általános szorongással, a szociális fóbiával, agorafóbiával, poszttraumás stressz-zavarral és kényszerbetegségekkel is – mindegyik esetében találtak is kapcsolatot, de ezek a kapcsolatok eltérőek az erősség tekintetében. Ami viszont mindegyikben közös, az az, hogy a dohányzás rizikófaktor minden szorongásos betegség kialakulásában

(Breslau, 1995; Lopes et al., 2002; Zvolensky, Feldner, Leen-Feldner & McLeish, 2005; Urbán, 2007b).

#### 4.4. Alkoholfogyasztás

Az alkohol fogyasztásával kapcsolatos problémáknak napjainkban igen széles köre ismert a fiatalok rendszeres nagyivásától a súlyos alkoholizmusig. Azt azonban nem szabad elfelejtenünk, hogy a világon mindenütt az alkoholfogyasztásnak kulturális gyökerei vannak, különösen Európában. Napjaink szemléletében bizonyos fokú kettősség figyelhető meg: az alkoholhoz értőn forduló, azzal jól és csínján bánó embert jó ízlésűnek tartják, míg a mértéktelen alkoholfogyasztó és alkoholfüggő személyeket gyakran lenézik (Kelemen, 1994; Marks et al., 2005; Elekes, 2009; Taylor, 2018).

Azt azonban nem feledhetjük el, hogy az **alkohol** – a nikotin mellett – napjaink **legális addiktív szere**: tulajdonképpen bárki hozzájuthat, és fogyasztásával kapcsolatban társadalmunk is megengedőbb, mint a nem legális drogokkal szemben, hiába tudjuk, milyen komoly következményei vannak a túlzásba vitt fogyasztásának. Arról sem szabad megfeledkeznünk, hogy az alkohol mértékletes fogyasztása egészségvédő hatású (Marks et al., 2005; Taylor, 2018).

##### 4.4.1. Az alkoholfogyasztás gyakorisága és az azt befolyásoló tényezők

Az alkoholfogyasztás gyakoriságának vizsgálatát az ezzel kapcsolatos fogalmakkal célszerű kezdeni: beszélünk *alkoholfüggőkről*, ők azok, akiknél az alkohol megvonása elvonási tüneteket idéz elő. A felmérésekben a nagyivó, mértéktelen ivó, alkoholt ritkán fogyasztók és egyáltalán nem fogyasztók csoportjait szokták vizsgálni. Ezekben a felmérésekben az alkoholt egységekben mérik, egy egység ital 1 doboz/korsó 5% alkoholtartalmú sörnek vagy 1,5 dl 12% alkoholtartalmú bornak vagy 4 cl 40% alkoholtartalmú tömény italnak felel meg (Boros et al., 2002).

*Nagyivónak* tekintik a kutatások szempontjából azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző egy hétben 7 egység, vagy annál több alkoholt fogyasztottak, illetve azokat a férfiakat, akik 14, vagy annál több egység alkoholt fogyasztottak el. Mivel hazánkban is elég gyakori jelenség a „binge drink”, azaz az egy alkalommal történő nagy mennyiségű alkohol elfogyasztása, ezért az egy napra számítva 3 egységnyi alkoholt elfogyasztó nőket és 5 egység alkoholt elfogyasztó férfiakat is nagyivóknak tekintik. *Mérsékelt alkoholfogyasztónak* tekintik a felmérések során azokat a személyeket, akik a kérdezés előtti hét folyamán fogyasztottak alkoholt, de kevesebbet,

mint a nagyívó kategóriába tartozók. *Az alkoholt ritkán fogyasztók* csoportjába azok tartoznak, akik a megkérdezés előtti héten közvetlenül nem, de korábban fogyasztottak alkoholt, s végül *alkoholt nem fogyasztóknak* tekintik azokat, akik egyáltalán nem isznak alkoholt (Boros et al., 2002).

Hazánkban a 2014-es ELEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés, 2014) eredményei alapján a 15 év feletti felnőtt lakosság alkoholfogyasztását illetően a következők voltak elmondhatók: a magyar lakosság 5,4%-a számít nagyívónak (jelentős nemi különbségek vannak: a férfiak körében sokkal gyakoribb a nagyívás – 9,9% –, mint a nőknél – 1,4%). A magyar nők közel fele (40%), míg a férfiak majdnem ötöde (18,3%) egyáltalán nem fogyaszt alkoholt. Az alkoholt ritkán fogyasztók jelentik a hazai lakosság jelentős részét (nők: 49,3%, férfiak 43,3%), mérsékelt alkoholfogyasztás a lakosság 18,3%-ára jellemző (KSH, 2015, valamint Majoros Marcella személyes közlése). A 2019-es ELEF eredményei szerint a nagyívók és alkoholt egyáltalán nem fogyasztók aránya nem változott a 2014-es eredményekhez képest, s összességében a többi mutató is nagyon hasonlóan alakult ezen a területen (KSH, 2021a, 2021d).

A 2009-es ELEF adataihoz viszonyítva azt mondhatjuk, hogy 2014-re a nagyívók és mértékletes alkoholfogyasztók száma növekedett, az alkoholt soha nem fogyasztók száma csökkent, az alkoholt ritkán fogyasztók számát tekintve pedig szintén növekedést láthatunk.

A szocioökonómiai jellemzők (jövedelem, iskolázottság, foglalkozás) mentén az alkoholfogyasztás módjában találhatunk különbségeket: problémás ivás és nagyívás szempontjából veszélyeztetett csoportnak számítanak a fiatal egyedülálló férfiak és nők, akik egyedül vagy szüleikkel élnek, a pályakezdő fiatal egyedülállók, a középkorú egyedül élők, illetve magánéleti kudarcon átesettek – ezek az emberek zömében problémamegoldási célból isznak. A társas kapcsolatokkal való elégedettség azonban védőfaktor minden szempontból (Elekes, 2009).

#### **4.4.2. Az alkohol hatása az emberi szervezetre**

Az alkohol a nyugtatók (depresszánsok) csoportjába tartozó pszichoaktív szer, tehát az agyba bejutva több agyi központban, több különböző transzmitterrendszerben fejt ki sokféle hatást. Az alkohol víz- és zsírolédékony is, ennek köszönhetően a szervezetben bárhova eljuthat, s befolyásolja a fehérjék, zsírok és szénhidrátok anyagcseréjét, valamint a vitaminok forgalmát a szervezetben (Márkus, 2006; Lajtai, 2007).

Elkülöníthetünk akut hatást és a krónikus használat testi-lelki következményeit. Akut hatásról beszélünk, amikor az alkohol a szervezetben van – ennek erőssége a bevitt alkoholmennyiségtől függ. A krónikus használat hatására különböző belgyógyászati, neurológiai betegségek alakulhatnak ki – szinte az összes szervrendszerre káros hatással van (Márkus, 2006).

Az alkohol hatását az emberre **egészségpszichológiai szemszögből** aszerint is csoportosíthatjuk, hogy a bevitt alkoholmennyiség milyen, a személyre önmagára és másokra veszélyes állapotot okozhat (ld. 3. táblázat). A két legjelentősebb probléma ebből a szempontból a balesetek okozása, és a pszichoszociális problémák (Marks et al., 2005).

4. táblázat: Az alkoholfogyasztás következményei egészségpszichológiai szemszögből

Nagy mennyiségű alkohol bevitele		Alkoholfogyasztás a terhesség idején
egy alkalommal	rendszeresen	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vezetési, ipari és háztartási balesetek (esések, tűz, fulladás)</li> <li>▪ házastársi erőszak, ill. az erőszak más formái</li> <li>▪ elkövetőként vagy áldozatként</li> <li>▪ kockázatos szexuális magatartással összefüggő következmények (nemi úton terjedő betegségek, nem kívánt terhesség, HIV-fertőzés)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ májcirrózis és heveny hasnyálmirigy-gyulladás, ill. ezek következtében halál</li> <li>▪ irreverzibilis neurológiai elváltozások</li> <li>▪ kardiovaszkuláris megbetegedések és egyes rákfajták megnövekedett rizikója</li> <li>▪ alkoholfüggőség okozta szociális és anyagi problémák</li> <li>▪ a már korábban fennálló nehézségek fokozódása (pl. családi problémák, depresszió)</li> <li>▪ munkahely elvesztése, csökkent karrierlehetőségek és -kilátások</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ magzati alkoholszindróma</li> <li>▪ spontán abortusz</li> <li>▪ alacsony születési súly</li> </ul>

*Forrás:* Marks et al. (2005) alapján a szerző szerkesztése

Az alkoholos befolyásoltság gyakran vezet öngyilkossághoz, gyilkossághoz és más erőszakos cselekedetekhez – az ittas személy elkövető és áldozat egyaránt lehet. Mivel közismert, hogy az erőszakos cselekedetek jelentős hányadában a tettes és áldozata közeli hozzátartozók vagy ismerősök (Marks et al., 2005), emellett kutatási eredmények támasztják alá, hogy az alkoholproblémák sok esetben járnak együtt mentális vagy személyiségzavarokkal is (Morgenstern, Langenbucher, Labouvie & Miller, 1997; Miller & Brown, 1997; Marks et al., 2005).

### **4.4.3. Alkohol fogyasztás és egészség**

#### **4.4.3.1. Alkohol fogyasztás és fizikai egészség**

Az alkoholfogyasztás akut hatásait tekintve elmondható, hogy az alkohol (etil-alkohol vagy etanol) a szervezetből való kiürülése előtt lebomlik. Amennyiben ez a folyamat nem teljes, mérgezőes tünetek (fejfájás, hányinger, rosszullét, szapora légzés és szívműködés) jelentkezhetnek (Blázovics, 1999, Lajtai, 2007).

A krónikus fogyasztásnak szinte az összes szervrendszerre is komoly károsító hatása van. Súlyos alkoholizmus jónéhány neurológiai kórkép kialakulásának oka, ilyen például a Wernicke- és a Korszakov-szindróma vagy a kisagyi atrófia. A máj különböző szintű károsodásai (szteatózis, zsírmáj hepatitis, cirrózis) – amely a legsúlyosabb esetben akár halálhoz is vezethet –, szintén nagyon jellemzőek az alkoholproblémákkal küzdők körében. A túlzott alkoholfogyasztás számos daganatos betegség kialakulásában is rizikófaktor, pl. szájüregi daganatok, gégerák (Veér, Nádori & Eröss, 2000; Hegedüs, 2006; Márkus, 2006; Környey & Kassai-Farkas, 2009).

Ezek mellett számos más megbetegedésben szerepe van az alkoholnak: gasztrointesztinális rendszer betegségei, vérképző rendszert érintő problémák, muszkoszkeletális rendszer egyes problémái, anyagcserezavarok, reprodukciót érintő problémák, kardiovaszkuláris rendszert érintő betegségek (Therapondos, Delahooke & Hayes, 1999). Az alkohol krónikus fogyasztásának hatására a fertőzések száma és esélye megnő, általános immunszupresszió figyelhető meg (Rigó, 2007).

#### **4.4.3.2. Alkohol fogyasztás és mentális egészség**

A rendszeres nagyivásból több pszichés probléma származhat, mint például az álmatlanság, depresszió, szorongás, öngyilkossági kísérlet és öngyilkosság, személyiségzavarok, amnézia, hallucinációk. Ezen problémák jelentős része nem pusztán a rendszeres nagyivás esetében áll fenn, hanem esetlegesen már kisebb mennyiség elfogyasztása után is megjelenhet (Veér et al., 2000).

Az alkoholproblémák és *affektív zavarok* gyakran járnak együtt. Ezek közül is az egyik vezető a **depresszió**: az adatok szerint 2-4-szer gyakrabban alakul ki a depresszió alkoholproblémák fennállása esetén, illetve ugyanez igaz alkoholprobléma fennállása esetén a depresszióra. Fontos a depresszióhoz kapcsolódóan megemlíteni a bipoláris zavart is, ennek a mániás szakaszában a felfokozott életvitel átmeneti alkoholproblémákkal is társulhat (Shivani et al., 2002; Mátyássy & Szűcs, 2005; Osváth, 2006).

Az alkoholfogyasztás motivációi között szerepel a szorongáscsökkentés. Ugyanakkor a szorongáscsökkentő hatás nem érvényesül mindenkinél: vannak, akik az alkohol hatására válnak szorongóvá. A szociális fóbia és az agorafóbia mutatja a legerősebb kapcsolatot az alkoholproblémákkal, de nem hanyagolható el a pánikbetegséggel és a poszttraumás stresszbetegséggel (PTSD) való kapcsolata sem. A PTSD esetében az okozhat főként problémát, hogy az alkoholemegvonás felszínre hozhatja a PTSD tüneteit, ami rontja a betegségből való felépülés esélyeit (Shivani, Goldsmith & Anthenelli, 2002; Mátyássy & Szűcs, 2005; Környey & Kassai-Farkas, 2009).

#### **4.5. A rendőrök egészségmagatartása**

A rendőrök egészségmagatartási szokásaihoz kapcsolódó kutatások az esetek jelentős hányadában csak néhány területet fednek le, s általában valamilyen más pszichológiai kérdéskörhöz kapcsolódnak.

A rendőri állomány körében az alkoholfogyasztási szokások és a dohányzási szokások meglehetősen gyakran vizsgált jelenségnek számítanak – általában a stresszel, vagy egyéb betegségekkel kapcsolatosan –, ugyanakkor a testedzéssel kapcsolatos szokásaikról ez már nem mondható el. Ennek hátterében valószínűleg a rendőrökkel kapcsolatban a társadalom körében támasztott megfelelő edzettséggel kapcsolatos elvárások állnak. A nemzetközi eredmények értelmében a rendőrök körében a stressz magasabb szintje gyakoribb alkoholfogyasztással (Smith, Devine, Leggat & Ishitake, 2005; Violanti et al., 2011), férfi rendőrök körében dohányzás intenzitását növelő hatással (Smith et al., 2005, McCarty et al., 2007) jár együtt. A rendőrök fizikai edzettségének fontosságáról meglehetősen kevés kutatás szól, ilyen például Bissett, Bissett és Snell vizsgálata (2012).

A testedzés, fizikai aktivitás szempontjából arra utaló eredményekkel rendelkezünk, hogy a rendszeres mozgás hiánya a stressz rizikófaktora lehet a rendőrök körében (Deschamps, Paganon-Badinier, Marchand & Merle, 2003; Seok, Cho, Jeon & Ahn, 2015).

Hazai viszonylatban nem rendelkezünk hivatalos adatokkal arra vonatkozóan, hogy hogyan alakulnak ezek a szokások a rendőri állomány körében a magyar társadalomban tapasztalt átlagértékekhez képest, de egy-egy rendőri szerv, vagy annak részegysége körében már folytak vizsgálatok erre nézve (Cséplő, Balla & Tigyiné Pusztai, 2017; Mácsár, Bognár & Plachy, 2017), illetve az elmúlt időszakban a tisztképzésben részt vevők körében is készült felmérés a szerhasználati szokásik kapcsán, melyben a dohányzás és az alkoholfogyasztás is szerepet kapott (Erdős, 2022a, 2022b, 2022c)

## 5. A rendőrök mentális egészsége

A stressz és kiégés témakörök kapcsán vizsgálódva nem szabad megfeledkeznünk bizonyos mentális egészséggel kapcsolatos mutatókról sem: a stressz kapcsolata a szorongással és a megküzdéssel, valamint a kiégés kapcsolata a depresszióval megkerülhetetlen ebben a témakörben.

A *rendőrök szorongásszintjére* vonatkozó vizsgálatok eredményei szerint a különböző traumatikus események hatásaként nem csupán a depresszív tünetek, hanem a szorongás is fokozódhat (Bowler et al., 2016). Emellett a rendőrök általában az átlagpopulációhoz képest mind a felvételikor (Ghazinour, Lauritz, Du Preez, Cassimjee & Richter, 2010), mind később alacsonyabb szorongásszinttel jellemezhetők (Storch & Panzella, 1996), bár egyes kutatási eredmények szerint a férfi rendőrök magasabb vonásszintű szorongással jellemezhetők (Acquardo Maran, Varetto, Zedda & Ieraci, 2015).

A *depresszió kapcsán* számos kutatási eredmény utal annak együtt járására a stresszel (Gershon, Lin & Li, 2002; Berg et al., 2006; Wang et al., 2010), a rosszabb alvásminőséggel (Slaven et al., 2011), illetve a traumatikus eseményekkel való találkozás növeli az előfordulásának esélyét a rendőrök körében (Wang et al. 2010, Plieger, Melchers, Montag, Meermann & Reuter, 2015; Bowler et al., 2016).

A rendőrök mentális egészsége kapcsán a *megküzdési mechanizmusok* kérdéskörét érdemes még kiemelni. Az elméletalkotók jelentős része a stresszt az egyén és környezet interakciójának eredményeként írja le, amely szemléletmód a stressz interakcióalapú modelljeinek megfogalmazásához vezetett. Ezen elméleteknek szerves részét képezi az az elgondolás, hogy ebben az interakcióban fontos szerepet játszik a stresszel való megküzdés, más néven coping. Ezen megküzdési elméletek közül az egyik legjelentősebb a jelen értekezésben bemutatásra kerülő vizsgálatban is használt, Lazarus és Folkman által megfogalmazott szemléletmód (Marks et al., 2005).

A megküzdés vagy coping széles körben elfogadott, s leggyakrabban idézett meghatározása szintén Lazarus nevéhez fűződik, miszerint „Megküzdésnek tekinthető minden olyan kognitív vagy viselkedéses erőfeszítés, amellyel az egyén azokat a külső vagy belső hatásokat próbálja kezelni, amelyeket úgy értékel, hogy azok felülmúlják vagy felemésztenek aktuális személyes forrásait.” (Lazarus, 1966, id. Tiringier, 2007, p. 179). A megküzdés ezek alapján tehát egy dinamikus folyamat, nem a személyiség állandó tulajdonsága (Lazarus & Folkman, 1984).

A megküzdés ezen megközelítése megkülönböztet probléma- és érzelemfókuszú megküzdést, amely szerint a problémafókuszú megküzdés azon helyzetekben előnyös, ha a személy és környezet kapcsolatán lehet változtatni, míg az érzelemközpontú stratégiák alkalmazása esetén azon a módon változtatunk, ahogyan figyeljük vagy értelmezzük azt, ami végbemegy (Tiringer, 2007).

Több olyan kutatás is található, amelyek összekapcsolják a depresszió és a coping-mechanizmusok területeit egymással, így például Allison és munkatársai (2019) kutatása, amelyben a stresszel való megküzdés aktív stratégiái, valamint a hardiness erősebb szintje befolyásolja a munkahelyi stressz hatását a rendvédelemben dolgozók körében, s ezáltal a depresszív tüneteket is csökkenteni képesek.

## **6. A stressz, az egészségmagatartás, a kiégés és a mentális egészség kapcsolódási pontjai**

A munkahelyi stressz, egészségmagatartási szokások, mentális egészség és kiégés kapcsolatának átfogó vizsgálata eddig nem képezte kutatások tárgyát, ugyanakkor az egyes összetevők kapcsolatáról, összefüggésiről több információval is rendelkezünk.

Mindezek fényében tudjuk, hogy a munkahelyi stressz tartós fennállása mind a testi, mind a lelki egészségre hatással van – ezt már Karasek Megterhelés-Kontroll-Támogatás modellje is magában foglalja –, növelheti egyes egészségkárosító viselkedések megjelenését, illetve kiégéshez vezethet. Mindez nem meglepő, ha végiggondoljuk, milyen hatással van munkahelyi stressz az emberre (ld. 1. táblázat, 14. oldal): fizikai (pl. szív-érrendszeri megbetegedések), viselkedéses (alkoholfogyasztás, dohányzás, egyéb szerhasználat), lelki (depresszió, szorongás, fásultság) és gondolkodási (összpontosítási problémák) síkon egyaránt jelen van a hatása (Marks et al., 2005; Lovelace, Manz & Alves, 2007; Szabó, 2009; Taylor, 2018).

Mark H. Anshel 2000-ben megjelent tanulmánya kifejezetten a *stresszel való megküzdés* szempontjából veszi górcső alá, hogy mit tudunk a rendőri stresszről. Hangsúlyozza, hogy a nem megfelelő stresszmegküzdési mechanizmusok komoly következményekkel járhatnak: a stressz krónikussá válása mellett a kiégés, egészségügyi kockázatok – többek közt egyes egészségmagatartási szokások negatív irányú változásai – megnövekedése is lehetséges kockázati tényező.

Queirós és munkatársai (2020) kutatása a *munkahelyi stressz, kiégés és megküzdés* kapcsolatát vizsgálta, s eredményeik alakulását illetően elmondható, hogy a habár a kiégés és a



megküzdés értékei közepes-magas szintet mutattak, a vizsgálati minta igen magas hányada számolt be magas munkahelyi stresszről (feladathoz kapcsolódóan 88,4 %, szervezethez kapcsolódóan 87,2%). A kiégés szempontjából 10,9% jelzett kritikus és 23,7% magas értéket. Emellett a vizsgálatban részt vevők 53,8%-a alacsony rezilienciával rendelkezett, míg a problémafókuszú megküzdés magasabb volt, mint az emóciófókuszú megküzdés és az elkerülés.

Egy amerikai tanulmány kifejezetten a *stressz, a kiégés és az egészség* hármására fókuszálva vizsgálta, hogy az adott rendőri szerv mérete hogyan befolyásolja ezen tényezők alakulását. Eredményeik szerint a kisebb szervnél kevésbé bíznak egymásban a munkatársak, amely növeli a kiégést, és a stresszt, illetve rosszabb egészséggel jár együtt (McCarty, Aldirawi, Dewald & Palacios, 2019).

Az *egészségmagatartási szokások* szempontjából kiemelt fontossággal bír a megküzdés és stressz kapcsolatának megértése. A stressz ugyanis többféle úton vezethet betegségek kialakulásához: a direkt pszichológiai hatások mellett az indirekt út lehetősége is fennáll, amely a maladaptív egészségmagatartási szokásokon keresztül vezet (Glanz & Schwartz, 2008).

Számos kutatási eredményt találhatunk arra vonatkozóan, hogy az *alkoholfogyasztás* valóban a stresszel való megküzdési stratégiák egyikeként kaphat szerepet (Cooper, Russell, Skinner, Frone & Mudar, 1992; Violanti et al., 2011), de a dohányzás kapcsán is találhatunk erre utaló eredményeket (Bonnet-Suard et al., 2005; Smith et al., 2005; McCarty et al., 2007).

A *testedzés*, vagyis a rendszeres mozgás ugyanakkor segíti a stresszhez való alkalmazkodást az adrenalinszint növelésén keresztül, így segíti a stresszel való megküzdést – tulajdonképpen a stresszteli események által okozott feszültségek levezetésében van hasznos szerepe a testmozgásnak (Plante & Rodin, 1990; Gill, 1994; Hiller, 1997).

Az *egészségmagatartás stresszel és kiégéssel való kapcsolatát* illetően elmondható, hogy a kutatások elsősorban a stressz hatásaira fókuszálnak: kontrolálandó tényezőként egyes egészségmagatartási/egészségkárosító szokások sok kutatásban jelen vannak, ennek köszönhetően pedig rendelkezünk adatokkal a kiégés-egészségmagatartási tényezők kapcsolatát illetően is a stressz-egészségmagatartás kapcsolata mellett – igaz, ezek az eredmények sok esetben ellentmondanak egymásnak. Egységesen megjelenik azonban mindenhol, hogy a magasabb szintű kiégés rosszabb egészségi állapottal és rosszabb egészségmagatartási szokásokkal társul (Shirom et al., 2005). Az elméletek szerint a nem megfelelő egészségmagatartási szokások – fokozott alkoholfogyasztás, dohányzás és kalóriabevitel, a fizikai aktivitás csökkenése – közre játszhatnak abban, hogy a kiégéshez sok esetben társulhatnak a fizikai megbetegedések (Shirom et al., 2005). García-Rivera és

munkatársai (2020) mexikói rendőrök körében készült vizsgálata azt is jelezte, hogy a fizikai aktivitás alapvetően a kiégés elleni védőfaktoraként van jelen, ugyanakkor mintájukban nagy arányban jelentkezett a kiégés és a mentális fáradtság.

Az egészségmagatartási szokások és a fizikai, illetve mentális egészség kapcsolatát illetően az előző fejezetben részletesen ismertetésre kerültek a témakörrel kapcsolatos kutatási eredmények. Mindezek kapcsán összegezhető, hogy a depresszióval, szorongással, illetve a stresszel való megküzdés kérdéskörével jellemzően van valamilyen kapcsolat az egyes egészségmagatartási szokások szempontjából.

## **7. A koronavírus okozta járványhelyzet és a rendőri munka**

2020 márciusától az életünk jelentősen megváltozott. Elcsépelte mondat ugyan, de tagadhatatlan tény. A koronavírus világhódító útra indult, gyökeresen változtatta meg az életünket, és tulajdonképpen azóta is része mindennapjainknak valamilyen szinten. Március 11-én hazánkban is kihirdetésre került a veszélyhelyzet, s ehhez kapcsolódóan megjelent a 41/2020 (III.11.) Kormányrendelet<sup>4</sup>, amelyben már napvilágot láttak olyan intézkedések, amelyek a rendőri állomány munkavégzésére, feladataira is hatással voltak. Mindezen intézkedéssorozat megfelelt annak, amit más országokból érkező hírekben láthattunk-hallhattunk: világszerte bevetésre kerültek a rendőri erők a kijárási korlátozások, lezárások és a karantén betartatása érdekében (Farrow, 2020). Ehhez kapcsolódóan megjelentek a szociális távolságtartásra vonatkozó szabályok, valamint a védőfelszerelések (kézfertőtlenítő, szájmasc, gumikesztyű) használata is a rendőri munkában (Jennings, & Perez, 2020; Stogner, Miller & McLean, 2020).

Mindezek mellett már az első hullám (2020. tavasz) idején megkezdődtek a kutatások a koronavírus mentális egészségre gyakorolt hatásait illetően. Tekintettel arra, hogy járványügyi veszélyhelyzetről van szó, nem meglepő, hogy a vonatkozó kutatások egyik fő fókuszában az egészségügyi személyzet állt, de emellett szép számmal találhatunk publikációkat a rendőrökre, illetve az átlagpopulációra vonatkozóan is. Ezek tapasztalatait összefoglalóan elmondható, hogy a szorongásos betegségek egyértelmű növekedése mellett a stressz szintje, illetve a depresszív tünetek arányának emelkedése is több országban megjelent (Grover et al., 2020b; Vicario-Merino & Muñoz-Augustin, 2020).

---

<sup>4</sup> 41/2020. (III.11.) Kormányrendelet Az élet- és vagyónbiztonságot veszélyeztető tömeges megbetegedést okozó humánjárvány megelőzése, illetve következményeinek elhárítása, a magyar állampolgárok egészségének és életének megóvása érdekében elrendelt veszélyhelyzet során teendő intézkedésekről

A rendőrökkel kapcsolatos kutatási eredményeket górcső alá véve elmondható, hogy bár nagy vonalakban döntően egy irányba mutatnak a kutatások, de bizonyos részletek tekintetében már meglehetősen vegyes képet láthatunk. Jellemzően online kutatásokkal találkozhatunk, amely nem meglepő, hiszen a járvány elleni védekezés egyik fontos eleme a social distancing, vagyis a társas távolságtartás intézménye volt.

Stogner, Miller és McLean (2020) a már rendelkezésükre álló kutatási eredményekből kiindulva a koronavírus munkahelyi stresszt növelő hatását, valamint ennek a munkahelyi teljesítményre gyakorolt lehetséges hatásait hangsúlyozzák, illetve a járvány következtében jelen levő bizonytalanság negatív hatásaira, továbbá a lehetséges mentális felkészítésre is felhívják a figyelmet.

Kifejezetten az európai rendőrökre koncentrált Frenkel és munkatársainak (2021) longitudinális vizsgálata, amelyben a koronavírus első hullámának idején öt ország (Ausztria, Svájc, Németország, Hollandia, Baszkföld) rendőreit vizsgálta. Eredményeik számos érdekességet tartogatnak. Azt találták, hogy a magánéleti stresszorok csak keveseknél jelentkeztek, elsősorban a hozzátartozókért aggodás, valamint a digitális oktatás miatt otthonról tanuló gyermekek felügyelete jelentette a fő stresszort. A rendőri tevékenységekhez a megszokottak mellett társultak a koronavírushoz kapcsolódó rendőri feladatok is. A munkahelyi stressz megélése a pandémiával kapcsolatosan meglehetősen vegyes képet mutatott ebben a kutatásban: a válaszadók közel negyede nem tapasztalt változást a korábbiakhoz képest, miközben a fertőzéshez kapcsolódó félelmek több válfaja is megjelent, így a félelem a fertőzötté válástól, valamint a fertőzés továbbadására vonatkozó aggodalmak. Szintén a munkahelyi stresszorok közé tartozott a rendkívül gyorsan változó jogszabályi környezet jelentette kihívások, továbbá a szociális távolságtartás kollégák közti betartásának elvárásai is. A védőfelszerelésekkel kapcsolatos tapasztalatok országonként nagyon eltérőnek bizonyultak: egy országokban mindvégig bőségesen rendelkezésre állt, míg máshol nem mindig jutott a rendőri állomány számára. Összeségében sokrétű vizsgálatot folytattak le a vírus európai terjedésének kezdeti hónapjaiban, amely kvalitatív adatokat, személyes élményeket is gyűjtött a rendőröktől.

Dey, Majumdar, Saha és Sahu (2021) tanulmányában az indai rendőrök alvási szokásainak megváltozásának kapcsolatát vizsgálta a stresszel a koronavírus hatására bekövetkezett lezárások idején – kifejezetten a közlekedési rendőrök körében. Ennek eredményei szerint a legfőbb stresszornak a következők számítottak: hosszabb munkaidő, változások a szolgálatban, illetve a szabadságolások (az egybefüggő, huzamosabb ideig tartó pihenés) kisebb száma – s mindezek az alvásritmusra is kedvezőtlen hatást gyakoroltak.

Egy északnyugat-kínai rendőrök körében 2020. február-márciusban végzett vizsgálat eredményei szerint a munkaidő elnyúlása, a krónikus betegségek megléte és az idősebb életkor szignifikáns mértékben növelték a pszichés stresszt (Huang, Bodla & Chen, 2021).

Kínában a járvány kapcsán elhíresült Vuhanban és környékén végeztek online felmérést a rendőrök körében, amelyben különböző szintű szorongást és depressziót találtak. Eredményeik szerint az iskolai képzettség szintje, a konkrét lakóhely (körzet), a rendőri munka szakterülete (bűnügyi, közlekedési, közrendvédelmi, stb.) és az altató használata rizikófaktoroknak bizonyultak a szorongás és depresszió szempontjából (Yuan et al., 2020).

Indiában több kutatás is készült a témában. Grover, Sahoo, Dua, Mehra és Nehra (2020a) szintén online kutatás keretében emelkedett stressz-szintet és negatív érzelmi válaszokat találtak, emellett a női rendőrök magasabb szintű szorongásról, depresszióról és negatív érzelmi állapotokról számoltak be. Khadse, Gowda, Ganjekar, Desai és Murthy (2020) tanulmánya szintén felhívja a figyelmet a Covid-19 által okozott rendőri kihívások negatív pszichés hatásaira, illetve jelzi, hogy a rendőrök körében magasabb volt a vizsgált időszakban a fertőzöttségi ráta, mint az átlagpopulációban.

Soloviev, Zhernov és Ichitovkina (2020) Oroszországban végzett vizsgálati eredményei szerint a női rendőrök bár szignifikánsan magasabb szintű depresszióról és szorongásról számoltak be, de jellemzően szignifikánsan alacsonyabb arányban adtak maladaptív stresszválaszokat, mint például az ingerültség, férfi kollégáikhoz képest, s kevésbé féltek a fertőzötté válástól. A kutatás közvetlenül az első, rendőrök körében regisztrált megbetegedés után zajlott.

Egy Spanyolországban készült kutatás az elkötelezettség és reziliencia szemszögéből vizsgálta a rendőröket a pandémiához kapcsolódóan. Az eredményeik szerint az egyéni védőfelszerelés hiánya, a könnyen COVID-fertőzötté válás lehetősége, vagy maga a rendőrként végzett munka alacsonyabb szintű elkötelezettséggel, rezilienciával és rosszabbnak érzelt egészségi állapottal járt együtt. Emellett minél hosszabb ideje szolgál valaki rendőri szervezetben, annál rosszabb egészséggel, elkötelezettséggel és rezilienciával bír (Talavera-Velasco, Luceño-Moreno, García-Albuérne, & Martín-García, 2021).

Angliában kvalitatív és kvantitatív elemeket is tartalmazó kutatás készült egy nagy rendőri szervnél, kifejezetten a COVID-19 járvány során megélt stresszel kapcsolatosan. A szerzők kiemelik, hogy az egyéni és a munkahelyi-szervezeti stresszorok sajátos kombinációja nagyon gyorsan alakult ki a járványhoz kapcsolódóan, amelyeknek az utóhatásai sokáig fennállónak tűnnek. Az egyéni stresszorok egyike a munkahelyi biztonság kérdésköre, amely a fertőzéssel kapcsolatos félelmeket foglalja össze – ezt a válaszadók mintegy harmada megtapasztalta. A

kutatásban résztvevők közel fele számolt be megnövekedett szorongásszintről, negyedük az egészségükre gyakorolt káros hatásról. A gyermekkel rendelkezők szignifikánsan alacsonyabb jólét-érzésről számoltak be. A megnövekedett munkaterhek bizonyos helyzetekben igazságtalanságérzést szültek a legveszélyeztetettebb körülmények között dolgozó rendőrök körében, s hasonlókat figyeltek meg az első vonalban dolgozók és a legalább részben home office-ban dolgozók viszonylatában is. Mindezek mellett számos egyéb kérdéskört is részletesen vizsgáltak (Newiss et al., 2022). Az általuk kapott eredmények több ponton mutatnak hasonlóságot például a Frenkel és munkatársai (2021) által találtakkal – félelmek, gyermeket nevelők nehézségei –, mint ahogyan Wu és munkatársai (2022) által – megnövekedett stressz és szorongás – a kínai rendőrök körében tapasztaltakkal.

### III. Empirikus vizsgálatok

## 8. Hipotézisek és kutatási kérdések

### 8.1. A vizsgálat célkitűzései

A vizsgálat eredeti célkitűzése a kétéves tiszthelyettes képzés és a próbaidős év egybeesésének – vagyis a kettős jogállású lét – pszichés hatásainak vizsgálata volt, két megközelítésben:

- a második tanévre, 2015 szeptemberében és 2017 júliusában próbaidős hivatásos állományba felszerelt – s döntő többségükben határrendészeti végzettséget szerzett – állomány esetében a próbaidős évben megtapasztalt pszichés-mentális terhelés, illetve ennek egészségmagatartási szokásokra gyakorolt hatásának felmérése;
- az iskolai képzés során szerzett tapasztalatok pszichés-mentális egészségmagatartási hatásainak vizsgálata, a képzési idő több pontján: beöltözés, első tanév befejezése, második tanév befejezése – szakmai vizsga időszaka.

A 2020 tavaszán kialakult helyzet – vagyis a koronavírus-járvány – következtében a második megközelítés módosításra szorult: a másfél és kétéves tiszthelyettes képzésben részt vevők esetében a képzés során történő események pszichés hatásainak vizsgálata, két megközelítésben:

- az iskolai képzés során szerzett tapasztalatok pszichés-mentális és egészségmagatartási hatásainak vizsgálata, a képzési idő több pontján: beöltözés és első tanév befejezése, illetve a másfél éves képzésben 2020. februárjában szakmai vizsgát tevők körében a végzéskor
- a koronavírussal kapcsolatos kérdéskörök vizsgálata a 2020 júniusában szakmai vizsgát tevők körében.

A vizsgálati hipotézisek szempontjából ez nem három, hanem csak két különböző évfolyam összehasonlítását jelentette (ld. 2. hipotézis), továbbá a teljes képzési idő alatti változások mindössze a másfél éves képzésben résztvevők alacsony számú mintáján volt tesztelhető (3. hipotézis), mint ahogyan a koronavírussal kapcsolatos elemzések esetében is csak a 2020 júniusában válaszolók alacsony elemszámú mintáján készültek el az elemzések (4. hipotézis).

## 8.2. A vizsgálat hipotézisei

A vonatkozó szakirodalom áttekintése után elmondható, hogy az egészségkárosító magatartásformák minden vizsgált tényezővel, vagyis a munkahelyi stresszel, kiégéssel, mentális egészséggel, továbbá a megküzdéssel egyaránt kapcsolatban állnak. Mint azt láthattuk, jellemzően a rosszabb egészségmagatartási szokások a magasabb stressz-szinttel, magasabb fokú kiégéssel, rosszabb mentális egészségi állapottal jártak együtt, s több kutatás szerint alternatív megküzdési stratégiaként kapnak szerepet a stresszel való megküzdési folyamatokban (részletesen ld. 2. – 6. fejezetek). Így tehát a vizsgálat első hipotézise mindezek és a kutatási célkitűzések mentén a következőképpen fogalmazható meg:

Hipotézis 1.: A rosszabb egészségmagatartási szokások, vagyis

- a) a ritkább testedzés,
- b) a gyakoribb dohányzás, erősebb dohányzási motivációk,
- c) a gyakoribb alkoholfogyasztás és
- d) az egészségorientáció alacsonyabb szintje

magasabb szintű kiégéssel, munkahelyi stresszel, depresszióval, szorongással, illetve érzelempőzöntű megküzdési stratégiákkal járnak együtt.

A 1. fejezetben részletesen ismertetésre került az iskolarendszerű rendőrképzés hazai sajátosságai, illetve a próbaidős létformával kapcsolatos tapasztalati rendszer, amely a kettős jogálláson alapulva mind a tanulmányok, mind a gyakorlati munka terén helytállást követel. Ennek kapcsán a vizsgálat célkitűzései, illetve a fiatal rendőrökkel kapcsolatos kutatási eredmények és a Z generáció ismeretett sajátosságait is figyelembe véve az alábbi két hipotézis fogalmazható meg a keresztmetszeti, valamint lonkitudinális vizsgálati elrendezési formák mentén:

Hipotézis 2.: A próbaidő különböző tapasztalatai mind a kiégés, mind a munkahelyi stressz egyes összetevői mentén statisztikailag is detektálható különbségeket eredményeznek, ugyanakkor az egészségmagatartási szokások esetében statisztikailag számottevő különbség nem mutatható ki a különböző évfolyamok között. *(keresztmetszeti elrendezés)*

Hipotézis 3.: A képzési idő alatt szerzett tapasztalatok

- a) a kiégési és munkahelyi stresszel kapcsolatos mutatók, illetve a mentális egészség mutatóinak romlásával,
- b) továbbá az egészségmagatartási szokások változásával járnak együtt: testedzés ritkábbá válik, a dohányzók körében megnövekszik a naponta elszívott cigaretta

mennyisége, a dohányzás motivációs bázisa megerősödik, az alkoholfogyasztás gyakoribbá válik, az egészségorientációs mutatók romlanak. (*longitudinális elrendezés*)

A 7. fejezetben részletesen ismertetésre került a koronavírus rendőri munkára gyakorolt hatása. Mindezek fényében a vizsgált csoport körében az alábbi hipotézisek fogalmazhatók meg:

Hipotézis 4.: A koronavírus okozta járványhelyzetben megtapasztalt félelmek, saját életben megtapasztalt változások, s ezek szolgálatellátást befolyásoló hatásainak intenzívebb volta növelte kiégést és a megélt munkahelyi stresszt, illetve rosszabb mentális egészségi állapottal jártak együtt.

### 8.3. A kutatás felépítése

A kutatás célkitűzései mentén a kutatások felépítését mutatja be az 1. ábra.

1. ábra: A tervezett kutatásokkal kapcsolatos alapinformációk összegzése

#### 2016 -ban és 2018-ban végzettek



- keresztmetszeti kutatás
- 2 évfolyam összehasonlítása
- a 2014-2016 és a 2016-2018 évfolyamok körében
- mintavétel: szakmai vizsga után

#### 2018-2020.évf.



- longitudinális kutatás
- egyetlen évfolyam, több mérési pont összehasonlítása
- a 2018-2020 évfolyam körében
- mintavétel: felszerelés, 1. tanév vége, szakmai vizsga

Forrás: a szerző saját szerkesztése

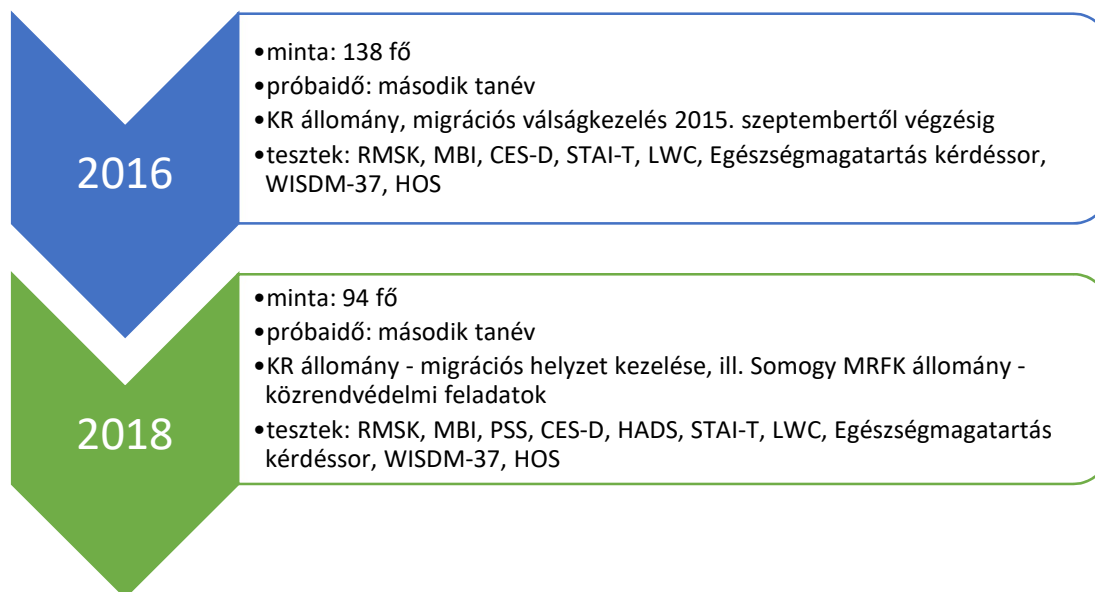
A kutatás célkitűzései tekintetében az első esetben két évfolyam keresztmetszeti vizsgálata valósult meg, még hozzá a 2014-2016-os, valamint a 2016-2018-as évfolyam összevetésében. Azért eme két évfolyam került összehasonlításra, mert a próbaidős évük több szempontból is párhuzamba állítható a különbségeik ellenére is.

A próbaidő a teljes második tanévüket ölelte fel, de míg a 2014-2016-os évfolyam esetében 2015 szeptemberében kezdődő próbaidő a migrációs helyzetre adott gyors reakcióként valósult meg, addig a 2016-2018-as évfolyam esetében már 2017 júliusától, előre tervezetten.



A 2016-ban végzetek a Készenléti Rendőrség állományában töltötték a próbaidejüket, jellemzően a migrációs válságkezelés jegyében, a déli határszakaszon szolgálatot teljesítve, határrendészeti járőr képzést megszerezve a képzés végén. Ugyanakkor a 2018-ban végzetek esetében az állomány mintegy kétharmada került a Készenléti Rendőrség állományába kinevezésre, szintén migrációs helyzetkezeléshez kapcsolódó feladatokat ellátva a próbaidő alatt, határrendészeti járőrként végezve, míg az évfolyam harmada az egyik megyei rendőr-főkapitányság állományának lett tagja, klasszikus közrendvédelmi járőr szakirányon végezve. A migrációs helyzetkezelésben részt vevők esetében a gyakorlatok szervezését illetően számos további eltérés volt a nyilvánvaló idői tényezőn (2015-2016 vs. 2017-2018) túl is, így például a 2016-2018-as évfolyam esetében a megyei állományok mellett teljesítették gyakorlataikat, több helyszínen, míg a 2014-2016-os évfolyam a KR határvadász századainak oszlopos tagjaként élte meg a próbaidős évet. A gyakorlatok elosztása is teljesen másként alakult: míg a 2016-ban végzetek esetében az aktuális helyzethez igazodott egy-egy gyakorlati időszak hossza, addig a 2018-ban végzetek körében tervszerűen, havi váltásban valósult meg a gyakorlaton és az iskolai képzésen töltött idő.

2. ábra: Az első vizsgálati elrendezés adatfelvételei

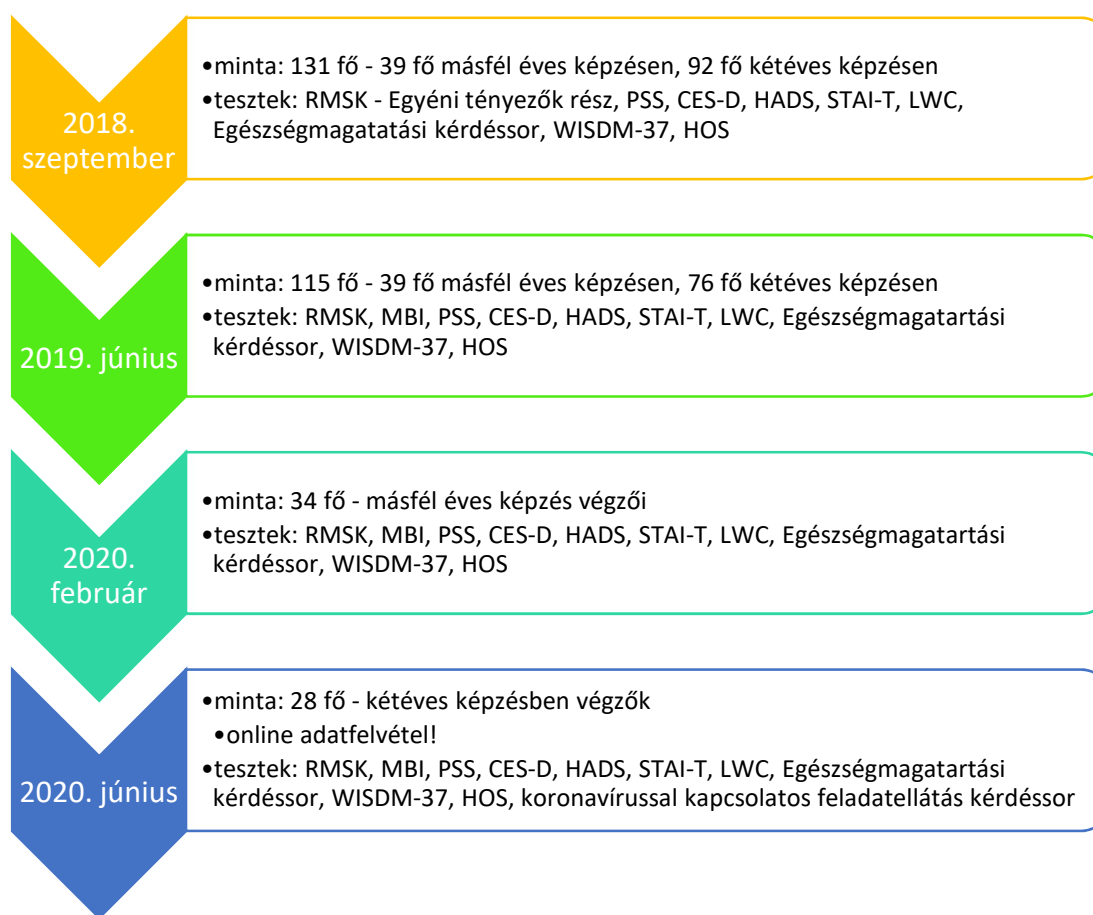


Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az adatfelvételek 2016 és 2018 júniusában az aktuálisan végző évfolyamok esetében a szakmai vizsgák után, a kibocsátó ünnepségre készülés közben valósult meg, a 2016-ban használt tesztcsomagot 2018-ban két plusz kérdőívvel bővítve. Az adatfelvételek papíralapon, csoportos formában zajlottak, több turnusban beforgatva a résztvevőket. Az adatfelvételekkel kapcsolatos tudnivalók összegzése a 2. ábrán látható.

A 2018-2020-as évfolyam esetében longitudinális kutatás zajlott, három mérési ponttal. A mérési pontok a képzési időhöz igazodtak, mert logisztikai szempontból így volt kivitelezhető a kutatás. Az első adatfelvétel az iskolában töltött első két hét során történt, közvetlenül a felszerelés után, az iskolai kompetenciaméréshez kapcsolódóan, 2018. szeptemberben. A második adatfelvétel az első tanév végén, a tanévzáró-kibocsátó ünnepségre készüléskor történt, 2019 júniusában.

3. ábra: A második vizsgálati elrendezés adatfelvételei



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A harmadik, végzéskor történő adatfelvétel a kétféle képzési forma okán két időpontban zajlott. A másfél éves képzésben résztvevők körében 2020. februárban az írásbeli szakmai vizsgát követően történt. Egészen eddig a pontig a kérdőívcsomag kitöltése papíralapon történt, a vizsgálatot végző pszichológus jelenléte mellett.

A kétéves képzésre járók esetében, akiknek a szakmai vizsgája 2020. május végén – június elején zajlott, nem volt lehetőség személyes jelenléttel történő adatfelvételre a koronavírus-járvány miatt, mivel a vizsgáik is speciális feltételek mellett zajlottak. Így a kutatás zárásaként szolgáló mérési ponton végül ennél a csoportnál részben az írásbeli szakmai vizsgát megelőző

héten, valamint a szóbeli vizsgák hetében, online formában került sor az adatfelvételre, s a beérkezett válaszok alapján végül a disszertáció tárgyát képező kutatásból kihagyásra került ennek az eredménye, tekintettel arra, hogy a lemorzsolódási ráta olyan mértékűnek bizonyult, amely által a kutatásban maximum érdekes mellékszálát képezhetnének az utolsó vizsgálati pont eredményei.

A két képzési forma esetében a minta eltérő nagyságrendű, mivel a másfél éves képzés ekkor még relatíve újnak számított (2017. szeptemberben indult először ilyen osztály), s a kétéves képzési formában négy, míg a másfél éves képzési formában kettő szakasz indult ebben a tanévben.

## **9. Módszerek**

### **9.1. Vizsgálati minta**

Az egyik hazai rendészeti szakgimnáziumban három évfolyam kétéves, illetve egy évfolyam másfél éves tiszthelyettes képzésben résztvevő tanulói és próbaidős tiszthelyettes állománya képezte a vizsgálati mintát.

A keresztmetszeti elrendezésű vizsgálatban a 2016-ban és 2018-an végzetek egyaránt a kétéves képzési formában vettek részt. 2016-ban 138 fő vállalkozott a kérdőívcsomag kitöltésére, 2018-ban 94 fő.

A longitudinális vizsgálat során az első mérési ponton (2018. szeptember) a minta összemélszáma 131 fő volt, közülük 39 fő vett részt a másféléves képzési formában, míg 92 fő kétéves képzésben kezdte meg tanulmányait. A második mérési ponton a minta összemélszáma 115 fő volt, ebből 39 fő a másfél éves, továbbá 76 fő a kétéves képzésben vett részt. A harmadik mérési ponton, a végzéskor a másfél éves képzésben végzők mintája 34 fő volt, míg a kétéves képzésben részt vevők közül 28 fő töltötte ki a kérdőívcsomagot.

### **9.2. Mérőeszközök**

A kutatás során használt kérdőívcsomag a következő elemeket tartalmazza:

- szociodemográfiai kérdések (nem, életkor, lakóhely, családi állapot, kereseti viszonyok, próbaidős állománytagság)
- kiégés szintjét mérő kérdőív: Maslach Bournout Inventory magyar változata
- a stresszre vonatkozó kérdőívek:

- a munkahelyspecifikus stressz kérdéskörét vizsgáló: Rendvédelmi Szervek Munkahelyi Stressz Kérdőíve
- az aktuális stressz-szint mérésére szolgáló Észlelt Stressz Kérdőív
- az egészségmagatartási szokásokat vizsgáló kérdések – 3 terület:
  - testedzés gyakorisága, időtartama, teljesítményfokozók és táplálékkiegészítők használata
  - dohányzási státusz, naponta elszívott cigaretta mennyisége, leszokás kérdéséhez való viszonyulás, dohányzási motivációk (Wisconsin Inventory of Smoking Dependence and Motives rövidített, magyar változata, röviden: WISDM-37)
  - alkoholfogyasztás gyakorisága, intenzitása, körülményei
- az egészséges életmóddal kapcsolatos motivációs bázis vizsgálata: Egészségorientáció Kérdőív magyar változata
- a mentális egészséggel kapcsolatos mérőeszközök:
  - depresszió aktuális szintje: Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) magyar változata
  - stresszel való megküzdési módok vizsgálata: Lazarus-féle Ways of Coping rövidített, magyar változata (WC)
  - szorongás vonásjellege: State and Trait Anxiety Inventory – Trait Anxiety magyar változata (STAI-T)
  - a depresszió és szorongás együttes mérésére szolgáló Kórházi Szorongás és Depresszió Skála (HADS)
  - frusztrációra adott reakciók: Frustration Discomfort Scale magyar fordítása (FDS)
- a koronavírus okán kialakult járványhelyzettel kapcsolatos rendőri tevékenységre vonatkozó kérdések

A mérőeszközök egyes skáláit, illetve az ezekhez tartozó tételek számát mutatja az 5. táblázat.

A kérdőívcsomag kitöltése összesen mintegy 45 percet vesz igénybe<sup>5</sup>. Bizonyos kérdőívek nem minden adatfelvételi ponton kerülnek alkalmazásra:

---

<sup>5</sup> A pszichés alkalmasságvizsgálatok során ennél a kérdőívcsomagnál jelentősen hosszabb kérdőíveket kell megválaszolni a hivatásos állományoknak, így a megválaszolható kérdéssor hosszúsága nem minősül igazán visszatartó erőnek. A megfelelő lehetőségek kihasználása az adatfelvétel időzítése kapcsán szintén segíti a kitöltési hajlandóságot.

- az Észlelt Stressz Kérdőív és a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála csak 2018-as adatfelvételektől kezdődően (1. vizsgálat 2. csoportja, valamint 2. vizsgálat), mert a 2016-os tapasztalatok rámutattak ezek szükségességére is;
- az Rendvédelmi Szervek Munkahelyi Stressz Kérdőívének Munkahelyi események és a Munkahellyel kapcsolatos elégedettség vizsgálat blokkjai, valamint a Maslach Burnout Inventory a 2. vizsgálat első mérési pontján nem került felvételre, mert a szervezetbe bekerüléskor történő mérésük a szervezettel kapcsolatosan annak tagjaként szerzett tapasztalatok hiányában még nem releváns, de a 2019-es és 2020-as adatfelvételek esetében már rendelkeznek tapasztalatokkal, még ha ezek alapvetően nem kizárólagosan a végrehajtásból származnak is;
- a koronavírussal kapcsolatos feladatellátásra vonatkozó kérdések kizárólag a 2020. júniusban végzetek körében kerültek felvételre.

A kérdőívcsomag teljes terjedelmében a 4. számú mellékletben tekinthető meg. A továbbiakban a kérdőívek részletes ismertetése következik.

Az egyes kérdőívek esetén a Dr. Csata Tamás ny.r.o. ezredes által jóváhagyott, 2016. szeptember 14-én kiadott és 2016. szeptember 15-től érvényes „*MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ – A Rendőrségnél végzett pszichikai alkalmassági vizsgálatok és az ahhoz kapcsolódó gondozási tevékenység szakmai protokollja*” (továbbiakban: protokoll; Szeles, 2016) című – a kutatások időszakában érvényben levő – kiadvány átlagtartomány-értékei, illetve a protokollban nem szereplő kérdőívek esetében a viszonyítási alapul szolgáló átlag-, és/vagy kategóriaértékek a 3. sz. mellékletben tekinthetők meg.

5. táblázat: *A vizsgálatok során használt mérőeszközök, skálák és itemek számának összefoglaló táblázata*

Kérdőív/kérdéscsoport	skála	tételszám
szociodemográfiai kérdések		7
Maslach Burnout Inventory	érzelmi kimerültség	9
	deperszonalizáció	5
	egyéni teljesítmény csökkenése	8
Rendészeti Szervek Munkahelyi Stressz Kérdőíve	munkahelyi események	40
	munkaterhelés szubjektív megítélése	32
	szervezet jellegéből adódó terhelés	13
	munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok	19
	munkahelyi légkör szubjektív megítélése	17
	vezetés, irányítás szubjektív megítélése	9
	munkaterhelés komplex megítélése	75
	munkahely komfortjának megítélése	7
	munkaidő megítélése	4
	munkahely külső megítélése	2
	munkavégzés etikai aspektusai	1
	munkafeladathoz való hozzáállás	3
	effektív munkaterhelés	16
	anyagi elismertség megítélése	2

	egyéni felelősség megítélése	4
	a szervezet elvárásainak megítélése	5
	szervezetben belül elfoglalt pozíció megítélése	9
	egészségi állapot	10
	külső-belső kontroll	10
	AB személyiség	12
	aktivitás	6
	motiváció	6
	támogatottság	10
	támogatottság-személy	10
	stresszoldás	15
	munkahelyi stresszindex	184
<b>Észlelt Stressz Kérdőív</b>	észlelt stressz összpontszám	14
<b>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</b>	depresszió pontszám	20
<b>Lazarus Megküzdési Módo</b>	Problémaelemzés	3
	Céltudatos cselekvés	4
	Érzelmi indíttatású kezelés	4
	Alkalmazkodás	4
	Segítségkérés	2
	Érzelmi egyensúly keresése	2
	Visszahúzóadás	3
<b>Kórházi Szorongás és Depresszió Skála</b>	depresszió	7
	szorongás	7
<b>Testedzési szokások</b>		5
<b>Dohányzási szokások</b>		5
<b>Wisconsin Inventory of Smoking Dependence and Motives rövidített változat</b>	érzelmi kötődés a cigarettához	3
	automatizmus	4
	kontrollvesztés	4
	kognitív működés javulása	3
	sóvárgás	4
	dohányzásra felszólító kulcsingerek	3
	társas és helyzeti ösztönzők	3
	íz	3
	tolerancia	4
	testsúlykontroll	3
	érzelmi megerősítés	3
<b>Alkoholfogyasztási szokások</b>		3
<b>Egészségorientáció</b>	személyes egészségtudatosság	5
	egészséges kinézettel való törődés	5
	egészséggel kapcsolatos szorongás	5
	egészséggel kapcsolatos önértékelés	5
	egészségtelenség elkerülésének motivációja	5
	egészségmotiváció	5
	belső egészségesség kontroll	5
	külső egészségesség kontroll	5
	egészség a jövőben	5
	egészségi állapot	5
<b>Stait and Trait Anxiety Inventory – Trait Anxiety</b>	vonásszorongás	20
<b>Frustráció és Diszkomfort Skála</b>	diszkomfort intolerancia	7
	jogosultság	7
	emocionális intolerancia	7
	teljesítményfrustráció	7
<b>Koronavírussal kapcsolatos kérdéssor</b>		14

*Forrás: a szerző saját szerkesztése*

### 9.2.1. Szociodemográfiai jellemzők

Ezek a kérdések a nemre, életkorra, lakhelyre<sup>6</sup>, családi állapotra<sup>7</sup> vonatkoznak, valamint a 2. vizsgálat esetében a képzési formára. Azért tartottam fontosnak ezek bekerülését, mert mindezek a tényezők bizonyítottan szerepet játszanak a kiégés kialakulását illetően, még ha ez a szerep nem is jelentős (Maslach, Jackson, 1981 és 1985).

Emellett a 2018-ban végzettek és a 2018-2020-as évfolyam esetében a kimeneti méréseknél lekérdezésre került, hogy mely szerv állományába került kinevezésre a próbaidő évére – a 2016-ban végzettek esetében ez nem volt kérdéses, mert egységesen a Készenléti Rendőrség állományában töltötték próbaidős évüket az aktuális helyzet okán. Továbbá a saját anyagi helyzetére vonatkozóan egy objektív (kereseti sávok) és egy szubjektív (személy szerint hogyan ítéli meg anyagi helyzetét) kérdés is beépítésre került a 2018-ban végzettek, illetve a 2018-2020-as évfolyam esetében, mivel a próbaidő alatt a hivatásos állomány tagjaként már a korábbi iskolai ösztöndíj helyett állandó keresettel rendelkeztek, munkabér formájában, s az elégedettséggel kapcsolatosban állhat ezen kérdés megítélése.

### 9.2.2. A kiégés mérése

A kiégés mérésére a Maslach Kiégési Leltár általános változatát használtam (Maslach Burnout Inventory – General Survey, röviden és a továbbiakban MBI; Maslach, & Jackson, 1981), mivel ez a kérdőív a protokoll értelmében az időszakos pszichés alkalmasságvizsgálatokban is használatos volt (Szeles 2016).

A kérdőív 22 itemet tartalmaz, amelyek a munkavégzésre vonatkoznak. A kiégést három dimenzió mentén méri (Maslach & Jackson, 1981; Maslach & Jackson, 1985; M. Kovács, 2006; Mészáros, 2013):

- az **érzelmi kimerülés** dimenziója 9 állítást tartalmaz, amelyek arra vonatkoznak, hogy a személy mennyire érzi azt, hogy érzelmi erőforrásai kiapadtak, érzelmi és fizikai szinten egyaránt kimerültséget okozva
- a **deperszonalizáció** vagy negatív, személytelen attitűd arra vonatkozik, hogy a személy mennyire mutatkozik érdektelennek, cinikusnak interperszonális kapcsolataiban (elsősorban a munka területén). Ez a dimenzió 5 állítást tartalmaz.

---

<sup>6</sup> Válaszlehetőségek: főváros és vonzáskörzete, megyeszékhely vagy megyei jogú város, más vidéki város, falu vagy község

<sup>7</sup> Válaszlehetőségek: egyedülálló, stabil párkapcsolatban él, házas, elvált, özvegy

- a *személyes teljesítmény csökkenését* mérő dimenzió arra vonatkozik, hogy a személy saját magával szemben támasztott elvárásainak nem képes megfelelni, azaz teljesítménye és hatékonysága munkájában az elvárt szinthez képest csökken. A kérdőív ezt a dimenziót 8 item segítségével méri.

Az egyes állítások megjelenési gyakoriságát egy hétfokú Likert-skálán, 0 és 6 között pontozza a kitöltő, így alakul ki az egyes dimenziók gyakorisági pontszáma (0 = soha nem érezte, 6 = minden nap érzi).

Hazánkban az elmúlt bő tíz évben folyamatosan zajlanak vizsgálatok a kérdőív pszichometriai tulajdonságait, skálastruktúrákat illetően, több célcsoport – például egészségügyi dolgozók, pedagógusok – körében (Ádám & Mészáros, 2012; Mészáros, Ádám, Szabó, Szigeti & Urbán, 2014; Szigeti, Balázs, Bikfalvi & Urbán, 2017; Szigeti, Balázs & Urbán, 2022). A teszt alapvetően megfelelő pszichometriai tulajdonsággal rendelkezik, Cronbach- $\alpha$  értékei a saját kutatásaimban 0,618 – 0,906 között alakultak.

### **9.2.3. A stressz mérése**

#### **9.2.3.1. A munkahelyi stressz mérése**

A **munkahelyi stressz** mérésére egy kifejezetten a rendvédelmi szerveknél speciálisan előforduló munkahelyi stresszt mérő kérdőív került alkalmazásra: a Rendvédelmi Szervek Munkahelyi Stressz Kérdőíve (továbbiakban: RMSK; Szabó, 2009). Ez az önkitöltős, papírceruza teszt az egyetlen olyan kérdőív ma Magyarországon, melyet kimondottan a rendvédelmi szervek hivatásos állománya számára fejlesztettek ki a rendvédelemben dolgozó korábbi vezető szakemberek, Szabó Beatrix, Dr. Böröcz István és Bilkei Pál (Szabó, 2009).

A kérdőív alapvetően két nagy részre bontható: az első a munkahellyel, valamint a munkavégzéssel kapcsolatos eseményeket vizsgálja, míg a második az egyéni, személyes tényezőket. A kérdőív minden állítása esetében hatfokú Likert-skálán történik a válaszadás, az adott egység elején található instrukcióknak megfelelően (Szabó, 2009; Fridrich, 2015). A kérdőív minden esetben az elmúlt 2 év tapasztalatai alapján kéri a válaszadást.

A kérdőív a következőképpen épül fel:

- **A munkahellyel és munkavégzéssel kapcsolatos események**
  - A *munkahellyel kapcsolatosan 40 esemény* kerül felsorolásra a kérdőívben, ezeket illetően kell nyilatkoznia a válaszadónak, hogy megtörtént-e vele az elmúlt 2 év során, illetve amennyiben megtörtént vele, mennyire érezte azt megterhelőnek (1=megtörtént, de különösebben nem zavarta meg a



mindennapjait; 6=nehezebben elviselhető (annyira megviselte, hogy fontolgatta a munkahelyváltogatást)).

- A **munkaterhelést** illetően 75 állítás szerepel, amelynek megterhelőségéről nyilatkozik a válaszadó, az előző blokkal ellentétben minden állítással kapcsolatosan (1=nincs ilyen probléma; 2=csak kis megterhelést jelent; 3=általában nem jelent megterhelést; 4=átlagos, elfogadható megterheléssel jár; 5=jelentős megterheléssel jár; 6=nagyon erős megterhelést jelent). Ezen állításokból a következő skálák kerülnek kiszámításra:

- Munkaterhelés szubjektív megítélése (32 item)
- Szervezet jellegéből adódó terhelés (13 item)
- Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok (19 item)
- Munkahelyi légkör szubjektív megítélése (17 item)
- Vezetés, irányítás szubjektív megítélése (9 item)
- Munkaterhelés komplex megítélése (75 item)
- Munkahely komfortjának megítélése (7 item)
- Munkaidő megítélése (4 item)
- Munkahely külső megítélése (2 item)
- Munkavégzés etikai aspektusai (1 item)
- Munkafeladathoz való hozzáállás (3 item)
- Effektív munkaterhelés (16 item)
- Anyagi elismertség megítélése (2 item)
- Egyéni felelősség megítélése (4 item)
- A szervezet elvárásainak megítélése (5 item)
- Szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése (9 item)

– Az **egyéni, személyes tényezőket** illetően a következő elemeket méri a kérdőív:

- **Egészségi állapot** – 10 lehetséges fizikai tünet kapcsán kell jelölni, mennyire erősen érezte az utóbbi időben a válaszadó (1=soha; 2=ritkán (havonta vagy ritkábban); 3=gyakran előfordult (hetente); 4=rendszeresen ismétlődött, tartósan fennállt (hetente többször); 5=többször gyógyszert is kellett miatta bevennem; 6=orvosi kivizsgálás és kezelés vált szükségessé).
- **Stílus** – vagyis a *külső-belső kontrollt* mérő skála. 10 állítás kapcsán kell megítélni, mennyire érzi magára nézve igaznak a válaszadó (1=teljes mértékben egyetértek velem; 2=egyetértek a megállapítással; 3=néhány kivételtől eltekintve

egyértékű vele; 4=inkább nem értenék vele egyet; 5=többnyire nem értek egyet a megállapítással; 6=nagyon nem értek egyet a megállapítással). Az eredmény szempontjából itt arról kapunk tájékoztatást, hogy a válaszadó mennyire érzi úgy, hogy önmaga irányítja az életét (alacsony pontszám – külső kontroll; magas pontszám – belső kontroll).

- **Önjellemzés** – A kiértékelés során ebből nyerünk tájékoztatást, hogy mennyire A (alacsony pontszám) vagy B típusú személyiség (magas pontszám) a válaszadó. 12 esetben kell eldöntenie a válaszadónak, mely skálaértékkel ért egyet leginkább. Ehhez segítségül a két szélső skálaérték van megadva (tulajdonképpen minden esetben egy-egy állításpár).
- **Aktivitás, Motiváció** – összesen 12 állítás kapcsán kell nyilatkoznia a válaszadónak, hogy mennyire ért vele egyet (1=tökéletesen igaz; 6=egyáltalán nem igaz). Ebből a 12 állításból kerül kiszámításra az Aktivitás és a Motiváció skálák, amelyek a válaszadó munkabeli aktivitását jelzik, illetve hogy mennyire motivált a munkavégzés tekintetében. (minél alacsonyabb pontszám, annál motiváltabb).
- **Elégedettség** – 14, a munkával való elégedettséget befolyásoló szervezeti tényező kapcsán kell véleményt nyilvánítani a válaszadónak, mennyire elégedett vele. Ezek a tényezők a korábban ismertetett, munkaterhelés különböző aspektusaihoz kapcsolódó skálákhoz tartoznak kiértékelési szempontból.
- **Támogatottság** – Ebben a részben a társas támogatottságot méri fel a kérdőív, és nem csak a munkahelyen belüli támogatottság fontos. A válaszadó a következő személyek közül választhat: házastárs/élettárs/barát/barátnő, szülő, testvér, gyerek, más hozzátartozó, közeli jóbarát, alkalmi barát, munkahelyi vezetője, munkatársa, beosztottja. Ezen 10 esetben kell értékelnie a válaszadónak, hogy van-e jelen az ő életében ilyen személy, s ha igen, mennyire érzi a támogatását (1=nem fordul hozzá segítségért; 6=igazi segítséget, támogatást kap tőle). Két skála kerül számításra ebből a részből: az egyik a Támogatottság nevet viseli, s arról tájékoztat, hogy a 10 eset pontátlagát tekintve mekkora a személy támogatottsága; a másik a Támogatottság-személy nevet viselő skála, amely azt mutatja, hogy a felsorolt 10 kategória közül hány van jelen a személy életében.

- **Stresszoldás** – 15 reakciómód kapcsán kell a válaszadónak jelölnie, hogy egy érzelmileg megterhelő helyzetben mit tesz és milyen mértékben a felsorolt lehetőségek közül.

A teljes kérdőívben szereplő skálákból, külön képlet alapján kerül kiszámításra a **Munkahelyi stresszindex** (amely minél magasabb, annál erősebb stressz jellemzi a válaszadót). A kérdőív megfelelő pszichometriai mutatókkal rendelkezik az eddigi vizsgálatok alapján (Szabó, 2009; Fridrich, 2015), s belső megbízhatósága a disszertációban ismertetett kutatásokban is megfelelőek voltak (részletesen ld. I. Függelék, döntően 0,7 feletti  $\alpha$ -értékek).

#### **9.2.3.2. Az aktuális stressz mérése**

A tesztfelvételt megelőző egy hónapban megtapasztalt stressz mérésére az **Észlelt Stressz Kérdőív** (Perceived Stress Scale, röviden és a továbbiakban: PSS) szolgált, amely kifejezetten a mindennapokban megélt stresszészlelésre vonatkozóan 14 állítást tartalmaz (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; Stauder & Konkoly Thege, 2006). A munkahelyi stresszre vonatkozó kérdéssor mellé került bevonásra, mert az aktuálisan, a mindennapi élet során észlelt stresszszint befolyásolhatja a munkahelyi stresszel kapcsolatos megélést is, valamint a vizsgálat során van olyan tesztfelvételi időpont, amely egy fokozottabb stresszel járó időszakot követ. (Mind az első tanév végén, mind a második tanév végén végzett mérés ilyen lehet – első év végén a csapatszolgálat gyakorlati kiképzése után, amely fizikailag megterhelő, de érzelmileg pozitív kicsengéssel bír, míg másodév végén a szakmai vizsgák után esedékes az adatfelvétel.)

A 14 állítás egy ötfokú Likert-skálán pontozandó. A kérdőív mind a hazai, mind a nemzetközi vizsgálatokban megfelelő pszichometriai mutatókkal bír (Stauder & Konkoly Thege, 2006; Lee, 2012), jelen kutatásban a Cronbach- $\alpha$  értéke 0,694 és 0,833 között mozgott.

#### **9.2.4. Egészségmagatartási szokások**

Az egészségmagatartási szokásokat illetően nem beszélhetünk egységes mérőeszközzel, ezért a szakirodalom alapján a legfontosabb és leggyakrabban használt kérdésekből állítottam össze a kérdőívcsomag ezen részét, úgymint az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behavior of School-aged Children, továbbiakban: HBSC kutatás) (Aszmann, 2003), OLEF-kutatások (Országos Lakossági Egészségfelmérés, Boros et al., 2002), dohányzással kapcsolatos kutatások (Urbán & Marián, 2003; Urbán, Kugler & Szilágyi, 2004; Urbán & Varga, 2003; Varga, 2002), testmozgással kapcsolatos kutatások és elemzések (Varga, 2002;

Pikó & Keresztes, 2007), valamint saját ilyen jellegű vizsgálati tapasztalataim (Borbély, 2011, 2017; illetve a Bevezésben említett tanév eleji felmérések).

#### **9.2.4.1. Testedzés**

A testmozgás témakörében összesen öt kérdést fogalmaztam meg, ezek közül kettő a gyakoriságra vonatkozik (mozog-e rendszeresen; hetente hány alkalommal), egy kérdés az intenzitásra (alkalmanként mennyi idő), valamint két kérdés a különböző táplálékkiegészítők használatára (teljesítményfokozók, illetve egyéb, nem vitamin jellegű táplálékkiegészítők). A lehetséges válaszok listáját a releváns szakirodalom, illetve a saját tapasztalataim alapján állítottam össze (Aszmann 2003; Varga, 2002; Pikó & Keresztes, 2007).

#### **9.2.4.2. Dohányzás**

A **dohányzási szokások** mérésére vonatkozó kérdéseket három témakör köré csoportosítottam: gyakoriság, intenzitás és időtartam. A gyakoriság tulajdonképpen a dohányzási státust méri, négy lehetséges válasszal: egyáltalán nem dohányzók, már leszokottak, alkalmi és rendszeres dohányosok. Az intenzitás alatt az egy nap alatt elszívott cigaretták számát értettem (lehetséges válaszok: 1-5 szál; 5-10 szál; 10-15 szál; 15-19 szál; több, mint egy dobozzal), így erre kérdeztem rá, továbbá az időtartamra vonatkozóan az érdekelt, hogy hány éve dohányzik a személy. Emellett a dohányosok körében a leszokás szándékának felmérése is helyet kapott.

A **dohányzási motiváció** mérésére a WISDM-37 kérdőívet használtam (Smith et al., 2010; magyarul: Vajer, Urbn, Tombor, Stauder & Kalabay, 2011). A kérdőív 37 állítást tartalmaz, amely 11 faktorba rendeződik: érzelmi kötődés a cigarettához, automatizmus, kontrollvesztés, a kognitív működés javulása, sóvárgás, a dohányzásra felszólító kulcsingerek, társas és helyzeti ösztönzők, íz, tolerancia, testsúlykontroll, érzelmi megerősítés (Vajer et al., 2011). Pszichometriai mutatói megfelelőek: Cronbach- $\alpha$  értéke a magyar változat esetében egy skála kivételével minden skálán magasabb, mint 0,8 (az egy kivétel esetében is 0,67) (Vajer et al., 2011), az eredeti, angol nyelvű változat esetében pedig a legalacsonyabb értékek is mind 0,6 felett voltak (Smith et al., 2010). Az egyes állításokra egy hétfokú Likert-skálán kell válaszolni (1= egyáltalán nem igaz rám, míg a 7= teljes mértékben igaz rám).

A disszertációban a megbízhatósági mutatók döntő többsége 0,7 feletti értéket mutat az egyes skálák mentén, a legrosszabb értékek a 2020. júniusi mérési pont esetében figyelhetők meg (négy skála ezen értékhatár alatt, ld. II., VII. és XII. függelék).

### **3.2.2.4.3. Alkoholfogyasztás**

Az alkoholfogyasztási szokásokra vonatkozóan három kérdést tettem fel, ezek közül az első a gyakoriságra (milyen gyakran fogyaszt alkoholt), a második az intenzitásra (milyen gyakran fogyaszt 3 vagy több egységnyi alkoholt egy alkalommal), a harmadik pedig a fogyasztási körülményekre vonatkozik. Utóbbit azért tartottam fontosnak megkérdezni, mert a körülmények befolyásolhatják a gyakoriságot (így nem tekinthetjük feltétlenül alkoholproblémának, aki minden nap a főétkezés után elfogyaszt egy pohár bort – ezt még a kardiológusok is szokták javasolni egyes szív-érrendszeri problémák esetén). A kérdések és a rájuk vonatkozó válaszlehetőségek összeállításában szintén a releváns szakirodalmat és az iskola tanév eleji szerhasználati szokások kapcsán végzett mérésének vonatkozó kérdéseit vettem alapul (Aszmann, 2003; Varga, 2002; Boros, 2005; Marks et al., 2005).

### **9.2.4.4. Az egészséges életmód motivációs háttere**

Az egészséges életmóddal kapcsolatos motivációs háttér feltérképezésére a Snell, Johnson, Lloyd és Hoover által 1991-ben publikált **Health Orientation Scale** (Egészségorientációs Skála, röviden: HOS) magyar nyelvű változatát használtam, amely 50 tételből áll, s a válaszadó egy ötfokú Likert-skála mentén döntheti el, mennyire jellemző rá az adott állítás (1= egyáltalán nem jellemző rám; 2= kicsit jellemző rám; 3=inkább jellemző rám; 4=meglehetősen jellemző rám; 5=teljesen jellemző rám). Az egészségorientációval kapcsolatosan 10 alskálát foglal magába (egyenként 5-5 itemmel), ezek a következők:

- **személyes egészségtudatosság:** a személy saját egészségével kapcsolatos tudatosságára vonatkozik. A személy gondolkodási tendenciáit és a saját egészségére adott válaszait szándékozik mérni.
- **egészséges kinézettel való törődés:** az alskála tételei arra vonatkoznak, hogy mások hogyan reagálnak a személy egészségi állapotára.
- **egészséggel kapcsolatos szorongás:** ezen alskála a személy egészségi állapotához tartozó szorongást méri.
- **egészséggel kapcsolatos önértékelés:** az alskála arról ad tájékoztatást, hogy milyen mértékben származtatja a személy az önértékelését teste fizikai egészségéből és mennyire bízik a fizikai egészségében.
- **egészségtelenség elkerülésének motivációja:** ez az alskála mutatja az egészségtelenség, illetve az egészségtelenné válás elkerülésére motiváló tendenciákat.

- **egészségmotiváció:** ez az alskála mutatja meg, ennyire motivált a személy a pozitív fizikai egészség megőrzésére/követésére.
- **belső egészségesség kontroll:** ennek az alskálának a tételei mutatják az ember abba vetett hitét, hogy a személyes kontroll mennyire determinálja az egészségi állapotát.
- **külső egészségesség kontroll:** ez az alskála mutatja, hogy az emberek mennyire hiszik azt, hogy egészségi állapotukat a tapasztalatok és a személyes kontroll külső befolyása determinálja.
- **egészség a jövőben:** ezen alskála mutatja annak reményét, hogy a jövőben is pozitív tapasztalatai lesznek az egyénnek a fizikai egészségét illetően.
- **egészségi állapot:** Ehhez az alskálához tartozó tételek mutatják, hogy mennyire törődik a személy saját fizikai állapotával.

A kérdőív pszichometriai mutató a nemzetközi vizsgálatokat tekintve megfelelőek (Cronbach- $\alpha$  0,62 és 0,96 között), ugyanakkor a magyar változat eddigi megbízhatósági mutatói kicsit alacsonyabb értékkel bírnak (0,57 és 0,86 között) (Süle, 2009; Kiss, 2010; Szabó, 2010). A kérdőív magyar mintán történő validálása még folyamatban van (Rózsa Sándor személyes közlése).

A disszertációban ismertetett vizsgálatok során a kérdőív reliabilitása meglehetősen változó képet mutatott ugyan, de a legtöbb esetben a fentebb jelelt magyar változattal kapcsolatos tapasztalatok visszatükröződtek (részletesen ld. II., VII. és XII. függelékek).

## 9.2.5. A mentális egészségi állapot mérése

### 9.2.5.1. A depresszió mérése

A depresszió mérésére a **Center for Epidemiological Studies Depression Scale** (továbbiakban: CES-D) kérdőívet használtam. Az önbeszámolás kérdőívet, amely a depressziós tünetek és depressziós hangulat mérésére szolgál, Radloff fejlesztette ki és publikálta (Radloff, 1977). 20 tételt tartalmaz, amelyeket egy négyfokú skálán kell pontoznia a kitöltőnek aszerint, hogy az elmúlt egy hétben milyen gyakran érzett az állításban olvasható módon. A kérdőív a depresszív tünetek négy nagy csoportját fedi le: kognitív, érzelmi, viselkedéses és interperszonális kapcsolatokra vonatkozó tünetekre vonatkozó állításokat egyaránt tartalmaz.

A kérdőív magyar normál populációra még nem validált skála, de nem klinikai populációk esetében is alkalmas a pszichés distressz és depressziós tünetek mérésére (Paksi & Schmidt, 2006). A tesztet a magyaron kívül rengeteg más nyelvre is lefordították, különböző nemzetiségek és különböző csoportok esetében a Cronbach- $\alpha$  értéke 0,78 és 0,92 között

változik (Furukawa, Hirai, Kitamura & Takahashi, 1997; Knight, Williams, McGee & Olaman., 1997; Li & Hicks, 2010; Leykin, Torres, Aguilear & Muñoz, 2011). Jelen vizsgálat-sorozatban 0,851 és 0,927 között mozgott a reliabilitási érték.

#### **9.2.5.2. A vonásszintű szorongás mérése**

A **State and Trait Anxiety Inventory** (röviden és továbbiakban: STAI) tesztet 1970-ben publikálta Spielberger, ezt követően rövidesen már szerte a világban számos nyelvre – így magyarra is: Sipos, Sipos, Spielberger, 1988 – lefordították és használják a mai napig. A magyar mintán történt vizsgálatok alapján elmondhatjuk, hogy a teszt megfelelő pszichometriai mutatókkal rendelkezik (Sipos, Sipos & Spielberger, 1988; Düll & Varga, 1992; Perczel Forintos, Kiss & Ajtay, 2007).

A kérdőív eredeti formájában két részből áll, külön méri az állapot- és a vonásszorongást. A vonásszorongás a szorongásra való általános hajlamot jelenti, ez került bevonásra a vizsgálatba. A teszt 20 itemet tartalmaz, az egyes állításokat egy négyfokú skálán kell megítélnie a kitöltőnek, ahol az 1 = soha, a 4 = mindig. A belső reliabilitása a többi teszthez hasonlóan jó, a különböző vizsgálatokban a Cronbach- $\alpha$  értékei 0,77 és 0,95 között mozognak (Anderson, Levinson, Barker & Kiewra 1999; Andrade, Gorenstein, Vieira Filho, Tung & Artes, 2001; Beck et al., 2008), míg jelen vizsgálat-sorozatban 0,851 és 0,900 közötti értékkel bírt.

#### **9.2.5.3. Az aktuális depresszió- és szorongásszint mérése**

Az aktuális, azaz elmúlt egy hétben megtapasztalt depresszió és szorongás érzésének mérésére a **Kórházi Szorongás és Depresszió Skála** (Hospital Anxiety and Depression Scale, röviden és a továbbiakban HADS) került a kérdőívcsomagba. Mivel a CES-D az elmúlt hónapra vonatkoztat az értékelésében, a STAI-T pedig a szorongásra való általános hajlamot, ezért ezek mellé – részben a vizsgálat időzítésével kapcsolatosan szükségessé vált az aktuális helyzetre fókuszáló kérdéssor is.

A kérdőívet 1983-ban publikálta Zigmond és Stain, a magyar változattal kapcsolatos első eredmények pedig 2006-ban jelentek meg Muszbek, Székely, Balogh, Molnár, Rohánszky, Ruzsa, Varga, Szöllösi, Vadász publikációjában. A kérdőív összesen 14 állítást tartalmaz, 7-7 állítás kapcsolódik a depresszió és a szorongás skálákhoz. Az eddigi eredmények alapján a kérdőív jól használható a nem pszichiátriai betegek populációjában. A válaszadás négyfokú skálán történik (az egyes állításokhoz különbözőképpen kerültek megfogalmazásra a lehetséges

válaszok az érzés gyakoriságának függvényében, ezeket a kiértékelésnél 0-3-ig pontozzuk) (Snaith, 2003; Muszbek et al., 2006).

A kérdőív mind magyar, mind más nemzetek vizsgálataiban megfelelő pszichometriai mutatókkal bír (Herrmann, 1997; Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann 2002; Muszbek et al., 2006), jelen vizsgálatsorozatban a Cronbach- $\alpha$  értékek alapján a HADS depresszió skálája esetén kevésbé bizonyult megbízható mutatónak (0,417-0,727), mint a szorongás skálája (0,608-0,853).

#### **9.2.5.4. A megküzdési módok**

A megküzdési módok mérésére a protokollban az időszakos vizsgálatok II. eljárásrendjéhez előírt Lazarus-féle **Megküzdési Módok Kérdőívet** (eredetileg: Ways of Coping, röviden: WC; Folkman & Lazarus, 1980, idézi Perczel Forintos et al., 2007) használtam. Az eredeti kérdőívet, amely 68 állítást tartalmazott, 1980-ban publikálta Folkman és Lazarus. Kopp és Skrabski 1992-ben elkészítette a kérdőív magyar változatát, majd 3 évvel később a rövidített, 22 tételű változatot. Így a kérdőívvel mért hét konfliktusmegoldási faktor a legjellemzőbb tétéleivel szerepel a kérdőívben. A kérdőívben megjelenő konfliktusmegoldási módok: problémaelemzés, céltudatos cselekvés, érzelmi indíttatású cselekvés, alkalmazkodás, segítségkérés, érzelmi egyensúly keresése, visszahúzódás (Perczel Forintos et al., 2007).

A kérdőív pszichometriai mutatói meglehetősen vegyes képet mutatnak a különböző kutatásokban (Rózsa et al., 2008; Ádám, Nistor, Nistor & Hazag, 2014), mint ahogyan a jelen vizsgálatban is, ugyanakkor a Rendőrség állományára vonatkozó átlagtartományok a protokollban megtalálhatók, így viszonyítási alapul szolgálnak a vizsgált állomány esetében.

#### **9.2.5.5. A frusztráció és diszkomfortérzet reakcióinak mérése**

A **Frusztráció Diszkomfort Skála** (Frustration Discomfort Scale, röviden FDS) egy egészen friss kérdőív, amelynek publikálása Neil Harrington nevéhez fűződik (Harrington, 2005a). A kérdőív magyar mintán még nem került validálásra, első fordítását Németh Ferenc, a Vas Vármegyei Rendőr-főkapitányság korábbi alapellátó pszichológusa készítette, Neil Harrington engedélyével. A nemzetközi kutatási eredményeket áttekintve elmondható, hogy a kérdőív megfelelő pszichometriai mutatókkal rendelkezik (Harrington, 2005a, 2005b, 2006; Raglan, 2013).

A mérőeszköz 28 állítás segítségével vizsgálja, milyen érzelmi és viselkedési reakciókat váltanak ki a frusztráló, stresszel teli helyzetek a válaszadókból. A válaszadás ötfokú Likert



skálán történik, ahol 1=nem jellemző rám, 5=nagyon jellemző rám. Négy alskálával rendelkezik a kérdőív, ezek a következőket mutatják (minél magasabb az adott skálaérték, annál erősebben van jelen a személy esetében az adott hiedelemrendszer):

- **diszkomfort intolerancia:** az abba vetett hit, hogy a kényelmetlen, diszkomfortérzettel járó helyzeteket el kellene kerülni
- **jogosultság:** az abba vetett hit, hogy a szükségleteink kielégítése elsőbbséget kellene, hogy élvezzen
- **emocionális intolerancia:** az a hiedelem, miszerint az érzelmi distressz nem tolerálható
- **teljesítményfrusztráció:** abba vetett hit, hogy mindig a tőlünk telő legjobb teljesítményre kell törekedniük

Jelen vizsgálatsorozatbanban a kérdőív és egyes skálák esetében a Cronbach- $\alpha$  minden esetben 0,7 feletti értéket mutatott.

### **9.2.6. A koronavírus okozta járványügyi veszélyhelyzet során végzett rendőri munkával kapcsolatos kérdések**

A kérdőív ezen blokkja az aktuális történésekre történő reakcióként került megfogalmazásra és beépítésre a 2020 május-júniusában szakmai vizsgát tevők számára. A kérdőív ezen része a kutatási kérdőívcsomag utolsó kérdéscsoportjaként szerepelt. 14 kérdést tartalmazott, s a következő területeket fedte le (a teljes kérdőív megtekinthető a 3. mellékletben):

- milyen típusú rendőri feladatokban vett részt a válaszadó a járványhelyzettel kapcsolatosan (hatósági házi karantén ellenőrzése, határátkelőhelyen ellátott szolgálat, kijárási korlátozással kapcsolatos közterületi tevékenység)
- mennyire érezte megterhelőnek a szolgálatellátást a megadott szempontok mentén (általában; érzelmileg, fizikailag)
- védőfelszerelésekkel kapcsolatos kérdések
- milyen helyzetektől félt a koronavírussal kapcsolatban (fertőzöttel találkozás, önmaga megfertőződése, családtag megfertőződése, kolléga fertőzötté válása, a válaszadó fertőz meg másokat)
- milyen mértékű változásokat tapasztalt saját magán bizonyos szempontok mentén (alvási nehézségei voltak; fáradékonyabb lett; ingerültebbé, feszültebbé vált; megváltozott a viselkedése másokkal szemben, aggódott; állandóan a vírus körül forogtak a gondolatai), s ezek mennyire befolyásolták a szolgálatellátást (alvási

nehézségek; fáradtság; ingerültség, feszültség; aggodalmak a családja miatt, félelem a fertőzötté válástól; állandóan a vírus körül forgó gondolatok)

- egészségmagatartási szokások változásai.

### **9.3. Alkalmazott statisztikai eljárások**

A kapott adatok az IBM SPSS 20 és 26 programcsomag alkalmazásával kerültek elemzésre. A leíró statisztikai elemzések (skálaátlagok, szórások, eloszlásvizsgálatok, Cronbach- $\alpha$  értékek) elvégzése után a hipotézisek tesztelésére szolgáló elemzések elvégzése következett.

Az egyes csoportok eredményeinek összehasonlítására két csoport esetében t-próba, illetve ennek nemparaméteres változata, a Mann-Whitney próba került elvégzésre. Több csoport esetében ANOVA post-hoc elemzésekkel – Hochberg-féle GT2-módszer és Gabriel-módszer az elemszámoktól függően, illetve ha a varianciahomogenitás feltétele sérült, Games-Howell próba –, illetve esetenként ennek nemparaméteres változata, a Kruskal-Wallis próba, post-hoc elemzésként Mann-Whitney próbával.

A különböző skálák együttjárásának vizsgálata korrelációs eljárással történt, míg az egészségmagatartási szokások változásainak összehasonlítása  $\chi^2$ -próbával.

A longitudinális vizsgálati elemek esetében az egészségmagatartási szokások változásainak összehasonlítása szintén  $\chi^2$ -próbával, az egyes skálák összehasonlítása pedig egymintás t-próba, illetve esetenként ennek nemparaméteres változata, a Wilcoxon próba alkalmazásával, valamint összetartozó mintás ANOVA, valamint ennek nemparaméteres változata, a Friedman teszt alkalmazásával történt, post-hoc elemzésekkel.

## **10. Eredmények**

Az elvégzett elemzések eredményeinek bemutatása mintánként, a hipotéziseknek megfelelően kerül áttekintésre. Minden esetben a minta részletes bemutatását az elemzések és az adatok ismertetése, majd ezt követően azok értelmezése követi.

### **10.1. A 2016-ban és a 2018-ban végzettek körében elvégzett vizsgálat**

#### **10.1.1. Leíró eredmények**

A leíró statisztikai táblázatok teljes terjedelmükben megtekinthetők a II. függelékben.

### 10.1.1.1. A vizsgálati minta szociodemográfiai jellemzői

A keresztmetszeti elrendezésű vizsgálat, vagyis a 2016-ban és 2018-ban végzettek esetében a szociodemográfiai jellemzőit a 6. táblázat foglalja össze. (A két minta szociodemográfiai jellemzői összefoglalva az egyes mérési pontok mentén megtekinthetők az I/1. függelékben.)

6. táblázat: A 2016-ban és 2018-ban végzettek szociodemográfiai jellemzői

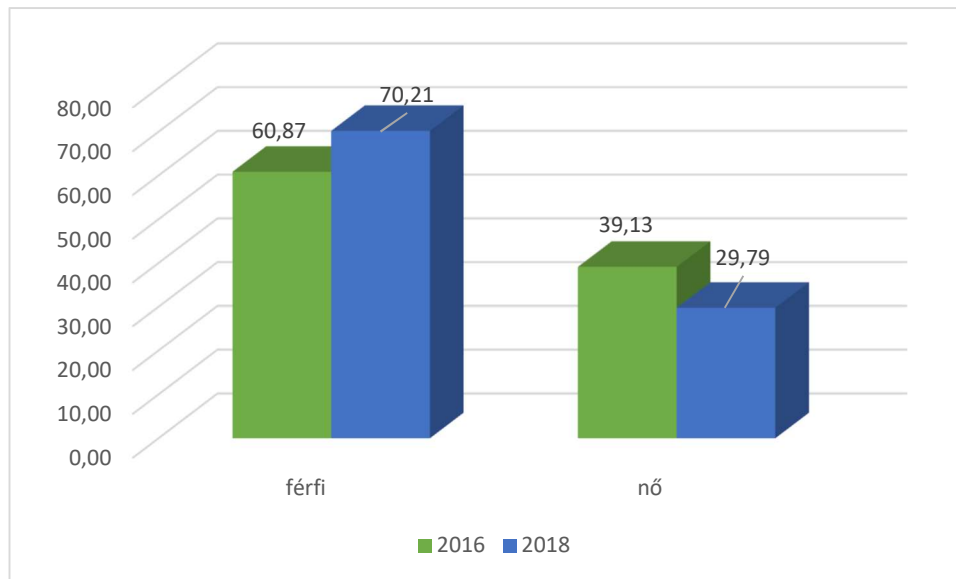
Szociodemográfiai jellemzők		2016. június	2018. június
minta elemszáma (N)		138 fő	94 fő
átlagéletkor $\pm$ szórás (év)		21,67 $\pm$ 2,27	22,10 $\pm$ 2,68
Nem	férfi	84 fő (60,86%)	66 fő (70,2%)
	nő	54 fő (39,13%)	28 fő (29,8%)
Állandó lakhely	főváros és vonzáskörzete	3 fő (2,17%)	5 fő (5,32%)
	megyeszékhely vagy megyei jogú város	27 fő (19,7%)	18 fő (19,15%)
	más vidéki város	39 fő (28,26%)	28 fő (29,78%)
	község vagy falu	68 fő (49,28%)	43 fő (45,74%)
	nincs válasz	1 fő (0,72%)	0 fő
Családi állapot	egyedülálló	65 fő (47,10%)	45 fő (47,87%)
	stabil párkapcsolatban él	71 fő (51,45%)	46 fő (48,94%)
	házas	1 fő (0,72%)	3 fő (3,19%)
	nincs válasz	1 fő (0,72%)	0 fő
Havi jövedelem	100 001 – 150 000 Ft	n.a.	63 fő (67,02%)
	150 001 – 200 000 Ft	n.a.	31 fő (32,98%)
Anyagi helyzet megítélése	jelentősen átlag alatti	n.a.	3 fő (3,19%)
	kicsivel rosszabb, mint az átlag	n.a.	14 fő (14,89%)
	átlagos	n.a.	62 fő (65,96%)
	kicsivel jobb, mint az átlag	n.a.	15 fő (15,95%)
Próbaidős kinevezés	KR	138 fő	66 fő (70,2%)
	MRFK	0 fő	28 fő (29,8%)

Forrás: a szerző saját szerkesztése

2016 júniusában, a sikeres szakmai vizsgákat követően 145 fő kezdte meg a kérdőívcsomag kitöltését, közülük 121 fő töltötte ki hiánytalanul, illetve további 17 fő esetében nem teljes, de az elemzések szempontjából részben hasznosítható szintű kitöltés valósult meg. A minta átlagéletkora 21,67 év, a szórás értéke  $\pm$ 2,27 év. (A legfiatalabb válaszadó 20, a legidősebb 34

éves volt.) A nemi eloszlás tekintetében a válaszadók 39,1%-a nő (54 fő), 60,9%-a férfi (84 fő) volt (ld. 4. ábra).

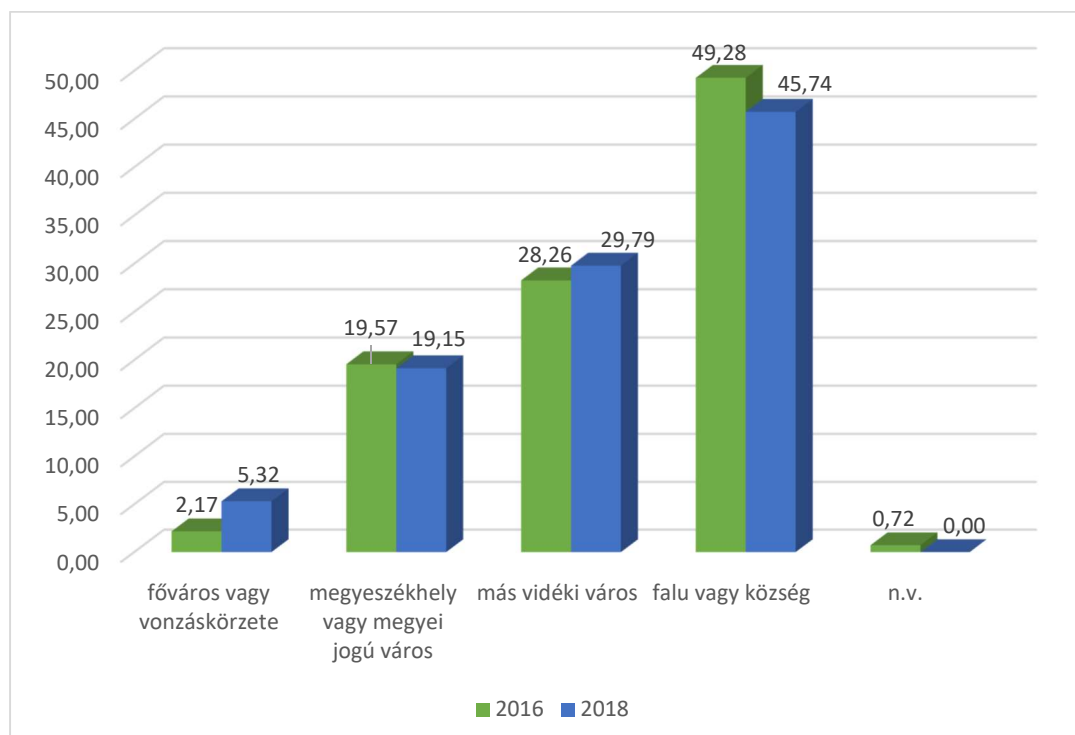
4. ábra: A nemi arányok százalékos alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

2018 júniusában, szintén a sikeres szakmai vizsgák után történt meg az adatfelvétel, 94 fő vállalkozott a kérdőívcsomag kitöltésére. A minta életkori átlaga 22,10 év,  $\pm$  2,68 évnyi szórásértékkel (a legfiatalabb válaszadó 19, a legidősebb 30 éves volt). A válaszadók nemi eloszlását tekintve 29,8% (28 fő) volt a nők, és 70,2% (66 fő) a férfiak aránya.

5. ábra: A lakóhely településtípusonkénti megoszlása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében

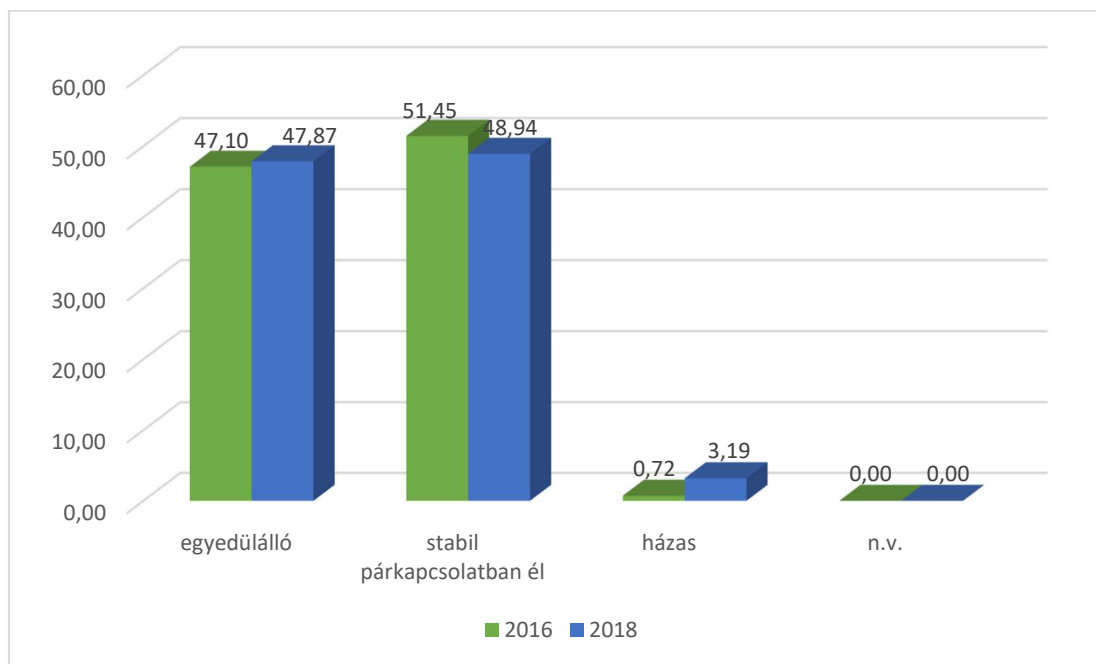


Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az állandó lakóhely tekintetében elmondható, hogy a válaszadók döntő többsége községekben vagy kis falvakban lakik (2016: 49,3%; 2018: 45,7%), ezt követte a más vidéki városra (2016: 28,3%; 2018: 29,8%) érkezett válasz, a megyeszékhely vagy megyei jogú város (2016: 19,7%; 2018: 19,1%), és végül legkevesebben a főváros és vonzáskörzetét (2016: 2,2%; 2018: 5,3%) jelölték meg. A kérdésre mindössze 1 fő nem válaszolt a 2016-os adatfelvétel során, 2018-ból nincs hiányzó adat ezen a téren (ld. 5.ábra).

A családi állapot tekintetében (ld. 6. ábra) egyetlen személy nem adott választ erre a kérdésre 2016-ban, míg 2018-ban minden személy vállalta a választást. 2016-ban 47,10% fő (65 fő) egyedülállónak, 51,45% (71 fő) stabil párkapcsolatban élőknek, 0,72% (1 fő) pedig házasnak vallotta magát. 2018-ban hasonló arányban alakultak ezen a téren az eredmények: 47,9% (45 fő) egyedülállónak vallotta magát, 48,9% (46 fő) párkapcsolatban élőknek, míg 3,2% (3 fő) házasnak.

6. ábra: A családi állapot százalékos alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A 2018-ban megkérdezésre került a jövedelemmel kapcsolatosan két további kérdés is: az átlagos havi kereset tekintetében a minta kétharmada, 67,02% (63 fő) a 100 000 – 150 000 Ft, míg egyharmada, 32,98% (31 fő) a 150 000 – 200 000 Ft övezetbe sorolta magát. Az általános anyagi helyzetét 3,19% (3 fő) ítélte jelentősen átlag alattinak, 14,89% (14 fő) kicsivel rosszabbnak, mint az átlag, míg 65,96% (62 fő) átlagosnak ítélte, és 15,96% (15 fő) kicsivel jobbnak, mint az átlag.

### 10.1.1.2. Kiegészítés és stressz

A kiegészítés tekintetében az MBI három skálájának átlagértékei, illetve az egyes skálákhoz tartozó Cronbach- $\alpha$  értékek megtalálhatók a 7. táblázatban. A reliabilitásmutatók a vizsgálati mintában megfelelőek voltak az MBI skálái tekintetében.

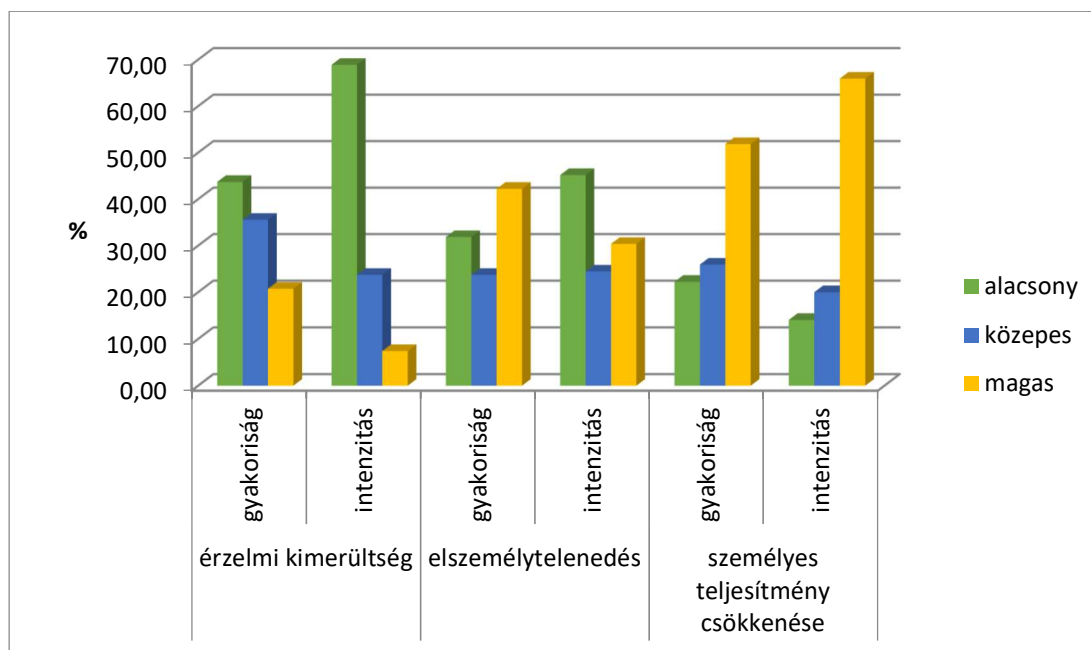
7. táblázat: Az MBI skálák átlag, szórás és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében

MBI skálák		2016			2018		
		M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
érzelmi kimerültség	gyakoriság	20,600	10,308	0,772	12,613	9,340	0,837
	intenzitás	21,319	12,529	0,723	14,120	10,557	0,804
elszemélytelenedés	gyakoriság	10,156	7,460	0,782	7,194	5,928	0,618
	intenzitás	9,926	7,925	0,750	8,446	7,356	0,639
személyes teljesítmény csökkenése	gyakoriság	32,948	7,945	0,722	29,312	8,387	0,759
	intenzitás	32,911	10,515	0,773	31,087	8,672	0,702

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az egyes tényezők terén a súlyosság szempontjából történő besorolás a 2016-os évfolyam esetében azt mutatja (ld. 7. ábra), hogy az érzelmi kimerültséget tekintve mind a gyakoriság, mind az intenzitás tekintetében a minta legnagyobb része alacsony kiégettséggel bír. Az elszemélytelenedés gyakoriságát tekintve már a minta 42,22%-a magas értéket ért el, s a személyes teljesítmény csökkenése a gyakoriság terén a minta mintegy felénél (51,85%), az intenzitás terén a minta közel kétharmadánál (65,93%) magas értékkel bírt.

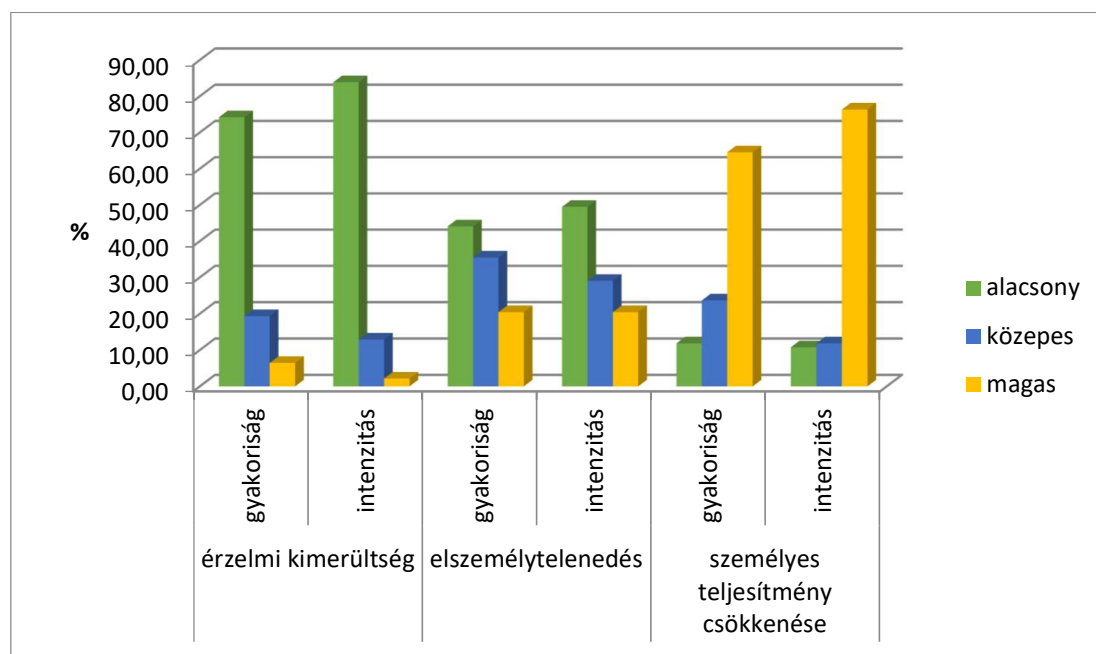
7. ábra: A kiegészítés súlyossága a 2016-ban végzetek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A 2018-as évfolyam esetében az érzelmi kimerültség esetében az alacsony érzelmi kimerültségről beszámolók aránya megnövekedett – az érzelmi kimerültség megjelenésének gyakorisága 74,19%, intenzitása 84,78%. Az elszemélytelenedést tekintetében mintegy a válaszadók fele alacsony gyakoriságról (44,09%) és intenzitásról (50%) számolt be. A személyes teljesítmény csökkenése a 2018-as évfolyam körében a magas kategóriába, a gyakoriság tekintetében a minta mintegy kétharmadánál (64,52%), intenzitás terén a minta háromnegyedénél (77,17%) jelentkezett (ld. 8. ábra). Ez magasabb arány, mint a 2016-os évfolyamnál.

8. ábra: A kiégés súlyossága a 2018-ban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A munkahelyi stressz esetében az RMSK egyes skáláihoz tartozó átlagértékek, szórások és Cronbach- $\alpha$  értékek a 8. táblázatban láthatók. Egy skála, a Munkavégzés etikai aspektusai esetében nem számítható ki a Cronbach- $\alpha$  értéke, mivel a skála egyetlen tételből áll.

A vizsgálatban kapott eredmények protokollban meghatározott átlagövezethez való viszonyulását mutatja a 9. ábra. (A protokollban az RMSK tekintetében az átlagövezet alsó és felső értékek megadásával szerepel.) Jól látható, hogy a 2016-os évfolyam esetében az átlagérték 9 munkaterhelésre vonatkozó skála és a Munkahelyi stresszindex esetében magasabban helyezkedik el, mint a protokollban szereplő átlagövezet, emellett további skálák mentén is a protokoll átlagövezetéhez képest az adott minta átlagövezetében eltolódás figyelhető meg felfelé. A 2018-as évfolyam esetében ebből az átlagövezettől 2 munkaterhelésre vonatkozó skála (Munkavégzésből eredő szerepkonfliktusok, Munkahelyi légkör szubjektív megítélése) átlagértéke mutat eltérést, de az emelkedettség tendenciája itt is megfigyelhető.

Az Észlelt Stressz Skála (továbbiakban: PSS) a 2016-os adatfelvétel során nem került felhasználásra, így ezen minta vonatkozásában nem rendelkezünk adatokkal. A 2018-as adatfelvétel esetében viszont megbízható mérőeszköznek bizonyult a 0,833-as Cronbach- $\alpha$  értékkel. A skála átlagát, szórását a 8. táblázat mutatja.

8. táblázat: Az RMSK és a PSS átlag, szórás és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében

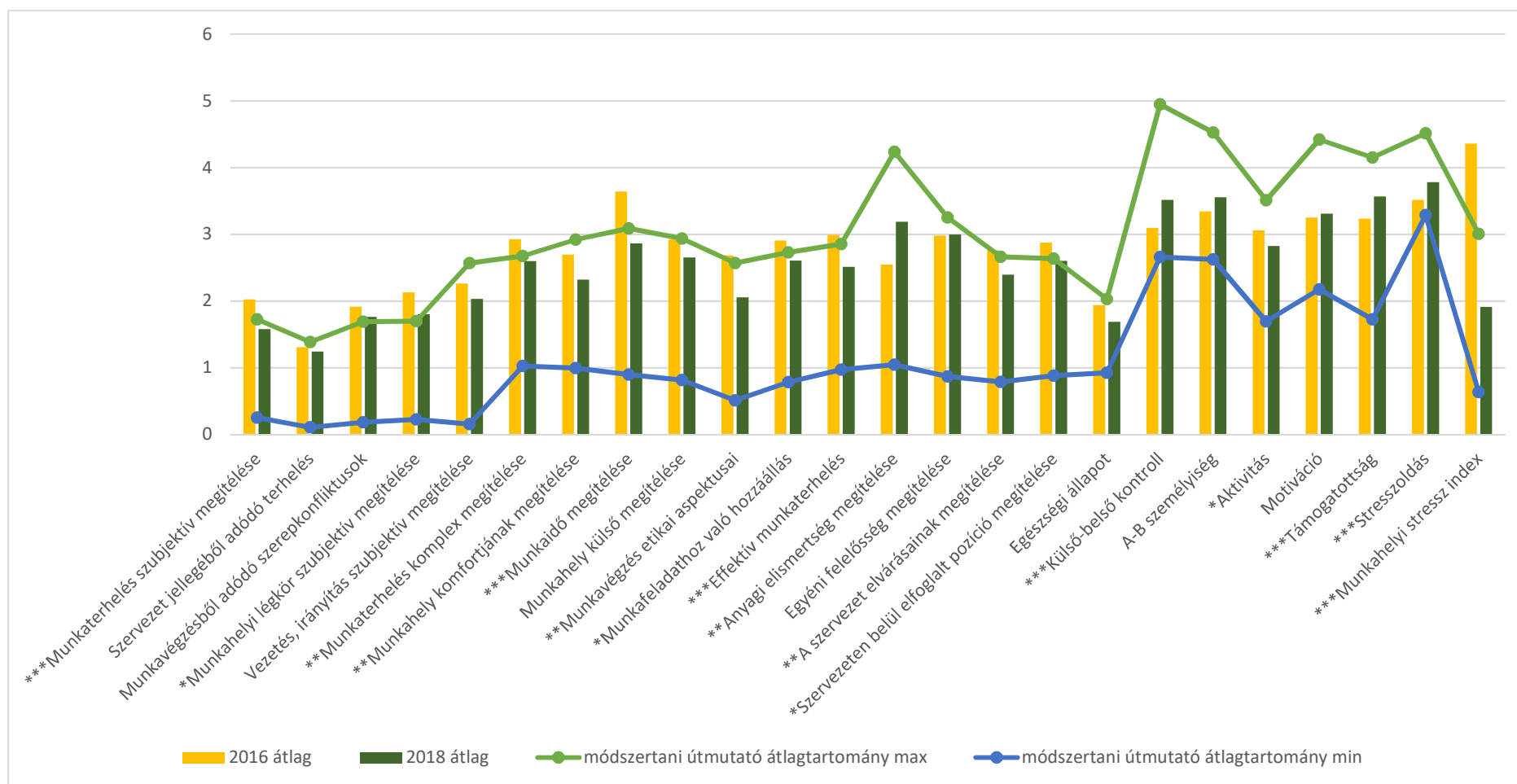
Skála		2016			2018		
		M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
<b>Munkahelyi események</b>		51,231	48,936	0,967	24,489	29,590	0,928
<b>Munkaterhelés</b>	Munkaterhelés szubjektív megítélése	2,021	0,806	0,904	1,575	0,810	0,900
	Szervezet jellegéből adódó terhelés	1,307	0,834	0,796	1,239	0,814	0,691
	Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok	1,913	0,854	0,882	1,760	0,937	0,855
	Munkahelyi légköri szubjektív megítélése	2,126	1,048	0,920	1,800	0,980	0,890
	Vezetés, irányítás szubjektív megítélése	2,259	1,079	0,863	2,031	1,091	0,856
	Munkaterhelés komplex megítélése	2,925	0,924	0,980	2,596	0,891	0,978
	Munkahely komfortjának megítélése	2,692	1,001	0,807	2,318	0,865	0,799
	Munkaidő megítélése	3,641	1,078	0,711	2,862	1,133	0,738
	Munkahely külső megítélése	2,920	1,292	0,440	2,649	1,150	0,454
	Munkavégzés etikai aspektusai	2,681	1,528	n.a.	2,053	1,186	n.a.
	Munkafeladathoz való hozzáállás	2,903	1,126	0,684	2,603	1,241	0,721
	Effektív munkaterhelés	2,986	0,968	0,921	2,511	0,945	0,926
	Anyagi elismertség megítélése	2,544	1,295	0,818	3,186	1,519	0,822
	Egyéni felelősség megítélése	2,978	1,167	0,807	2,995	1,414	0,910
	A szervezet elvárásainak megítélése	2,762	1,087	0,840	2,392	1,016	0,792
Szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése	2,873	1,003	0,866	2,601	1,080	0,891	
<b>Egyéni, személyes tényezők</b>	Egészségi állapot	1,935	0,892	0,907	1,684	0,549	0,822
	Külső-belső kontroll	3,091	0,820	0,809	3,514	0,752	0,671
	AB személyiség	3,344	0,731	0,660	3,554	0,563	0,563
	Aktivitás	3,056	0,915	0,730	2,822	0,873	0,662
	Motiváció	3,249	1,002	0,818	3,307	0,801	0,539
	Támogatottság	3,231	1,346	0,850	2,822	0,987	0,696
	Támogatottság-személy <sup>8</sup>	8,18	2,387	0,850	7,57	2,508	0,696
	Stresszoldás	3,514	0,544	0,688	3,781	0,427	0,448
<b>Munkahelyi stresszindex</b>	4,358	4,978	0,972	1,907	2,236	0,938	
<b>Észlelt Stressz Skála</b>	n.a.	n.a.	n.a.	23,152	8,070	0,833	

Forrás: a szerző saját szerkesztése

<sup>8</sup> A Támogatottság-személy skála ugyanazon tételekből kerül kiszámításra, mint a Támogatottság skála, csak más képlet alapján.



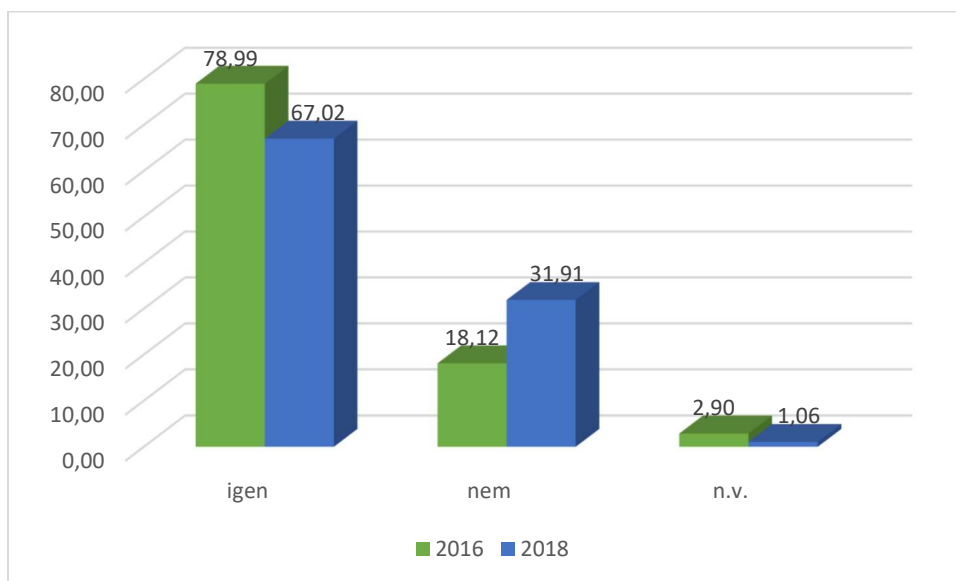
9. ábra: Az RMSK skálaátlagainak alakulása a prtokoll átlagtartományához viszonyítva a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

### 10.1.1.3. Egészségmagatartási szokások

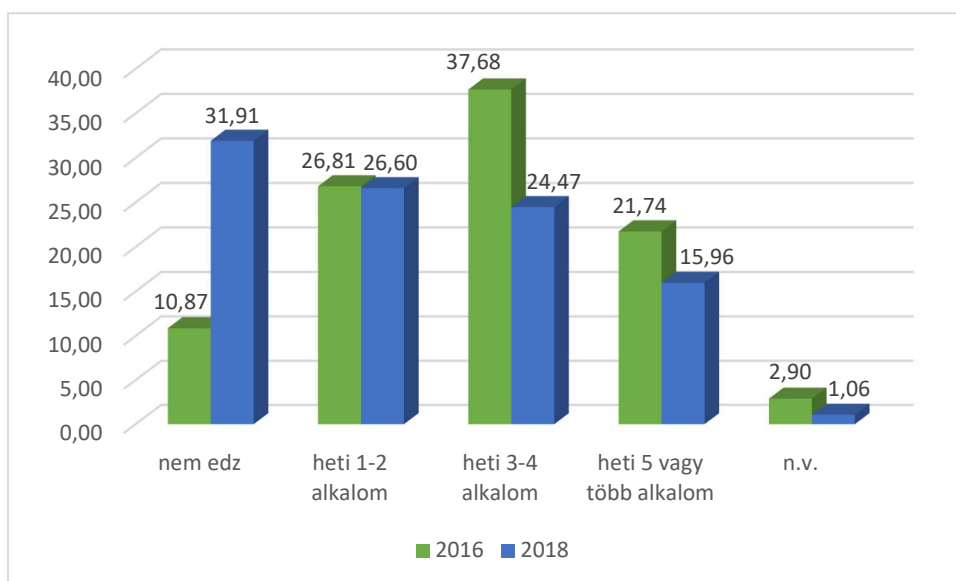
10. ábra: A rendszeres testedzést végzők arányainak (%) alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Rendszeresen testedzést végzőnek vallotta magát 109 fő, nem végez rendszeresen testedzést 25 fő, illetve 4 fő nem válaszolt erre a kérdésre 2016-ban. A 2018-as évfolyam esetében rendszeresen testedzést végző volt 63 fő, míg 30 fő nem végez rendszeresen testedzést, 1 fő pedig nem válaszolt a kérdésre (ld. 10. ábra).

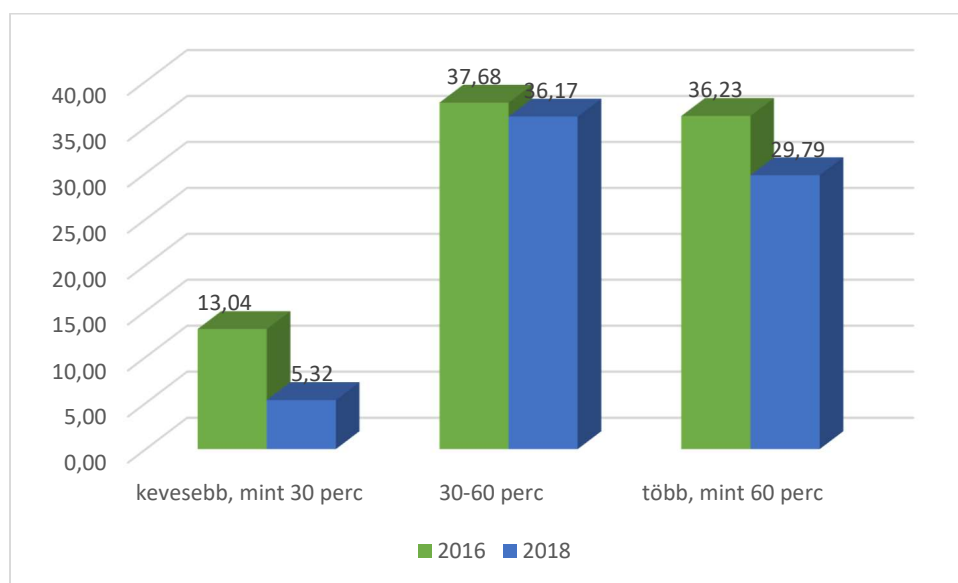
11. ábra: A testedzés heti gyakorisága (%) a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A testedzés heti gyakoriságát illetően 3 válaszlehetőség volt (ld. 12. ábra). A 2016-os évfolyam esetében heti 1-2 alkalommal végez testedzést 37 fő, 3-4 alkalommal 52 fő, 5 vagy több alkalommal 30 fő, míg a 2018-as évfolyam esetében heti 1-2 alkalommal testedzés végzőnek 25 fő vallotta magát, heti 3-4 alkalommal 23 fő végez testedzést, 5 vagy több alkalommal pedig 15 fő.

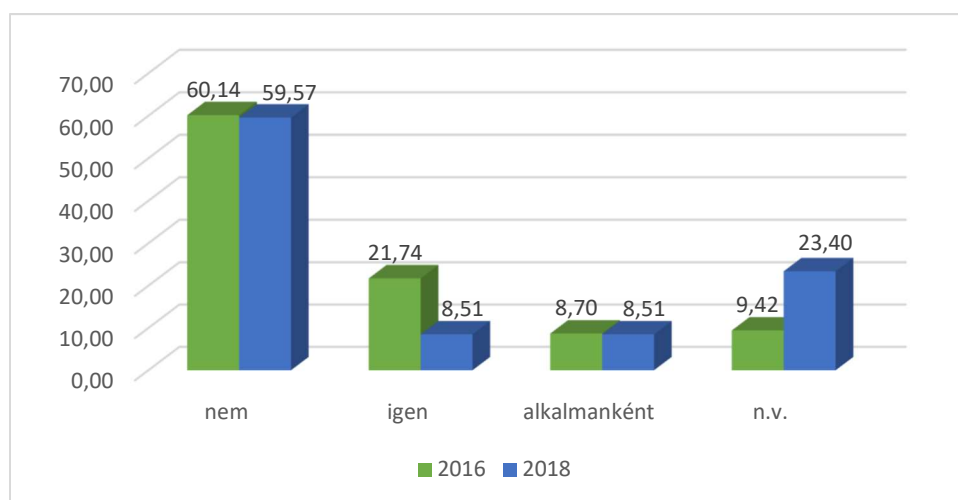
12. ábra: A testedzés alkalmankénti időtartama (%) a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A testedzés átlagos időtartama (ld. 13. ábra) a döntő többség esetében 30-60 perc (2016: 52 fő – 37,68%; 2018: 34 fő – 36,17%), illetve 60 perc feletti (2016: 50 fő – 36,23%; 2018: 28 fő – 29,79%), s csak kevesen nyilatkoztak úgy, hogy egy alkalommal kevesebb, mint 30 percet fordítanak a testedzésre (2016: 18 fő – 13,04%; 2018: 5 fő – 5,32%).

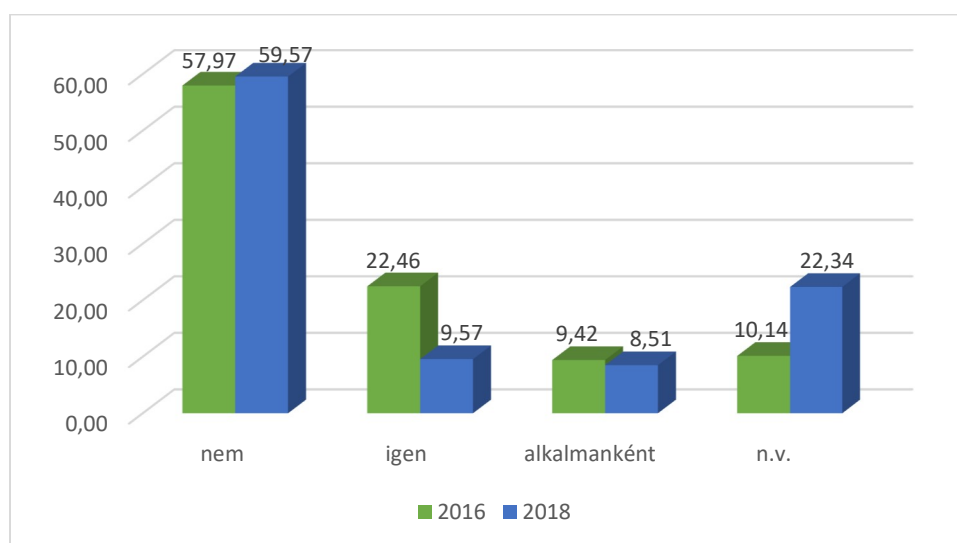
13. ábra: A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelők használatának gyakorisága (%) a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A teljesítményfokozók és szteroidok használata (ld. 13. ábra) kapcsán 2016-ban rendszeresen ilyen szereket fogyasztónak (igen) vallotta magát 21,74% (30 fő), alkalmanként fogyaszt ilyen szereket 8,70% (12 fő), egyáltalán nem él ilyen szerekkel 60,14% (83 fő). Ehhez képest a 2018-as évfolyam esetében rendszeresen ilyen szereket fogyasztónak vallotta magát 8,51% (8 fő), alkalmanként fogyaszt ilyen szereket 8,51% (8 fő), egyáltalán nem él ilyen szerekkel 59,57% (56 fő). Egyéb táplálékkiegészítőt (pl. fehérjeporokat) a 2016-os évfolyamból rendszeresen fogyasztott 22,46% (31 fő), alkalmanként 9,42% (13 fő), egyáltalán nem fogyasztott 57,97% (80 fő); míg a 2018-as évfolyamból rendszeresen 9,57% (9 fő), alkalmanként 8,51% (8 fő) fogyasztott, egyáltalán nem pedig 59,57% (56 fő) (ld. 14. ábra).

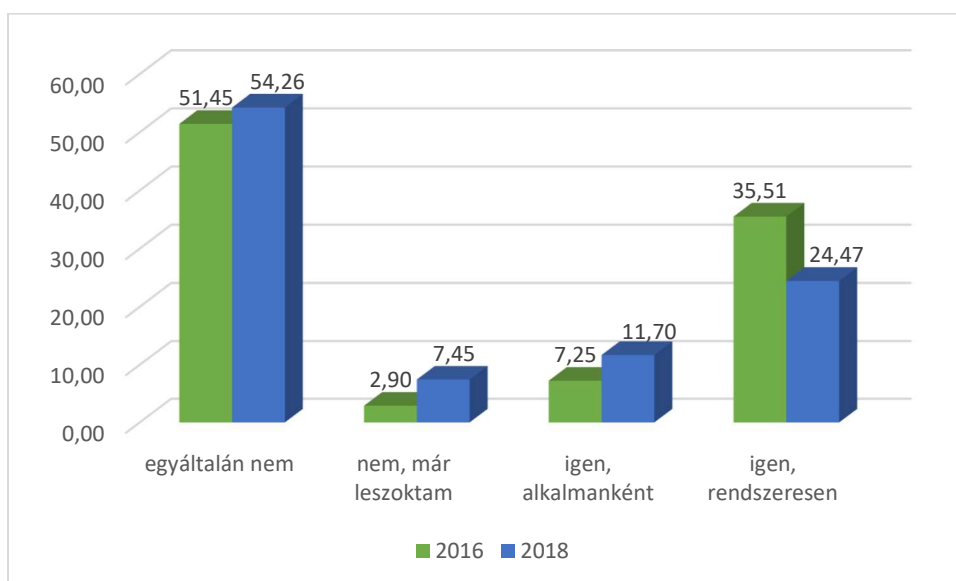
14. ábra: A táplálékkiegészítők használatának előfordulása (%) a 2016-ban és 2018-ban végzetek körben



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A **dohányzást** illetően (ld.15. ábra) a 2016-os évfolyamból a mérés során 36,57% (49 fő) vallotta magát rendszeres dohányosnak, 7,46% alkalmi dohányosnak (10 fő). 2,90% nyilatkozott úgy, hogy leszokott (4 fő), közülük hárman az elmúlt 1 év során tették le a cigarettát, 1 fő pedig már 3 éve. A magát dohányosnak vallók átlagosan  $5,01 \pm 3,0755$  éve dohányoznak, de szép számmal (15 fő) szerepelt olyan személy is, aki állításuk szerint az eltelt 1-2 év során szokott rá a dohányzásra.

15. ábra: A dohányzási státusz alakulása (%) a 2016-ban és a 2018-ban végzettek körében

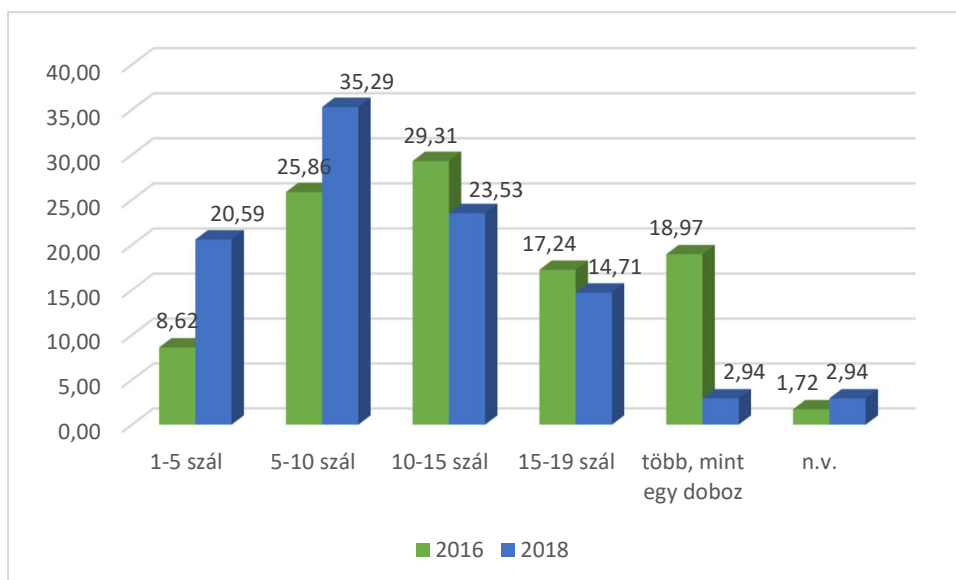


Forrás: a szerző saját szerkesztése

A 2018-as évfolyamból a vizsgálatban részt vevők 24,47%-a (23 fő) vallotta rendszeres dohányzónak magát, alkalmi dohányosnak pedig 11,70% (11 fő). A vizsgálat időpontjában már leszokott 7,45% (7 fő), mindegyikük az elmúlt másfél év során tette le a cigarettát. Ugyanakkor az aktívan dohányzók körében az elmúlt 1-2 év során szokott rá a cigarettára 8 fő.

A dohányosok körében *a naponta elszívott cigaretta mennyiségét* az 16. ábra mutatja.

16. ábra: A naponta elszívott cigaretta mennyisége a dohányosok körében (%) a 2016-ban és 2018-ban végzettek mintájában

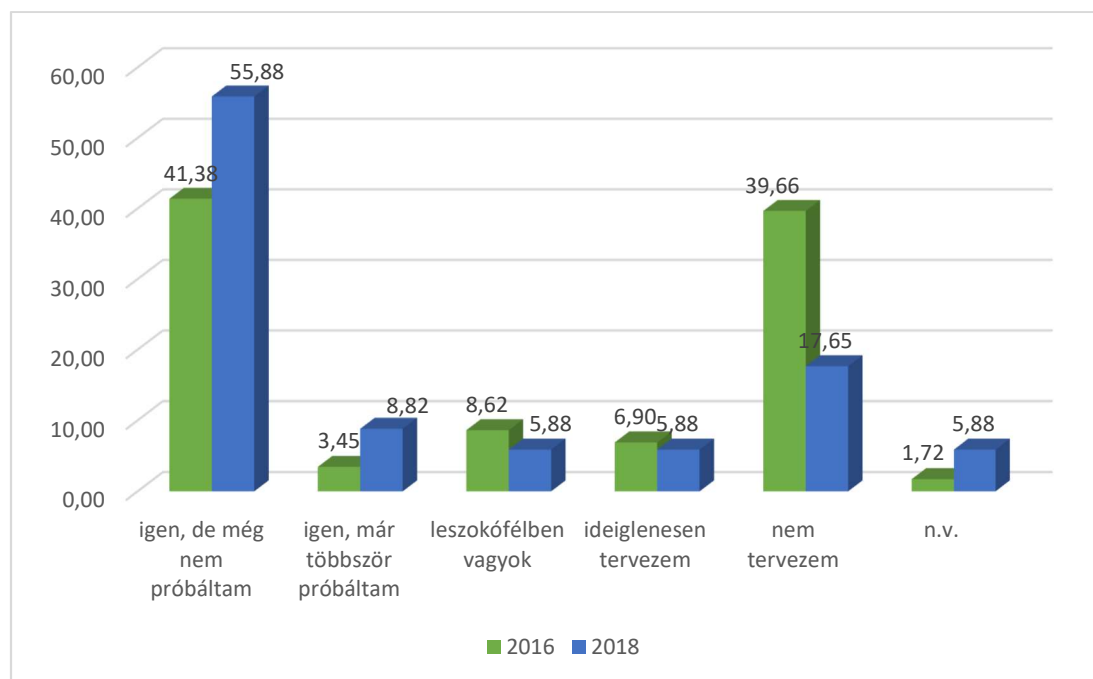


Forrás: a szerző saját szerkesztése

Arra a kérdésre, miszerint *tervezi-e a leszokást*, a 2016-os mintában hasonló arányban válaszoltak a dohányosok igen, de még nem próbálta (24 fő), illetve nem tervezi (23 fő)

lehetőségekkel, míg a 2018-as mintában a dohányosok több, mint fele szeretne leszokni, de még nem próbálta meg (19 fő). A válaszok alakulását részletesen ld. 17. ábra.

17. ábra: A leszokáshoz való viszonyulás (%) a 2016-ban és a 2018-ban végzetek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A dohányzási motivációk mérésére szolgáló WISDM-37 skáláinak reliabilitási mutatói mind megfelelőek voltak, ezeket és az egyes skálákhoz tartozó átlag- és szórásértékeket a 9. táblázat foglalja össze. A 2016-os évfolyam esetében a teljes kérdőívre vonatkozó Cronbach- $\alpha$  0,973, az átlag 117,15, a szórás pedig 48,88 volt a minta dohányzóinak (N=59 fő) körében. A 2018-as évfolyam esetében a Cronbach- $\alpha$  értéke a teljes kérdőívre 0,970, az átlag 103,63, valamint a szórás 45,73 volt a minta dohányzóinak körében (N=34 fő).

9. táblázat A WISDM-37 kérdőív skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei

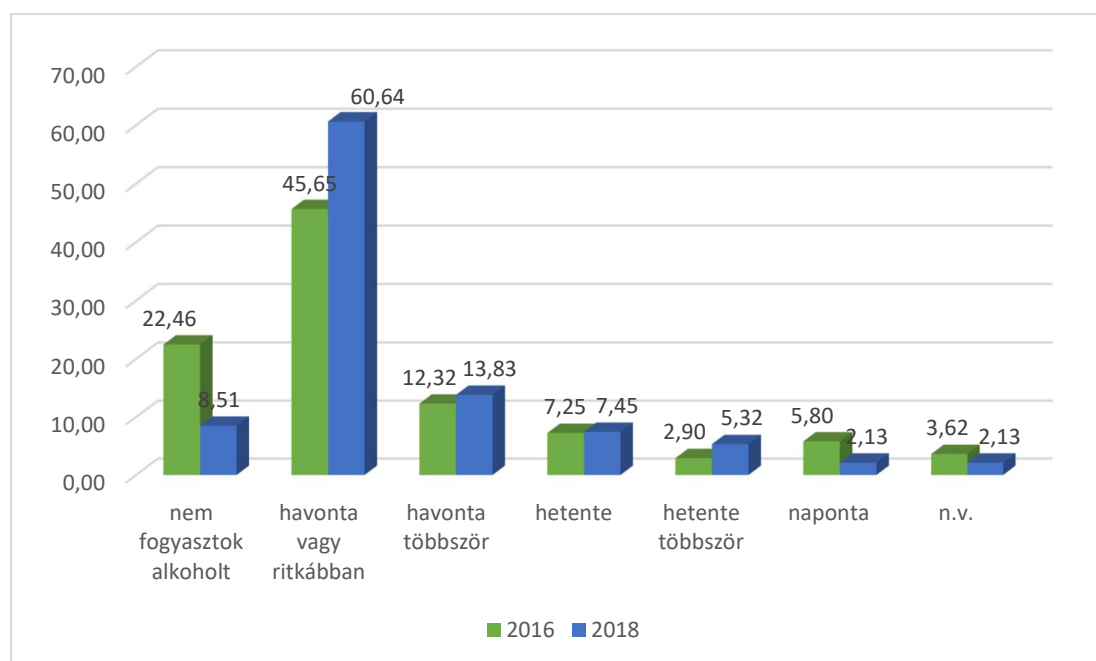
Skála	2016			2018		
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
Érzelmi kötődés a cigarettához	8,525	4,987	0,873	6,406	4,585	0,884
Automatizmus	12,508	6,120	0,834	10,438	6,555	0,929
Kontrollvesztés	12,033	6,475	0,878	8,906	5,177	0,847
Kognitív működés javulása	9,745	4,851	0,871	9,625	5,314	0,907
Sóvárgás	12,305	6,521	0,881	10,438	6,106	0,907
Dohányzásra felszólító kulcsingerek	9,118	4,495	0,739	8,906	4,539	0,744
Társas és helyzeti ösztönzők	10,864	4,538	0,787	13,531	4,912	0,814
Íz	10,949	5,025	0,874	8,969	4,782	0,858
Tolerancia	12,016	6,084	0,830	11,250	6,401	0,850
Testsúlykontroll	8,576	4,526	0,771	6,406	4,219	0,838
Érzelmi megerősítés	10,508	5,062	0,864	8,750	4,772	0,879

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az alkoholfogyasztási szokások tekintetében 3 tényező vizsgálata történt meg ebben a vizsgálatban: az alkoholfogyasztás és a nagyívás gyakorisága, valamint az alkoholfogyasztás körülményei.

Az **alkoholfogyasztás gyakoriságát** tekintve elmondható, hogy a 2016-os válaszadók közül 22,46% nyilatkozott úgy, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholt, havonta vagy ritkábban fogyaszt 45,65% havonta többször 12,32%, hetente 7,25%, hetente többször 2,90%, míg saját bevallása szerint naponta fogyaszt alkoholt 5,80%. A 2018-as válaszadók körében az alkoholt nem fogyasztók a minta 8,51%-át jelentették, míg saját bevallása szerint 60,64% havonta vagy ritkábban, 13,83% havonta többször, 7,45 % hetente, 5,32% hetente, illetve 2,13 % naponta fogyaszt alkoholt (ld. 18. sz. ábra).

18. ábra: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának (%) alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében

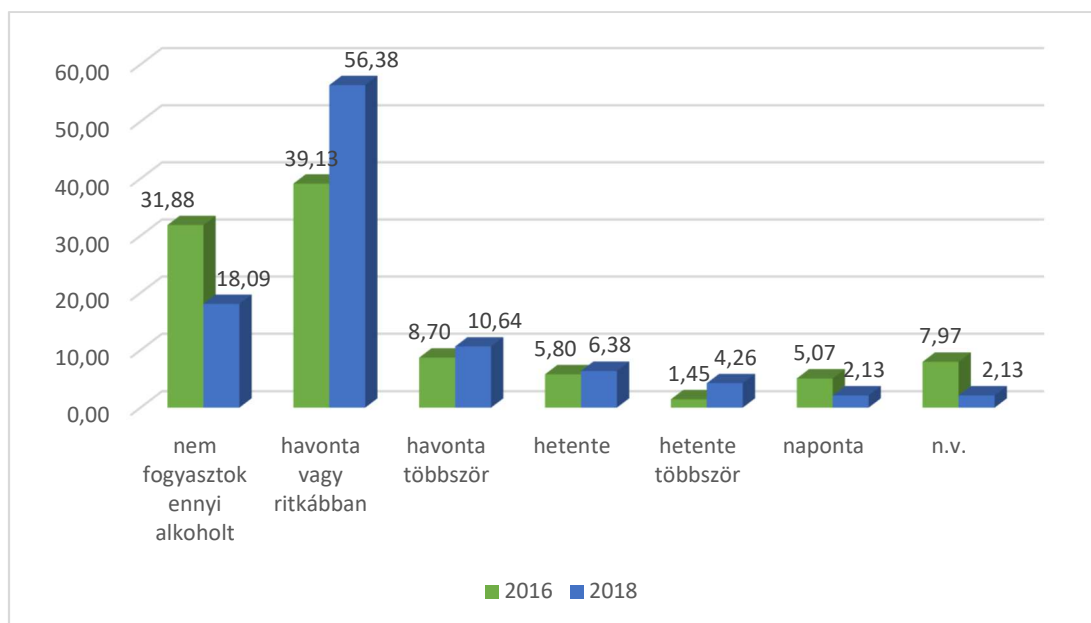


Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az **alkoholfogyasztás intenzitását** illetően megkérdezésre került az egy alkalommal 3 vagy több egységnyi alkohol fogyasztása is (1 egységnyi ital: 1 doboz 5% alkoholtartalmú sörnek, vagy 1,5 dl 12% alkoholtartalmú bornak, vagy 4 cl 40% alkoholtartalmú itálnak felel meg). A 2016-os évfolyam válaszadói körében havonta vagy ritkábban fogyaszt ilyen mennyiséget 39,13%, havonta többször 8,70%, hetente 5,80%, hetente többször 1,45%, míg naponta 5,07%, illetve 31,88% nyilatkozott úgy, hogy soha nem fogyasztanak ennyi alkoholt egy alkalommal. A 2018-as évfolyam válaszadóinak 56,38%-a havonta vagy ritkábban, 10,64%-a havonta többször fogyaszt egyszerre ennyi alkoholt, míg hetente 6,38%, hetente

többször 4,26%, naponta 2,13 %, illetve ezen minta 18,09%-a egyáltalán nem fogyaszt egy alkalommal ennyi alkoholt (ld. 19. sz. ábra).

19. ábra: A nagyívás gyakoriságának (%) alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az *alkoholfogyasztás körülményei* kapcsán a 2016-os évfolyam vonatkozásában 106 fő adott választ, átlagosan 3 vagy 4 (átlagosan 3,56) körülményt jelöltek meg. A felsoroltak közt nem szerepelt olyan lehetőség, amelyet senki sem választott. A 2018-as évfolyam mintáját tekintve 86 válaszadó átlagosan 2-3 (a pontos átlag: 2,67) körülményt választott. A körülmények sorrendjét az említés gyakoriságával együtt (csökkenő sorrendben) foglalja össze a 10. táblázat.

10. táblázat: Az alkoholfogyasztás körülményeinek alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében

2016			2018		
sorsz.	körülmény	válasz	sorsz.	körülmény	válasz
1.	szórakozóhelyen	84	1.	barátokkal beszélgetve	70
2.	barátokkal beszélgetve	79	2.	szórakozóhelyen	64
3.	étteremben/presszóban/ bárban	38	3.	koncerten	29
4.	koncerten	37	4.	étteremben/presszóban/ bárban	25
5.	helyszíni szurkolás közben	24	5.	szülőkkal beszélgetve	15
6.	sportműsor nézése közben	18	6.	étkezés előtt/alatt/után	14
7.	zenehallgatás közben	16	7.	helyszíni szurkolás közben	13
8.	étkezés előtt/alatt/után	15	8.	sportműsor nézése közben	11
9.	utcán, parkban	13	9.	zenehallgatás közben	6
10.	szülőkkal beszélgetve	12	9.	utcán, parkban	
	más alkalommal			10.	munka közben
11.	utazás közben	10	10.	utazás közben	
12.	olvasás közben	8	11.	sportolás előtt/közben/után	3
13.	sportolás előtt/közben/után	7	12.	olvasás közben	2



14.	munka közben	4	13.	más alkalommal	1
-----	--------------	---	-----	----------------	---

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az első négy hely szempontjából más sorrendben ugyan, de ugyanaz a négy körülmény szerepel – ezek alapvetően a legjellemzőbbnek mondható esetek. A más alkalom jellemzően a családi ünnepeket jelezte, néhány esetben merült fel ezeken túl más említés – igaz, szerepelt itt olyan kiegészítés, miszerint „kollégiumban, iskolai összevonáson”, ami mindenképpen a helyzeti sajátosságokra is utalhat.

11. táblázat: A HOS skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében

Skála	2016			2018		
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
Személyes egészségtudatosság	16,108	3,758	0,663	17,645	3,711	0,708
Egészséges kinézettel való törődés	13,573	3,938	0,728	10,677	4,665	0,845
Egészséggel kapcsolatos szorongás	12,922	3,615	0,692	9,581	3,905	0,685
Egészséggel kapcsolatos önértékelés	16,539	3,777	0,698	19,914	3,824	0,777
Egészségtelenség elkerülésének motivációja	15,503	4,153	0,768	16,763	4,156	0,722
Egészségmotiváció	15,542	3,868	0,716	16,645	3,883	0,678
Belső egészségesség kontroll	16,294	4,758	0,832	19,140	4,154	0,838
Külső egészségesség kontroll	13,852	3,082	0,401	11,409	3,471	0,620
Egészség a jövőben	15,837	3,374	0,522	19,344	3,731	0,729
Egészségi állapot	15,930	3,398	0,549	18,710	3,565	0,671

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az Egészségorientáció Kérdőív (HOS) egyes skáláihoz tartozó Cronbach- $\alpha$  értékeket, valamint skálaátlagokat és szórásokat a 11. táblázat mutatja. A két évfolyam tekintetében több esetben is több pontnyi eltérés figyelhető meg a skálaátlagok között.

#### 10.1.1.4. A mentális egészségi állapot mutatói a mintákban

A depressziót mérő CES-D skála esetében a Cronbach- $\alpha$  0,884, illetve 0,886, ami jelzi, hogy a skála nagyon megbízhatóan méri a depressziót. A CES-D értékei tekintetében a 2016-ban végzetek esetében az átlag egy mérsékelt depresszív állapotra utal, a 2018-ban végzetek eredménye nem jelzi depresszió veszélyét. A vonásszorongást mérő STAI-T reliabilitása 0,851, valamint 0,870 volt 2016-ban, illetve 2018-ban, vagyis a kérdőív megbízhatóan méri a vonásszintű szorongást. A skálaátlagokat és a szórásokat ld. 12. táblázat. A vonásszorongás átlagértékei alapján kiemelendő, hogy a 2016-os átlag a magyar standardnál (Sipos, Sipos & Spielberger, 1988; Perczel-Forintos, Kiss & Ajtay, 2007) kissé magasabb, míg a 2018-ban végzetek körében több, mint 6,5 ponttal alacsonyabb.

12. táblázat: A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók skálaátlagai, szórás és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2016-ban és 2018-ban végettek körében

Skála	2016			2018			
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$	
<b>CES-D (Depresszió)</b>	21,586	10,344	0,884	14,000	9,729	0,886	
<b>LWC</b>	<b>Problémaelemzés</b>	4,818	2,059	0,600	5,075	1,807	0,540
	<b>Céltudatos cselekvés</b>	6,351	2,583	0,702	5,484	2,427	0,607
	<b>Érzelmi indíttatású cselekvés</b>	4,871	2,994	0,773	2,376	2,289	0,683
	<b>Alkalmazkodás</b>	5,75	2,5	0,664	4,925	2,065	0,463
	<b>Segítségkérés</b>	3,280	1,410	0,521	3,098	1,343	0,210
	<b>Érzelmi egyensúly keresése</b>	2,909	1,598	0,593	2,387	1,360	0,440
	<b>Visszahúzódnás</b>	4,257	2,303	0,484	3,118	2,181	0,604
<b>STAI-T (Vonásszorongás)</b>	44,546	9,670	0,851	37,130	8,937	0,870	
<b>FDS</b>	<b>Diszkomfort intolerancia</b>	18,000	5,257	0,824	16,370	5,295	0,838
	<b>Jogosultság</b>	17,872	4,819	0,767	16,359	5,207	0,801
	<b>Emocionális intolerancia</b>	18,440	5,181	0,830	16,326	5,080	0,783
	<b>Teljesítményfrusztráció</b>	18,822	4,798	0,802	18,141	5,241	0,788
<b>Frusztráció és diszkomfort összpontszám</b>	72,919	18,610	0,946	69,348	19,420	0,937	
<b>HADS</b>	<b>Szorongás</b>	n.a.	n.a.	n.a.	4,326	3,499	0,781
	<b>Depresszió</b>	n.a.	n.a.	n.a.	3,761	3,290	0,417

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az **aktuális szorongás és depresszió** mérésére szolgáló Kórházi Szorongás és Depresszió Skála esetében a 2016-os évfolyam vonatkozásában nem került felhasználásra, csak a 2018-as méréstől kezdődően került beépítésre a kérdőívcsomagba. A teljes kérdőívre vonatkozó Cronbach- $\alpha$  érték 0,868, de az egyes skálák esetében csak a szorongás esetében mutat 0,7 feletti értéket (0,781), míg a depresszió esetében a megbízhatósága elmarad a megfelelő szinttől (0,417). A skálaátlagokat és a szórásokat ld. 12. táblázat. Az átlagértékek tekintetében mindkét skála normál állapotra utal.

A **megküzdési módokat** vizsgáló kérdőív (LWC) esetében a 2016-os évfolyam körében az egyes skálákra vonatkozó reliabilitásmutatók többsége 0,7 alatti értéket mutat, ugyanakkor a teljes kérdőívre vonatkozó Cronbach- $\alpha$  érték 0,901 volt. A 2018-os évfolyam esetében egyetlen skála reliabilitásmutatója sem érte el a 0,7-es értéket, s a 7-ből 4 skála esetében 0,55 alatti, ezen belül is egy esetben 0,210, amely a kérdőív megbízhatóságával kapcsolatosan kérdéseket vet fel, mivel a az alacsony értékek esetén az adott skála megbízhatósága is alacsony. Ugyanakkor a teljes kérdőívre vonatkozó Cronbach- $\alpha$  értéke 0,811. Az egyes skálák Cronbach- $\alpha$  értékeit, valamint skálaátlagait és a szórásokat ld. 12. táblázat. Az átlagértékek tekintetében a protokoll által meghatározott átlagtartományhoz képest az első két, problémafókuszú megküzdéshez tartozó skála esetében a rendvédelmi átlag alsó felén található az értékek mindkét évfolyam esetében, míg a problémafókuszú megküzdés tekintetében a 2018-ban végettek átlagos értékeket mutatnak, szemben a 2016-ban végzettekkel, akik több skála esetében is a protokoll szerinti átlagtartomány felső szélén elhelyezkedő értéket mutatnak, sőt, egy esetben annál magasabbat is (Érzelmi indíttatású cselekvés).

A **frusztráció és diszkomfort** skála (FDS) mindegyik skálája 0,7 feletti Cronbach- $\alpha$  értéket mutat mindegyik mintában, vagyis az egyes skálák megbízhatóan mérnek, továbbá a kérdőívre vonatkozó Cronbach- $\alpha$  is 0,946, illetve 0,937. Az egyes skálák Cronbach- $\alpha$  értékeit, valamint skálaátlagait és a szórásokat ld. 12. táblázat.

#### **10.1.1.5. Összegzés**

A mérések során használt kérdőívek esetében egyes mérőeszközök, skálák megbízhatósági mutatója meglehetősen alacsonynak bizonyult, ezért a velük kapcsolatos következtetések során fokozott óvatossággal kell eljárni. Mindez főként a megküzdéssel kapcsolatos skálákra érvényes. Kiemelendő továbbá az RMSK kérdőívek emelkedett átlagértékei, a kiégés kapcsán a teljesítménycsökkenést megelőző aránya a mintában, különösen a 2018-ban végzetek esetében. Érdekes kontrasztot jelez a CES-D és a STAI-T értékeinek jelentős különbségei a két évfolyam között. A megküzdési skálák tekintetében a kapott eredmények protokollban foglalt értékekhez való viszonya mindenképpen elgondolkodtató azt illetően, hogy különösen a 2016-ban végzetek esetében a próbaidős évük tapasztalatai milyen lenyomatot hagytak maguk után.

Emellett az **egészségmagatartási szokások** tekintetében a mintában találtak kapcsán a következők mondhatók el: a 2016-ban végzetek körében magasabb volt a rendszeresen **mozgók** aránya, esetükben a heti 3-4 alkalommal, legalább 30 perc időtartamban végzett edzés volt a leggyakoribb, míg a 2018-ban végzetek körében a heti gyakoriság jelentősen kiegyensúlyozottabb, és leggyakrabban 30-60 percet töltöttek edzéssel alkalmanként a válaszadók. Az országos prevalenciaértékekhez viszonyítás a más kritériumok mentén végzett mérés miatt csak közelítő jelleggel lehetséges, ezek fényében azt mondhatjuk, hogy a két vizsgált évfolyam a 2019-es ELEF eredményeihez képest valamivel jobb képet mutat a mozgás tekintetében (KSH, 2021b).

A **dohányzás** szempontjából a 2016-ban végzetek körében magasabb a dohányzók aránya, mint a 2018-ban végzetek körében. Ez utóbbi évfolyam esetében a dohányzók aránya nagymértékben hasonlít a 2019-es egészségfelmérésben a 18-34 éves korosztály körében kapott eredményekhez az összes dohányzó tekintetében, de ehhez képest az alkalmi és rendszeres dohányzók esetében a rendőrtanulók ebben a vizsgálatban többen vallották magukat alkalmi dohányosnak s kevesebben rendszeres dohányosnak, mint az országos korosztályos adat (KSH, 2021c).

Az **alkoholfogyasztás** tekintetében a 2016-ban végzetek körében jelentősen magasabb az alkoholt nem fogyasztók aránya, mint a 2018-ban végzettek esetében, ugyanakkor utóbbi

csoport körében magasabb az alkalmi alkoholfogyasztók aránya is. Az egy alkalommal nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztók köre az országos prevalenciaadatokhoz képest alacsonyabbnak mondható, habár a módszertani eltérések miatt ezen kérdéskör esetében az országos adatokhoz (KSH, 2021d) viszonyítás szintén csak mérsékelten tehető meg.

## 10.1.2. Hipotézisvizsgálatok

### 10.1.2.1. Egészségmagatartási szokások és kiégés

Az egészségmagatartási mutatók esetében elsőként azt vizsgáltam, hogy a testedzés hiánya, a dohányzás, a rendszeres alkoholfogyasztás és a nagyívás gyakorisága mutat-e kapcsolatot a kiégés egyes skáláival.

A **testedzés** esetében a kérdőívcsomagban a testedzéshez kapcsolódó első kérdésben az edzés, mint dichotóm változó szerepel (Végez Ön rendszeresen testedzést?). 2016-ban egyedül a személyes teljesítmény csökkenésének gyakorisága mutatott kapcsolatot a rendszeres testedzéssel: a teljesítménycsökkenés érzetének *gyakorisága* magasabbnak bizonyult a nem mozgók körében ( $U=849,00$ ,  $Z=-2,380$   $p=0,017$ ). Ugyanakkor a rendszeresen edzők esetében az edzés gyakorisága nem mutatott kapcsolatot a kiégés mutatóival.

A 2018-as évfolyamnál az érzelmi kimerültség megélésének gyakorisága és intenzitása is szignifikáns kapcsolatot mutatott a rendszeres testedzéssel ( $t_{(90)}=-2,34$ ,  $p<0,05$  és  $t_{(90)}=-2,28$ ,  $p<0,05$ ): a rendszeres mozgást nem végzők körében magasabb volt értékük. Ugyanakkor a rendszeresen edzők esetében az edzés gyakorisága nem mutatott kapcsolatot a kiégés mutatóival a 2018-as vizsgálat esetében sem.

A **dohányzói státuszokat** (soha nem dohányzott, már leszokott, alkalmanként dohányzik, rendszeresen dohányzik) vizsgálva a varianciaanalízis nem mutatott ki kapcsolatot a kiégés és a dohányzás között egyik vizsgált évfolyam esetében sem. A rendszeresen dohányzók körében a dohányzás intenzitása, vagyis a naponta elszívott cigaretta mennyiségének mentén volt megfigyelhető eltérés a kiégés összetevőinek előfordulási gyakoriságaiban: 2016-ban végzetek körében az Érzelmi kimerültség ( $H(4)=15,134$ ,  $p=0,003$ ), a 2018-ban végzetek esetében a Személyes teljesítmény csökkenése ( $H(4)=11,742$ ,  $p=0,010$ ) esetében. A post-hoc elemzések szerint 2016-ban a naponta több, mint egy dobozzal fogyasztók a többi csoportéhoz képest jelentősen erősebbnek jelezték az érzelmi kimerültségüket, míg a 2018-ban végzetek esetében a legmarkánsabb eltérés a naponta 15-19 szállal és 1-5 szállal szívók közt jelentkezett.

A magukat dohányzónak vallók körében felmérésre kerültek a dohányzás motivációs háttértényezői is. Ezek kapcsolatát a kiégéssel korrelációs eljárással vizsgáltam, az elemzések eredményeit tartalmazó táblázatot ld. III.6. függelék.

A 2016-ban végzettek körében az érzelmi kimerültség megjelenésének gyakorisága több ponton kapcsolódik a **dohányzási motivációkkal**, mint az intenzitása: előbbi nyolc – érzelmi kötődés a cigarettához, kontrollvesztés, kognitív működés javulása, dohányzásra felszólító kulcsingerek, társas és helyzeti ösztönzők, íz, tolerancia, érzelmi megerősítés –, utóbbi öt esetben – érzelmi kötődés a cigarettához, kognitív működés javulása, dohányzásra felszólító kulcsingerek, társas és helyzeti ösztönzők, érzelmi megerősítés – mutat szignifikáns korrelációs értéket. Ehhez képest a deperszonalizáció esetében mind annak gyakorisága, mind intenzitása a dohányzási motivációs skálák mindegyikével kapcsolatot mutatott, az érzelmi kimerüléshez képest szélesebb spektrumú korrelációs értékekkel (abszolútértékben: 0,269-0,446 vs. 0,289-0,386). Emellett a személyes teljesítménycsökkenés esetében semmilyen kapcsolat nem volt kimutatható a dohányzás motivációs bázisával.

A 2018-ban végzettek esetében jelentősen csekélyebb számú kapcsolat jelent meg a kiégés egyes dimenziói és a dohányzási motivációk között: az érzelmi kimerülés esetében nem volt szignifikáns kapcsolat, a személyes teljesítmény csökkenésének erőssége az ízzel és az érzelmi megerősítéssel állt szignifikáns kapcsolatban, míg a deperszonalizáció érzésének megjelenési gyakorisága az érzelmi kötődés a cigarettához, a dohányzásra felszólító kulcsingerek, valamint az íz esetében; intenzitása a cigarettához való érzelmi kötődés és az íz skálákkal mutatott kapcsolatot. Ugyanakkor kiemelendő, hogy jelentősen kevesebb a szignifikáns korrelációs érték, de ezek erőssége mesze meghaladja a 2016-ban tapasztalt értékeket, döntően közepes mértékűek.

Az **alkoholfogyasztás** gyakoriságát és a kiégés kapcsolatát illetően a 2016-ban végzettek körében a deperszonalizáció esetében mind előfordulási gyakoriság ( $F_{(5)}=3,40$ ,  $p<0,01$ ), mind erősség ( $F_{(5)}=2,75$ ,  $p<0,05$ ) szempontjából kimutatható volt a kapcsolat a vizsgálati mintát illetően. A post-hoc elemzések tanúsága szerint a legélesebben az alkoholt egyáltalán nem fogyasztó csoport és a havonta vagy ritkábban fogyasztók közt mutatkozott meg a különbség. Az alkoholfogyasztás tekintetében az egy alkalommal történő nagyobb mennyiségű alkohol elfogyasztásának kiégéssel való kapcsolatát is megvizsgáltam. Ebben az esetben a varianciaanalízis az érzelmi kimerültség érzésének intenzitása ( $H_{(5)}=12,146$ ,  $p=0,027$ ), valamint a deperszonalizáció érzésének gyakorisága ( $F_{(5)}=2,47$ ,  $p<0,05$ ) kapcsán mutatott kapcsolatot. A post-hoc elemzések arra is rávilágítottak, hogy a hetente többször nagy mennyiségű alkoholt fogyasztók a leginkább veszélyeztetett csoport ezen szempontok esetében.

Az **egészségorientáció** és a kiégés kapcsolatát illetően a 2016-ban végzett vizsgálat két skála esetében (egészséges kinézettel való törődés és egészségtelenség elkerülésének motivációja) egyáltalán nem mutatott kapcsolatot. A külső egészségesség kontroll skála mindössze az érzelmi kimerültség gyakoribb tapasztalásával mutatott gyenge szintű kapcsolatot. Az egészségorientáció három skálája (személyes egészségtudatosság, egészségmotiváció, belső egészségesség kontroll) is csak a személyes teljesítmény csökkenésével mutatott kapcsolatot mind az előfordulási gyakoriság, mind az intenzitás tekintetében, ugyanakkor ezen korrelációk mindössze gyenge-elhanyagolható méretűek.

Az érzelmi kimerültség érzésének gyakoriságával és erősségével is pozitív előjelű, de gyenge-elhanyagolható méretű kapcsolatot mutat az egészséggel kapcsolatos szorongás, míg az egészséggel kapcsolatos önértékelés, az egészség a jövőben és az egészségi állapot negatív előjelű, gyenge kapcsolat figyelhető meg. A deperszonalizáció megtapasztalásának gyakorisága és intenzitása is pozitív előjelű, gyenge kapcsolatot mutat az egészséggel kapcsolatos szorongás esetében, illetve negatív előjelű, de szintén gyenge kapcsolatot az egészség a jövőben és az egészségi állapot vonatkozásában. Emellett a deperszonalizáció gyakorisága az egészséggel kapcsolatos önértékeléssel is negatív előjelű, gyenge kapcsolatot jelez.

A már említett 3 skálán kívül a személyes teljesítmény csökkenésének gyakoriságával és intenzitásával további 3 olyan skála is kapcsolatot mutat, amelyek a kiégés más területeivel is kapcsolatban állnak: egészséggel kapcsolatos önértékelés, egészség a jövőben, egészségi állapot. Ugyanakkor ezek kapcsolata a személyes teljesítmény csökkenésével alapvetően gyenge szintű.

A 2018-ban végzettek esetében kizárólag a személyes teljesítmény csökkenése érzés megjelenési gyakorisága és intenzitása esetén mutatkozott szignifikáns kapcsolat az egészségorientáció egyes skálaival. A korrelációk erősségüket tekintve elhanyagolható-gyenge szintűek, s a tíz skálából hat esetében jelent meg: személyes egészségtudatosság, egészséggel kapcsolatos önértékelés, egészségtelenség elkerülésének motivációja, egészségmotiváció, belső egészségesség kontroll és egészség a jövőben.

#### **10.1.2.1.1. Összegzés**

Az egészségmagatartási szokások és a kiégés kapcsolatát tekintve a 2016-ban, illetve a 2018-ban végzettek körében a *testmozgás* rendszeressége csak bizonyos pontokon mutatott kapcsolatot a kiégés faktoraival: 2016-ban a magukat rendszeres edzőknek vallók körében

szignifikánsan alacsonyabb gyakoriságú volt a teljesítménycsökkenés érzése, míg a 2018-ban végzetek esetében a rendszeresen edzők alacsonyabb gyakoriságú és intenzitású érzelmi kimerültségről számoltak be.

A *dohányzási szokások* és a kiegészítő kapcsolatát illetően csak a dohányzás intenzitása és dohányszívási motivációk esetén volt együttjárás a vizsgált tényezőkkel. A dohányszívók körében a naponta elszívott cigaretta mennyisége mentén 2016-ban az érzelmi kimerültség, 2018-ban a személyes teljesítménycsökkenés élménye esetén jelentkezett szignifikáns eltérés. A dohányszívási motivációs tényezők legerősebben a deperszonalizáció mértékével jártak együtt mindkét évfolyam esetében. Jellemzően az erősebb motivációs tényező magasabb deperszonalizációs pontszámmal járt együtt ezen esetekben. Emellett a 2016-ban végzetek körében az érzelmi kimerültség esetében volt megfigyelhető hasonló együtt mozgás, míg a 2018-ban végzetek körében néhány esetben a teljesítménycsökkenés erőssége mentén volt megfigyelhető statisztikailag azonos, de a skála fordított volta miatt valójában ellentétes irányú együtt mozgás a motivációs tényezőkkel.

Mindezek háttérben feltételezhetjük azt az eltérő hatásrendszert, amely a két vizsgált évfolyam próbaidős évét jellemzi: kiemelendő például a 2016-ban végzetek esetében a dohányszívás és érzelmi kimerültség kapcsolódása. Ez az évfolyam egy érzelmileg megterhelőbb időszakot zárt le a szakmai vizsgákkal, mint a két évvel később végzetek, akik esetében pedig hangsúlyosabb volt a teljesítménycsökkenés jelenségének megélése – amelyek kapcsán a dohányszívás mint lehetséges maladaptív megküzdési módszer jelent meg a vizsgált kérdéskört illetően.

Az *alkoholfogyasztás* tekintetében jellemzően szintén a deperszonalizáció volt az a tényező, amely mindkét évfolyam esetében szignifikáns eltéréseket jelzett a különböző fogyasztási gyakoriságok mentén.

Az *egészségorientáció* mutatói és a kiegészítő kapcsán 2016-ban több ponton volt kapcsolat, mint 2018-ban, s a 2016-ban végzetek esetében a kiegészítő minden skálája, míg a 2018-ban csak a személyes teljesítmény csökkenése esetén jelentkezett együttjárás. Mindezek kapcsán ismét a két évfolyam eltérő tapasztalatai állhatnak a háttérben: a migrációs válság kezelésében aktívan feladatokat teljesítők, vagyis a 2016-ban végzetek körében más jellegű élményanyag és tapasztalatok keletkeztek ezen kérdésköröket illetően, mint a 2018-ban végzők körében, máshogy tudtak figyelmet fordítani a saját egészségi állapotuk alakulására és óvását érintő kérdésekre.

### 10.1.2.2. Egészségmagatartási szokások és stressz

A munkahelyi stressz és az egészségmagatartási mutatók kapcsolatának vizsgálata során kapott eredményeket tartalmazó táblázatot ld. a IV. függelékben. Különbség a két évfolyam körében végzett felmérések között, hogy 2018-ban felvételre került az PSS, vagyis az Észlelt Stressz Kérdőív is, amely az elmúlt egy hónapban megélt stressz mérésére szolgál.

A rendszeresen mozgók és nem mozgók közti különbségek vizsgálatára elvégzett t-próba nem mutatott szignifikáns különbséget a rendszeresen mozgók és nem mozgók körében a 2016-ban végzettek körében.

A **testedzés** gyakoriságát tekintve szintén nem található szignifikáns eltérés az RMSK skálák eredményei esetében.

A 2018-ban végzettek körében a testedzés teljesen más jellegű kapcsolódásokat mutat az RMSK skáláival. A rendszeresen mozgók és nem mozgók között különbség mutatkozott a következő skálák mentén:

- Szervezet jellegéből adódó terhelés ( $t_{(91)}=-2,70$ ,  $p<0,01$ )
- Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $t_{(91)}=-2,40$ ,  $p<0,05$ )
- Munkahely külső megítélése ( $t_{(91)}=-2,31$ ,  $p<0,05$ )
- Munkavégzés etikai aspektusai ( $t_{(91)}=-2,15$ ,  $p<0,05$ )
- Egészségi állapot ( $t_{(91)}=-2,22$ ,  $p<0,05$ )

Ezen tényezők esetében a rendszeres mozgást nem végzők megterhelőbbnek ítélték munkájuk ezen aspektusait, illetve rosszabbnak értékelték egészségi állapotukat.

A testedzés gyakorisága kizárólag az A-B személyiség ( $F_{(2)}=4,44$ ,  $p<0,01$ ) skálájával mutatott kapcsolatot. Az egyes csoportok átlagértékei, valamint a post-hoc elemzések azt mutatják, hogy a heti 5 vagy több alkalommal edzőkre kissé jobban jellemző az A típusú személyiség a többi csoporthoz (kevesebbszer mozgók) képest.

A 2016-ban végzők körében a **dohányzási státusz** egyetlen ponton sem mutatott kapcsolatot az RMSK skáláival. Ezzel szemben az alkoholfogyasztás gyakoriságát tekintve négy skála esetén mutatkozott kapcsolat, a post-hoc elemzések szerint főként a hetente és naponta alkoholt fogyasztók voltak magasabb értékekkel jellemezhetőek a többiekhez képest a következők mentén:

- A-B személyiség ( $F_{(5)}=2,34$ ,  $p<0,05$ )
- Aktivitás ( $F_{(5)}=3,38$ ,  $p<0,01$ )
- Támogatottság ( $F_{(5)}=2,42$ ,  $p<0,05$ )
- Támogatottság-személy ( $H_{(5)}=16,991$ ,  $p=0,003$ )



Az **alkoholfogyasztás** esetében a nagyivás mindössze két RMSK skálával jelzett kapcsolatot: az Aktivitás ( $F_{(5)}=2,56$ ,  $p<0,05$ ) esetén a post-hoc elemzések szerint a naponta nagyobb mennyiségű alkoholt fogyasztók és az ennyi alkoholt egyszerre soha vagy csak ritkán fogyasztók közt mutatkozott a legerősebb különbség, a Támogatottság ( $F_{(5)}=2,79$ ,  $p<0,05$ ) esetében pedig az ennyi alkoholt egyszerre soha nem fogyasztók rendelkeztek a magasabb skálaértékkel. Kiemelendő, hogy az alkoholfogyasztás esetében az egyéni tényezőkkel mutatkozott kapcsolat, míg a munkaterheléshez kapcsolódó faktorokkal nem.

Mindezekhez képest a 2018-ban végzetek körében a **dohányzási státusz** egyetlen skálával jelzett kapcsolatot, méghozzá a Munkaidő megítélésével ( $F_{(3)}=3,83$ ,  $p<0,05$ ), s a post-hoc elemzés arra is rámutatott, hogy a már leszokottak és alkalmi dohányosok közt található a legjelentősebb különbség.

Az **alkoholfogyasztás** tekintetében az alkoholfogyasztás gyakorisága esetében alapvetően a munkaterheléshez kapcsolódó skálákkal található szignifikáns kapcsolat:

- Munkahelyi események ( $H_{(5)}=12,554$ ,  $p=0,018$ )
- Munkaterhelés szubjektív megítélése ( $F_{(5)}=2,59$ ,  $p<0,05$ )
- Vezetés, irányítás szubjektív megítélése ( $F_{(5)}=2,33$ ,  $p<0,05$ )
- Munkaterhelés komplex megítélése ( $F_{(5)}=2,42$ ,  $p<0,05$ )
- Munkahely komfortjának megítélése ( $F_{(5)}=3,93$ ,  $p<0,05$ )
- Munkaidő megítélése ( $F_{(5)}=3,03$ ,  $p<0,05$ )
- Effektív munkaterhelés ( $F_{(5)}=2,96$ ,  $p<0,05$ )
- Egyéni felelősség megítélése ( $F_{(5)}=3,00$ ,  $p<0,05$ )
- Szervezet elvárásainak megítélése ( $F_{(5)}=4,12$ ,  $p<0,05$ )
- Egészségi állapot ( $F_{(5)}=3,10$ ,  $p<0,05$ )

A post-hoc elemzések arra világítottak rá, hogy általában heti, hetente többszöri gyakoriságú alkoholfogyasztók ítélték meg rosszabbnak, megterhelőbbnek az adott témakört.

A nagyivás ebben a mintavételi csoportban három skálával mutatott kapcsolatot: a Munkaidő megítélése ( $F=2,467$ ;  $p=0,039$ ), a Munkahely külső megítélése ( $F=2,406$ ;  $p=0,043$ ) és az Egészségi állapot ( $F=3,682$ ;  $p=0,005$ ). A post-hoc elemzések arra is rávilágítottak, hogy a különbségek a nagyivás gyakoriságának szélsőértékei között a legintenzívebbek.

A PSS kapcsán ugyanezek az elemzések nem mutattak kapcsolatot az egyes egészségmagatartási szokásokat illetően.

A dohányzók körében kitöltetett *dohányzási motivációs* kérdőív skáláinak és az RMSK skáláinak, valamint a dohányzási motivációk és észlelt stresszszint kapcsolatának vizsgálatára korrelációs eljárást alkalmaztam.

Arányait tekintve mindenképpen figyelemre méltó, hogy a munkaterhelésre vonatkozó skálák esetén 2016-ban összesen 87 szignifikáns kapcsolat mutatkozott a dohányzási motivációk 11 skálájából 10 mentén (a kivétel az Automatizmus volt), míg 2018-ban mindössze 5 kapcsolat, 3 motivációs tényező (Dohányzásra felszólító kulcsingerek, Íz, Testsúlykontroll) esetén. Ugyanakkor az RMSK egyéni tényezőkre vonatkozó skálái esetében a 2016-ban 10 kapcsolódási pont 9 skála mentén (kivételek: Automatizmus, Dohányzásra felszólító kulcsingerek) 2018-ban kevéssé drasztikus mértékben csökkent le: 4 ponton mutatkozott kapcsolat, 4 dohányzási motiváció esetében (Érzelmi kötődés a cigarettához, Kontrollvesztés, Sóvárgás, Íz). A csak 2018-ban használt PSS esetében nem mutatkozott kapcsolat.

Az RMSK skáláit is alaposan górcső alá véve a szignifikáns kapcsolatok szempontjából még érdekesebbek ezek az eltérések. 2016-ban a 17 munkaterhelésre vonatkozó skála közül mindössze 2 volt – munkahelyi események, munkaidő megítélése –, ami nem állt kapcsolatban valamelyik dohányzási motivációval, illetve a 8 egyéni tényező fele – A-B személyiség, Aktivitás, Támogatottság, Stresszoldás – esetében. 2018-ban ugyanakkor a munkaterhelés kapcsán érintett RMSK skálák a Vezetés-irányítás szubjektív megítélése; a Munkavégzés etikai aspektusai; Munkafeladathoz való hozzáállás; Effektív munkaterhelés; Egyéni felelősség megítélése voltak, míg az egyéni tényezők esetében minden esetben az A-B személyiség skála mutatta a kapcsolódást.

A kapcsolatok erősségét tekintve a 2018-as minta esetében szűkebb, de kicsivel magasabb átlagértékkel bíró tartományban mozgott a szignifikáns kapcsolatok korrelációinak abszolútértéke (0,362 és 0,503 között), mint 2016-ban (0,257 és 0,565 között).

Az **egészségorientáció** és a munkahelyi stresszhez kapcsolódó skálák kapcsolatát korrelációs elemzésnek vetettem alá. A kapcsolatok döntően elhanyagolható-gyenge szintűek mindkét mintavételi csoport körében (2 esetet leszámítva a 2018-as mintát illetően, ahol közepes), de előtérő mintázatot mutatnak.

Az RMSK skálái szempontjából tekintve az eredményeket érdekesség, hogy míg 2016-ban kizárólag a munkavégzés etikai aspektusai skála nem mutatott semmilyen kapcsolatot az egészségorientáció skáláival, addig 2018-ban 5 ilyen skála volt: a munkahelyi légkör szubjektív megítélése, a munkaidő megítélése, a munkavégzés etikai aspektusai, támogatottság, támogatottság-személy. Emellett 2016-ban a stresszoldás skála 10-ből 9 esetben kapcsolódott az egészségorientációs skálákhoz, míg 2018-ban az aktivitás skála mutatta a legtöbb, 7

kapcsolatot az egészségorientációs skálákkal. 2016-ban átlagosan 3-4 (pontosan: 3,58) ponton volt kapcsolat az RMSK skálái és az egészségorientáció skáláit tekintve, ezzel szemben 2018-ban 1-2 (pontosan: 1,85) egészségorientációs skálával mutatkozott kapcsolódást. A kapcsolatok erősségét tekintve 2016-ban a korrelációs mutató abszolútértéke 0,175 és 0,389 között mozgott, míg 2018-ban 0,205 és 0,458 között. Összefoglalva mindezeket tehát elmondható, hogy 2018-ban bár kevesebb ponton mutatkozott kapcsolat az RMSK és az egészségorientáció skálái között, ugyanakkor a kapcsolatok minimális mértékben bár, de erősebbek voltak, mint 2016-ban.

#### **10.1.2.2.1. Összegzés**

A *testedzés* és a *dohányzás* vonatkozásában csekély számú esetben mutatkozott összefüggés a mért változók között: a legmarkánsabb a rendszeres testedzés kérdésköre volt a 2018-ban végzetek körében, az ő esetükben több, munkaterheléshez kapcsolódó skála esetében bizonyult a rendszeres mozgás védőfaktoraként.

Mindemellett a 2016-ban végzetek esetében a magát dohányzónak valló tanulók körében a *dohányzás motivációs bázisa* jelentősen több ponton jelzett kapcsolatot a munkahelyi stressz kapcsán mért mutatókkal. Mindkét évfolyam körében igaz, hogy ezen esetekben a munkaterheléshez kapcsolódó mutatók esetében a magasabb dohányzási motiváció az adott tényező megterhelőbbnek ítélésével járt együtt, ugyanakkor az A-B személyiség vonatkozásában minden szignifikáns együttjárás esetében minél inkább A típusúnak vallotta magát a válaszadó, annál erősebbek voltak a dohányzással kapcsolatos motivációi a szignifikáns esetekben, illetve az Aktivitás esetén minél erősebben volt jelen az adott motivációs tényező, annál kevésbé volt aktív a válaszadó a munka terén.

Az *alkoholfogyasztási szokásokkal* összefüggésben a 2016-ban végzetek körében a stresszel kapcsolatos egyéni tényezők mentén, míg a 2018-ban végzetek körében döntően a munkaterheléshez kapcsolódó stresszmutatók terén jelentkezett szignifikáns eltérés a különböző fogyasztási gyakoriságok vonalán. Ennek az érdekes eltérésnek a hátterében több tényező kölcsönhatását feltételezhetjük, amelyben ismétleten a próbaidős év eltérő tapasztalatai is közre játszhatnak. a 2016-ban végzetek esetében az alkoholfogyasztás a közösségi élményt jelenthette, egy stabilabb támogató háttérbázist, míg a 2018-ban végzetek körében inkább a konkrét munkával kapcsolatos nehézségek során keletkezett feszültségek levezetését, amely ismétleten egy sajátos megküzdési technika lehetőségét vetíti előre.

A kutatásban szereplő **egészségorientációs tényezők** és a stresszre vonatkozó mutatók kapcsolatát illetően a 2018-ban végzetek körében sokkal kevesebb esetben volt kimutatható együttjárás a vizsgált skálák vonatkozásában, mint a 2016-ban végzetek esetében. Ugyanakkor bizonyos szabályszerűségek megfigyelhetők azt illetően, hogy ezen kapcsolatok iránya mindkét évfolyam esetében jellemzően megegyezett: az egészségszorongás a munkaterheléssel kapcsolatos mutatókkal jellemzően egyenes irányú együttjárást jelzett, mint ahogyan az egészség külső kontrollja esetében is, miközben az egészséggel kapcsolatos önértékelés, az egészség belső kontrollja, a jövőbeni egészség és az egészségi állapot esetében pedig fordított együttjárás jelentkezett a munkaterheléshez kapcsolódó mutatók esetében.

Összeségében a kapott eredmények alapján az egyes vizsgált egészségmagatartási tényezők, kérdések a stresszel való sajátos megküzdési stratégiaként történő megjelenése feltételezhetően közrejátszik a kapott eredményekben.

### **10.1.2.3. Egészségmagatartási szokások és a mentális egészség mutatói**

Az egészségmagatartási szokások és a mentális egészség kapcsolatát illetően kapott eredményeket az V. függelék foglalja össze.

A **depresszió és az egészségmagatartás** kapcsolatát illetően a *2016-os évfolyam* esetében mindössze az alkoholfogyasztási szokások területén az alkoholfogyasztás gyakorisága ( $F_{(5)}=2,72$ ,  $p<0,05$ ) és a nagyivás gyakorisága ( $F_{(5)}=3,02$ ,  $p<0,05$ ) mutatott kapcsolódást. A post-hoc elemzések tanúsága szerint Az alkoholfogyasztás gyakorisága esetében a legerőteljesebb szembenállás a havonta vagy ritkábban fogyasztók és a napi szinten fogyasztók esetében volt megfigyelhető, előbbiek (azaz a ritkábban ivók) rendelkeztek magasabb depressziószinttel a használt kérdőív esetében. A nagyivás esetében ezzel azonos mintázat jelent meg.

A **vonásszintű szorongás** a 2016-os mintában nem jelzett szignifikáns eltérést az egészségmagatartási szokások mentén.

A *2018-ban végzetek* körében a **depresszió és egészségmagatartás** kapcsolatát tekintve az alkoholfogyasztás esetében a nagyivás gyakorisága ( $H_{(5)}=13,359$ ;  $p=0,011$ ) kapcsán mutatkozott kapcsolatot a CES-D skálát tekintve, míg a HADS Depresszió skáláját tekintve a dohányzási státusz ( $H_{(3)}=9,633$ ;  $p=0,018$ ), valamint a nagyivás gyakorisága ( $F_{(5)}=2,76$ ;  $p<0,05$ ) esetében mutatkozott szignifikáns különbség az egyes csoportok között, a post-hoc elemzések a 2016-os eredményekkel megegyező tendenciákat jeleztek.

A **szorongás** tekintetében a vonásszintű szorongás esetében a rendszeres testedzés ténye ( $t_{(90)}=-2,957$ ,  $p<0,01$ ) mellett a dohányzási státusz ( $F_{(3)}=2,81$ ,  $p<0,05$ ), továbbá az

alkoholfogyasztás ( $F_{(5)}=2,34$ ,  $p<0,05$ ) és a nagyívás gyakorisága ( $F_{(5)}=2,52$ ,  $p<0,05$ ) mentén is szignifikáns különbség mutatkozott a csoportok között. A HADS Szorongás skálájának tekintetében, amely sokkal inkább aktuális szorongásszintet mér, a rendszeres testedzés ténye ( $t_{(90)}=-2,37$ ,  $p<0,05$ ) és gyakorisága ( $F_{(2)}=2,76$ ,  $p<0,05$ ), valamint a nagyívás gyakorisága ( $F_{(5)}=2,65$ ,  $p<0,05$ ) mentén mutatkozott szignifikáns eltérés a különböző csoportok képviselői között. Jellemzően a rendszeresen mozgók számoltak be alacsonyabb szintű szorongásról mindkét skála vonatkozásában. A dohányzási státusz esetében a már leszokottak és a rendszeres dohányosok között volt a legmarkánsabb eltérés a post-hoc elemzés szerint, jellemzően a rendszeres dohányosok esetében mutatkozott a magasabb szorongási érték. Az alkoholfogyasztás kapcsán mindkét esetben sajátos mintázatot mutattak az eredmények, és a post-hoc elemzések sem jeleztek kiugró eltéréseket a csoportok között.

A **megküzdési módok** terén a *2016-os minta* esetében a dohányzási státusz mutatott kapcsolatot a visszahúzódással ( $F_{(3)}=2,92$ ,  $p<0,05$ ). A *2018-ban végzetek* körében a rendszeres testedzés gyakorisága és a visszahúzóadás ( $F_{(2)}=4,32$ ,  $p<0,05$ ) skála között mutatkozott ilyen eltérés, valamint az érzelmi indíttatású cselekvések és az alkoholfogyasztás ( $F_{(5)}=6,73$ ,  $p<0,001$ ), illetve a nagyívás ( $F_{(5)}=8,62$ ,  $p<0,001$ ); továbbá a visszahúzóadás és a nagyívás ( $F_{(5)}=2,77$ ,  $p<0,05$ ) mentén volt kimutatható szignifikáns különbség az egyes csoportok között. A post-hoc elemzések értelmében a visszahúzóadás inkább jellemző az egyáltalán nem dohányzóakra (2016), illetve a gyakoribb nagyívás esetén (2018), az érzelmi indíttatású cselekvés pedig a gyakoribb alkoholfogyasztás és nagyívás esetén volt jellemző (csak 2018).

A **Frusztráció és Diszkomfort Skála** (továbbiakban: FDS) tekintetében *2016-ban* a rendszeres testedzés gyakorisága a Jogosultság ( $F_{(2)}=3,51$ ,  $p<0,05$ ) és a Teljesítményfrusztráció ( $F_{(2)}=3,06$ ,  $p<0,05$ ) skálák esetén mutatott szignifikáns eltérést: a gyakoribb mozgás erősebben jelentkező jogosultságélményt és teljesítményfrusztrációt jelzett. Emellett a Jogosultság skála az alkoholfogyasztás gyakorisága ( $F_{(5)}=3,10$ ,  $p<0,05$ ) és a nagyívás ( $F_{(5)}=2,96$ ,  $p<0,05$ ) egyes kategóriái között is statisztikailag jelentős különbséggel bírt. A *2018-ban végzetek* esetében csak a dohányzók körében a naponta elszívott cigaretta mennyisége kapcsán volt szignifikáns eltérés a csoportok között az Érzelmi intolerancia esetében. A post-hoc elemzések nem mutattak kiugró eltérést a csoportok között, de az elmondható, hogy a legmagasabb pontszámmal a naponta 5-10 szál cigarettát elszívók rendelkeztek, míg a többi csoport átlagértékai egy alacsonyabb fekvésű, szűkebb tartományban mozogtak.

A **dohányzás motivációs bázisának mentális egészséggel** való kapcsolatát a mintában korrelációs eljárással vizsgáltam. A *2016-ban végzetek* körében a depresszió esetében a CES-D-vel minden motivációs tényező kapcsolatot mutatott, ennek erőssége a gyenge-közepes

spektrumon mozgott (de több közepes erősségű kapcsolattal). A szorongás esetében a társas és helyzeti ösztönzők, illetve az íz skálákkal nem mutatkozott kapcsolat, a többivel mind, s a kapcsolatok itt a gyenge-közepes erősségű spektrumon helyezkedtek el (döntően közepes erősségűek). A *2018-as évfolyam* esetében a depresszió kapcsán a CES-D nem mutatott kapcsolatot a dohányzási motivációkkal, míg a HADS-D a kontrollvesztés és a dohányzásra felszólító kulcsingerek mentén gyenge erősségű korrelációt jelzett.

A **szorongás** terén a HADS-A skála esetében nem található szignifikáns érték, míg a vonásszintű szorongás csak egy tényező, a dohányzásra felszólító kulcsingerek mentén mutatott közepes erősségű kapcsolatot.

A **megküzdési módok** terén a *2016-ban* végzett évfolyam esetében az érzelmi indíttatású cselekvések skála minden motivációs tényezővel gyenge/közepes erősségű kapcsolatban állt, emellett az alkalmazkodás, a segítségkérés, a céltudatos cselekvés és a problémaelemzés esetében volt jelen gyenge erősségű kapcsolat. A dohányzási motivációk oldaláról tekintve a társas és helyzeti ösztönzők skála volt az, amely az imént említett skálák mindegyikével kapcsolatban állt (igaz, gyenge erősséggel). Az **FDS skáláival** kapcsolatosan a társas és helyzeti ösztönzők skála esetében egyetlen kapcsolat sem volt, emellett az íz a diszkomfort intoleranciával és a jogosultság skálákkal nem állt kapcsolatban. A szignifikáns korrelációs értékek döntő többsége közepes erősségű, néhány esetben pedig gyenge.

Az egészségorientáció és a mentális egészség kapcsolatát illetően mindkét évfolyam esetében korrelációs eljárást alkalmaztam.

A *2016-os évfolyam* körében az **egészségorientációs skálák** esetében a **depresszióval** kapcsolatot mutató skálák gyenge-közepes erősségű korrelációkat mutattak. Pozitív irányú a kapcsolat a depresszió és az egészséges kinézettel való törődés és egészséggel kapcsolatos szorongás és külső egészségesség kontroll skálák esetében, míg negatív előjelű az egészséggel kapcsolatos önértékelés, belső egészségesség kontroll, egészség a jövőben és egészségi állapot esetében.

A *2018-as évfolyam* körében az egészségorientáció és a két, depressziót mérő skála (CES-D és HADS Depresszió skála) esetében jelentősen kevesebb kapcsolat mutatkozott: az egészséggel kapcsolatos szorongás mindkét skálával, míg az egészségi állapot csak a CES-D-vel állt szignifikáns kapcsolatban. A korrelációk mindegyike elhanyagolható-gyenge erősséggel bírt.

A **szorongást** tekintve a *2016-os mintában* a statisztikailag szignifikáns korrelációs kapcsolatok mértéke kicsivel szélesebb skálán mozog (abszolútértékben: 0,188-0,497), mint a depresszió esetében (abszolútértékben: 0,228-0,505): az elhanyagolható és gyenge értékek

mellett jelentősebb arányban vannak jelen a közepes méretű kapcsolatok. Negatív irányú volt a kapcsolódás a vonásszorongás és a személyes egészségtudatosság, egészséggel kapcsolatos önértékelés, egészségmotiváció, belső egészségesség kontroll, egészség a jövőben, egészségi állapot; míg pozitív irányú és az egészséges kinézettel való törődés, egészséggel kapcsolatos szorongás, külső egészségesség kontroll skálák esetében.

A 2018-as mintában kevesebb ponton mutatkozott kapcsolat az egészségorientációs skálák és a szorongást mérő két skála között. A vonásszintű szorongás esetében negatív előjelű a kapcsolat a személyes egészségtudatosság, az egészséggel kapcsolatos önértékelés, az egészségmotiváció, a belső egészségesség kontroll, az egészség a jövőben és az egészségi állapot skálákkal, míg az egészséggel kapcsolatos szorongás skála esetén pozitív előjelű. Az aktuális szorongásszint esetében mindössze két ponton mutatkozott kapcsolat: az egészséggel kapcsolatos önértékelés és az egészségi állapot skálákkal, ezek mindegyike negatív előjelű. A korrelációk erőssége elhanyagolható/gyenge/közepes mértékű.

Az **egészségorientáció és a megküzdés** kapcsolatát tekintve a 2016-ban végzettek körében elmondható, hogy minden egészségorientációs skála legalább egy ponton, valamely az LWC által mért megküzdési móddal kapcsolatot mutatott. 3 skála esetében csak a két problémafókuszú megküzdési móddal volt szignifikáns a korrelációs vizsgálat eredménye: személyes egészségtudatosság, egészségtelenség elkerülésének motivációja, egészségmotiváció.

Az érzelemközpontú megküzdési stratégiák közül a legtöbb kapcsolatot az egészségorientációs skálákkal az érzelmi indíttatású cselekvés skála mutatta (7 ponton, ebből 2 pozitív, a többi negatív előjelű), ugyanakkor a segítségkérés, mint megküzdési mód egyetlen ponton sem kapcsolódott az egészségorientáció témaköréhez. A korrelációk döntő többsége gyenge, illetve esetenként elhanyagolható erősségű, de egy esetben – érzelmi indíttatású cselekvés vs. egészséggel kapcsolatos szorongás – közepes erősség látható.

Az **egészségorientáció és a frusztrációs és diszkomfort érzését** vizsgáló kérdőív skálái között 3 egészségorientációs skála – személyes egészségtudatosság, egészségtelenség elkerülésének motivációja, egészségmotiváció – esetében egyetlen kapcsolat sem volt, míg a többi skála esetében mind a négy FDS skálával volt kapcsolat. Ezek a kapcsolatok változó előjelűek, de erősségüket tekintve a gyenge-közepes spektrumon mozognak, illetve néhány esetben elhanyagolható mértékű.

A 2018-as évfolyam esetében a **megküzdési módok és az egészségorientáció** kapcsolata hasonló mintázatot mutat, mint a 2016-os mintánál láhattuk. A problémafókuszú megküzdési módok közül csak a problémaelemzés mutatott kapcsolatot az egészségorientációs skálákkal, a

céltudatos cselekvés nem. Az érzelmközpontú stratégiák esetén itt is az érzelmi indíttatású cselekvés mentén figyelhető meg a legtöbb kapcsolódási pont, s szintén a segítségkérés az, amelyik nem kapcsolódott az egészségorientációs skálákhoz. A kapcsolatok – egy közepes kivétellel, az érzelmi indíttatású cselekvések és az egészséggel kapcsolatos szorongás között – minden esetben gyenge erősségű, változó előjelű.

A **frusztrációtűréssel** kapcsolatosan használt FDS kérdőív esetében mindössze az egészségorientációs skálák fele mutatott kapcsolatot, s az ebből is 2 esetben – egészséggel kapcsolatos önértékelés, egészség a jövőben – csak a diszkomfort intolerancia skálával. Ebben a mintában egyedül az egészséggel kapcsolatos szorongás mutatott az FDS minden skálájával kapcsolatot. A korrelációs értékek mindegyike gyenge erősségű, változó előjelű.

#### **10.1.2.3.1. Összegzés**

Az *egészségmagatartási szokások és a mentális egészség* összefüggéseit vizsgálva a 2016-ban és a 2018-ban végzetek körében a testedzéssel kapcsolatosan mindössze néhány, mentális egészségre vonatkozó skála esetében jelentkezett szignifikáns eltérés a különböző csoportok képviselői között. Hasonló mondható el a dohányzási státusz, a dohányzás intenzitása, illetve az alkoholfogyasztás esetében is, ugyanakkor jellemzően más-más mutatók, skálacsoportok bizonyultak hangsúlyosnak a különböző évfolyamok esetében.

A *dohányzási motivációk* 2016-ban a mentális egészségre vonatkozó mérőeszközökkel sok ponton jeleztek szignifikáns mértékű együttjárást, a depresszió, a szorongás, a megküzdési módok, frusztrációkezelés kapcsán egyaránt. Ugyanakkor a 2018-ban végzetek körében ezen összefüggéseknek csak a töredéke jelent meg, leggyakrabban az Érzelmi indíttatású cselekvés esetében.

Az *egészségorientáció* mért tényezői esetében hasonló tendenciák figyelhetők meg, mint a dohányzási motivációk tekintetében, ugyanakkor a 2018-ban végzetek esetében az együttjárások mértéke valamivel erősebb.

A kapott eredmények ismételten felvetik annak lehetőségét, hogy a testedzés az átlagpopulációhoz képest más motivációs bázissal van jelen a vizsgált mintában, ezért a meglehetősen kevés kapcsolódási pont a testedzés és mentális egészség vonatkozásában, míg a dohányzás és alkoholfogyasztás esetében ismételten a maladaptív megküzdési mechanizmusok kérdésköre merülhet fel magyarázatként a kapott összefüggések hátterében. Külön kiemelendő a dohányzás motivációs tényezőit illetően kapott eredmények, amelyek azt a feltételezést



erősítik, hogy a 2016-ban végzetek próbaidős éve érzelmileg megterhelőbb volt, mint a 2018-ban végzeteké.

#### **10.1.2.4. Az évfolyamok közti különbségek vizsgálata**

A mindkét időpontban használt kérdőívek skáláinak tekintetében az esetleges különbségek feltárására is sor került. A fejezetben látható elemzések részletes eredményei a VI. függelékben láthatók.

Az **MBI** esetében minden mutató tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott a két évfolyam között, jellemzően a 2018-ban végzett mutattak stabilan alacsonyabb értékeket az érzelmi kimerültség ( $U=3462,50$ ,  $p=0,000$ ) és a deperszonalizáció ( $U=4881,00$ ,  $p=0,004$ ) esetében, míg látszólag alacsonyabb, de a skála fordított működése okán valójában magasabb értékeket a személyes teljesítmény csökkenése ( $t_{(226)}=3,320$ ,  $p=0,001$ ) esetében.

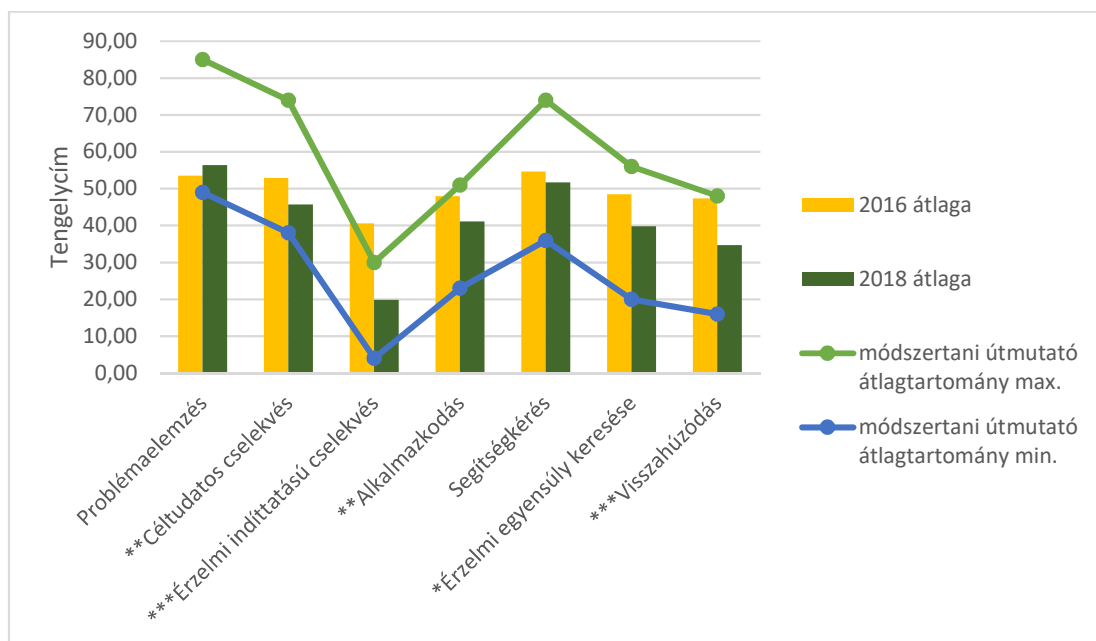
Az **RMSK skálák** tekintetében több helyütt szignifikáns eltérések mutatkoztak az egyes évfolyamok között – a 29 mért mutatóból 18 esetében beszélhetünk ilyen jelentős különbségről:

- Munkahelyi események ( $U=,4299,50$   $p=0,000$ )
- Munkaterhelés szubjektív megítélése ( $t_{(229)}=4,12$ ,  $p<0,001$ )
- Munkahelyi légkör szubjektív megítélése ( $t_{(229)}=2,38$ ,  $p<0,05$ )
- Munkaterhelés komplex megítélése ( $t_{(230)}=2,70$ ,  $p<0,01$ )
- Munkahely komfortjának megítélése ( $U=5102,50$ ,  $p=0,006$ )
- Munkaidő megítélése ( $U=3992,00$ ,  $p=0,000$ )
- Munkavégzés etikai aspektusai ( $U=5016,00$ ,  $p=0,002$ )
- Munkafeladathoz való hozzáállás ( $U=5373,00$ ,  $p=0,0026$ )
- Effektív munkaterhelés ( $t_{(230)}=3,70$ ,  $p<0,001$ )
- Anyagi elismertség megítélése ( $U=4919,00$ ,  $p=0,002$ )
- A szervezet elvárásainak megítélése ( $U=5180,50$ ,  $p=0,009$ )
- A szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése ( $U=5411,00$ ,  $p=0,032$ )
- Külső-belső kontroll ( $U=4335,50$ ,  $p=0,000$ )
- Aktivitás ( $U=5421,50$ ,  $p=0,045$ )
- Támogatottság ( $U=2859,50$ ,  $p=0,000$ )
- Támogatottság-személy ( $U=5429,50$ ,  $p=0,035$ )
- Stresszoldás ( $t_{(229)}=-3,98$ ,  $p<0,001$ )
- Munkahelyi stresszindex ( $U=4274,00$ ,  $p=0,000$ )

A szignifikáns eltérések a szervezet kapcsán arra utalnak, hogy ezen területeken illetően másabb jellegű tapasztalatokat szereztek, míg a nem jelentős eltérések a nagyon hasonló tapasztalatokra utalnak a vizsgált változók vonatkozásában. A 9. ábra (ld. korábban, 86.o.) tanúsága szerint a munkaterhelés kérdésköréhez kapcsolódó skálák esetében az anyagi elismertség megítélését leszámítva jellemzően a 2016-ban végzettek rendelkeznek magasabb skálaátlagokkal, vagyis ezen tényezőket ők rosszabbnak élték meg, míg az egyéni tényezők esetében jellemzően inkább a 2018-ban végzettek körében magasabbak az Aktivitás kivételével, vagyis a 2018-ban végzettek inkább belső kontrollos beállítottságúak, jobb társas támogatással bírnak, aktívabbak és hatékonyabb stresszoldó stratégiákkal rendelkeznek a 2016-ban végzettekhez képest.

A **mentális egészségre** vonatkozó skálák kapcsán mind a depresszió ( $U=3574,00$ ,  $p=0,000$ ), mind a vonásszorongás ( $U=3211,50$ ,  $p=0,000$ ) esetében mutatkozó jelentős eltérés esetében a 2018-ban végzettek mutatnak alacsonyabb értékeket. Emellett a Megküzdési módok (ld. 20. ábra) és az FDS esetében is döntő többségben vannak a szignifikáns különbségek, mindegyik esetben a 2018-ban végzettek mutattak alacsonyabb értékeket. Ebben az esetben is a két év – s elsősorban a próbaidő – alatt szerzett tapasztalatok eltérései azok, amelyek ezen eltérések hátterében állhatnak.

**20. ábra:** A megküzdéssel kapcsolatos skálaátlagok alakulása a protokoll által meghatározott átlagtartomány viszonylatában, a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében



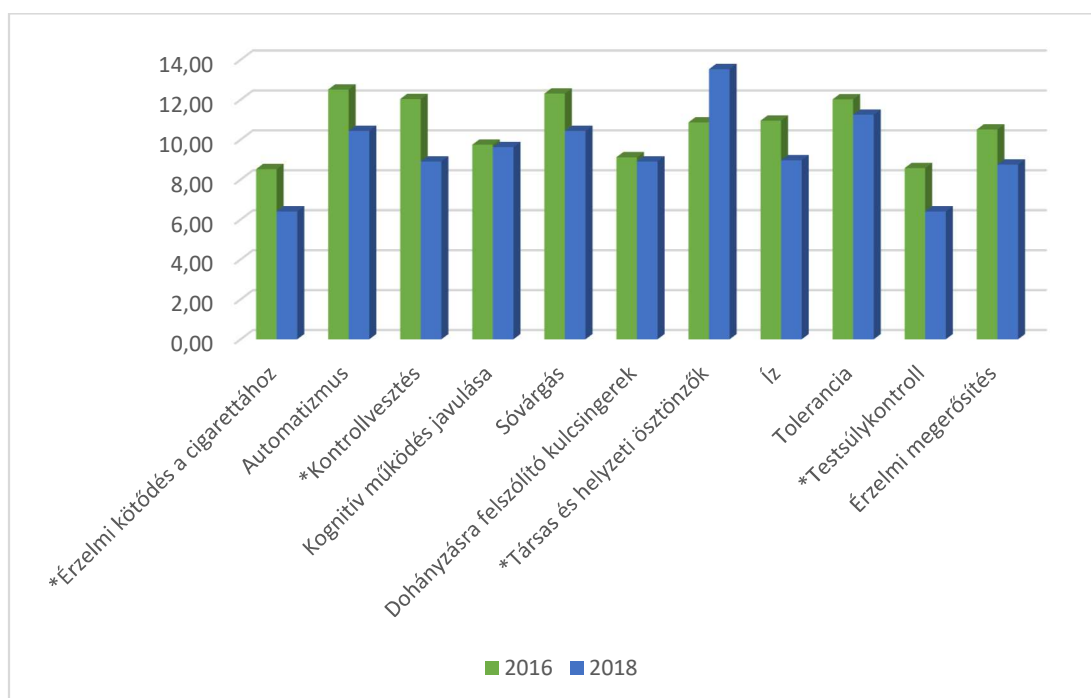
*Forrás:* a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

A **testedzés** esetében a rendszeresen mozgók és nem mozgók arányait tekintve a két évfolyam között szignifikáns eltérés mutatkozott ( $\chi^2=8,172$ ,  $p=0,004$ ), mint ahogyan az edzések gyakoriságát ( $\chi^2=16,675$ ,  $p=0,001$ ) és az edzések időtartamát ( $\chi^2=13,971$ ,  $p=0,003$ ) tekintve is – jellemzően a 2016-ban végzett évfolyam mutatkozott aktívabban edzőnek a különböző mutatók mentén. Ugyanakkor a teljesítményfokozók ( $\chi^2=4,875$ ,  $p=0,087$ ) és táplálékkiegészítők ( $\chi^2=4,633$ ,  $p=0,099$ ) használata esetében nem jelentkezett szignifikáns különbség.

A **dohányzás** terén a dohányzási státuszt vizsgálva nem látható statisztikailag jelentős eltérés a két évfolyam között ( $\chi^2=5,933$ ,  $p=0,115$ ), ahogyan a dohányosok körében a naponta elszívott cigaretta mennyiségét tekintve ( $\chi^2=7,613$ ,  $p=0,107$ ) ugyanez mondható el, továbbá a dohányosok körében a leszokásról való gondolkodás esetében is ( $\chi^2=5,661$ ,  $p=0,226$ ).

A dohányzási motivációk kapcsán 11 skálából 4 esetében jelentkezett szignifikáns eltérés a két évfolyam között (ld. 21. ábra): Érzelmi kötődés a cigarettához ( $U=700,50$ ,  $p=0,040$ ), Kontrollvesztés ( $U=687,00$ ,  $p=0,0031$ ), Társas és helyzeti ösztönzők ( $t_{(89)}=-2,600$ ,  $p<0,05$ ), valamint a Testsúlykontroll ( $U=639,00$ ,  $p=0,010$ ). Ezek közül a legjelentősebb különbség a Társas és helyzeti ösztönzők kapcsán mutatkozott, amely abban is különbözik a másik három eltéréstől, hogy utóbbiak esetében a 2016-ban végzettek magasabb értékekkel bírtak a 2018-ban végzettekhez képest, míg előbbieik esetében fordított helyzet látható (a negatív előjelű t-érték is ezt jelzi). Vagyis a 2018-ban végzettek körében a dohányzás, mint szociális esemény, szignifikánsan erősebb motivációként jelentkezett a 2016-os évfolyamhoz képest.

21. ábra: A WISDM-37 skálaátlagainak alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében

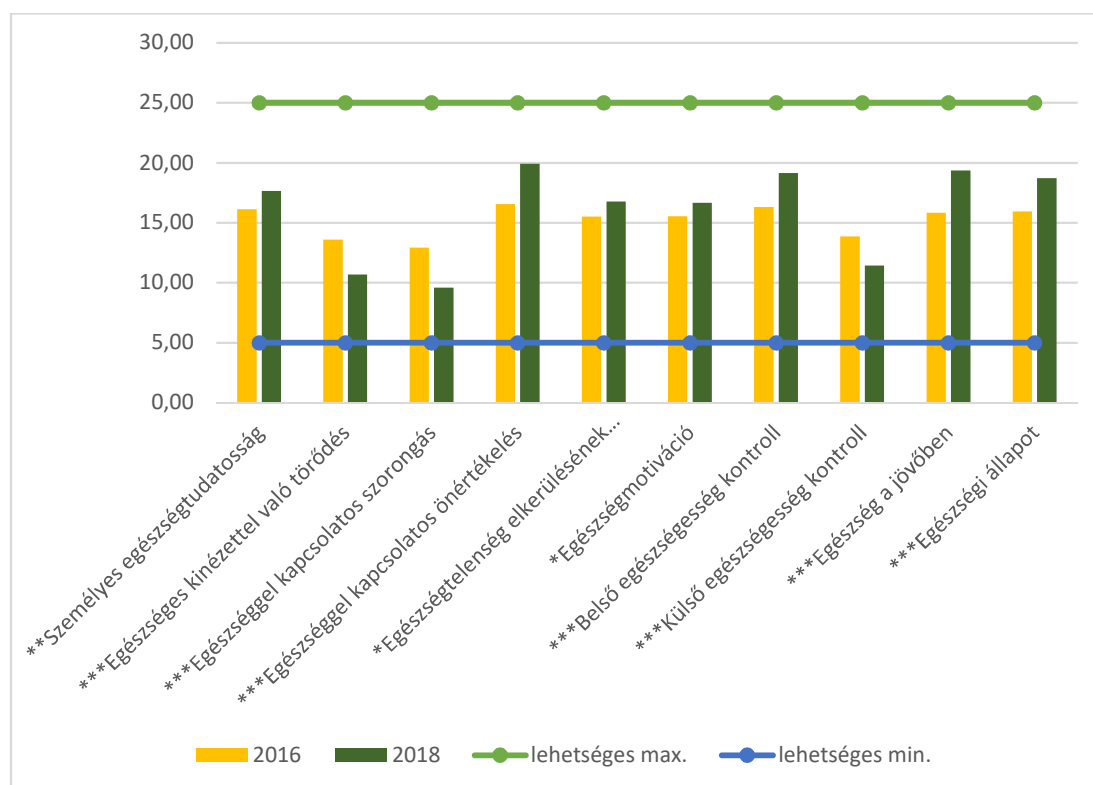


Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

Az **alkoholfogyasztás** terén az alkoholfogyasztás gyakorisága kapcsán ( $\chi^2=11,550$ ,  $p=0,041$ ) szignifikáns különbség látható a két évfolyam között – a 2016-ban végzetek esetében az egyes kategóriák mentén csökkenő számú válaszok, szemben a 2018-ban végzettekkel, ahol arányaiban sokkal kevesebben voltak azok, akik nem fogyasztanak alkoholt egyáltalán –, míg a nagyívás ( $\chi^2=10,548$ ,  $p=0,061$ ) esetében habár nem szignifikáns, de ahhoz nagyon közeli a különbség mértéke.

Az **Egészségorientációs Kérdőív**, vagyis a HOS minden skálája esetében szignifikáns eltérés (szignifikanciaszint  $p=0,000$  és  $p=0,042$  között) mutatkozott a két évfolyam között (ld. 22. ábra). A 2016-ban végzetek körében jellemzően alacsonyabb értékeket mutatott a Személyes egészségtudatosság, az Egészséggel kapcsolatos önértékelés, az Egészségtelenség elkerülésének motivációja és az Egészségmotiváció, míg a többi skála esetében a 2018-ban végzetek mutattak szignifikánsan magasabb értékeket.

22. ábra: A HOS skálaátlagainak alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

#### 10.1.2.4.1. Összegzés

A két évfolyam összehasonlítása kapcsán elmondható, hogy a vizsgált mutatók tekintetében a két évfolyam a kiegészés, a munkahelyi stressz és a mentális egészség mérésére használt kérdőívek skálái mentén jellemzően szignifikáns mértékben különbözött egymástól.

Az egészségmagatartási szokások kapcsán a testedzés rendszeressége, gyakorisága, alkalmankénti időtartama, továbbá az alkoholfogyasztás gyakorisága mentén jelentkezett szignifikáns mértékű eltérés a két évfolyam között. A dohányzási motivációk esetében a különbségek nem minden skála esetében mutatkoztak statisztikailag jelentős mértékűnek, viszont az egészségorientáció esetében minden mutató mentén szignifikáns mértékben tért el egymástól a két évfolyam.

Az eltérések magyarázataként a két évfolyam próbaidejének eltérő tapasztalatai állhatnak a háttérben, amely minden téren kihatással lehetett arra, hogy az adott évfolyam hogyan élte meg az egyébként sem könnyű, kettős jogállású időszakot, s mindeközben milyen élményeket szereztek választott szakmájukkal kapcsolatosan.

## 10.2. A 2018-2020-as évfolyam körében végzett vizsgálat eredményei az első két mérési ponton

A 2018-2020-as évfolyam első két mérési pontját illetően keletkezett leíró statisztikai adatokat részletesen ld. az I/2. (szociodemográfiai jellemzők) és VII. függelékben (alapstatisztika).

### 10.2.1. Leíró statisztika

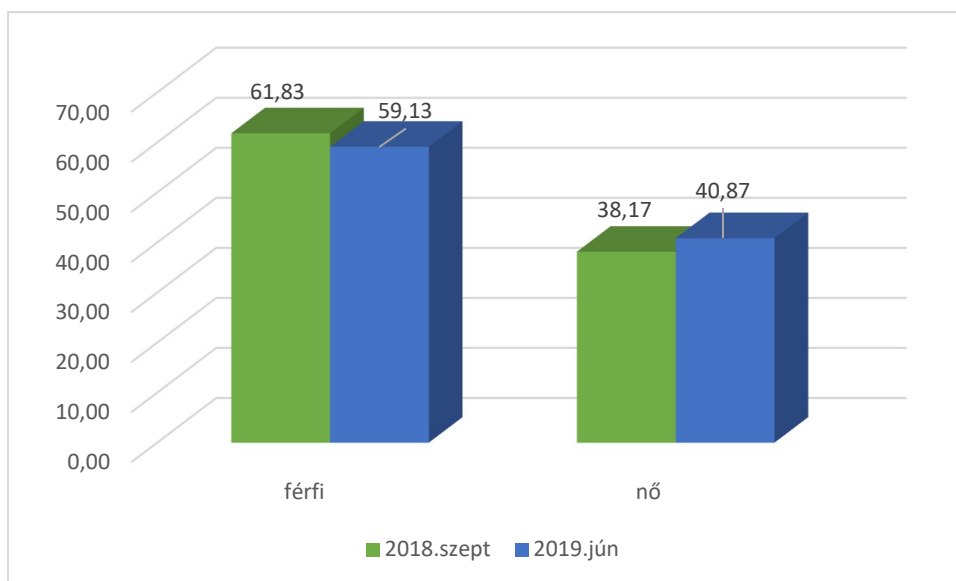
#### 10.2.1.1. A vizsgálati minta szociodemográfiai jellemzői az első két mérési ponton

A 2018. szeptemberi adatfelvétel során 131 fő kezdte meg a kérdőívcsomag kitöltését, s végül mindannyiuk adatai felhasználhatók az elemzések során. 2019 júniusában 115 fő adatfelvétele történt meg. Ugyanakkor a második adatfelvétel időpontjában 4 kitöltő az első mérésben nem vett részt. A lemorzsolódás döntően a leszereléseknek volt köszönhető: évről évre rendszeresen vannak olyanok, akik megkezdik rendőri tanulmányaikat, majd az első év során (jellemzően az első hónapban, de tapasztalataim szerint az első tanév időtartama alatt történő leszerelések aránya növekszik) meglehetősen változatos okokból a leszerelés mellett döntenek.

(A 2018-2020-as évfolyam szociodemográfiai jellemzői összefoglalva az egyes mérési pontok mentén megtekinthetők az I/2. függelékben.)

A minta átlagéletkora az első mérési ponton 19,95 év ( $\pm 2,87$  év) volt, a legfiatalabb válaszadó 18, míg a legidősebb 40 éves volt. A második mérési ponton az átlagéletkor 20,51 ( $\pm 2,28$ ) év volt, a legfiatalabb válaszadó 18, a legidősebb 35 éves volt.

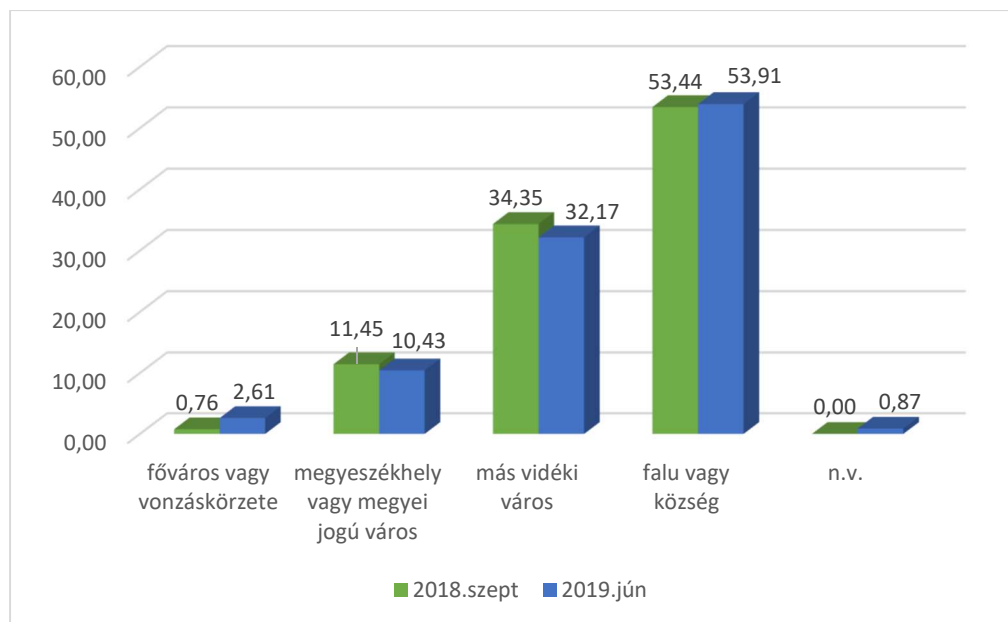
23. ábra: A nemi arányok százalékos megoszlása a 2018-2020-as évfolyam esetében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az első mérési ponton 81 fő (61,83%) férfi és 50 fő (38,17%) nő vett részt a vizsgálatban, míg a második mérési ponton 68 fő (59,13%) férfi és 47 fő (40,87%) nő – vagyis a nemi arányok csak minimálisan változtak a mintában (ld. 23. ábra).

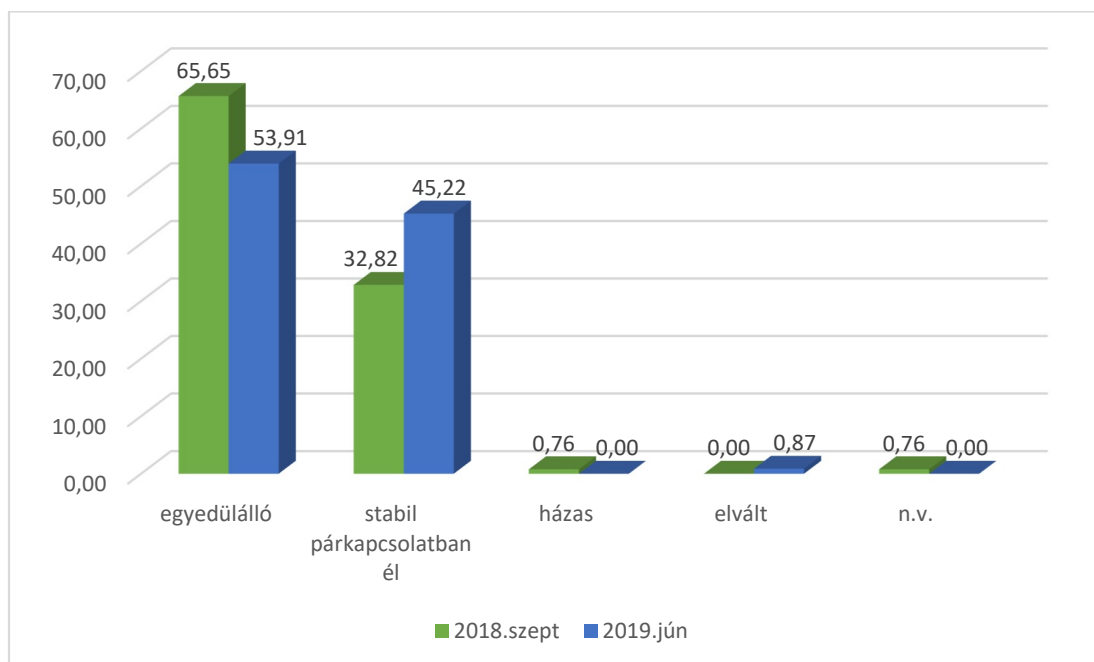
24. ábra: A lakóhely településtípusonkénti megoszlása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A lakóhely tekintetében szintén csekély eltérések mutatkoznak a különböző mérési pontok között (ld. 24. ábra): míg 2018 szeptemberében mindössze 1 fő (0,76%) vallotta magát a főváros vagy vonzaskörzetében lakónak, addig 2019 júniusára számuk 3 főre (2,61%) emelkedett. A megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban lakók számában minimális mértékű, 15-ről 12-főre csökkenés volt megfigyelhető (vagyis 11,45%-ról 10,43%), míg a más vidéki városokban élők az első mérési ponton 45 fő (34,35%), a második ponton 37 fő (32,17%) vallotta magát. Továbbra is a rendőrtanulók döntő többsége falvakból, községekből érkezik: 2018 szeptemberében arányuk 70 fő (vagyis 53,44%) volt, míg 2019 júniusában 62 fő (53,91%).

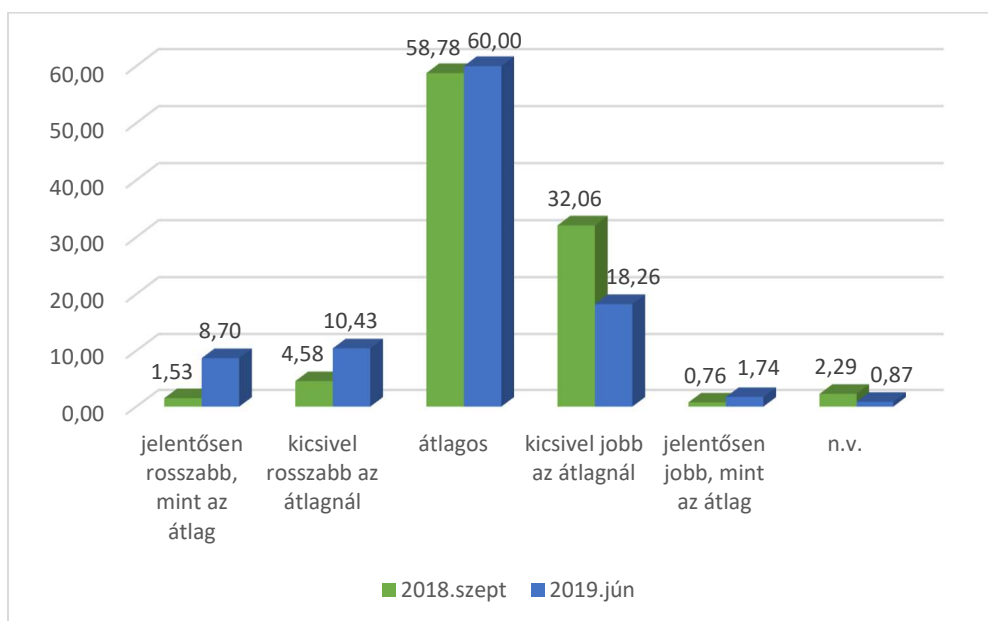
**25. ábra: A családi állapot százalékos megoszlása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton**



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A családi állapot szempontjából 10 hónap is komolyabb változásokat hozott az arányok tekintetében (ld. 25. ábra): az első mérési ponton 65,65% (86 fő) vallotta magát egyedülállónak, 32,82% (43 fő) stabil párkapcsolatban élőnek, 0,76% (1 fő) házasnak, illetve 1 fő (0,76%) nem válaszolt a kérdésre. Ezzel szemben a második mérési ponton 53,91% (62 fő) volt egyedülálló, 45,22% (52 fő) stabil párkapcsolatban élő, s 0,87% (1 fő) elvált.

**26. ábra: Az anyagi helyzet szubjektív megítélése (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton**

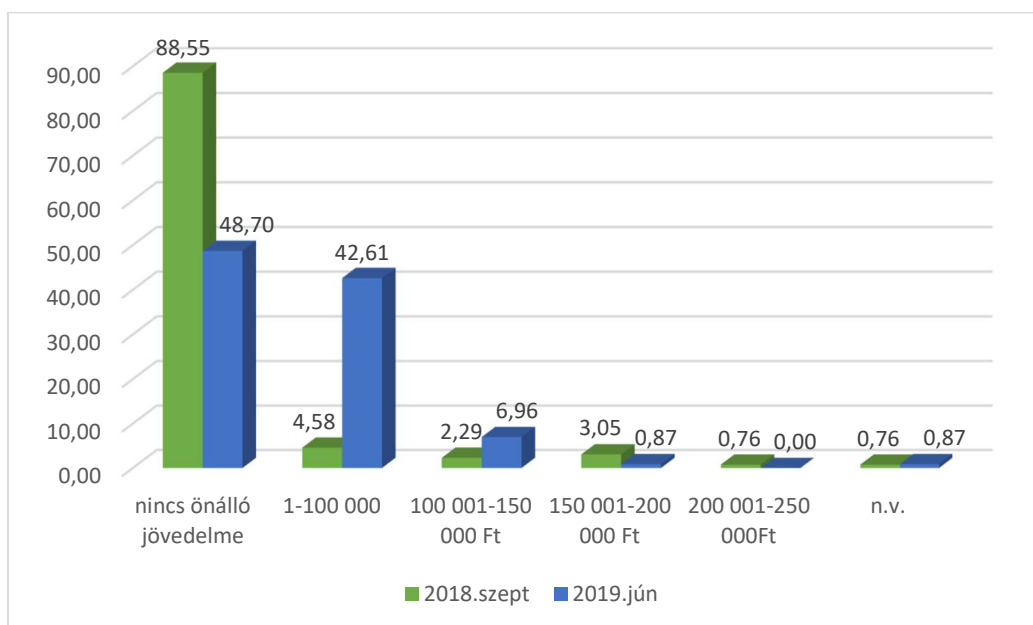


Forrás: a szerző saját szerkesztése



Az *anyagi helyzet megítélése* tekintetében is megfigyelhetők változások a képzés első éve alatt (ld. 26. ábra). Míg az első mérési ponton, a képzés kezdetén 1,53% (2 fő) értékelte a saját helyzetét jelentősen átlag alattinak, 4,58% (6 fő) kicsivel rosszabbnak az átlagnál, 58,78% (77 fő) átlagosnak, 32,06% (42 fő) kicsivel átlag felettinek, 0,76% (1 fő), és nem válaszolt 2,29% (3 fő). Ezzel szemben a tanév végén 8,70% (10 fő) értékelte a helyzetét jelentősen átlag alattinak, az átlagosnál kicsit rosszabbnak 10,43% (12 fő), átlagosnak 60% (69 fő), az átlagnál kicsit jobbnak már csak 18,26% (21 fő), jelentősen átlag felettinek 1,74% (2 fő), nem válaszolt 0,87% (1 fő).

27. ábra: A havi jövedelem alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Ugyanakkor a *jövedelem* terén is jelentős változások történtek: 2018 szeptemberében az állomány döntő többsége – 88,55% (116 fő) – nem rendelkezett önálló jövedelemmel, s 4,58% (6 fő) 1 – 100 000 Ft jövedelmet tudhatott magáénak – jellemzően korábbi, nyári diákmunkából, illetve egyesek korábbi állásukat feladva kezdték meg iskolai tanulmányaikat. 2019 júniusában ez az arány a következőképpen alakult: 48,70% (56 fő) nem rendelkezett önálló jövedelemmel, míg 1 – 100 000 Ft-ról számolt be 42,61% (49 fő). Ennek a jelentős változásnak az oka a tanulmányi ösztöndíjnak tulajdonítható, ugyanakkor ennek összege meglehetősen alacsony, ami magyarázatot jelenthet az anyagi helyzet szubjektív megítélésében történt változásokra.

A vizsgált mintát 2019. szeptember 1-től nevezték ki próbaidős állományba, s előtte, a 2019. júniusi adatfelvétel idején már tudták, hova kerülnek kinevezésre próbaidőre: 80% (92 fő) valamelyik megyei rendőr-főkapitányság, 16,52% (19 fő) a Budapesti Rendőr-

főkapitányság, míg 3,48% (4 fő) a Repülőtéri Rendőr Igazgatóság állományában tölti – vagyis töltötte – próbaidejét.

A 2018-2020-as évfolyam körében a szociodemográfiai tényezők kapcsán az összes mérési pont eredményeit tartalmazza a 13. táblázat.

13. táblázat: A 2018-2020-as évfolyam szociodemográfiai jellemzői az összes mérési pont vonatkozásában

Szociodemográfiai jellemzők		Első adatfelvétel	Második adatfelvétel	Harmadik adatfelvétel	
		2018. szept.	2019. jún.	2020.febr.	2020. jún.
<b>minta elemszáma (N)</b>		131 fő	115 fő	34 fő	33 fő
<b>Képzési forma</b>	<b>1,5 éves</b>	39 fő (29,77%)	39 fő (33,91%)	34 fő	0 fő
	<b>2 éves</b>	92 fő (70,23%)	76 fő (66,09%)	0 fő	33 fő
<b>átlagéletkor ± szórás (év)</b>		19,95 ± 2,87	20,51 ± 2,28	20,15 ± 0,66	22,91 ± 5,16
<b>Nem</b>	<b>férfi</b>	81 fő (61,83%)	68 fő (59,13%)	15 fő (44,12%)	20 fő (60,61%)
	<b>nő</b>	50 fő (38,17%)	47 fő (40,87%)	19 fő (55,88%)	13 fő (39,39%)
<b>Állandó lakhely</b>	<b>főváros és vonzáskörzete</b>	1 fő (0,76%)	3 fő (2,61%)	1 fő (2,94%)	0 fő
	<b>megyeszékhely vagy megyei jogú város</b>	15 fő (11,45%)	12 fő (10,43%)	6 fő (17,65%)	6 fő (18,18%)
	<b>más vidéki város</b>	45 fő (34,35%)	37 fő (32,17%)	14 fő (41,17%)	8 fő (24,24%)
	<b>község vagy falu</b>	70 fő (53,44%)	62 fő (53,91%)	13 fő (38,23%)	19 fő (57,58%)
	<b>nincs válasz</b>	0 fő	1 fő (0,87%)	0 fő	0 fő
<b>Családi állapot</b>	<b>egyedülálló</b>	86 fő (65,65%)	62 fő (53,91%)	17 fő (50%)	13 fő (39,39%)
	<b>stabil párkapcsolatban él</b>	43 fő (32,82%)	52 fő (45,22%)	17 fő (50%)	19 fő (57,58%)
	<b>házas</b>	1 fő (0,76%)	0 fő	0 fő	1 fő (3,03%)
	<b>elvált</b>	0 fő	1 fő (0,87%)	0 fő	0 fő
	<b>nincs válasz</b>	1 fő (0,76%)	0 fő	0 fő	0 fő
<b>Havi jövedelem</b>	<b>nincs önálló jövedelme</b>	116 fő (88,55%)	56 fő (48,70%)	0 fő	0 fő
	<b>0 – 100 000 Ft</b>	6 fő (4,58%)	49 fő (42,61%)	0 fő	0 fő
	<b>100 001 – 150 000 Ft</b>	3 fő (2,29%)	8 fő (6,96%)	19 fő (55,88%)	2 fő (6,06%)
	<b>150 001 – 200 000 Ft</b>	4 fő (3,05%)	1 fő (0,87%)	13 fő (38,24%)	21 fő (63,64%)
	<b>200 001 – 250 000 Ft</b>	1 fő (0,76%)	0 fő	2 fő (5,88%)	10 fő (30,30%)
	<b>nincs válasz</b>	1 fő (0,76%)	1 fő (0,87%)	0 fő	0 fő
<b>jelentősen átlag alatti</b>		2 fő (1,53%)	10 fő (8,70%)	1 fő (2,94%)	9 fő (27,27%)

Anyagi helyzet megítélése	kicsivel rosszabb, mint az átlag	6 fő (4,58%)	12 fő (10,43%)	7 fő (20,59%)	2 fő (6,06%)
	átlagos	77 fő (58,78%)	69 fő (60%)	23 fő (67,65%)	20 fő (60,61%)
	kicsivel jobb, mint az átlag	42 fő (32,06%)	21 fő (18,26%)	1 fő (2,94%)	2 fő (6,06%)
	jelentősen átlag feletti	1 fő (0,76%)	2 fő (1,74%)	2 fő (5,88%)	0 fő
	nincs válasz	3 fő (2,29%)	1 fő (0,87%)	0 fő	0 fő
Próbaidős kinevezés	MRFK	0 fő	92 fő (80%)	27 fő (79,70%)	25 fő (75,76%)
	BRFK	0 fő	19 fő (16,52%)	6 fő (17,65%)	6 fő (18,18%)
	RRI	0 fő	4 fő (3,48%)	1 fő (2,94%)	2 fő (6,06%)

Forrás: a szerző saját szerkesztése

### 10.2.1.2. Munkahelyi stressz és kiégés az első két mérési ponton

Az RMSK, illetve az PSS skálaátlagait a szórásértékekkel, valamint a kapcsolódó Cronbach- $\alpha$  értékeket az egyes mérési pontokon a 14. táblázat mutatja be.

14. táblázat: Az RMSK és PSS skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

Skálák		2018. szeptember			2019. június					
		M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$			
Rendvédelmi Szervek Munkahelyi Stressz Kérdőíve	Munkahelyi események	nem került felvételre			20,05	32,35	0,976			
	Munkaterhelés szubjektív megítélése				1,29	0,76	0,904			
	A szervezet jellegéből adódó terhelés				1,14	0,84	0,714			
	Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok				1,35	0,89	0,877			
	Munkahelyi légkör szubjektív megítélése				1,42	0,83	0,886			
	Vezetés, irányítás szubjektív megítélése				1,56	0,95	0,855			
	Munkaterhelés komplex megítélése				2,28	0,83	0,981			
	Munkahely komfortjának megítélése				2,19	0,88	0,827			
	Munkaidő megítélése				2,40	1,01	0,800			
	Munkahely külső megítélése				2,38	1,21	0,645			
	Munkavégzés etikai aspektusai				1,78	1,06	n.a.			
	Munkafeladathoz való hozzáállás				2,18	1,06	0,742			
	Effektív munkaterhelés				2,26	0,86	0,931			
	Anyagi elismertség megítélése				3,90	1,61	0,775			
	Egyéni felelősség megítélése				2,56	1,19	0,895			
	A szervezet elvárásainak megítélése				2,06	0,94	0,839			
	A szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése				2,22	0,98	0,898			
	Egészségi állapot				1,65	0,35	0,787	1,65	0,51	0,866
	Külső-belső kontroll				3,73	0,69	0,591	3,38	0,74	0,681
	A-B személyiség				3,47	0,61	0,603	3,88	0,58	0,643
	Aktivitás	2,66	0,83	0,682	2,76	0,71	0,491			
	Motiváció	2,73	0,74	0,555	2,89	0,70	0,579			
	Támogatottság	2,98	0,97	0,640	3,04	1,03	0,710			
	Támogatottság-személy	6,67	2,34	n.a.	7,67	2,24	n.a.			
	Stresszoldás	4,10	0,45	0,593	3,88	0,47	0,612			
	Munkahelyi stresszindex	n.a.			1,36	2,11	0,961			
<b>Észlelt Stresszindex</b>	18,25	6,38	0,775	21,88	7,25	0,785				

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A kapott eredményeket a vizsgálat időpontjában érvényben levő protokollban foglalt minimum-maximum értékekhez viszonyítva látható, hogy a munkahelyi stresszt mérő skálák többsége némiképp emelkedett értéket mutat – ez látható a 30. ábrán. Mindenképpen fontos, hogy tanulmányaik első évének végén álló fiatalokról beszélünk, akik a gyakorlati munkát nem kezdték meg – ennek fényében különösen elgondolkodtató lehet az, hogy a 2019. júniusi eredményeknél már emelkedett skálaértékekkel találkozhatunk.

A PSS esetében mindkét mérési időpontban az átlagtartomány alsó felében található adatok láthatók.

A kiégés tekintetében csak a második mérési pontról állnak rendelkezésre adatok, ezeket mutatja a 14. táblázat.

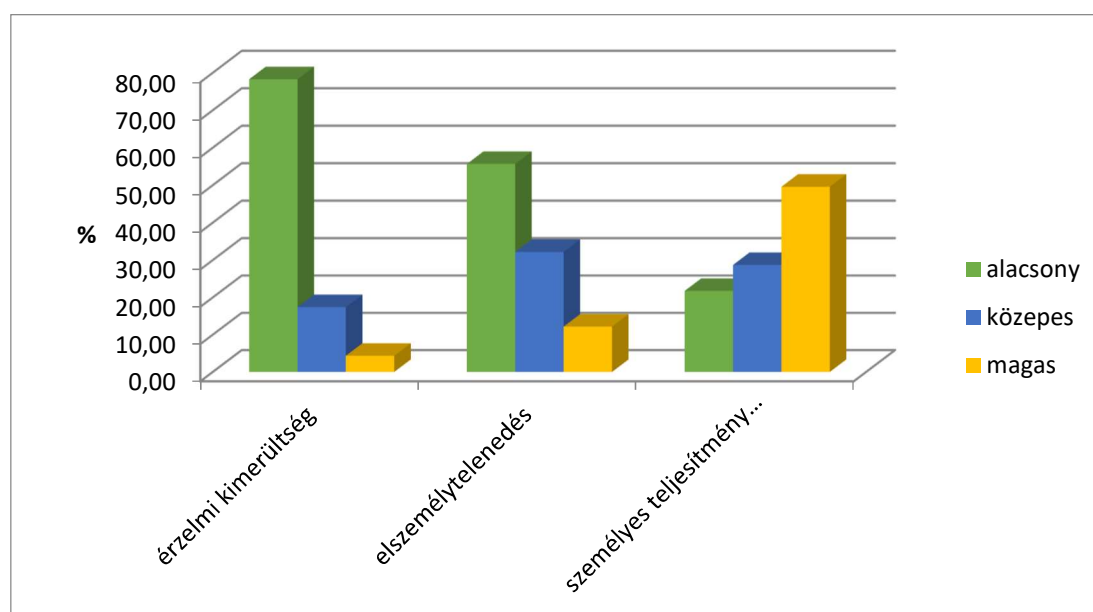
15. táblázat: Az MBI skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2019. júniusi adatfelvétel során

MBI skálák	2019.június		
	M	s	$\alpha$
Érzelmi kimerülés	12,14	8,04	0,823
Deperszonalizáció	5,75	4,80	0,641
Egyéni teljesítmény csökkenése	32,99	7,19	0,726

Forrás: a szerző saját szerkesztése

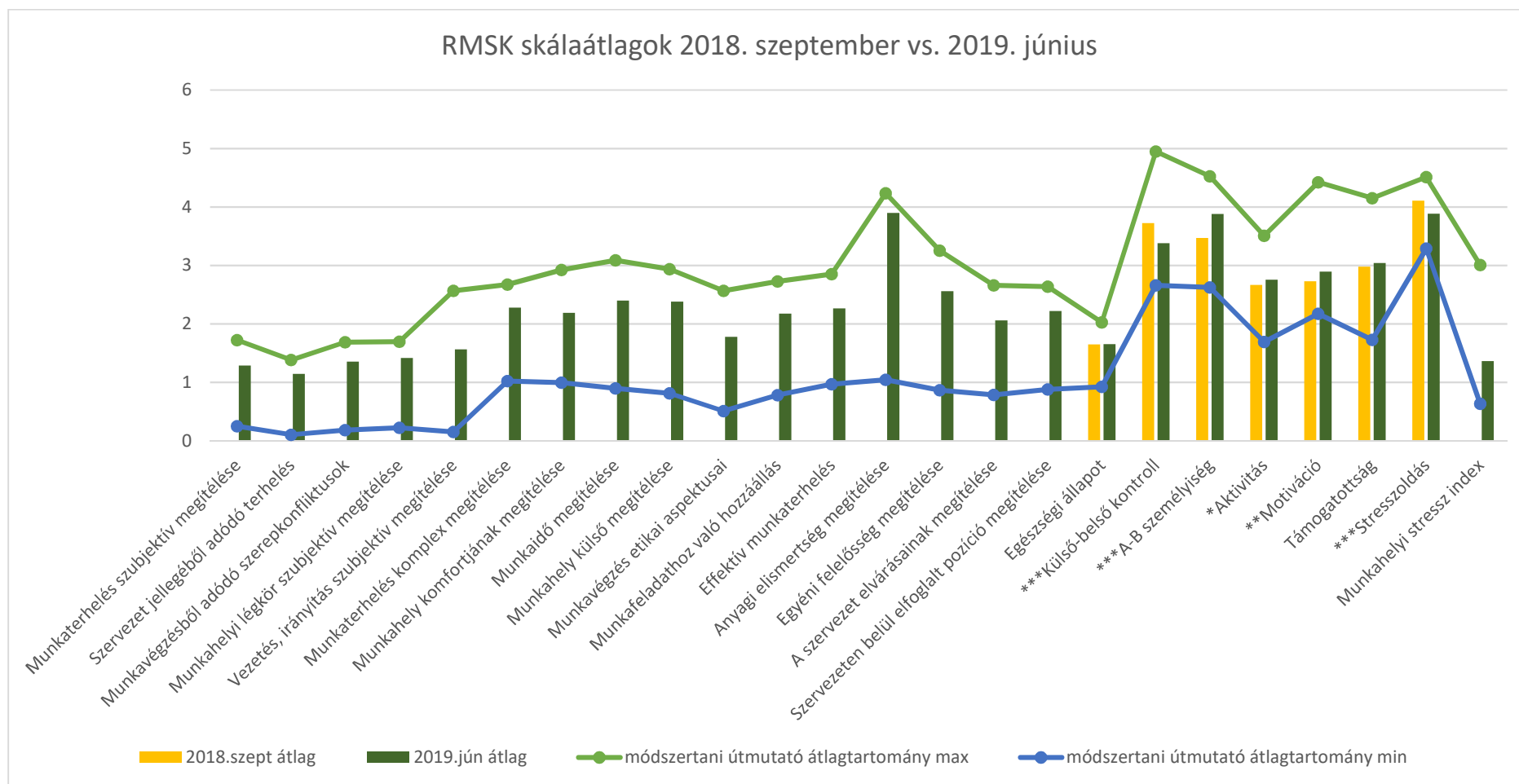
Ha a protokollban foglalt kategóriákat nézzük, akkor az Érzelmi kimerülés skála esetében döntően alacsony értékekkel találkozhatunk, a Deperszonalizáció esetében is 50% feletti az alacsony értékek mutatók aránya. Továbbá a Személyes teljesítmény csökkenése skála esetében az alacsony és közepes értékekkel bírók aránya egészen közel áll egymáshoz, de meglepően magasnak tűnhet a magas értékekkel bíróké az 50%-ot megközelítő eredménnyel.

28. ábra: A kiégés súlyossága (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a második mérési ponton, 2019. júniusban



Forrás: a szerző saját szerkesztése

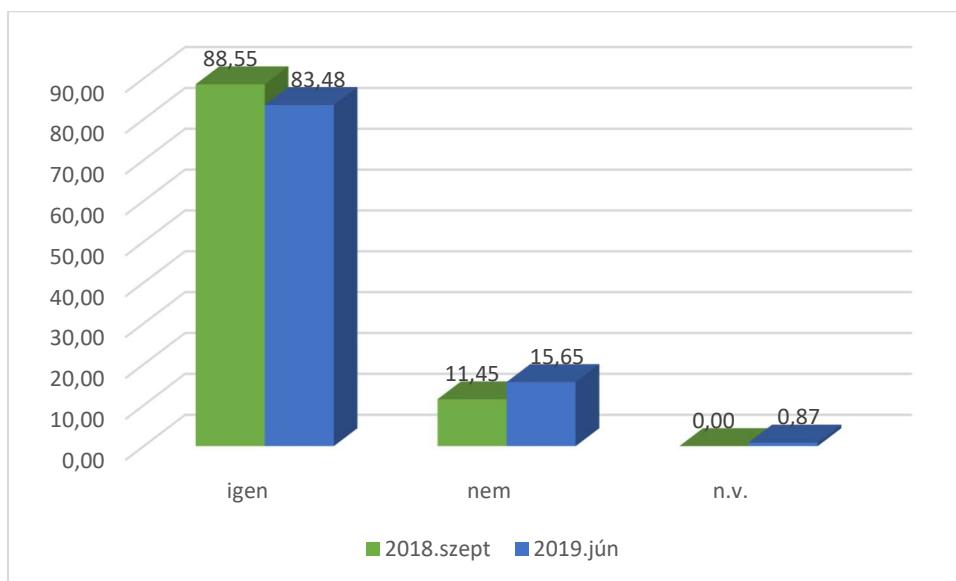
29. ábra: Az RMSK skálaátlagainak alakulása a prtokoll átlagtartományához képest a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két adatfelvételi ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

### 10.2.1.3.Egészségmagatartási szokások az első két mérési ponton

30. ábra: A rendszeres testedzést végzők aránya (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

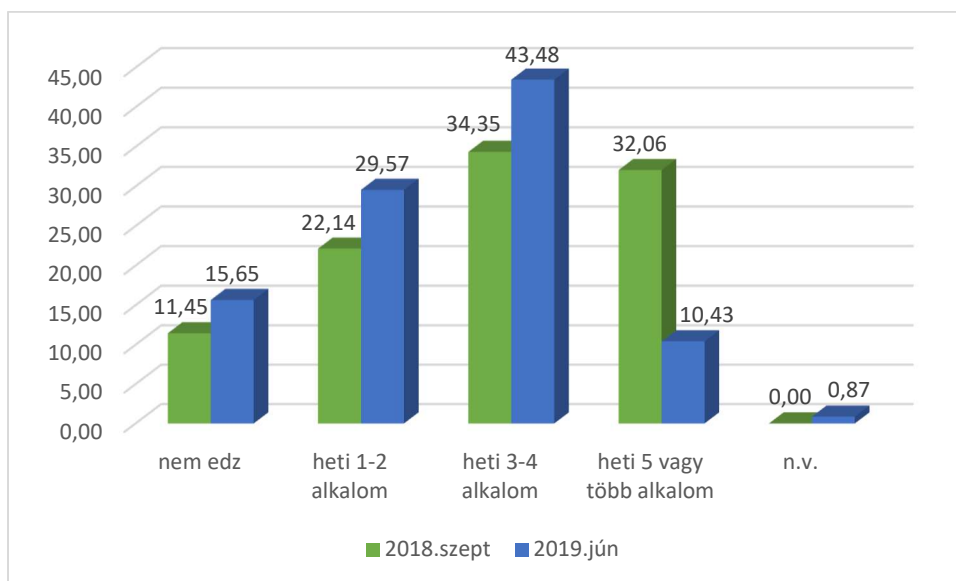


Forrás: a szerző saját szerkesztése

A **testedzés** kapcsán a 30. ábra mutatja, hogy az egyes mérési pontokon milyen arányban vallják magukat rendszeres testedzést végzőnek a válaszadók.

Az egyes mérési pontok között a különbség minimális, de jól látható, hogy mindkét mérési ponton jelentősen többen vannak a mintában azok, akik rendszeresen időt szánnak az edzésre.

31. ábra: A testedzés heti gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

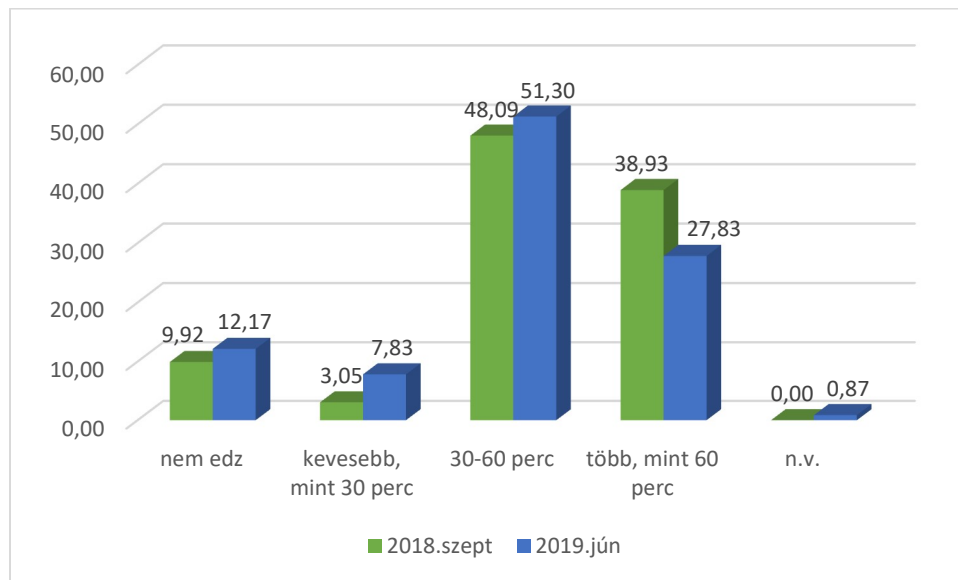


Forrás: a szerző saját szerkesztése

A heti edzések számát tekintve egy érdekes, de nem meglepő változást mutat a 31. ábra: míg 2018 szeptemberében a heti 3-4 alkalomról (34,5%) és heti 5 vagy több alkalomról

(32,06%) beszámolóik aránya közel hasonló, addig 2019. júniusára a heti 3-4 alkalom a leggyakoribb (43,48%), ezt követi a heti 1-2 alkalom (29,57%), megnövekedett a nem edzők aránya (11,45%-ról 15,65%-ra), illetve a heti 5 vagy több alkalommal edzők százalékos aránya az utolsó helyre csúszott (10,43%). Ebben a változásban az iskolai közegben töltött idő, a közös edzések, mint társas hatások közrejátszhatnak.

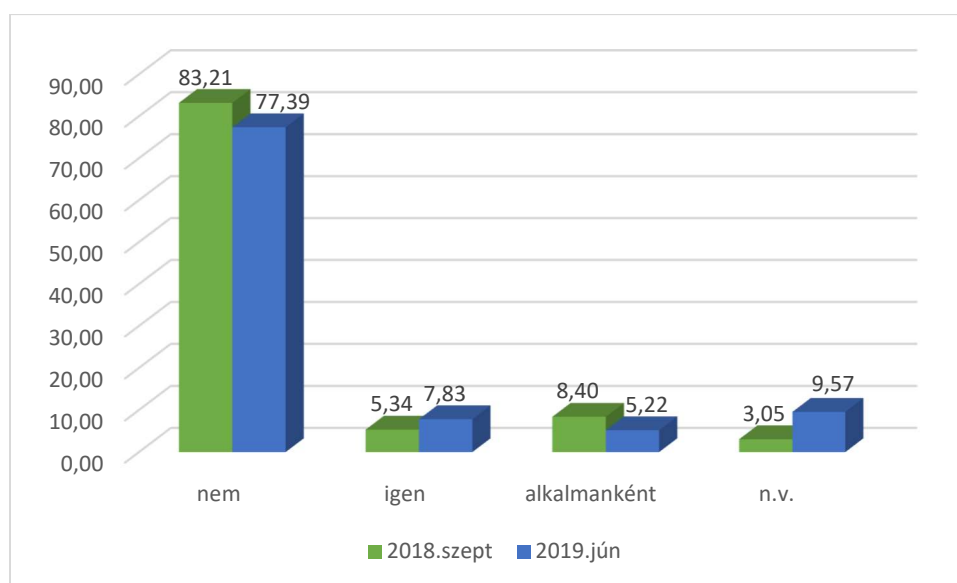
**32. ábra: A testedzés alkalmankénti időtartama (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton**



*Forrás: a szerző saját szerkesztése*

A testedzés alkalmankénti időtartamát a vizsgált időpontokban a 32. ábra mutatja. Jól látható, hogy az egy-egy alkalommal edzésre fordított időtartam is rövidült a második mérési pont idejére, ekkorra a válaszadók több mint fele (51,30%) az alkalmanként 30-60 perc közötti edzéseket preferálta.

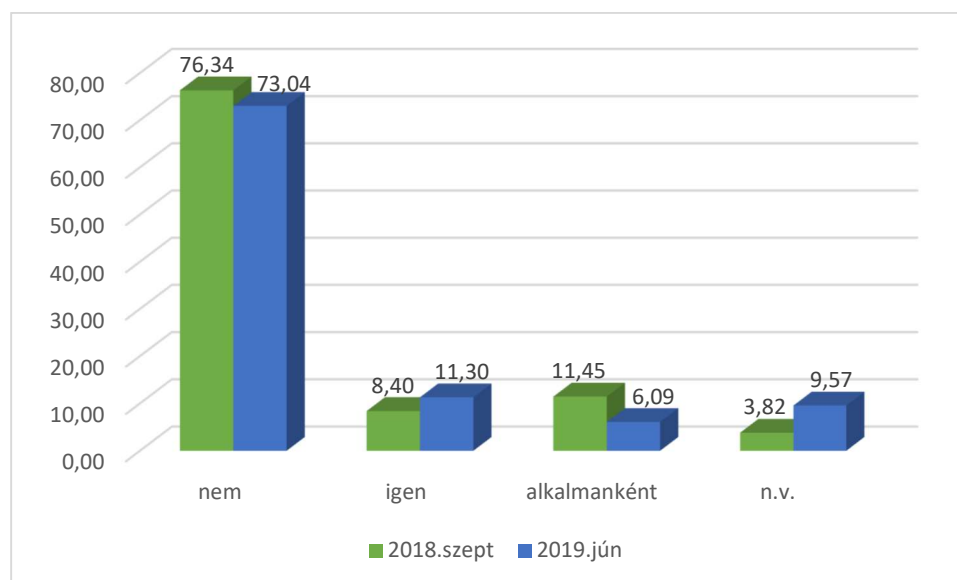
**33. ábra: A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelők használati aránya (%) a 2018-2020-as évfolyamon, az első két mérési ponton**



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A testedzéshez kapcsolódóan a teljesítményfokozó- és vagy izomtömegnövelők használatának alakulását mutatja a 33. ábra. Mint látható, ilyen szerekkel élők aránya is kis arányú növekedést mutat (5,34%-ról 7,83%-ra), ahogyan a kérdésre nem válaszolóké is (3,05%-ról 9,57%-ra).

**34. ábra: A táplálékkiegészítők használati aránya (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton**



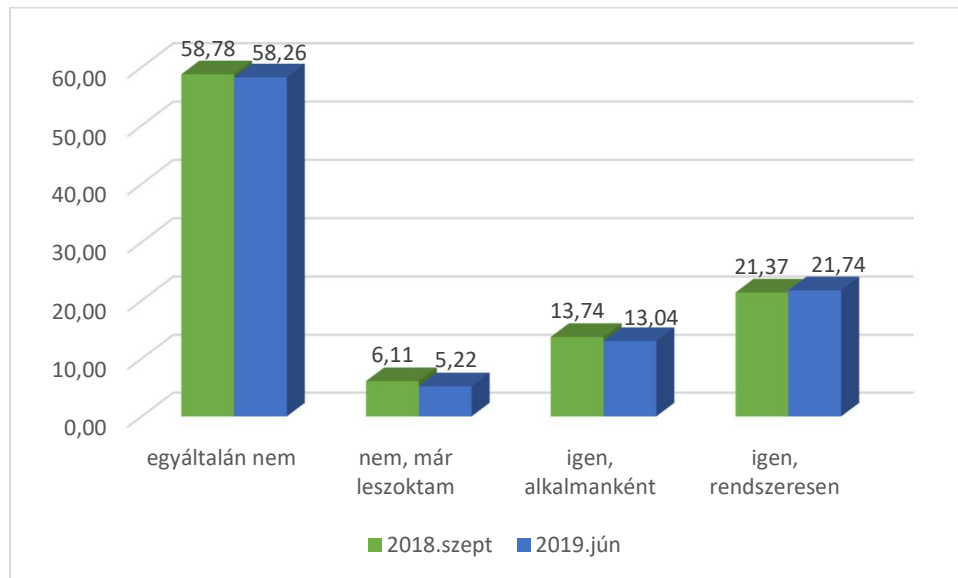
Forrás: a szerző saját szerkesztése

Ehhez kapcsolódóan az egyéb táplálékkiegészítők használatának aránya hasonló tendenciákat mutat, ezt mutatja a 34. ábra.



A **dohányzás** kérdésköre kapcsán számos tényező lekérdezésre került mindegyik mérési ponton, elsőként a dohányzási státusz (35. ábra). A két időpontban a különböző kategóriákba tartozók aránya minimális (minden esetben 1 %-on belüli) eltérést mutat, vagyis azt mondhatjuk, hogy meglehetősen nagy ezen a téren az állandóság.

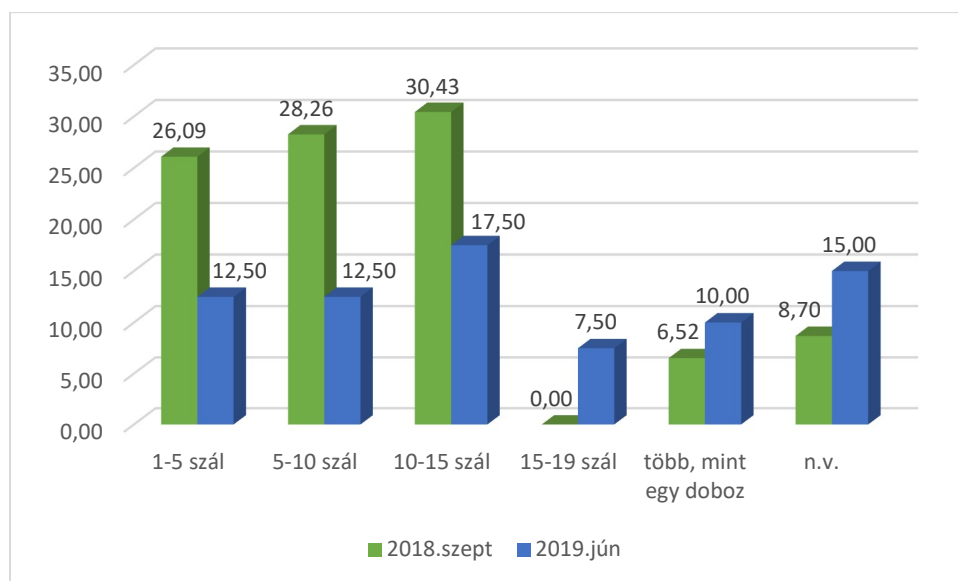
35. ábra: A dohányzási státusz alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A magukat dohányosnak vallók tanulmányaik megkezdésekor átlagosan 3,55 (szórás:  $\pm 1,82$ ; szélsőértékek: 1 és 8 év) éve dohányoznak, a tanév végén átlagosan 4,03 éve (szórás:  $\pm 2,27$ ; szélsőértékek: 1 és 10 év) dohányoztak. A már leszokottak esetében a válaszadók az első adatfelvétel idején 13,18 hónapja (szórás:  $\pm 8,11$ ; szélsőértékek: 1,5 és 24 hónap), azaz bő egy éve nem dohányoztak, míg a második adatfelvétel idején átlagosan 11,71 hónap (szórás:  $\pm 9,23$ ; szélsőértékek: 4 és 25 hónap), vagyis majdnem egy éve tették le a cigarettát. Eme látszólag furcsa eredmény hátterében valószínűleg az áll, hogy többen, akik az első adatfelvételi ponton magukat leszokottnak vallották, azok újra – legalább alkalmi jelleggel – dohányozni kezdtek, míg vannak, akik az iskolában töltött első évben hagytak fel a dohányzással.

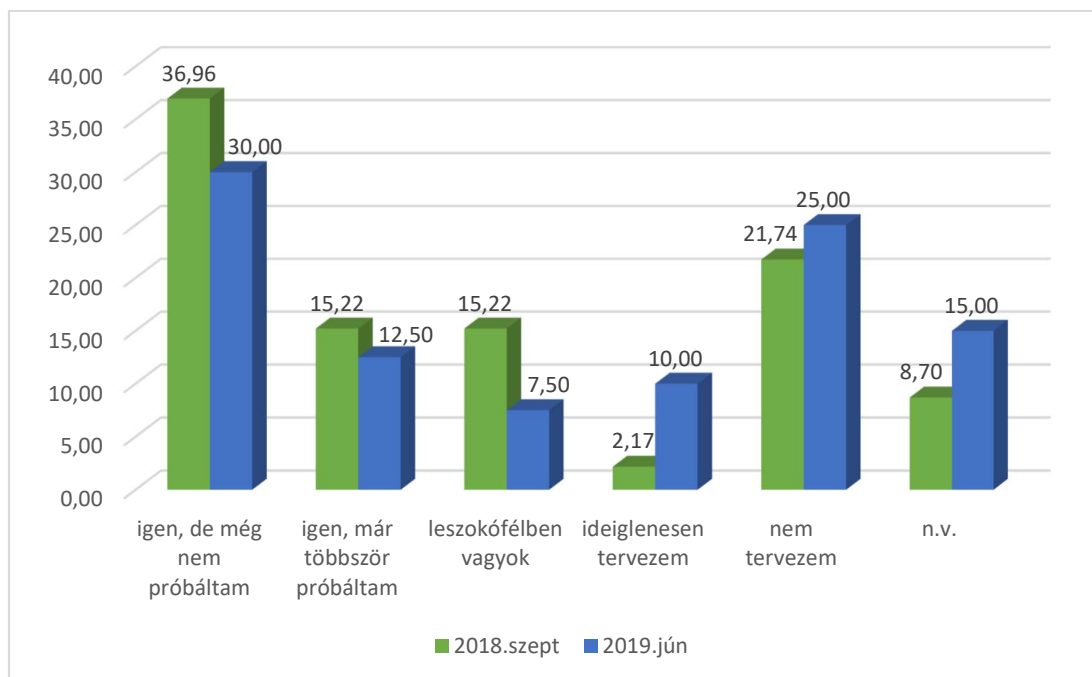
36. ábra: A naponta elszívott cigaretta mennyiségének alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam dohányzói körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A dohányosok körében a naponta elszívott cigaretta mennyisége tekintetében – ahogyan az a 36. ábrán is látható – komoly változások mutatkoztak: látható, hogy jelentősen csökkent a kevesebb cigarettát szívók aránya, miközben megnőtt a közel vagy több, mint egy dobozt elfogyasztók, illetve a nem válaszolók aránya.

37. ábra: A leszokáshozvaló viszonyulás (%) a 2018-2020-as évfolyam dohányzói körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A leszokáshoz való viszonyulás arányát mutatja a vizsgált két időpontban a 38. ábra. Mint az látható, a nem válaszolók aránya mellett a nem szándékozók és a csak ideiglenesen leszokást tervezők aránya növekedett, míg a leszokni vágyók aránya (akik még nem próbálták, akik már többször próbálták, aktuálisan is leszokófélben vannak) csökkent.

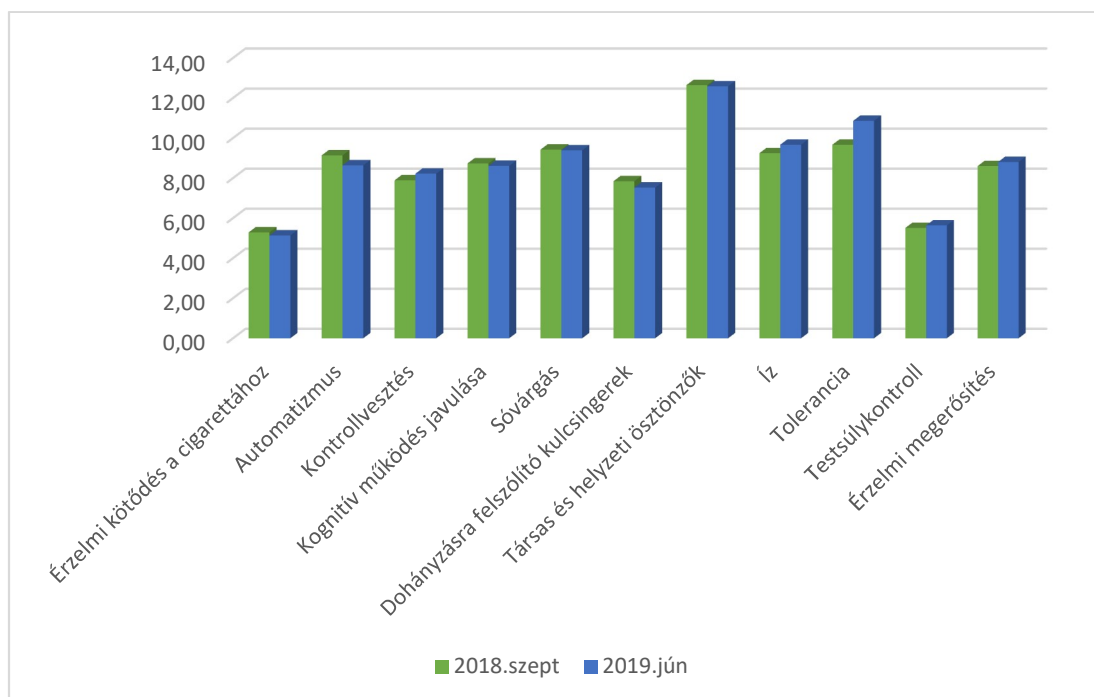
16. táblázat: A WISDM-37 skálaátlagainak, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

WISDM-37 skálák	2018.szeptember			2019.június		
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
Érzelmi kötődés a cigarettához	5,29	4,04	0,842	5,14	3,56	0,887
Automatizmus	9,13	6,45	0,918	8,64	5,14	0,845
Kontrollvesztés	7,89	6,18	0,926	8,22	5,23	0,837
Kognitív működés javulása	8,73	4,99	0,882	8,61	4,70	0,877
Sóvárgás	9,42	6,49	0,938	9,39	5,93	0,891
Dohányzásra felszólító kulcsingerek	7,84	4,40	0,743	7,53	3,81	0,602
Társas és helyzeti ösztönzők	12,64	5,06	0,883	12,58	4,82	0,772
Íz	9,24	5,52	0,948	9,67	5,58	0,911
Tolerancia	9,67	6,82	0,894	10,86	6,71	0,841
Testsúlykontroll	5,51	4,00	0,815	5,64	4,36	0,900
Érzelmi megerősítés	8,60	5,02	0,920	8,81	3,95	0,709

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A dohányzók körében a dohányzási motivációk is megkérdésre kerültek mindkét vizsgálati időpontban. A skálák átlag- és szórásértékeit, a reliabilitásmutatókat foglalja össze a 16. táblázat.

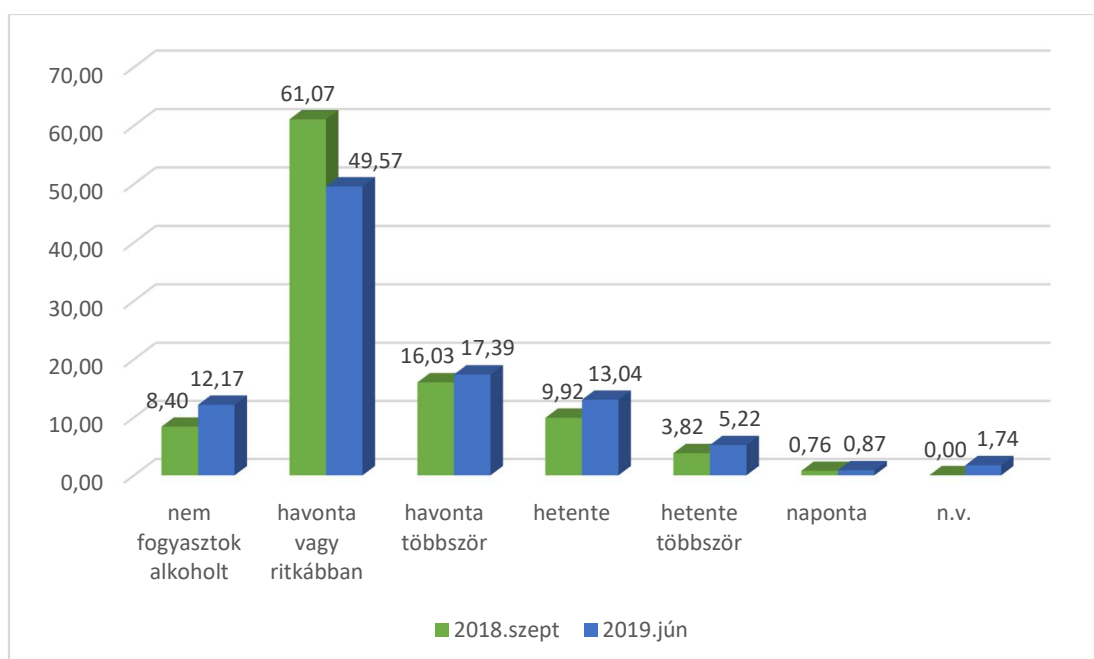
38. ábra: A WISDM-37 skálaátlagok arányainak alakulása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A reliabilitási értékek döntően megbízhatónak jelzik a mérőeszközt. Az egyes skálaátlagokat egymáshoz viszonyítva a 38. ábra szemlélteti.

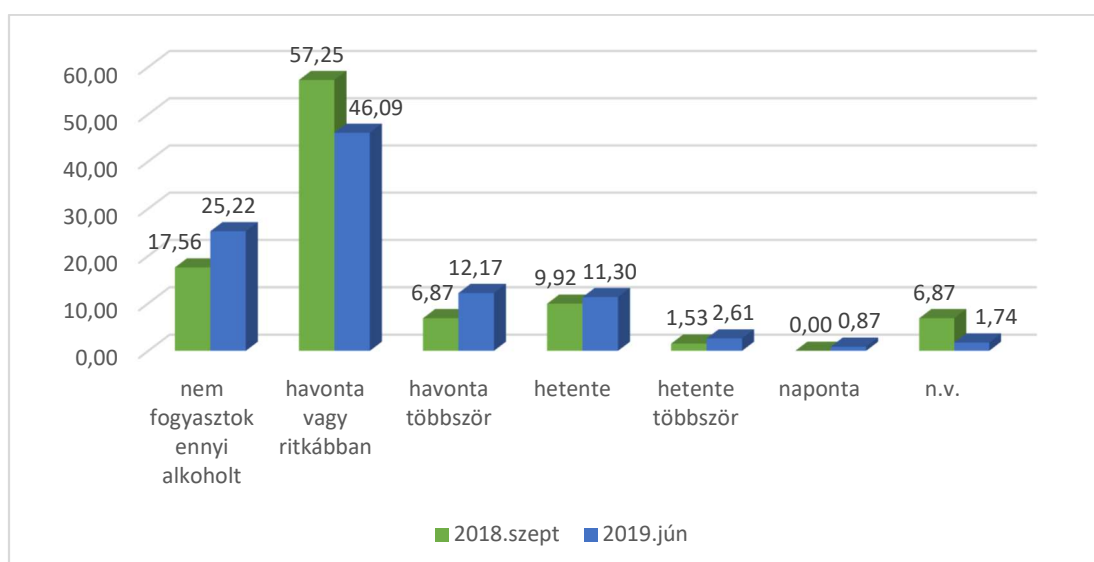
**39. ábra: Az alkoholfogyasztás előfordulási gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton**



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az **alkoholfogyasztási szokások** terén annak gyakoriságára vonatkozott az első kérdés. A két vizsgálati időpontban kapott arányokat mutatja a 39. ábra. Mint az látható, minimális mértékű növekedés mutatkozott a havonta vagy ritkábban kategória kivételével minden más gyakorisági kategória esetén.

**40. ábra: A nagyívás előfordulásának alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton**



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A nagyívás – vagyis az egy alkalommal 3 vagy több egység alkohol elfogyasztásának – gyakoriságát mutatja a 40. ábra, melyen nagyon hasonló tendencia figyelhető meg, mint ami az alkoholfogyasztás gyakorisága esetén.

17. táblázat: Az alkoholfogyasztás körülményeinek alakulása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

2018. szept.			2019. jún.		
sorsz.	körülmény	válasz	sorsz.	körülmény	válasz
1.	szórakozóhelyen	87	1.	barátokkal beszélgetve	78
2.	barátokkal beszélgetve	86	2.	szórakozóhelyen	76
3.	étterem/presszó/bár	47	3.	koncerten	46
4.	koncerten	42	4.	étterem/presszó/bár	27
5.	sportműsor nézése közben	14	5.	helyszíni szurkolás közben	13
	helyszíni szurkolás közben		6.	szülőikkel beszélgetve	12
6.	szülőikkel beszélgetve	13	7.	sportműsor nézése közben	10
7.	más alkalommal	12	8.	étkezés előtt/közben/után	9
8.	étkezés előtt/alatt/után	9		más alkalommal	
9.	utcán, parkban	7	9.	zenehallgatás közben	5
10.	utazás közben	6		utazás közben	
11.	sportolás előtt/közben/után	5	10.	munka közben	1
	zenehallgatás közben			sportolás előtt/közben/után	
12.	munka közben	1		utcán, parkban	
13.	olvasás közben	0	11.	olvasás közben	0

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az alkoholfogyasztás körülményeit tekintve a két vizsgálati időpontban kapott válaszokat a 17. táblázat összesíti. 2018 szeptemberében átlagosan 2,66 választás érkezett, 2019 júniusában pedig 2,57, vagyis személyenként 2-3 körülményt jelöltek meg mindkét adatfelvételi időpontban. A más alkalom esetében, akik kifejtették, 2018-ban döntően különböző családi és egyéb ünnepeket jelöltek meg, míg 2019-ben ezek kiegészültek a kollégium és a nyaralások említésével.

18. táblázat: A HOS skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

HOS skálák	2018. szeptember			2019. június		
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
Személyes egészségtudatosság	18,62	3,04	0,596	17,97	3,49	0,691
Egészséges kinézettel való törődés	11,22	4,25	0,819	11,35	4,40	0,811
Egészséggel kapcsolatos szorongás	9,47	3,41	0,715	9,63	3,75	0,748
Egészséggel kapcsolatos önértékelés	20,41	3,55	0,829	19,64	3,63	0,793
Egészségtelenség elkerülésének motivációja	18,34	3,81	0,721	17,13	3,84	0,687
Egészségmotiváció	18,16	3,16	0,600	17,04	3,78	0,671
Belső egészségesség kontroll	20,60	3,25	0,757	19,16	3,65	0,797
Külső egészségesség kontroll	10,81	3,44	0,596	12,01	2,76	0,278
Egészség a jövőben	19,93	3,30	0,704	19,19	3,60	0,755
Egészségi állapot	18,44	3,62	0,739	18,65	3,45	0,644

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az egészségmagatartási és egészségkárosító szokások kapcsán felvételre került az Egészségorientáció Kérdőív. Az egyes skálák átlageredményei, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a két mérési időpontban összefoglalva megtekinthetők a 18. táblázatban.

#### 10.2.1.4. Mentális egészség az első két mérési ponton

A mentális egészségi állapot felmérésével kapcsolatosan használt kérdőívek és skálák átlag-, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékeit a két mérési időpontban a 19. táblázat foglalja össze.

Mint az látható, egyes skálák reliabilitási mutatója – főként az első mérési időpont esetén – messze elmaradnak az elfogadható szinttől, a Megküzdési MódoK Kérdőív skálái esetén.

A CES-D esetében mindkét időpontban normál, depresszív állapotra nem utaló értékek jellemezték a mintát, emellett a vonásszintű szorongás tekintetében is mindenképpen figyelemre méltó mértékben alacsonyabb értékeket mutatnak, mint a magyar standard. A HADS skálái esetén mindkét mérési időpontban normál állapotra utaló értékek láthatók. A Megküzdési módok tekintetében a protokoll értékeihez viszonyítottan – a 2016-ban és 2018-ban végzetekhez hasonlóan – a problémafókuszú megküzdés skálái esetében ez az évfolyam mindkét mérési ponton a protokollbeli átlaghoz képest csökkent értékeket mutat, míg az érzelmközpontú stratégiák szempontjából legalább az egyik mérési ponton némiképp emelkedett értékeket a jeleznek (ld. 41. ábra, 155. oldal).

19. táblázat: A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók skálaértékei, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

Kérdőívek, skálák		2018.szeptember			2019.június		
		M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
CES-D	Depresszió	9,79	6,88	0,851	12,49	9,07	0,897
STAI-T	Vonásszorongás	34,00	7,83	0,882	35,01	8,45	0,872
HADS	HADS Szorongás	2,73	2,46	0,741	2,84	2,38	0,608
	HADS Depresszió	2,95	2,52	0,619	2,65	2,36	0,575
LWC	Problémaelemzés	5,56	1,58	0,626	5,35	1,78	0,516
	Céltudatos cselekvés	6,72	2,29	0,657	6,62	2,49	0,750
	Érzelmi indíttatású cselekvés	2,08	1,73	0,384	2,65	2,42	0,769
	Alkalmazkodás	4,78	1,91	0,430	5,28	1,97	0,434
	Segítségkérés	3,68	1,30	0,331	3,46	1,51	0,576
	Érzelmi egyensúly keresése	2,52	1,28	0,167	2,92	1,29	0,457
	Visszahúzóds	3,22	2,03	0,515	2,89	2,13	0,703
FDS	Diszkomfort intolerancia	15,42	4,82	0,785	14,82	4,58	0,843
	Jogosultság	14,95	4,82	0,802	15,67	5,08	0,832
	Emocionális intolerancia	16,38	5,17	0,788	15,61	5,09	0,843
	Teljesítményfrusztráció	18,66	4,72	0,726	17,49	5,10	0,816
	Frusztráció-diszkomfort összpontszám	65,42	17,45	0,928	63,59	18,11	0,948

Forrás: a szerző saját szerkesztése

#### 10.2.1.5. Összegzés

Az *RMSK* értékei mindenképpen kiemelendők, különösen a 2019. júniusi, munkaterheléshez kapcsolódó értékek szempontjából, amelyek magasnak mondhatók. Emellett a *kiégés* tényezői közül a Deperszonalizáció mértéke, mind a személyes teljesítmény csökkenésének megélt szintje figyelemre méltó a tanulmányaik első évének végén járó állomány tekintetében.

Az *egészségmagatartási szokások* tekintetében jó jel lehet, hogy *testedzés* terén a magát rendszeresen nem edzőnek vallók aránya csak kis mértékben növekedett 10 hónap alatt. Ugyanakkor a heti alkalmak ritkulása mindenképpen kérdéseket vet fel abból a szempontból, hogy mi vezet az edzések gyakoriságának ritkulásához, s az alkalmak rövidüléséhez, ugyanis nem mindegy, hogy ezek oka életforma-változásokban vagy esetleges a kortársak hatásban keresendő-e – vagy mindkettőben. Különösen, mert a rendszeres edzés további csökkenése esetén már felmerül az elégséges mozgás kérdése is, miközben a vizsgált csoport esetében a rendszeresen teljesítendő fizikai alkalmasságvizsgálat intézménye továbbra is fennáll.

A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelők, továbbá táplálékkiegészítők fogyasztási aránya minimális mértékben változott mindössze a két adatfelvételi pont között, de az nem váratlan eredmény, hogy többen élnek ilyen szerekkel: a társas hatások szerepe ebben igen valószínű.

A *dohányzás* szempontjából egyrészt kiemelendő, hogy a mintában arányaiban a nemdohányzók aránya kicsit magasabb, mint az országos prevalenciaérték a 18-34 éves korosztályra nézve. Ugyanakkor, míg a magát rendszeresen dohányzónak vallók aránya némileg ezen érték alatt van, addig a magát alkalmi dohányosnak vallóké felette. A két csoport együttes értéke viszont csak néhány százalékkal alacsonyabb, mint korosztályos prevalenciaértékek szerinti (KSH, 2021).

A naponta elszívott cigaretta tekintetében egyrészt a dohányzás intenzívebbé válása figyelmeztető jelzés lehet, ugyanakkor a vizsgált csoportban a naponta elszívott cigaretta mennyisége jelentősen elmarad az országos adatoktól (KSH, 2021). A dohányzási motivációk változásai jellemzően csak minimális változásokat jeleznek a két mérési pont között.

Az *alkoholfogyasztással* kapcsolatos eredmények szempontjából mindenképpen érdekes, hogy az alkoholt nem fogyasztók aránya elmarad az országos prevalenciáértéktől, viszont a mértékletesen fogyasztók köre jelentősen magasabb annál (KSH, 2021d).

A vizsgált csoport kapcsán nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt a tényt, hogy döntő többségük frissen érettségizett fiatal, akik először kerülnek ki a szülői otthonból a kollégiumi közösségbe, ahol a korábbiakhoz képest sokszor jelentősen más mértékű önállósággal kell helyt állniuk az életükben, alkalmazkodniuk másokhoz, s felelősséget vállalni a döntéseikért, mint az addigiak során. Mindezek a tényezők, vagyis hogy a korábbiakhoz képest a kortárs közösségekben eltöltött idejük aránya jelentős mértékben megváltozik, kihatással lehet az egészségmagatartási szokásaikra is, hiszen óhatatlanul is ezeknek a szokásoknak szerepe lehet a közösség formálódásában, a baráti kapcsolatok alakulásában is.

## 10.2.2. Hipotézisvizsgálatok – 2018. szeptember és 2019. június

### 10.2.2.1. Egészségmagatartási szokások és kiégés

A kiégésre vonatkozóan használt Maslach Burnout Inventory az első mérési ponton nem került felvételre, csak 2019 júniusában, a hozzá kapcsolódó statisztikai elemzéseket részletesen ld. VIII. függelékben.

A **testedzéssel** kapcsolatos mutatók és a kiégés alszállái között egyetlen esetben sem mutatkozott szignifikáns kapcsolat.

A **dohányzás** kapcsán a naponta elszívott cigaretta mennyisége az Érzelmi kimerüléssel ( $H_{(4)}=9,208$ ,  $p=0,042$ ) és a Deperszonalizációval ( $H_{(4)}=9,754$ ,  $p=0,032$ ) mutatott kapcsolatot a vizsgálat során. A post-hoc elemzések ezeken túlmenően a naponta több mint egy dobozt és a napi 1-5, illetve 10-15 szálát szívók között mutatta a legmarkánsabb különbséget.

A *dohányzási motivációk* mindössze egyetlen ponton mutattak kapcsolatot az MBI skáláival: az Érzelmi kimerültség és az Érzelmi megerősítés között közepes erősségű kapcsolat látható ( $r=0,466$ ,  $p=0,004$ ).

Az **alkoholfogyasztás** és a kiégés kapcsolata kapcsán született statisztikai vizsgálat során nem mutatkozott szignifikáns eltérés a különböző csoportok képviselői között a második mérési ponton.

Az Érzelmi kimerültség 3 egészségorientációs skálával állt kapcsolatban: az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,209$ ,  $p=0,026$ ), az Egészséggel kapcsolatos önértékeléssel ( $r=-0,192$ ,  $p=0,039$ ) és Egészség a jövőben ( $r=-0,228$ ,  $p=0,015$ ). Az elsőt leszámítva fordított előjelű, elhanyagolható-gyenge erősségű korrelációk láthatók. A Deperszonalizáció szintén 3 skálával jelzett összefüggést: Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=0,224$ ,  $p=0,017$ ), Egészségtelenség elkerülésének motivációja ( $r=0,193$ ,  $p=0,040$ ) és Egészségmotiváció ( $r=0,193$ ,  $p=0,041$ ), ezek mindegyike elhanyagolható vagy gyenge erősségűek. A Személyes teljesítmény csökkenése 5 esetben biztos, de gyenge erősségű korrelációt mutatott az egészségorientációs skálákkal: Személyes egészségtudatosság ( $r=0,241$ ,  $p=0,010$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=0,243$ ,  $p=0,009$ ), Belső egészségesség kontroll ( $r=0,244$ ,  $p=0,009$ ), Egészség a jövőben ( $r=0,227$ ,  $p=0,016$ ) és Egészségi állapot ( $r=0,316$ ,  $p=0,001$ ).

#### 10.2.2.1.1. Összegzés

A kiégés 2019 júniusában minimális kapcsolódást jelzett az egészségmagatartási szokásokkal: a dohányosok körében a naponta elfogyasztott cigaretta mennyisége mentén szignifikáns eltérés volt a vizsgált csoportok között mind az Érzelmi kimerültség, mind a Deperszonalizáció



tekintetében, emellett a dohányzási motivációk mentén mindősze egyetlen szignifikáns együttjárás mutatkozott. Az viszont mindenképpen érdekes, hogy ez a kapcsolódás érzelmi vonalon mutatkozott, az érzelmi megerősítés és az érzelmi kimerültség között. Az egészségorientáció mért tényezői és a kiégés összetevői között több ponton jelentkezett szignifikáns együttjárás, s az mindenképpen kiemelendő, hogy a legtöbb esetben a teljesítménycsökkenés élményével függött össze a kiégés oldaláról.

Ez a tényező a vizsgált csoportot a korábbiakban látottak fényében inkább a 2018-ban végzettekkel teszi hasonlatossá, ugyanakkor felveti annak kérdését is, hogy mennyiben egy folyamat eredménye mindez, amelyben az egészségmagatartási szokások sajátos (maladaptív) megküzdési szokásokká alakulnak.

### **10.2.2.2. Egészségmagatartási szokások és munkahelyi stressz az első két mérési ponton**

A kutatás második hipotézisének vizsgálata során első lépésként az egyes egészségmagatartási mutatókat a különböző stresszmutatókkal kapcsolatos skálákkal vettem össze (az eredményeket részletesen ld. IX. függelék).

Azon kérdésre, miszerint a válaszadó végez-e rendszeres **testedzést**, két lehetséges válasz állt rendelkezésre (igen-nem). Az elvégzett próbák eredményeit tekintve elmondható, hogy az *első mérési ponton* az ott alkalmazott RMSK skálák közül egy volt olyan, amelyik esetében jelentősen különbözött volna a két csoport egymástól, ez pedig az Egészségi állapot ( $U=1269,00$ ,  $p=0,000$ ) volt. Emellett pedig az Észlelt stressz ( $U=1420,00$ ,  $p=0,004$ ) esetében is jelentkezett a két csoport közti szignifikáns különbség. A *második mérési ponton* két skála esetében mutatkozott szignifikáns különbség a két csoport között: a Munkahelyi események ( $U=590,00$ ,  $p=0,032$ ) és A szervezet elvárásainak megítélése ( $U=540,50$ ,  $p=0,032$ ), skálák estén – a rendszeresen edzők szignifikánsan megterhelőbbnek érzik ezeket a tényezőket.

A testedzés heti gyakorisága mentén végzett összehasonlítás 2018-ban, az első mérési ponton az RMSK egyik személyes tényezője mentén sem mutatott jelentős különbséget. A második mérési ponton szintén nem jelentkezett statisztikailag jelentős eltérés.

A testedzés alkalmankénti időtartama mentén végzett vizsgálatok kizárólag a 2018. szeptemberi időpontban, a Stresszoldás skála esetén mutatkozott szignifikáns eredmény ( $F_{(2)}=3,08$ ,  $p<0,05$ ). A post-hoc elemzés a kevesebb, mint 30 perc/alkalom és a 30-60 perc/alkalom között mutatott jelentős különbséget. A 2019. júniusi mérés esetében nem mutatkozott szignifikáns különbség az egyes csoportok között.

A **dohányzás** kapcsán a dohányzási státusz, a dohányosok körében pedig a mennyi ideje dohányzik kérdése, a naponta elszívott cigaretta mennyisége, illetve a dohányzási motivációk mentén készült elemzés.

A dohányzási státusz kapcsán 2018 szeptemberében kizárólag a Stresszoldás skála esetében mutatkozott szignifikáns különbség ( $F_{(3)}=3,18$ ,  $p<0,05$ ) az egyes csoportok között, és a post-hoc elemzések azt is megmutatták, hogy az egyáltalán nem dohányzók és a rendszeres dohányosok között volt a legjelentősebb az eltérés. 2019 júniusában szintén egy skála esetében volt szignifikáns az eltérés a különböző csoportok között, a Motiváció ( $F_{(3)}=3,31$ ,  $p<0,05$ ) esetében. A post-hoc elemzés tanúsága szerint a legerősebb különbség az egyáltalán nem dohányzók és az alkalmi dohányosok között volt a mintában: az egyáltalán nem dohányzók szignifikánsan motiváltabbak az alkalmi dohányosokhoz képest.

A dohányosok körében az, hogy hány éve dohányzik, csak a második mérési ponton mutatott kapcsolatot a stresszel kapcsolatos skálákkal – ezen kapcsolatok mindegyike a munkával kapcsolatos tényezőkkel állt fenn, összesen 12 esetben a 17 vonatkozó mutatóból. Mindegyik korrelációs mutató negatív előjelű, vagyis minél régebb óta dohányzott a válaszadó, annál kevésbé érzi ezen tényezők megterhelő hatását. A szignifikáns korrelációs értékek mindegyike közepes erősségű, jelentős kapcsolatot mutat (r-értékek -0,605 és -0,404, illetve  $p=0,033$  és  $p=0,001$  között): Munkaterhelés szubjektív megítélése, A szervezet jellegéből adódó terhelés, Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok, Munkahelyi légkör szubjektív megítélése, Munkaterhelés komplex megítélése, Munkaidő megítélése, Munkahely külső megítélése, Munkavégzés etikai aspektusai, Munkafeladathoz való hozzáállás, Effektív munkaterhelés, A szervezet elvárásainak megítélése és A szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése.

A naponta elszívott cigaretta mennyisége kapcsán végzett elemzés az első mérési ponton a Külső-belső kontroll skála ( $F_{(3)}=3,77$ ,  $p<0,05$ ) esetében jelzett szignifikáns különbségeket az egyes csoportok között, ugyanakkor a post-hoc elemzések kiemelkedő erősségű különbséget nem mutattak.

A második mérési ponton három esetben található szignifikáns eltérés a csoportok között: A szervezet jellegéből adódó terhelés ( $F_{(4)}=3,28$ ,  $p<0,05$ ), Munkavégzés etikai aspektusai ( $H_{(4)}=10,173$ ,  $p=0,026$ ) és Támogatottság ( $F_{(4)}=6,02$ ,  $p=0,001$ ). A post-hoc elemzések azt mutatják, hogy az esetek többségében 5-10 és a 15-19 szál közötti különbség a leginkább számottevő: a 15-19 szálát elszívók körében volt mindegyik esetben a legalacsonyabb az átlagérték, vagyis ők élték meg legkevésbé megterhelőnek ezeket a tényezőket, de az ő támogatottságuk volt a legalacsonyabb is.

A *dohányzási motivációk* és a stressz kapcsolata a tanulmányok megkezdésekor felvett RMSK és WISDM-37 skálákkal végzett összehasonlítások esetében három RMSK skála mentén mutatkozott együttjárás a dohányzási motivációkkal: a Külső-belső kontroll esetében egy, az Aktivitás esetében kettő, a Stresszoldás esetén nyolc. A Külső-belső kontroll a kognitív működés javulásával ( $r=-0,294$ ,  $p=0,050$ ) fordított kapcsolatban áll, az Aktivitás esetében az Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=0,347$ ,  $p=0,019$ ) és a Testsúlykontroll ( $r=0,424$ ,  $p=0,004$ ) esetén egyenes kapcsolat, amely jelentését tekintve fordított (az Aktivitás skála magasabb értékei a csökkenő aktivitásszintet jeleznek). A Stresszoldás esetében csupán a Kognitív működés javulása, a Dohányzásra felszólító kulcsingerek és a Társas és helyzeti ösztönzők esetében *nem* mutatkozott semmilyen kapcsolat. A többi dohányzási motivációval biztos, de gyenge ( $r$ -értékek  $-0,297$  és  $-0,365$  között, míg a  $p=0,015-0,050$  között), az Íz ( $-0,489$ ,  $p=0,001$ ) esetében pedig már éppen közepes erősségű fordított kapcsolat látható, vagyis általában véve a rosszabb stresszoldási stratégiák erősebb dohányzási motivációkkal jártak együtt ezen a mérési ponton.

Az első tanév végén már teljesen másként fest a dohányzás motivációs hátterének kapcsolata az RMSK és a PSS mutatóival. Nyolc RMSK skála esetében egy-egy kapcsolat látható, a Támogatottsággal 11 motivációs tényező közül 7, a Stresszoldással 3 tényező esetén jelentkezett szignifikáns kapcsolat. A Munkahelyi események a Kontrollvesztéssel ( $r=0,341$ ,  $p=0,042$ ) a Szervezet jellegéből adódó terhelés a Társas és helyzeti ösztönzőkkel ( $r=-0,429$ ,  $p=0,010$ ), a Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok szintén ( $r=-0,390$ ,  $p=0,021$ ), a Munkavégzés etikai aspektusai a Sóvárgással ( $r=-0,336$ ,  $p=0,049$ ), A szervezet elvárásainak megítélése a Társas és helyzeti ösztönzőkkel ( $r=-0,426$ ,  $p=0,011$ ), mint ahogyan A szervezeten belül elfoglalt pozíció ( $r=-0,418$ ,  $p=0,012$ ) is, az Aktivitás ( $r=-0,379$ ,  $p=0,023$ ) és a Motiváció ( $r=-0,474$ ,  $p=0,004$ ) pedig a Toleranciával mutatott együttjárást. Ezek mindegyike fordított kapcsolat, döntően biztos, de gyenge, illetve közepes erősségű, jelentősebb kapcsolatot jelölő együttjárásokat láthatunk. A Támogatottság esetében jellemzően inkább közepes erősségű kapcsolatok mutatkoztak, az erősebb szociális támogatottság erősebb dohányzási motivációkkal járt együtt a következő esetekben: Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=0,409$ ,  $p=0,013$ ), Automatizmus ( $r=0,404$ ,  $p=0,015$ ), Kontrollvesztés ( $r=0,416$ ,  $p=0,012$ ), Kognitív működés javulása ( $r=0,333$ ,  $p=0,047$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=0,399$ ,  $p=0,016$ ), Testsúlykontroll ( $r=0,546$ ,  $p=0,001$ ), Érzelmi megerősítés ( $r=0,455$ ,  $p=0,005$ ).

A Stresszoldás kapcsán 10 hónap elteltével sokkal kevesebb ponton jelentkezett fordított irányú együttjárás: Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=-0,556$ ,  $p=0,000$ ), Kontrollvesztés ( $r=-$

0,372,  $p=0,025$ ) és Testsúlykontroll ( $r=-0,355$ ,  $p=0,034$ ). Ezek erőssége az első esetében a közepes, a másik két esetben gyenge, de stabil.

Az Észlelt Stressz és a dohányzási motivációk között csak a második adatfelvétel esetén mutatkozott kapcsolat, négy esetben: Kontrollvesztés ( $r=0,363$ ,  $p=0,029$ ), Sóvárgás ( $r=0,449$ ,  $p=0,006$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=0,413$ ,  $p=0,012$ ) és Érzelmi megerősítés ( $r=0,425$ ,  $p=0,010$ ). Ezek jellemzően közepes erősségű korrelációk.

Az **alkoholfogyasztás** gyakorisága kapcsán a kezdő időpontban alkalmazott skálák esetében nem mutatkozott semmilyen kapcsolat, ezzel szemben a második mérési ponton több skála esetében is szignifikánsnak bizonyult az eltérés a csoportok között: a Munkaidő megítélése ( $H_{(5)}=15,005$ ,  $p=0,005$ ), A szervezett elvárásainak ( $H_{(5)}=10,782$ ,  $p=0,041$ ) A szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése ( $H_{(5)}=11,300$ ,  $p=0,034$ ) és a Motiváció ( $H_{(5)}=14,236$ ,  $p=0,008$ ) esetében. A post-hoc elemzések arra is rávilágítottak, hogy Munkaidő megítélése esetében az egyáltalán nem fogyasztók, a havonta többször és a hetente fogyasztók közt a legjelentősebbek a különbségek, de a többi skála esetében is jellemzően ezen hármas szolgáltatta a legmarkánsabb eltéréseket.

A nagyívás esetében az első időpontban az Észlelt Stressz ( $F_{(5)}=2,71$ ,  $p<0,05$ ), míg a második időpontban szintén egy skála mentén – Motiváció ( $H_{(5)}=11,685$ ,  $p=0,028$ ) – mutatkozott szignifikáns eltérés az egyes csoportok között. Ezen esetben a post-hoc elemzések a 'hetente többször vagy naponta' fogyasztók a többi kategóriához képest jelentős mértékben magasabb értékét jelezték, vagyis a ők kevésbé voltak motiváltak, mint a többi csoport képviselői.

A 2018. szeptemberi, az RMSK egyéni tényezőket vizsgáló skálái és az **Egészségorientációs Kérdőív** kapcsán az Egészségi állapot három Egészségorientációs skálával mutatott kapcsolatot: Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,382$ ,  $p=0,000$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,265$ ,  $p=0,002$ ), Egészségi állapot ( $r=-0,396$ ,  $p=0,000$ ). Mindegyik esetben fordított kapcsolatról beszélhetünk, ami annyit jelent, hogy a jobb egészségi állapottal bírók magasabb értékeket tudtak maguknak ezen a skálán. Az értékek nagysága biztos, de gyenge kapcsolatot jelöl. Az A-B személyiség skála esetében szintén három szignifikáns kapcsolatot láthatunk: Egészségtelenség elkerülésének motivációja ( $r=-0,189$ ,  $p=,031$ ), Egészségmotiváció ( $r=-0,280$ ,  $p=0,001$ ), Belső egészségesség kontroll ( $r=-0,180$ ,  $p=0,041$ ). Ezek mindegyike fordított, vagyis minél inkább 'A' típusú személyiség valaki, annál magasabb értékeket ér el ezeken a skálákon. Ugyanakkor a korrelációs értékeket figyelembe véve kicsi erősségűek ezek a kapcsolatok.

Az Aktivitás skála négy esetben mutatott szignifikáns korrelációt az egészségorientációs skálákkal: Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=0,283$ ,  $p=0,001$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,311$ ,  $p=0,000$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,241$ ,  $p=0,006$ ), Egészségi állapot ( $r=-0,262$ ,  $p=0,002$ ). Ezek az Egészséggel kapcsolatos szorongás kivételével negatív előjelűek, minél alacsonyabb szintű aktivitás (magasabb pontszámok), annál alacsonyabb értékekkel bírnak ezen skálák is. Az Egészséggel kapcsolatos szorongás esetében az egyenes kapcsolat arra utal, hogy az alacsonyabb szintű aktivitás magasabb Egészségszorongással jár együtt. A korrelációs értékek mindegyike gyenge erősségű, de stabilan fennálló kapcsolatot jelez.

A Motiváció skála esetében három szignifikáns kapcsolatot jelzett a vizsgálat: Személyes egészségtudatosság ( $r=-0,207$ ,  $p=0,017$ ), Egészségmotiváció ( $r=-0,182$ ,  $p=0,038$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,175$ ,  $p=0,046$ ), melyek erőssége elhanyagolható. Ugyanakkor a korrelációs értékek negatívak, vagyis minél alacsonyabb szintű a motiváció (magasabb pontértékek), annál magasabb értékkel bírnak ezen skálák.

A Támogatottság mindössze két esetben mutatott kapcsolatos az egészségorientációs skálákkal: az Egészséges kinézettel való törődés ( $r=0,180$ ,  $p=0,039$ ) és Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=0,211$ ,  $p=0,015$ ) esetén. Ezek erőssége elhanyagolható.

A Stresszoldás skála mindössze három esetben *nem* mutatott kapcsolatot az egészségorientáció vizsgált tényezőivel, ezek az Egészséges kinézettel való törődés, Egészséggel kapcsolatos szorongás és Egészségi állapot. A fennálló szignifikáns korrelációk döntő többsége a biztos, de gyenge erősségű sávba esik (abszolút  $r$ -értékek  $0,217-0,380$ ,  $p=0,013-0,000$  között), míg egy skála – Belső egészségesség kontroll ( $r=0,459$ ,  $p=0,000$ ) – esetében már jelentős erősségű. Az értékek közül egyedül a Külső egészségesség kontroll ( $r=-0,230$ ,  $p=0,009$ ) esetén látható fordított kapcsolat.

Az Észlelt Stressz az első mérési ponton kizárólag az Egészséges kinézettel való törődéssel nem jelzett kapcsolatot. Ezek értékei abszolútértékben  $0,181$  és  $0,539$  közé esnek ( $p=0,038$  és  $p=0,000$  között), döntő többségük gyenge, míg két esetben már közepes erősségű.

A második mérési ponton ezekhez képest meglehetősen másként alakult az RMSK skálák és az Egészségorientációs Kérdőív skáláinak kapcsolata. A Munkaterhelés szubjektív megítélése esetén négy ponton mutatott kapcsolatot – Személyes egészségtudatosság ( $r=-0,187$ ,  $p=0,049$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,243$ ,  $p=0,010$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,199$ ,  $p=0,036$ ), Egészségi állapot ( $r=-0,193$ ,  $p=0,042$ ), ezek közül mindössze egy esett a biztos, de gyenge erősségű sávba, míg a többi gyenge, elhanyagolható erősségű. Mindegyik korreláció negatív előjelű.

A Szervezet jellegéből adódó terhelés ( $r=0,208$ ,  $p=0,029$ ), Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $r=0,228$ ,  $p=0,016$ ), Munkaterhelés komplex megítélése ( $r=0,189$ ,  $p=0,047$ ) és Munkahely komfortjának megítélése ( $r=0,253$ ,  $p=0,007$ ) skálák mindegyike kizárólag az Egészségtelenség elkerülésének motivációjával mutatott szignifikáns együttjárást. Ezek egy kivételével biztos, de gyenge, a kivétel esetében elhanyagolható erősségűek.

A Munkavégzés etikai aspektusai három egészségorientációs skála esetében jelzett statisztikailag jelentős kapcsolatot: Egészségtelenség elkerülésének motivációja ( $r=0,286$ ,  $p=0,002$ ), Egészségmotiváció ( $r=0,266$ ,  $p=0,005$ ) és Belső egészségesség kontroll ( $r=0,194$ ,  $p=0,041$ ). Az első két esetben gyenge, míg a harmadiban elhanyagolható erősségű volt a korreláció.

A Munkafeladathoz való hozzáállás az Egészségtelenség elkerülésének motivációja ( $r=0,206$ ,  $p=0,030$ ) és Egészségmotiváció ( $r=0,203$ ,  $p=0,033$ ) esetében gyenge erősségű szignifikáns kapcsolatot mutat. Az Anyagi elismertség ( $r=0,279$ ,  $p=0,003$  és  $r=0,274$ ,  $p=0,004$ ) és a Szervezetben belül elfoglalt pozíció ( $r=0,197$ ,  $p=0,038$  és  $r=0,193$ ,  $p=0,042$ ) skálák esetében ugyanezen egészségorientációsskálákkal való együttjárás áll fenn, habár az utóbbi esetben az erősség elhanyagolható.

Az Effektív munkaterhelés gyenge, de biztos erősségű, fordított kapcsolatot mutatott az Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,212$ ,  $p=0,025$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,209$ ,  $p=0,028$ ) és Egészségi állapot skálákkal ( $r=-0,200$ ,  $p=0,035$ ). A Szervezet elvárásainak megítélése esetén egyetlen szignifikáns kapcsolat mutatkozott, a Személyes egészségtudatosság skálával ( $r=-0,219$ ,  $p=0,021$ ): fordított előjellel, gyenge erősséggel.

A Külső-belső kontroll skála kizárólag az Egészség a jövőben ( $r=0,221$ ,  $p=0,019$ ) skálával jelzett együttjárást, amely gyenge erősségű. Mindez annyit jelent, hogy minél inkább belső kontrollos a válaszadó, annál inkább bízik a jövőbeni egészségében is.

Az A-B személyiség 6 ponton kapcsolódott szignifikánsan az egészségorientációs skálákkal: Személyes egészségtudatosság ( $r=-0,236$ ,  $p=0,012$ ), Egészséges kinézettel való törődés ( $r=-0,189$ ,  $p=0,046$ ), Egészségtelenség elkerülésének motivációja ( $r=-0,300$ ,  $p=0,001$ ), Egészségmotiváció ( $r=-0,267$ ,  $p=0,004$ ), Belső egészségesség kontroll ( $r=-0,235$ ,  $p=0,013$ ) és Egészségi állapot ( $r=-0,318$ ,  $p=0,001$ ). A második esetében elhanyagolható, a többi esetében gyenge erősségű, fordított előjelű kapcsolatot láthatunk. Vagyis mindegyik esetben minél inkább B típusú személyiség, annál inkább jellemző rájuk az egészséges életmódra törekvés ezen aspektusai.

Az Aktivitás négy, fordított előjelű, gyenge erősségű szignifikáns együttjárást jelzett: Személyes egészségtudatosság ( $r=-0,306$ ,  $p=0,001$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-$

0,288,  $p=0,002$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,267$ ,  $p=0,004$ ) és Egészségi állapot ( $r=-0,368$ ,  $p=0,000$ ) esetében, vagyis minél kevésbé aktív a válaszadó, annál alacsonyabbak ezek az egészségorientációs mutatók. A Motiváció esetében a Személyes egészség tudatosság ( $r=-0,251$ ,  $p=0,007$ ) és az Egészséges kinézettel való törődés ( $r=-0,245$ ,  $p=0,009$ ) skálák irányába fordított irányú, gyenge erejű szignifikáns kapcsolat látható. Vagyis minél kevésbé motivált a válaszadó, annál alacsonyabbak ezen egészségorientációs mutatók is.

A Támogatottság, vagyis a szociális háló erőssége gyenge, de biztos kapcsolatot jelzett az Egészséges kinézettel való törődéssel ( $r=0,367$ ,  $p=0,000$ ) és az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,205$ ,  $p=0,030$ ), míg a támogató személyek száma az Egészséges kinézettel való törődéssel ( $r=0,260$ ,  $p=0,005$ ) mutatott ugyanilyen kapcsolatot.

A Stresszoldás két esetben *nem* jelzett együttjárást: az Egészséges kinézettel való törődéssel és a Külső egészségesség kontrollal. Az Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=-0,370$ ,  $p=0,000$ ) esetében negatív előjelű, míg a többinél egyenes; jellemzően gyenge vagy közepes erősségű korrelációk ( $r$  értékei  $0,216-0,447$ , míg  $p=0,022-0,000$  között). A Munkahelyi stressz-index kizárólag az Egészséges kinézettel való törődéssel ( $r=0,196$ ,  $p=0,038$ ) jelzett szignifikáns összefüggést, de ez elhanyagolható erősségű.

Az Észlelt Stressz és Egészségorientáció kapcsolatát illetően 5 ponton jelentkezett statisztikailag jelentős eredmény: Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=0,324$ ,  $p=0,000$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,310$ ,  $p=0,001$ ), Belső egészségesség kontroll ( $r=-0,212$ ,  $p=0,025$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,436$ ,  $p=0,000$ ), Egészségi állapot ( $r=-0,330$ ,  $p=0,000$ ). A jövőre vonatkozó skála esetében közepes, míg a többi esetben gyenge erősségű korrelációt láthatunk, mindegyik fordított irányú.

#### **10.2.2.2.1. Összegzés**

A stresszhez kapcsolódóan mért tényezők és az egészségmagatartás közti kapcsolat a második mérési ponton jellemzően a munkaterheléshez kapcsolódó mutatók mentén jelentkezett, ugyanakkor egyik mért egészségmagatartási tényező esetében sem beszélhetünk gyakori vagy nagyon intenzív szignifikáns eltérésekről az egyes csoportok képviselői között.

A dohányzási motivációk esetében az első mérési ponton a legtöbb esetben a Stresszoldás jelzett együttjárást, még hozzá fordított irányút, vagyis minél jobbak voltak a dohányzó válaszadó stresszoldó stratégiái, annál alacsonyabbak voltak a motivációs mutatói. A második mérési ponton ugyanakkor már a Támogatottság esetén merült fel a legtöbb együttjárás, melyek pozitív előjelűek, azaz minél inkább érezte a személy a társas támogatottságot, annál erősebbek

voltak a dohányzási motivációi is. Nem meglepő, hogy a munkaterhelési skálák vizsgálatba lépésével 2019 júniusában már több ponton jelentkezett kapcsolat a dohányzási motivációk és az RMSK mutatói között.

Az egészségorientáció esetében szintén megjelent a munkaterhelési tényezők vizsgálatba történő bevonásának hatása, mert a második mérési ponton jelentősen nagyobb arányban jelentkezett az egészségorientációs tényezők és az RMSK mutatói között szignifikáns együttjárás. Ugyanakkor kiemelendő, hogy mindkét mérési ponton arányait tekintve a legtöbb együttjárás az egészségorientáció tényezőivel a Stresszoldás esetében történt, egy kivétellel pozitív előjellel. Mindez utalhat arra a korábbiak során többször említett lehetőségre, hogy az egészségmagartási szokások a stresszoldás, stresszel való megküzdés eszközeiként jelennek meg a vizsgálatok során.

Nem elhanyagolható továbbá az sem, hogy az Észlelt Stressz mindkét mérési ponton arányaiban több egészségorientációs tényező esetében mutatott szignifikáns kapcsolatot, ugyanakkor az egészségmagartás többi mutatója tekintetében nagyságrendileg hasonló mennyiségű kapcsolat jelentkezett, mint az RMSK esetében. Például a testedzés és alkoholfogyasztás mért változói esetében csak a 2018. szeptemberi mérés esetében volt szignifikáns eltérés a különböző csoportok között, míg a dohányzási motivációk tekintetében csak a 2019. júniusi adatfelvétel esetében jelentkezett statisztikailag jelentős együttjárás.

### **10.2.2.3. Egységmagartás és mentális egészség az első két mérési ponton**

Az egyes egészségmagartási mutatókat a különböző mentális egészséggel kapcsolatos skálákkal vettem össze, az eredményeket részletesen ld. a X. függelékben. A mentális egészséggel kapcsolatos skálák a rendszeres **testedzés** tényével az első mérési ponton a depresszió és a szorongás használt mérőszközeinek minden mutatója esetében – CES-D ( $U=1549,00$ ,  $p=0,024$ ), HADS Szorongás alszála ( $U=1337,00$ ,  $p=0,001$ ), HADS Depresszió alszála ( $U=1502,50$ ,  $p=0,012$ ), STAI-T ( $U=1422,00$ ,  $p=0,005$ ) – szignifikáns eltérést jelzett a rendszeresen mozgók és nem mozgók között. Emellett a Visszahúzóadás ( $U=1544,50$ ,  $p=0,027$ ) megküzdési mód, illetve az Emocionális intolerancia ( $t_{(128)}=-2,22$ ,  $p<0,05$ ) és Teljesítményfrusztráció ( $t_{(128)}=-2,37$ ,  $p<0,05$ ) skálák jeleztek statisztikailag jelentős eltérést. Ezek mindegyike esetében a nemedzők magasabb pontszámot értek el ezeken a skálákon, mint a rendszeresen edzők. A második mérési ponton az elemzések nem jeleztek szignifikáns összefüggést.



Az edzések gyakoriságát tekintve 2018. szeptemberben két megküzdési skála – Segítségkérés ( $H_{(2)}=11,492$ ,  $p=0,003$ ), Visszahúzóadás ( $H_{(2)}=6,387$ ,  $p=0,040$ ) – és két frusztrációs skála – Emocionális intolerancia ( $F_{(2)}=6,25$ ,  $p<0,01$ ), Frusztráció és diszkomfort összpontszám ( $F_{(2)}=4,14$ ,  $p<0,05$ ) – esetében mutatkozott szignifikáns mértékű eltérés az egyes csoportok között. A post-hoc elemzések szerint az egyáltalán nem edzők, a heti 1-2 alkalommal és 3-4 alkalommal edzők közt mutatkozott a legmarkánsabb eltérés, még hozzá jellemzően a nem edzők körében volt magasabb ezen skálák értéke. A második mérési ponton nem látható kapcsolat az edzések gyakorisága és a mentális egészségre vonatkozó skálák között.

Egy-egy edzés időtartama tekintetében 2018 szeptemberében három esetben jelentkezett szignifikáns érték az elemzések során: Segítségkérés ( $H_{(2)}=7,862$ ,  $p=0,019$ ), Diszkomfort intolerancia ( $H_{(2)}=8,163$ ,  $p=0,013$ ) valamint Frusztráció és diszkomfort összpontszám ( $F_{(2)}=3,28$ ,  $p<0,05$ ). A post-hoc elemzések eredményei rámutatnak, hogy a statisztikailag legjelentősebb eltérések a nem edzők és az alkalmanként 30-60 percet edzők között voltak: a nem edzők magasabb értéket mutattak ezeken a skálákon, mint a 30-60 percet edzők. 2019 júniusában három mutató tekintetében jelentkezett szignifikáns érték: a Problémaelemzés ( $H_{(2)}=8,919$ ,  $p=0,010$ ), a Céltudatos cselekvés ( $H_{(5)}=6,374$ ,  $p=0,039$ ) és a Segítségkérés ( $H_{(5)}=6,141$ ,  $p=0,44$ ) kapcsán. A post-hoc elemzések azt jelezték, hogy jellemzően a 30-60 percet és a 60 percnél többet edzők közt volt a statisztikai szempontból a legkifejezettebb a különbség.

A **dohányzási** státusz esetében 2018 szeptemberében a mért változók közül kizárólag az Érzelmi indíttatású cselekvés ( $H_{(3)}=9,313$ ,  $p=0,024$ ) kapcsán mutatkozott a szignifikáns különbség az egyes csoportok között. A post-hoc elemzések tanúsága szerint a legjelentősebb eltérés az egyáltalán nem dohányzók és a már leszokottak között volt látható. 2019 júniusában szintén ezen megküzdési skála esetében volt szignifikáns ( $H_{(5)}= 8,649$ ,  $p=0,032$ ) az egyes csoportok közötti különbség, ugyanakkor a post-hoc elemzések szerint ekkor az egyáltalán nem dohányzók és a rendszeres dohányosok között jelentkezett a legmarkánsabb eltérés.

Az, hogy mennyi ideje dohányzik a válaszadó, az első mérési pont esetében a HADS Depresszió skálájával mutatott negatív előjelű, szignifikáns kapcsolatot ( $r=-0,402$ ,  $p=0,011$ ). Ennek értelmében a vizsgálati mintában minél régebb óta dohányzik valaki, annál alacsonyabb lesz a depresszió szintje ezen skálával mérve. Erősségét tekintve már éppen a közepes erősségű, jelentősnek mondható sávba esik. A második mérési ponton két megküzdési skálával jelentkezett kapcsolat: a Problémaelemzés ( $r=0,481$ ,  $p=0,008$ ) esetében közepes, míg a Segítségkérés ( $r=0,369$ ,  $p=0,049$ ) esetében gyenge erősségű, egyenes kapcsolat (vagyis minél

régebb óta dohányzott a válaszadó, annál magasabb az adott megküzdési mechanizmus esetében az elért pontszáma is).

A naponta elszívott cigaretta mennyisége tekintetében csak a második adatfelvételi időpontban mutatkozott szignifikáns kapcsolat, az Alkalmazkodás ( $H_{(4)}=10,785$ ,  $p=0,019$ ) és a Visszahúzóds ( $H_{(4)}=12,414$ ,  $p=0,007$ ) megküzdési módok esetében. Első esetben a naponta 10-15 szálát és az 5-10 szálát, vagy az egy doboznál többet vagy fogyasztók között volt a legélesebb a kapcsolat, míg az utóbbinál a naponta 1-5 és 10-15 szálát fogyasztók között jelentkezett a legmarkánsabb különbség.

A *dohányzási motivációk* és a mentális egészséggel kapcsolatos skálák között végzett korrelációs elemzések eredményei tekintetében 2018. szeptemberében a depressziót és szorongást mérő skálák esetében egyáltalán nem mutatkozott kapcsolat, mint ahogyan a megküzdési módok közül a Problémaelemzés és a Visszahúzóds esetében sem. A Céltudatos cselekvés skála hat dohányzási motivációval jelzett összefüggést, melyek mindegyike negatív előjelű, vagyis fordított korreláció, melyek gyenge, de biztos kapcsolatot jelölnek: Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=-0,361$ ,  $p=0,015$ ), Automatizmus ( $r=-0,375$ ,  $p=0,011$ ), Sóvárgás ( $r=-0,379$ ,  $p=0,010$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=-0,299$ ,  $p=0,046$ ), Íz ( $r=-0,327$ ,  $p=0,028$ ) és Tolerancia ( $r=-0,310$ ,  $p=0,038$ ). Az Érzelmi indíttatású cselekvés mindössze két motivációs tényezővel mutatott összefüggést: Kontrollvesztés ( $r=0,366$ ,  $p=0,013$ ) és Érzelmi megerősítés ( $r=0,304$ ,  $p=0,042$ ). Ezek szintén gyenge erősségű, egyenes kapcsolatok. Az Alkalmazkodás mindössze három motivációs tényezővel *nem* mutatott kapcsolatot. A szignifikáns korrelációk mindegyike fordított kapcsolatot jelöl, közülük öt esetben gyenge – Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=-0,343$ ,  $p=0,021$ ), Automatizmus ( $r=-0,379$ ,  $p=0,010$ ), Sóvárgás ( $r=-0,335$ ,  $p=0,025$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=-0,344$ ,  $p=0,021$ ) és Tolerancia ( $r=-0,308$ ,  $p=0,039$ ) –, míg három esetben közepes erejű – Kognitív működés javulása ( $r=-0,462$ ,  $p=0,001$ ), Íz ( $r=-0,522$ ,  $p=0,000$ ), Érzelmi megerősítés ( $r=-0,462$ ,  $p=0,001$ ). A Segítségkérés és az Érzelmi egyensúly keresése esetében hét-hét motivációs tényező esetében mutatkozott statisztikailag jelentős kapcsolat, melyek mindegyike fordított: Automatizmus ( $r=-0,439$ ,  $p=0,003$  és  $r=-0,385$ ,  $p=0,009$ ), Kontrollvesztés ( $r=-0,314$ ,  $p=0,036$  és  $r=-0,411$ ,  $p=0,005$ ), Kognitív működés javulása ( $r=-0,387$ ,  $p=0,009$  és  $r=-0,360$ ,  $p=0,015$ ), Sóvárgás ( $r=-0,395$ ,  $p=0,007$  és  $r=-0,432$ ,  $p=0,003$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=-0,301$ ,  $p=0,045$  és  $r=-0,379$ ,  $p=0,010$ ), Íz ( $r=-0,309$ ,  $p=0,039$  és  $r=-0,440$ ,  $p=0,003$ ), Tolerancia ( $r=-0,354$ ,  $p=0,017$  és  $r=-0,378$ ,  $p=0,010$ ). A Segítségkérés esetében egyedül az Automatizmus esetében volt közepes erejű a korreláció, a többi gyenge, míg az Érzelmi egyensúly keresése,

Kontrollvesztés, Sóvárgás és Íz tekintetében volt közepes erősségű, a többi esetben gyenge a korreláció mértéke.

A Frusztráció és Diszkomfort Skála alszállait tekintve az Emocionális intolerancia esetében *nem* jelentkezett kapcsolat a dohányzási motivációkkal. A Diszkomfort intolerancia négy ponton kapcsolódott: Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=0,361$ ,  $p=0,015$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=0,319$ ,  $p=0,033$ ), Testsúlykontroll ( $r=0,360$ ,  $p=0,015$ ) és Érzelmi megerősítés ( $r=0,363$ ,  $p=0,014$ ) esetében. Ezek mindegyike biztos, de gyenge kapcsolat. A Jogosultság alszálla szintén négy ponton jelzett összefüggést a dohányzás motivációs bázisával: Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=0,356$ ,  $p=0,016$ ), Kontrollvesztés ( $r=0,294$ ,  $p=0,050$ ), Íz ( $r=0,357$ ,  $p=0,016$ ), Érzelmi megerősítés ( $r=0,404$ ,  $p=0,006$ ). Az első három esetében gyenge, míg az utolsó esetében közepes erősségű kapcsolatról beszélhetünk. A Teljesítményfrusztráció három tényezővel, gyenge erősséggel jelzett kapcsolatot: Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=0,315$ ,  $p=0,035$ ), Társas és helyzeti ösztönzők ( $r=0,339$ ,  $p=0,023$ ) és Érzelmi megerősítés ( $r=0,311$ ,  $p=0,038$ ). A Frusztráció és Diszkomfort összpontszám szintén három tényező mentén mutatott összefüggést a dohányzási motivációkkal: Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=0,344$ ,  $p=0,020$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=0,329$ ,  $p=0,028$ ) és Érzelmi megerősítés ( $r=0,407$ ,  $p=0,006$ ). Ez utóbbi esetében közepes erősségű, a többinél gyenge erejű a korreláció.

A második mérési ponton, 2019 júniusában teljesen másként festett a dohányzási motivációk és a mentális egészségre vonatkozó skálák kapcsolata.

A CES-D Depresszió skála egyedül az Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=0,487$ ,  $p=0,003$ ) esetében mutatott együttjárást, amely közepes erősségű. A vonásszorongás mérésére szolgáló STAI-T esetében hét ponton jelentkezett statisztikailag jelentős összefüggés a dohányzási motivációkkal: Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=0,419$ ,  $p=0,011$ ), Automatizmus ( $r=0,341$ ,  $p=0,042$ ), Kontrollvesztés ( $r=0,344$ ,  $p=0,040$ ), Sóvárgás ( $r=0,377$ ,  $p=0,023$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=0,382$ ,  $p=0,021$ ), Testsúlykontroll ( $r=0,358$ ,  $p=0,032$ ) és Érzelmi megerősítés ( $r=0,515$ ,  $p=0,001$ ). Az első és utolsó esetben közepes erősségű, már jelentősnek mondható a korreláció, míg a többi esetben a gyenge.

A Kórházi Depresszió és Szorongás Skála Depresszió alszállája nyolc dohányzási motivációval állt kapcsolatban ezen a mérési ponton: Érzelmi kötődés a cigarettához ( $r=0,675$ ,  $p=0,000$ ), Automatizmus ( $r=0,497$ ,  $p=0,002$ ), Kontrollvesztés ( $r=0,486$ ,  $p=0,003$ ), Kognitív működés javulása ( $r=0,400$ ,  $p=0,016$ ), Sóvárgás ( $r=0,407$ ,  $p=0,014$ ), Dohányzásra felszólító kulcsingerek ( $r=0,493$ ,  $p=0,002$ ), Testsúlykontroll ( $r=0,423$ ,  $p=0,010$ ) és Érzelmi megerősítés ( $r=0,385$ ,  $p=0,020$ ). Legutóbbi kivéve közepes erősségű, már jelentősnek mondható a korreláció mértéke, míg ez utóbbi gyenge, de stabil. A Szorongás alszálla hét dohányzási

motivációval jelzett összefüggést, ezek az Érzelmi megerősítést leszámítva megegyeznek a Depresszió alskála esetén látottakkal, erősségüket tekintve szintén mindegyike közepes ( $r$ -értékek 0,400-0,491 és  $p=0,016$ -0,002 között).

A Megküzdési MódoK Kérdőív jelentősen kevesebb ponton kapcsolódott össze a dohányzási motivációkkal, ezek a következők:

- Problémaelemzés és Sóvárgás ( $r=0,331$ ,  $p=0,049$ ), Társas és helyzeti ösztönzők ( $r=0,557$ ,  $p=0,000$ ), Tolerancia ( $r=0,333$ ,  $p=0,047$ ),
- Segítségkérés és Társas és helyzeti ösztönzők ( $r=0,474$ ,  $p=0,003$ ),
- Visszahúzóadás és Kontrollvesztés ( $r=0,539$ ,  $p=0,001$ ), Sóvárgás ( $r=0,380$ ,  $p=0,022$ ), Testsúlykontroll ( $r=0,577$ ,  $p=0,000$ ), Érzelmi megerősítés ( $r=0,361$ ,  $p=0,031$ ).

Ezek összeségében gyenge és közepes erejű korrelációk.

A Frusztráció és Diszkomfort skála esetében kizárólag az Emocionális intolerancia mutatott két ponton együttjárást a dohányzási motivációkkal: Sóvárgás ( $r=0,350$ ,  $p=0,040$ ) és Érzelmi megerősítés ( $r=0,363$ ,  $p=0,032$ ), a korrelációk mindegyike gyenge erősségű.

Az **alkoholfogyasztás** esetében az eredményeket tekintve 2018-ban az Érzelmi indíttatású cselekvés ( $H_{(5)}=15,172$ ,  $p=0,006$ ) és a Jogosultság ( $F_{(5)}=2,79$ ,  $p<0,05$ ) esetében látható szignifikáns kapcsolat a különböző gyakorisággal alkoholt fogyasztók között. A post-hoc elemzések tanúsága szerint a havonta többször vagy havi rendszerességnél ritkábban és a hetente többször vagy naponta fogyasztók között mutatkozott a legmarkánsabb különbség.

2019-ben csak a HADS Depresszió alskálája ( $H_{(5)}=12,572$ ,  $p=0,019$ ) esetében jelentkezett szignifikáns eltérés a csoportok között.

A nagyívás gyakorisága kapcsán az első mérési ponton két esetben jelentkezett kapcsolat: Érzelmi indíttatású cselekvés ( $H_{(4)}=20,736$ ,  $p=0,000$ ) és Jogosultság ( $F_{(4)}=2,80$ ,  $p<0,05$ ). A post-hoc elemzések tanúsága szerint jellemzően a heti rendszerességgel nagyivók és az egyáltalán nem ivók, illetve havonta vagy ritkábban nagyivók között mutatkozott a statisztikailag legjelentősebb különbség. A második mérési ponton egyedül a Problémaelemzés ( $H_{(5)}=14,499$ ,  $p=0,007$ ) kapcsán jelentkezett szignifikáns eltérés a csoportok között.

A CES-D skálával mért depressziószint 2018 szeptemberében hét ponton mutatott kapcsolatot a HOS skálaival: Személyes egészségtudatosság, Egészséggel kapcsolatos szorongás, Egészséggel kapcsolatos önértékelés, Egészségmotiváció, Belső egészségesség kontroll, Egészség a jövőben és az Egészségi állapot. A második skálát leszámítva fordított irányú kapcsolatokról beszélhetünk, melyek abszolútértékeiket tekintve 0,181-0,440 között található – vagyis döntően gyenge erősségűek, de a legalacsonyabb már elenyésző, míg a két legmagasabb érték már közepes erősségű.

A STAI vonásszorongás skálája kizárólag az Egészséges kinézettel való törődéssel nem mutat kapcsolatot. Az Egészséggel kapcsolatos szorongás és a Külső egészségesség kontroll esetében egyenes, míg a többi hét esetben fordított irányú korreláció látható, melyek értéke abszolútértékben 0,186-0,522 közötti, vagyis elhanyagolhatótól a közepesig több erősségi szintet is lefed.

A HADS Depresszió mutatója öt ponton jelzett összefüggést a HOS skáláival: Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=-0,241$ ,  $p=0,005$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=0,360$ ,  $p=0,000$ ), Egészségmotiváció ( $r=-0,181$ ,  $p=0,039$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,232$ ,  $p=0,008$ ), Egészségi állapot ( $r=-0,383$ ,  $p=0,000$ ). Az első kivételével mindegyik esetben fordított irányú korrelációk, egy kivétellel gyenge, de stabil kapcsolatokat jeleznek. A Szorongás esetében a Személyes egészségtudatosság ( $r=-0,186$ ,  $p=0,033$ ) mellett az Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=0,195$ ,  $p=0,026$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,361$ ,  $p=0,000$ ), Egészség a jövőben ( $r=-0,275$ ,  $p=0,001$ ) és az Egészségi állapot ( $r=-0,372$ ,  $p=0,000$ ) mutattak együttjárást. Az eddigiekhez hasonlóan itt is az Egészséggel kapcsolatos szorongás kivételével negatív előjelű, erősségüket tekintve elhanyagolható-gyenge korrelációk láthatók.

A 2019 júniusában kapott eredmények abból a szempontból kifejezetten érdekesek, hogy a STAI-T, HADS Depresszió és Szorongás skálák mindegyike ugyanazon HOS skálákkal állt kapcsolatban. A CES-D hozzájuk képest eggyel több szignifikáns eltérést mutat. Azon HOS skálák, amelyek mindegyik mutatóval összefüggést jeleztek: Személyes egészségtudatosság, Egészséggel kapcsolatos szorongás, Egészséggel kapcsolatos önértékelés, Belső egészségesség kontroll, Egészség a jövőben, Egészségi állapot. A korrelációk abszolútértéke 0,212-0,551 tartományban mozgott, a p-érték jellemzően 0,01 alatti volt. A CES-D emellett az Egészséges kinézettel való törődéssel ( $r=0,201$ ,  $p=0,033$ ) jelzett együttjárást. A 2018-as eredményekhez hasonló módon az Egészséggel kapcsolatos szorongás egyenes, míg a többi negatív előjelű, vagyis fordított korreláció. Emellett a CES-D plusz egy összefüggése szintén egyenes irányú. A korrelációs értékek alapján döntően gyenge, de biztos, míg néhány esetben közepes erősségű kapcsolatról beszélünk.

A Megküzdési MódoK és az egészségorientáció tekintetében 2018 szeptemberében a következőképpen alakult a helyzet:

- a Problémaelemzés három skálával *nem* állt kapcsolatban (Egészséges kinézettel való törődés, Külső egészségesség kontroll, Egészségi állapot); a kapcsolatok az Egészséggel kapcsolatos szorongást leszámítva egyenesek, döntően gyenge erősségűek ( $r$  abszolútértékek :0,181-0,291 között,  $p=0,040-0,001$  közt).

- a Céltudatos cselekvés négy ponton jelzett szignifikáns korrelációt, ezek: Személyes egészségtudatosság ( $r=0,177$ ,  $p=0,044$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=0,266$ ,  $p=0,002$ ), Egészségmotiváció ( $r=0,176$ ,  $p=0,045$ ), Belső egészségesség kontroll ( $r=0,232$ ,  $p=0,008$ ). Az első és harmadik esetben elhanyagolható, míg a második és negyedik esetben gyenge erősségű korrelációk láthatók.
- az Érzelmi indíttatású cselekvés a HOS első két skálája (Személyes egészségtudatosság, Egészséges kinézettel való törődés) kivételével nyolc ponton kapcsolódott az egészségorientációval. Ezek közül két kivétellel – Egészséggel kapcsolatos szorongás és Külső egészségesség kontroll – fordított irányú, döntően gyenge erősségű kapcsolatokról beszélhetünk (Abszolút r-értékek:  $0,177-0,384$   $p=0,044$  és  $p=0,000$  között.)
- az Alkalmazkodás kizárólag az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,186$ ,  $p=0,034$ ) mutatott szignifikáns összefüggést, amely elhanyagolható erősségű.
- a Segítségkérés az Egészségtelenség elkerülésének motivációjával ( $r=0,221$ ,  $p=0,012$ ), az Egészségmotivációval ( $r=0,233$ ,  $p=0,008$ ) és a Belső egészségesség kontrollal ( $r=0,247$ ,  $p=0,005$ ) mutatott statisztikailag jelentős kapcsolatot, ezek gyenge erősségűek.
- A Visszahúzóadás kizárólag az Egészségi állapottal ( $r=-0,175$ ,  $p=0,047$ ) állt fordított, elhanyagolható erejű kapcsolatban.

Ehhez képest a HOS 2019 júniusában mindössze 4 megküzdési móddal mutatott szignifikáns korrelációkat:

- a Problémaelemzés hat ponton jelzett statisztikailag jelentős összefüggést, ezek a következők: gyenge erejű, egyenes kapcsolat a Személyes egészségtudatossággal ( $r=0,311$ ,  $p=0,001$ ); elhanyagolható erősségű, fordított kapcsolat az Egészséges kinézettel való törődéssel ( $r=-0,194$ ,  $p=0,040$ ); fordított, gyenge kapcsolat az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=-0,332$ ,  $p=0,000$ ); gyenge erejű, egyenes kapcsolat az Egészséggel kapcsolatos önértékeléssel ( $r=0,283$ ,  $p=0,002$ ); stabil, de gyenge kapcsolat a Belső egészségesség kontrollal ( $r=0,293$ ,  $p=0,002$ ); gyenge erejű, fordított kapcsolat a Külső egészségesség kontrollal ( $r=-0,223$ ,  $p=0,017$ ); illetve gyenge erejű korreláció az Egészség a jövőben ( $r=0,237$ ,  $p=0,012$ ) skálával.
- az Érzelmi indíttatású cselekvés szintén hat ponton kapcsolódott a HOS skáláihoz. Ezek közül két egyenes kapcsolat – elhanyagolható erősségű korreláció az Egészséges kinézettel való törődéssel ( $r=0,191$ ,  $p=0,043$ ) és gyenge az Egészséggel kapcsolatos

szorongással ( $r=0,320$ ,  $p=0,001$ ). A többi négy esetben fordított kapcsolatról beszélhetünk: elhanyagolható erősségű a Belső egészségesség kontrollal ( $r=-0,185$ ,  $p=0,049$ ) és Egészségi állapottal ( $r=-0,197$ ,  $p=0,036$ ), míg gyenge erősségű az Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,294$ ,  $p=0,002$ ) és az Egészség a jövőben ( $r=-0,305$ ,  $p=0,001$ ) skálákkal.

- a Segítségkérés három esetben jelzett összefüggést, melyek mindegyike gyenge erősségű, egyenes kapcsolat a Személyes egészségtudatossággal ( $r=0,215$ ,  $p=0,022$ ) és a Belső egészségesség kontrollal ( $r=0,226$ ,  $p=0,016$ ), míg fordított kapcsolat az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=-0,322$ ,  $p=0,000$ ).
- a Visszahúzódás csak az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,197$ ,  $p=0,036$ ) mutatott még éppen elhanyagolható erejű, szignifikáns korrelációt.

Az FDS az első mérési ponton minden skálája esetében három-három szignifikáns összefüggést jelzett a HOS összetevőivel. A Diszkomfort intolerancia egyenes, gyenge erősségű korrelációt mutatott az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,326$ ,  $p=0,000$ ) és a Külső egészségesség kontrollal ( $r=0,261$ ,  $p=0,003$ ), míg elhanyagolható erejű, fordított irányút az Egészséggel kapcsolatos önértékeléssel ( $r=-0,199$ ,  $p=0,023$ ). A Jogosultság elhanyagolható erejű kapcsolatot mutatott az Egészséges kinézettel való törődéssel ( $r=0,190$ ,  $p=0,031$ ), illetve gyenge erejűt az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,296$ ,  $p=0,001$ ) és a Külső egészségesség kontrollal ( $r=0,289$ ,  $p=0,001$ ). Az Emocionális intolerancia gyenge erősségű korrelációt jelzett az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,245$ ,  $p=0,005$ ), elhanyagolható erősségű, fordított irányú korrelációt az Egészséggel kapcsolatos önértékeléssel ( $r=-0,179$ ,  $p=0,042$ ) és elhanyagolható erejű, egyenes irányú kapcsolatot a Külső egészségesség kontrollal ( $r=0,185$ ,  $p=0,035$ ). A Teljesítményfrusztráció esetében elhanyagolható erejű szignifikáns korrelációk láthatók az Egészséges kinézettel való törődés ( $r=0,182$ ,  $p=0,039$ ), Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=0,180$ ,  $p=0,041$ ) és Egészségmotiváció skálákkal ( $r=0,178$ ,  $p=0,042$ ). Az FDS összesített pontszáma elhanyagolható erejű szignifikáns kapcsolatot jelzett az Egészséges kinézettel való törődéssel ( $r=0,181$ ,  $p=0,039$ ), illetve gyenge erősségűt az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,293$ ,  $p=0,001$ ) és a Külső egészségesség kontrollal ( $r=0,228$ ,  $p=0,009$ ).

A második mérési ponton jellemzően biztos, de gyenge erősségű kapcsolatokat mutatott a HOS skáláival. A Diszkomfort intolerancia három szignifikáns korrelációt jelzett: Egészséges kinézettel való törődés ( $r=0,237$ ,  $p=0,012$ ), Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=0,286$ ,  $p=0,002$ ) és Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,204$ ,  $p=0,032$ ). Ez utóbbi esetben a korreláció negatív előjelű volt. A Jogosultság egyedül az Egészséggel kapcsolatos szorongással

( $r=0,217$ ,  $p=0,022$ ) mutatott gyenge erejű, de statisztikailag jelentős kapcsolatot. Az Emocionális intolerancia az Egészséggel kapcsolatos szorongással ( $r=0,236$ ,  $p=0,013$ ) gyenge erősségű, egyenes korrelációt mutatott, míg elhanyagolható erősségű, fordított korrelációt az Egészséggel kapcsolatos önértékeléssel ( $r=0,192$ ,  $p=0,044$ ), és gyenge erejű, fordított korrelációt az Egészség a jövőben ( $r=-0,225$ ,  $p=0,018$ ) és Egészségi állapot ( $r=-0,251$ ,  $p=0,008$ ) skálákkal. A Teljesítményfrusztráció négy esetben jelzett szignifikáns összefüggést: Személyes egészségtudatosság ( $r=0,223$ ,  $p=0,019$ ), Egészségtelenség elkerülésének motivációja ( $r=0,363$ ,  $p=0,000$ ), Egészségmotiváció ( $r=0,331$ ,  $p=0,000$ ) és Belső egészségesség kontroll ( $r=0,196$ ,  $p=0,039$ ). Ez utóbbi elhanyagolható erősségűnek mutatkozott, míg a többi gyenge, de stabil erejűnek. A teljes FDS kérdőívben elért összpontszámot vizsgálva három esetben látható statisztikailag jelentős kapcsolat: Egészséggel kapcsolatos szorongás ( $r=0,220$ ,  $p=0,020$ ), Egészségtelenség elkerülésének motivációja ( $r=0,212$ ,  $p=0,025$ ) és Egészségmotiváció ( $r=0,188$ ,  $p=0,048$ ). Utóbbi elhanyagolható, az előzőek gyenge erejűek.

#### 10.2.2.3.1. Összegzés

Az egészségmagatartás és a mentális egészség kapcsolatát illetően a 2018-2020-as évfolyam esetében az első két mérési pont vonatkozásában elmondható, hogy a legtöbb kapcsolódási pont a megküzdési módok és az egészségmagatartási szokások között mutatkozott a mentális egészség kapcsán mért mutatók közül.

Az egészségmagatartási módok irányából közelítve a kérdést a *testedzésre* vonatkozó mutatók esetében volt látható a legtöbb szignifikáns eltérés az adott mutatók kapcsán kialakult csoportok között a mentális egészség aspektusait mérő skálák mentén, az első mérési ponton. A *dohányzás és alkoholfogyasztás* vizsgált előfordulási mutatói kapcsán arányaiban kevesebb volt a statisztikailag jelentős eltérés az egyes csoportok képviselői között a mentális egészség tekintetében.

A *dohányzási motivációk* az első mérési ponton a mért copingmechanizmusokkal, illetve a frusztráció és distressz mutatóival járt együtt, míg a második mérési ponton a depresszió és a szorongás mutatóival jelentkezett arányaiban több kapcsolat, mint a megküzdési módokkal vagy a frusztráció és distressz kezelésére vonatkozó skálákkal.

Az *egészségorientációs* skálák mind az első, mind a második mérési ponton a depresszió és szorongás mutatóival jártak együtt leggyakrabban szignifikáns mértékben, de a megküzdési módokkal is számos ponton jelentkezett statisztikailag jelentős kapcsolat, viszont a frusztráció és a distressz kapcsán volt megfigyelhető a legkevesebb kapcsolódási pont.



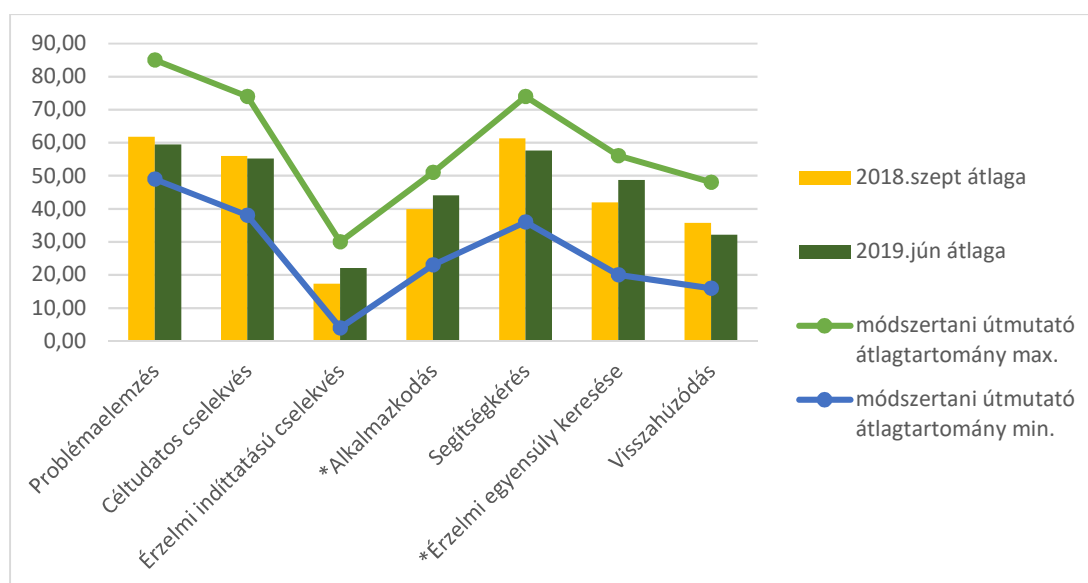
#### **10.2.2.4. Az első két mérési pont eredményeinek különbségei**

A mindkét mérési ponton felvett adatok tekintetében összehasonlító vizsgálatok készültek, ugyanis ezen két mérési pont között a vizsgált mintát alapvetően hasonló hatások érték, függetlenül attól, hogy melyik típusú képzésben (másfél éves vagy kétéves) vettek részt. A csoportosító jellegű egészségmagatartási változók esetében keresztábra készült a két mérési pont eredményeivel, amelyben láthatóak a változások (az eredményeket részletesen ld. XI. függelék).

Az RMSK mindkét mérési ponton használt skálái tekintetében több ponton mutatkozott szignifikánsnak a különbség a válaszadók körében – csak az Egészségi állapot és a Támogatottság skálák esetében nem. A Külső-belső kontroll ( $t_{(107)}=4,58$ ,  $p<0,001$ ) esetében kis mértékű, de szignifikáns csökkenés volt látható, vagyis minimális mértékben, de a belső kontroll felől a külső kontroll felé mozdulás figyelhető meg. Az A-B személyiség ( $Z=-6,628$ ,  $p=0,000$ ) skála esetében növekedés látható, amely kis mértékű, de szignifikáns elmozdulást mutatott a B-típusú személyiség irányába. Az Aktivitás ( $Z=-2,341$ ,  $p=0,019$ ) és a Motiváció ( $Z=-2,723$ ,  $p=0,006$ ) esetében minimális növekedés jelentkezett, amely az aktivitási szint és a motiváció minimális, de statisztikailag jelentős csökkenését jelzi. A Támogatottság-személy skála ( $Z=-2,986$ ,  $p=0,003$ ) szignifikáns növekedése a támogató szociális háló bővülését jelzi, átlagosan plusz egy fővel. A Stresszoldás skála ( $t_{(109)}=4,73$ ,  $p<0,001$ ) esetében mutatkozó minimális mértékű, de statisztikailag jelentős csökkenés a stresszoldó mechanizmusok romlását jelzik.

Az Észlelt Stressz ( $t_{(110)}=-4,89$ ,  $p<0,001$ ) esetében szintén statisztikailag jelentős különbség volt megfigyelhető a két adatfelvételi időpont között: a második mérési ponton magasabb észlelet stresszről számoltak be a tesztfelvételt megelőző egy hónapban.

41. ábra: A megküzdéssel kapcsolatos skálaátlagok alakulása a protokoll átlagtartományához viszonyítva a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az ábrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

A mentális egészséget vizsgáló kérdőívek és skálák esetében kevés ponton volt szignifikáns eltérés a két mérési pont eredményei tekintetében: CES-D Depresszió skála ( $Z = -3,020$ ,  $p = 0,002$ ), a Megküzdési MódoK (ld. 41. ábra) esetében az Alkalmazkodás ( $Z = -2,115$ ,  $p = 0,034$ ) és az Érzelmi egyensúly keresése ( $Z = -2,419$ ,  $p = 0,015$ ), az FDS esetén a Jogosultság ( $t_{(105)} = -2,46$ ,  $p < 0,05$ ) és a Teljesítményfrusztráció ( $Z = -2,066$ ,  $p = 0,039$ ) skálák voltak ezek. A depresszió és a megküzdés kapcsán jellemzően a második időpontban volt magasabb az elért pontérték, míg a frusztrációhoz kapcsolódó skáláknál a Jogosultság esetében szintén, de a Teljesítményfrusztráció tekintetében a második időpontban alacsonyabb érték figyelhető meg.

A tesztelés esetében a „Végez Ön rendszeres testedzést?” kérdés kapcsán készült keresztábra mutatja, hogy a két mérési időpont között mutatkozott eltérés a válaszok tekintetében (ld. 20. táblázat): volt, aki rendszeresen edzőből nem edzővé vált (10 fő), míg a fordított esetre is akadt példa (7 fő), de jelentős létszámban maradtak azok, akiknek ezen a téren nem változtak meg a szokásai.

20. táblázat: A rendszeres testedzést végzők számának változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton

2018. szeptember	2019. június	
	igen	nem
igen	85 fő	10 fő
nem	7 fő	7 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Azonban az edzések heti gyakoriságának adataiban szintén jól láthatóak az eltérések (ld. 21. táblázat), habár a legérdekesebb az első időpontban hetente 5 alkalommal edzők arányának változása. Ugyanakkor a keresztábrához kapcsolódó  $\chi^2$ -próba eredménye ( $\chi^2=34,277$ ;  $p=0,000$ ) azt mutatja, hogy a csoportok létszáma közötti eltérések mértéke szignifikáns, vagyis a két mérési időpontot összevetve az egyéni válaszok változásai mellett a heti 3-4 alkalommal edzők száma mindkét ponton kiemelkedik a többi közül.

21. táblázat: A testedzés heti gyakoriságának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton

2018.szeptember	2019. június			
	nem edz	heti 1-2 alkalom	heti 3-4 alkalom	heti 5 vagy több
nem edz	7 fő	5 fő	2 fő	0 fő
heti 1-2 alkalom	5 fő	11 fő	6 fő	2 fő
heti 3-4 alkalom	1 fő	8 fő	26 fő	3 fő
heti 5 alkalom vagy több	4 fő	10 fő	12 fő	7 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az edzési szokások átalakulásait az edzések időtartamának változásai szintén jól jelzik (22. táblázat). A keresztábrához kapcsolódó  $\chi^2$ -próba arra is rámutat, hogy az egyes csoportok közti különbségek szignifikánsak ( $\chi^2=30,777$ ;  $p=0,000$ ). Ugyanakkor ha nem vesszük figyelembe az egyes csoportok közti váltásokat, a két adatfelvételi időpontot különálló mintaként kezelve képezett keresztábrát nézzük (ennek grafikus megjelenítését ld. korábban, 31., 32. és 33. ábra), a  $\chi^2$ -próba eredménye szintén szignifikáns eredményt mutat ( $\chi^2=16,499$ ;  $p=0,001$ ) a testedzés gyakoriságára vonatkozó kérdés mentén, de a rendszeres testedzés tényére vonatkozó kérdés ( $\chi^2=0,985$ ; Fisher's Exact  $p=0,352$ ) illetve az edzések időtartamára ( $\chi^2=5,287$ ;  $p=0,152$ ) vonatkozó kérdés esetében nem.

22. táblázat: A testedzés alkalmankénti időtartamának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton

2018.szeptember	2019. június			
	nem edz	kevesebb, mint 30 perc	30-60 perc	több, mint 60 perc
nem edz	5 fő	2 fő	4 fő	1 fő
kevesebb, mint 30 perc	0 fő	1 fő	3 fő	0 fő
30-60 perc	7 fő	4 fő	34 fő	9 fő
több, mint 60 perc	2 fő	1 fő	16 fő	20 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A teljesítmény- és vagy izomtömeg növelő szerek használata vonatkozásában figyelembe véve a válaszok változásait (ld. 23. táblázat) szintén elmondható, hogy az egyes csoportok száma közötti eltérések szignifikáns különbségről árulkodnak ( $\chi^2=18,814$ ,  $p=0,001$ ). Ugyanakkor ha a válaszadók személyes viszonyulásait nem vesszük figyelembe, akkor az egyes csoportokhoz tartozók arányai szintén nem változtak szignifikáns mértékben ( $\chi^2=1,465$ ,  $p=0,481$ ).

23. táblázat: *A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelők, illetve egyéb táplálékkiegészítők használatának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton*

2018. szeptember	teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelők			egyéb táplálékkiegészítők		
	2019. június					
	nem	igen	alkalmanként	nem	igen	alkalmanként
nem	76 fő	4 fő	4 fő	67 fő	3 fő	5 fő
igen	3 fő	2 fő	1 fő	3 fő	6 fő	0 fő
alkalmanként	3 fő	3 fő	1 fő	8 fő	2 fő	1 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az egyéb típusú táplálékkiegészítők esetében is ugyanezek a jellemzők figyelhetők meg (ld. 23. táblázat): az egyének válaszainak változásait figyelembe véve kapott keresztábra esetében a csoportok méretei szignifikáns eltéréseket jeleznek ( $\chi^2=31,642$ ,  $p=0,000$ ), viszont az egyéni változásokat nem tekintve a csoportok eltérései szintén nem szignifikáns mértékűek ( $\chi^2=2,385$ ,  $p=0,304$ ).

24. táblázat: *A dohányzási státusz egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton*

2018.szeptember	2019. június			
	egyáltalán nem	már leszoktam	igen, alkalmanként	igen, rendszeresen
egyáltalán nem	59 fő	0 fő	7 fő	0 fő
már leszoktam	3 fő	4 fő	0 fő	0 fő
igen, alkalmanként	2 fő	1 fő	4 fő	6 fő
igen, rendszeresen	0 fő	1 fő	4 fő	17 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A dohányzási státusz kapcsán mindenképpen érdekes az egyéni válaszok változásait mutató keresztábra alakulása (ld. 24. táblázat), ugyanis felveti annak kérdését is, hogy mennyire vehetjük relevánsnak az egyes időpontokban kapott válaszokat – ráadásul az egyes csoportok számai szempontjából egyértelműen szignifikáns eltérésekről beszélhetünk ( $\chi^2=114,253$ ,  $p=0,000$ ). Ha ezt a kérdéskört az összehasonlítás során nem vesszük figyelembe, csak az egyes kategóriákhoz tartozók arányait, akkor egyáltalán nem beszélhetünk szignifikáns eltérésekről ( $\chi^2=0,095$ ,  $p=0,992$ ).

25. táblázat: *A naponta elszívott cigaretta egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam dohányzóinak körében, az első két mérési ponton*

2018. szeptember	2019. június				
	1-5 szál	5-10 szál	10-15 szál	15-19 szál	több, mint egy doboz
1-5 szál	3 fő	3 fő	2 fő	0 fő	1 fő
5-10 szál	0 fő	6 fő	2 fő	0 fő	0 fő
10-15 szál	1 fő	2 fő	3 fő	2 fő	1 fő
több, mint egy doboz	0 fő	0 fő	0 fő	0 fő	2 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A magukat dohányzóknak vallók körében a naponta elszívott cigaretta mennyisége szempontjából a válaszadók naponta elszívott szálak számának változásait is figyelembe véve kapott keresztábrában látható (ld. 25. táblázat), különböző csoportokba tartozók száma szignifikáns eltérést ( $\chi^2=24,465$ ,  $p=0,018$ ) mutat egymáshoz képest. Ugyanakkor ha az egyéni

válaszadási változásokat nem vesszük figyelembe a mérési pontok között, akkor a kapott eltérések nem szignifikáns mértékűek ( $\chi^2=7,745$ ,  $p=0,101$ ).

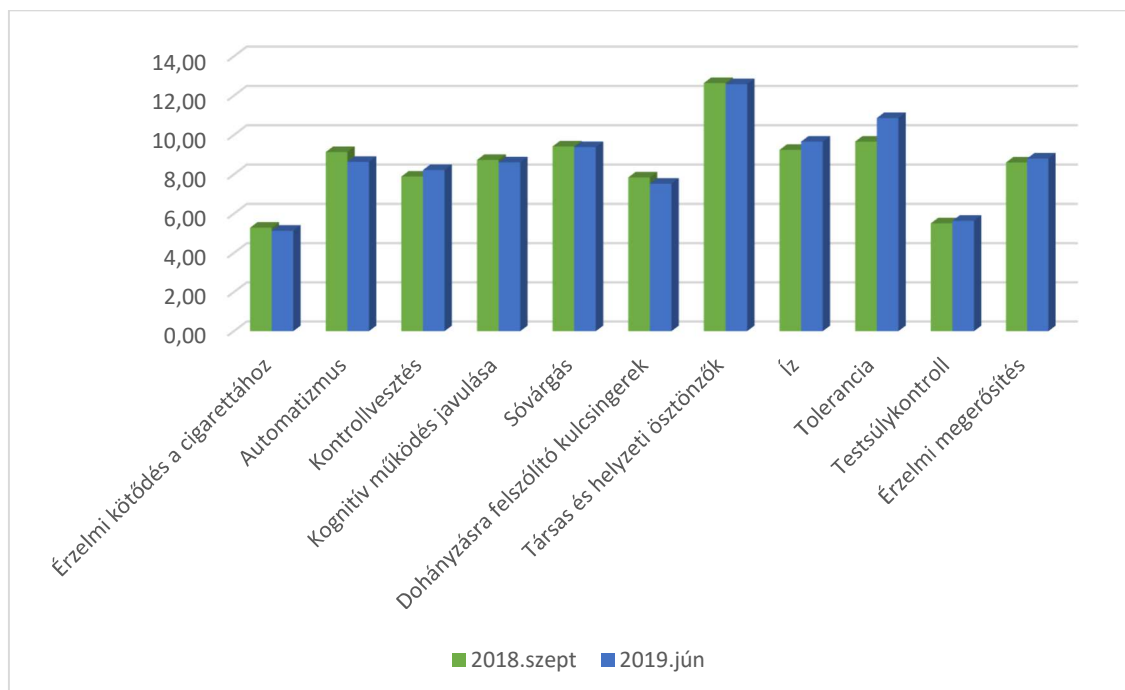
26. táblázat: A leszokás kérdéséhez való viszonyulása a 2018-2020. évfolyam dohányzói körében, az első két mérési ponton

2018. szeptember	2019. június				
	igen, még nem próbálta	igen, többször próbálta	leszokófélben	ideiglenesen	nem
igen, de nem próbálta	6 fő	0 fő	1 fő	2 fő	3 fő
igen, többször próbálta	0 fő	3 fő	0 fő	0 fő	0 fő
leszokófélben	2 fő	1 fő	1 fő	0 fő	1 fő
ideiglenesen	0 fő	0 fő	0 fő	1 fő	0 fő
nem	0 fő	0 fő	0 fő	0 fő	6 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A leszokásról való gondolkodás alakulása szempontjából (ld. 26. táblázat) szintén hasonló mondhatók el: az egyes személyek válaszainak változásai mentén a csoportok létszámai szignifikáns különbséget ( $\chi^2=42,015$ ,  $p=0,000$ ) mutatnak ugyan, de ha csak az egyes időpontokban a különböző válaszokat adók számait hasonlítjuk össze, a különbség nem számottevő ( $\chi^2=3,795$ ,  $p=0,434$ ).

42. ábra: A WISDM-37 skálaátlagok alakulása egymáéhoz viszonyítva a 2018-2020. évfolyam dohányzói körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az ábrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

A dohányzási motivációk tekintetében egyáltalán nem mutatkozott szignifikáns eltérés (ld. 42. ábra), vagyis ezen a téren az első tanév eleje és vége között nem volt jelentős a különbség.

Ezzel szemben az Egészségorientációs Kérdőív tíz skálájából hét esetében található szignifikáns mértékű változás. Ezek közül hat esetben az első időpontban volt magasabb a minta átlaga, míg egyetlen esetben, a Külső egészségesség kontrollnál ennek ellenkezője jelentkezett.

27. táblázat: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton

2018. szeptember	2019. június					
	nem fogyaszt	havonta vagy ritkábban	havonta többször	hetente	hetente többször	naponta
nem fogyaszt	5 fő	3 fő	1 fő	0 fő	0 fő	0 fő
havonta vagy ritkábban	9 fő	43 fő	11 fő	7 fő	0 fő	0 fő
havonta többször	0 fő	4 fő	7 fő	5 fő	1 fő	0 fő
hetente	0 fő	4 fő	2 fő	0 fő	3 fő	1 fő
hetente többször	0 fő	0 fő	0 fő	1 fő	2 fő	0 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az alkoholfogyasztás gyakorisága esetén az egyéni válaszok változásai mentén létrehozott keresztátlában (ld. 27. táblázat) az egyes csoportok létszáma közötti eltérések szignifikáns nagyságúak ( $\chi^2=82,223$ ,  $p=0,000$ ). Ugyanakkor ha a tesztfelvétel időpontjában az egyes csoportokba tartozók számát nézzük, az egyéni változásokat figyelmen kívül hagyva a különbség statisztikai szempontból nem jelentős ( $\chi^2=3,169$ ,  $p=0,674$ ).

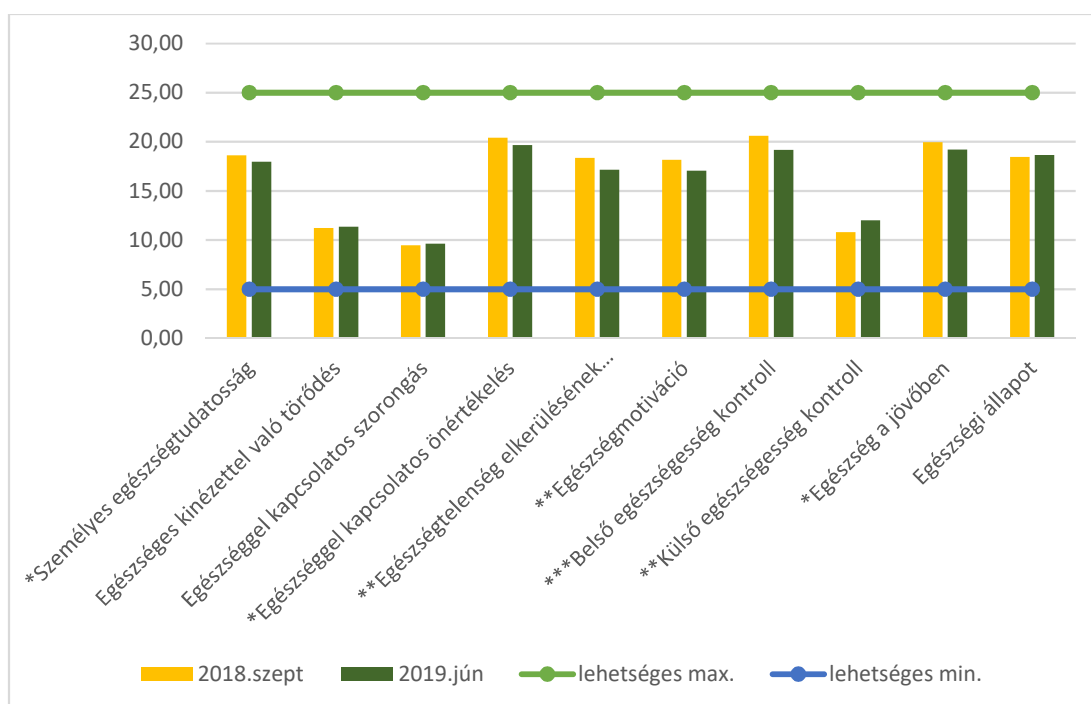
28. táblázat: A nagyívás gyakoriságának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton

2018. szeptember	2019. június					
	nem fogyaszt ennyit	havonta vagy ritkábban	havonta többször	hetente	hetente többször	naponta
nem fogyaszt ennyit	11 fő	8 fő	0 fő	0 fő	1 fő	0 fő
havonta vagy ritkábban	12 fő	34 fő	11 fő	7 fő	0 fő	0 fő
havonta többször	0 fő	4 fő	1 fő	2 fő	0 fő	0 fő
hetente	0 fő	3 fő	1 fő	2 fő	1 fő	1 fő
hetente többször	0 fő	0 fő	0 fő	1 fő	1 fő	0 fő

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A nagyívás esetében szintén ugyanezek mondhatók el a két időpont vonatkozásában (ld. 28. táblázat): az egyéni válaszok változásait figyelembe véve kijelenthető, hogy az így létrejött keresztátlában az egyes csoportok különbsége szintén szignifikáns ( $\chi^2=58,095$ ,  $p=$ ) (ugyanúgy, mint az összes többi esetben), míg ha az időpontok mentén alakítunk ki keresztátlát a két mérési pont eredményeire nézve, az egyes csoportok képviselőinek létszáma nem változik szignifikáns mértékben ( $\chi^2=6,425$ ,  $p=0,267$ ).

43. ábra: A HOS skálaátlagának egymáshoz viszonyított alakulása a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

Az egészségorientáció tekintetében a tízből hét skála esetében mutatkozott szignifikáns különbség az első két mérési pont között (43. ábra): Személyes egészségtudatosság ( $Z = -2,188$ ;  $p = 0,028$ ), Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $Z = -2,328$ ,  $p = 0,019$ ), Egészségtelenség elkerülésének motivációja ( $Z = -2,660$ ,  $p = 0,007$ ), Egészségmotiváció ( $Z = 3,371$ ,  $p = 0,001$ ), Belső egészségesség kontroll ( $Z = 3,669$ ,  $p = 0,000$ ), Külső egészségesség kontroll ( $Z = -3,162$ ,  $p = 0,001$ ) és Egészség a jövőben ( $Z = -2,038$ ,  $p = 0,041$ ).

#### 10.2.2.4.1. Összegzés

A 2018-2020. évfolyam esetében az első két mérési pont közti különbségeket elemezve, hogy a munkahelyi stressz kapcsán használt skálák több ponton is szignifikáns eltérést mutattak, amelyek több esetben látszólag bár nem nagymértékű különbségek, de statisztikailag mindenképpen jelentős eltérések, vagyis az adott mutatók mentén az differencia stabilnak mondható 10 hónappal az első mérés után.

Az egészségmagatartási szokások tekintetében az adatfelvételi pontok közötti különbségek esetén elmondható, hogy az egyéni válaszok figyelembe vételével, az esetleges egyéni változások, vagyis sokszor ezek csekély száma szignifikáns különbségeket eredményeznek a csoportok között, míg ha csak az egyes csoportokba tartozók arányát nézzük összességében, az

esetleges egyéni változásokat figyelmen kívül hagyva, az egyes csoportokhoz tartozók aránya bár valamelyest változott a mérési pontok között, de ezek a változások nem szignifikáns mértékűek. Emellett a dohányzási motivációk esetében sem volt látható statisztikailag jelentős eltérés az egyes motivációs tényezők alakulásában a két mérési ponton. Az egészségorientáció területén ugyanakkor több tényezőnél is szignifikáns különbségek mutatkoztak az adatfelvételi pontok között – ami elgondolkodtató lehet ezek kapcsán az az, hogy ezek döntően negatív irányú változások, vagyis statisztikailag jelentős mértékben romlottak az érintett mutatók (egy kivétellel).

A mentális egészség szempontjából kevés esetben volt szignifikáns eltérés a 2018. szeptemberi és 2019. júniusi adatfelvétel között, ami azt jelzi, hogy ezek a mutatók a 10 hónap alatt nem változtak meg olyan jelentős mértékben, hogy az statisztikailag is jelentős legyen.

### **10.3. Eredmények a végzéskor**

A másfél éves képzésben részt vevők számára a szakmai vizsga február első felében volt, a tesztfelvételre pedig közvetlenül az írásbeli vizsga után került sor.

Ezen a mérési ponton 34 fő töltötte ki a kérdőívcsomagot, amely 5 fővel kevesebb, mint az előző két mérési ponton az érintett minta létszáma, amely 87,18%-os részvételi arányt jelent.

A kétéves képzési formában részt vevők végzésének időpontjában 33 fő kezdte meg a kérdőívcsomag kitöltését, de közülük nem mindenki töltötte ki végig az online kérdőívet, emellett a válaszadók között szerepelt olyan személy is, aki másfél éves képzésben vett részt, de a szakmai vizsgája csúszott. A részvételi ráta a végig kitöltött kérdőívek vonatkozásában (28 fő) a 2018. őszi adatokhoz (92 fő) képest 30,43%, a 2019. júniusi (76 fő) 36,84%-os részvételi arányt jelent.

#### **10.3.1. Leíró statisztikai eredmények az utolsó adatfelvételi pontok vonatkozásában**

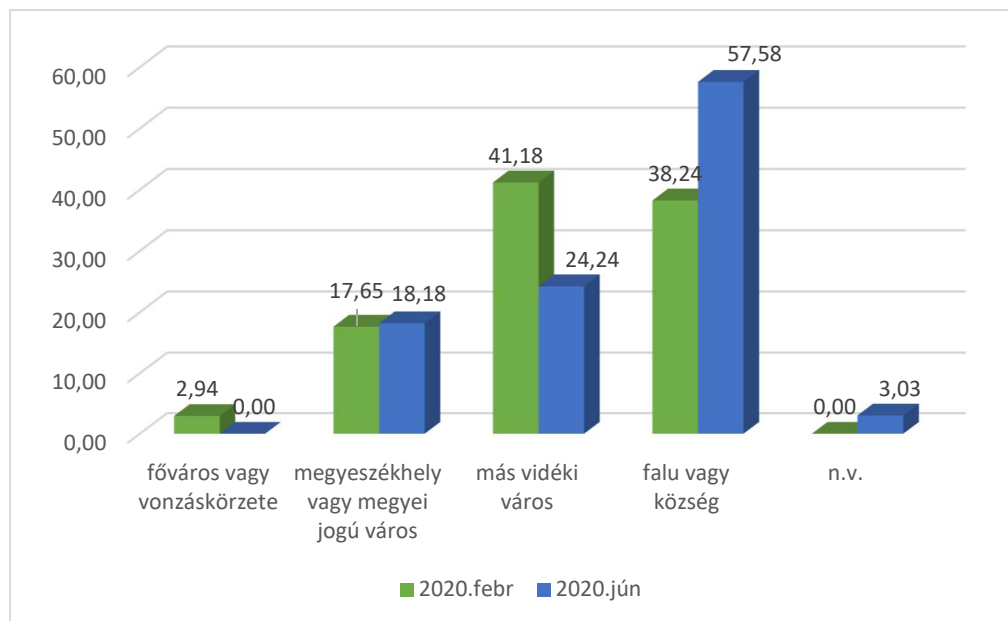
##### **10.3.1.1. A vizsgálati minta szociodemográfiai jellemzői**

A minta átlagéletkora a 2020 februárjában végzők körében 20,15 év (szórás:  $\pm 0,66$  év) volt, a nemi megoszlás tekintetében pedig 19 fő (55,88%) női, míg 15 fő (44,12%) férfi válaszadó volt. 2020 júniusában a minta átlagéletkora 22,91 év (szórás:  $\pm 5,16$  év) volt, 20 fő (60,61%) férfi, illetve 13 fő (39,39%) női válaszadó részvételével. (A kétéves képzés magasabb átlagéletkora és szórásai mutatója a különböző képzési formák között természetesnek tekinthető a jelentkezési feltételrendszerek eltérései okán.)



Az állandó lakóhely szempontjából a 2020. februárban végzők körében 1 fő (2,94%) nyilatkozott úgy, hogy a fővárosban vagy vonzáskörzetében él; megyeszékhelyen vagy megyei jogú városban 6 fő (17,65%), más vidéki városban 14 fő (41,17%), továbbá faluban vagy községben 13 fő (38,23%) él. A 2020 júniusában végzők körében 6 fő (18,18%) megyeszékhelyen vagy megyei jogú várost, más vidéki várost 8 fő (24,24%), falut vagy községet 19 fő (57,58%) jelölt meg állandó lakhelyként (ld. 44. ábra).

**44. ábra: A lakóhely településtípusonkénti megoszlása (%) a 2018-2020-as mintában, a végzés időpontjaiban**



Forrás: a szerző saját szerkesztése

2020 februárjában a válaszadók fele, vagyis 17 fő jelölte magát egyedülállónak, míg a másik fele, szintén 17 fő pedig stabil párkapcsolatban élőnek. A 2020 júniusában válaszadók közül mindössze 13 fő (39,39%) nyilatkozott úgy, hogy egyedülálló, míg 19 fő (57,58%) stabil párkapcsolatban élőnek, valamint 1 fő (3,03%) házasnak vallotta magát (ld. 45. ábra).

45. ábra: A családi állapot alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzés időpontjában

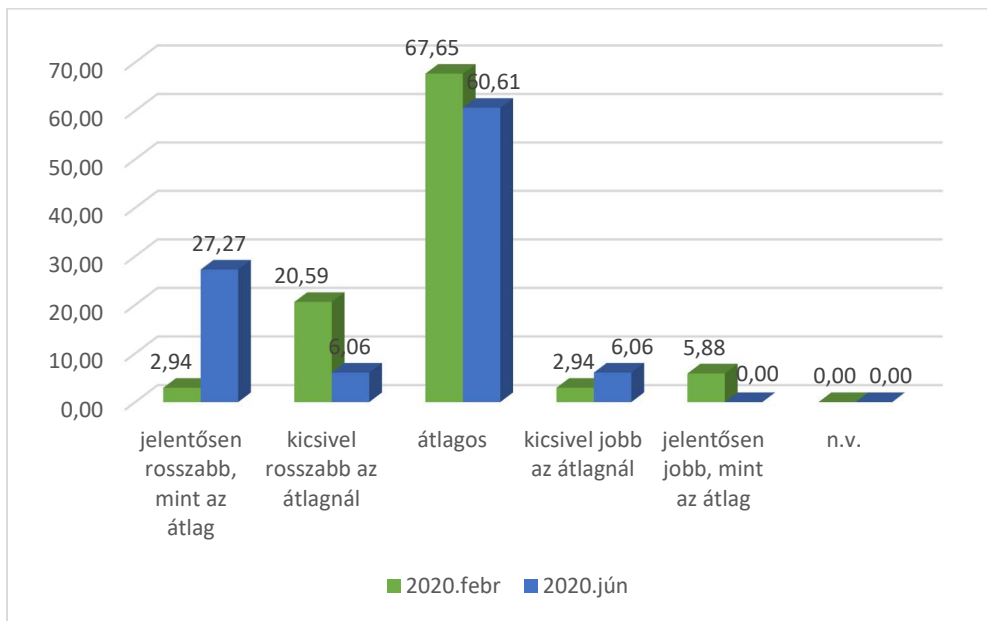


Forrás: a szerző saját szerkesztése

A próbaidő helyének tekintetében MRFK-n szolgálatot ellátónak 2020. februárban 27 fő (79,41%), 2020 júniusában 25 fő (75,76%); BRFK kötelékében próbaidősnek februárban 6 fő (17,65%), a júniusban végzők körében 6 fő (18,18%), illetve az RRI állományában próbaidősnek a februárban végzők körében 1 fő (2,94%), a júniusban végzők körében 2 fő (6,06%) vallotta magát.

Az anyagi helyzet szubjektív megítélése szempontjából (ld. 46. ábra) a 2020 februárjában végzők körében magát jelentősen átlag alattinak 1 fő (2,94%), kicsivel rosszabb, mint az átlag alattinak 7 fő (20,59%), átlagosnak 23 fő (67,65%), az átlagnál kicsit jobbnak 1 fő (2,94%), míg jelentősen átlag felettinek 2 fő (5,88%) vallotta magát. Ugyanezen mutató tekintetében a 2020 júniusában végzők körében 9 fő (27,27%) nyilatkozott úgy, hogy jelentősen átlag alatti a keresete, míg 2 fő (6,06%) kicsivel rosszabb, mint az átlag kategóriába tartozónak sorolta magát, 20 fő (60,61%) ítélte átlagosnak az anyagi helyzetét, míg 2 fő (6,06%) kicsivel átlag felettinek érezte magát ezen a téren.

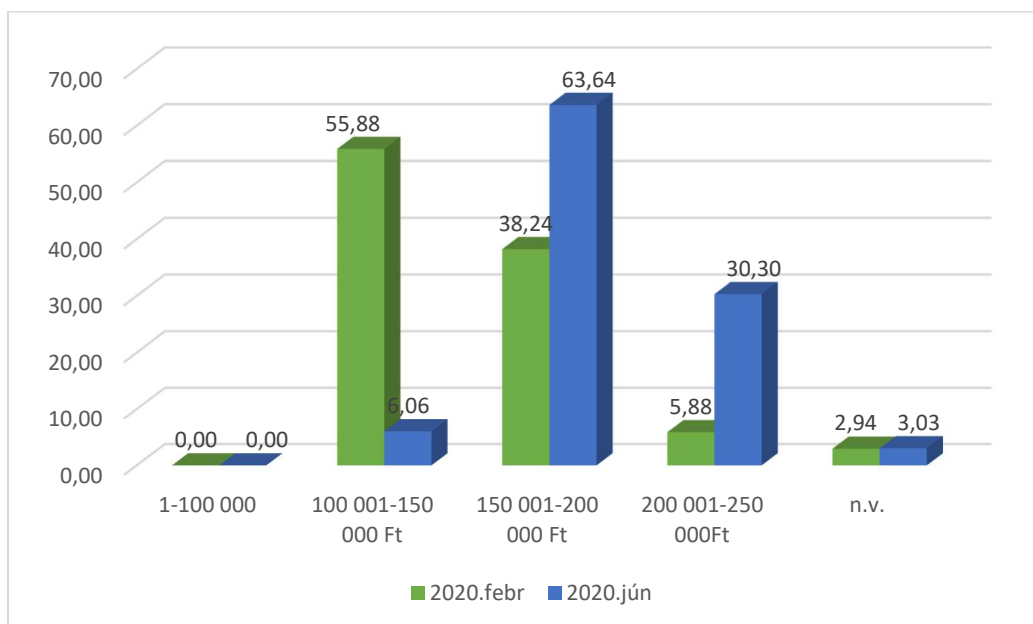
46. ábra: Az anyagi helyzet szubjektív megítélése (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Kereset szempontjából 100 001 – 150 000 forintot keresőnek a februárban végzők körében 19 fő (55,88%), míg a júniusban végzettek körében 2 fő (6,06%) vallotta magát, a 150 001-200 000 sávba februárban 13 fő (38,24%), júniusban 21 fő (63,64%) sorolta magát, a 200 001-250 000 forintos kategóriát pedig februárban 2 fő (5,88%), míg júniusban 10 fő (30,30%) jelölte meg (ld. 47. ábra).

47. ábra: A havi jövedelem alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A 2018-2020-as évfolyam esetében a kétéves képzés résztvevői közül 2018 szeptemberében 92 fő töltötte ki a kérdőívcsomagot, 2019 júniusában 76 fő – közülük 4 fő az első mérési ponton nem vett részt a vizsgálatban, illetve a lemorzsolódók jelentős hányada tanév közben leszerelt, már nem volt az állomány tagja. Esetükben az utolsó mérési pont eredetileg 2020 júniusára, a szakmai vizsgák utánra volt tervezve, végül 2020. május-júniusban történt meg, s összesen 33+1 fő töltötte ki a kérdőívcsomagot (legalább részben). A másfél éves képzés résztvevői közül 2018 szeptemberében és 2019 júniusában is 39 fő töltötte ki a kérdőívcsomagot. Esetükben 2020. február elején, az írásbeli szakmai vizsga után történt az adatfelvétel, akkor 34 fő válasza érkeztek be. Ugyanakkor a lemorzsolódók között volt olyan, aki habár a másfél éves képzési formában vett részt, mégsem velük tett szakmai vizsgát, hanem a kétéves képzésben részt vevőkkel, mert az ehhez szükséges egyik előfeltétel (vezetői engedély) nem teljesült.

A 2020 februárjában és júniusában végzők közti különbségek a szociodemográfiai mutatók esetében három mutató esetében különböznek szignifikánsan egymástól. Ennek egyike az életkor ( $U=223,00$ ,  $p=0,000$ ), amely nem meglepő, tekintettel arra a tényre, hogy a kétéves képzésre bárki jelentkezhet, míg a másfél éves képzési forma esetében meghatározott szakmai érettségi a jelentkezési feltétel, amely miatt jellemzően a középiskolát frissen elvégzett, akkor érettségizett fiatalok jelentkeznek (akik egyébként döntő többségben vannak a kétéves képzés esetében is, és kérdéses, hogy kisebb lemorzsolódás esetén is szignifikáns volna-e ez a különbség). A további két, statisztikailag is jelentősen különböző mutató az anyagi helyzet megítélése (Fisher's Exact =11,399,  $p=0,009$ ), illetve a havi jövedelem (Fisher's Exact =22,079,  $p=0,000$ ). Ezen tételek esetében szintén felmerül kérdésként a kétéves képzésre vonatkozó lemorzsolódási ráta lehetséges hatása, illetve esetlegesen a koronavírus kapcsán megéltek hatása, amikor is felrétékelődtek a stabil munkahelyek, amelyeket nem fenyegett a vírus miatt legalább átmeneti bezárás, leállás.

### **10.3.1.2. Munkahelyi stressz és kiégés**

A kiégés tekintetében az MBI három skálájának átlagértékei, illetve a protokoll alapján történt csoportosítás és az egyes skálákhoz tartozó Cronbach- $\alpha$  értékek megtalálhatók a 28. táblázatban (a fejezetben látható összes eredményt részletesen ld. XII. függelék).

A két végzési időpontban a legnagyobb hasonlóság az Egyéni teljesítmény csökkenése skála mentén mutatkozott, különösen, ha a protokoll szerinti kategóriákat is figyelembe vesszük: mindkét végzési időpontban a válaszadók mintegy kétharmada számolt be magas

szintű teljesítménycsökkenésről, ami meglehetősen nagy aránynak mondható. Ugyanakkor a 2020. februárba végzők körében nagyon magas volt a deperszonalizációt közepesnek (35,3%), illetve magasnak (38,2%) megélő aránya is, ugyanis ezek fényében a válaszadók kicsivel több, mint negyede számolt be alacsony szintű elszemélytelenedésről. Ezzel szemben a 2020. júniusban végzők fele (51,5%) alacsonyra értékelte ezt a mutatót, s csak a válaszadók mintegy ötöde élte meg magasnak (21,2%).

29. táblázat: Az MBI skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában

MBI skálák	2020.febr.			2020.jún.		
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
Érzelmi kimerülés	18,06	9,81	0,841	14,24	9,09	0,869
Deperszonalizáció	9,74	6,19	0,790	6,67	5,43	0,733
Egyéni teljesítmény csökkenése	31,35	6,51	0,673	28,18	10,75	0,906

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A munkahelyi stressz és az észlelet stressz szempontjából a két végzési időpontban a minták átlag- és szórásai eredményeit, valamint reliability mutatóit a 30. táblázat foglalja össze.

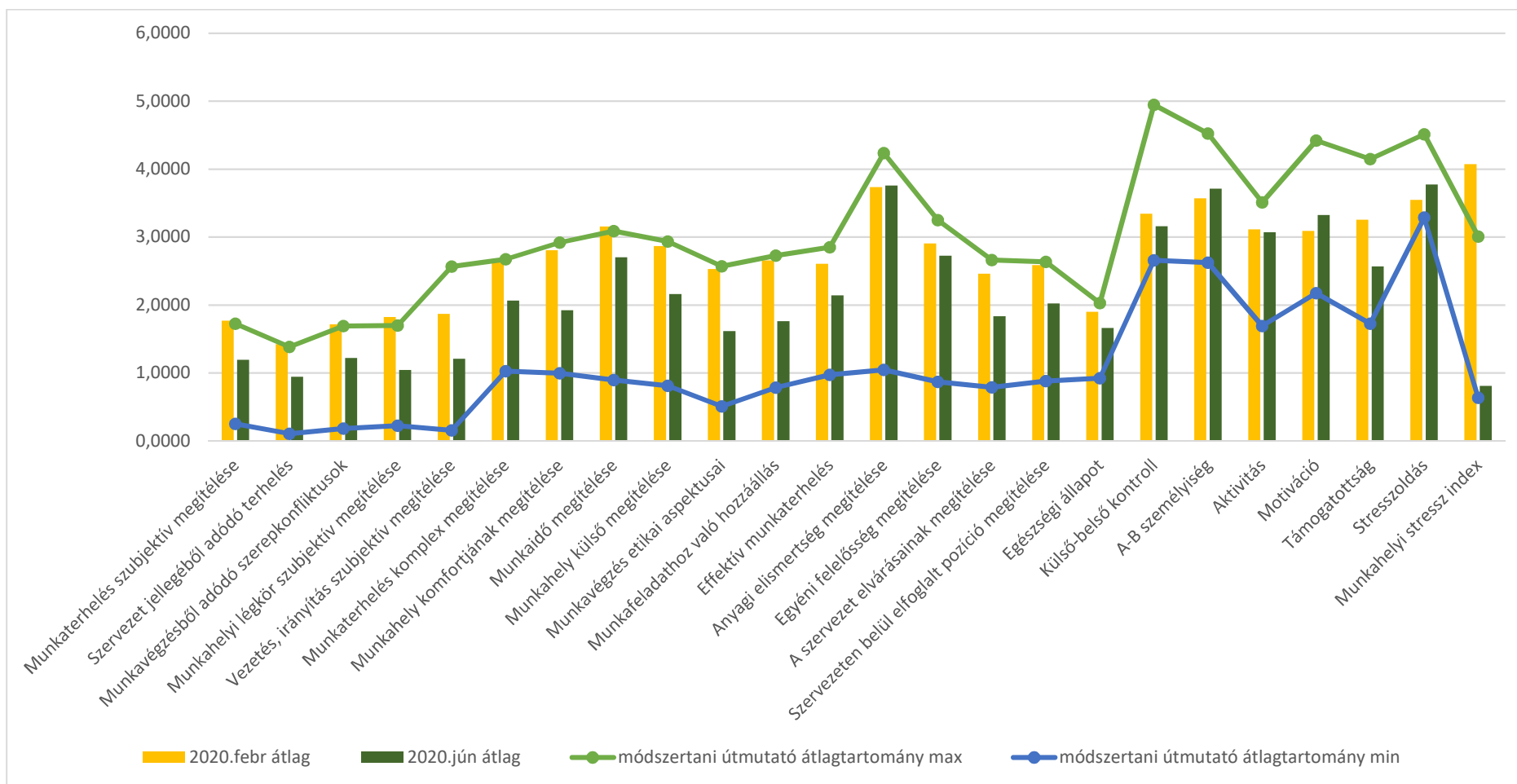
30. táblázat: Az RMSK és PSS skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2018-2020. évfolyam körében a végzés időpontjában

Skálák	2020.február			2020.június		
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
<b>Munkahelyi események</b>	44,03	55,93	0,988	8,97	11,35	0,824
<b>Munkaterhelés</b>						
Munkaterhelés szubjektív megítélése	1,77	0,87	0,918	1,19	0,80	0,918
A szervezet jellegéből adódó terhelés	1,42	0,82	0,755	0,94	0,85	0,719
Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok	1,72	0,92	0,886	1,22	0,87	0,862
Munkahelyi légkör szubjektív megítélése	1,83	0,96	0,912	1,04	0,88	0,911
Vezetés, irányítás szubjektív megítélése	1,87	1,13	0,875	1,21	1,00	0,798
Munkaterhelés komplex megítélése	2,68	0,93	0,985	2,06	0,83	0,983
Munkahely komfortjának megítélése	2,81	1,12	0,873	1,92	0,80	0,728
Munkaidő megítélése	3,15	1,03	0,757	2,70	1,04	0,762
Munkahely külső megítélése	2,87	1,12	0,688	2,16	1,25	0,760
Munkavégzés etikai aspektusai	2,53	1,46	n.a.	1,61	0,88	n.a.
Munkafeladathoz való hozzáállás	2,66	1,14	0,771	1,76	0,91	0,817
Effektív munkaterhelés	2,61	1,00	0,946	2,14	0,91	0,947
Anyagi elismertség megítélése	3,74	1,29	0,569	3,76	1,63	0,926
Egyéni felelősség megítélése	2,90	1,23	0,925	2,73	1,40	0,940
A szervezet elvárásainak megítélése	2,46	1,04	0,868	1,83	0,97	0,885
A szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése	2,59	0,99	0,901	2,02	0,91	0,880
<b>Egyéni, személyes tényezők</b>						
Egészségi állapot	1,90	0,70	0,898	1,66	0,55	0,874
Külső-belső kontroll	3,34	0,87	0,885	3,16	1,05	0,866
A-B személyiség	3,57	0,59	0,754	3,71	0,52	0,502
Aktivitás	3,11	0,62	0,531	3,07	0,72	0,505
Motiváció	3,09	0,82	0,714	3,32	0,83	0,612
Támogatottság	3,25	1,20	0,820	2,57	1,14	0,748
Támogatottság-személy	4,09	1,21	n.a.	4,47	1,36	n.a.
Stresszoldás	3,55	0,55	0,717	3,77	0,60	0,784
<b>Munkahelyi stresszindex</b>	4,07	5,71	0,978	0,81	1,07	0,954
<b>Észlelt Stresszindex</b>	25,85	6,50	0,694	22,14	6,35	0,720

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A vizsgálatok idején érvényben levő protokoll vonatkozó értékeihez képest ezek az eredmények 2020 februárjában végzettek körében a protokoll felső határához álltak közel, míg a 2020 júniusában a protokoll átlagértékeihez jelentősen közelebbi eredményeket mutattak a legtöbb skála mentén (ld. 48. ábra)

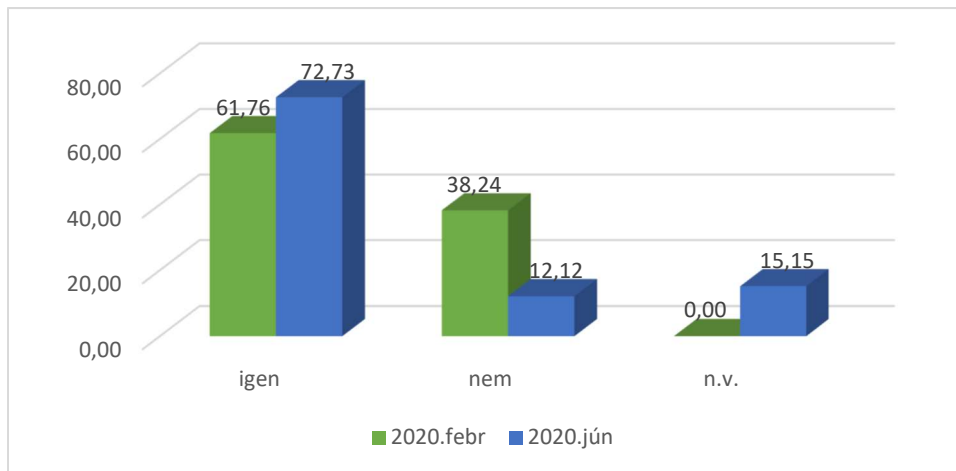
48. ábra: Az RMSK skálaátlagainak alakulása a prtokoll útlagtartományához viszonyítva a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

### 10.3.1.3. Egészségmagatartási szokások alakulása végzőkor

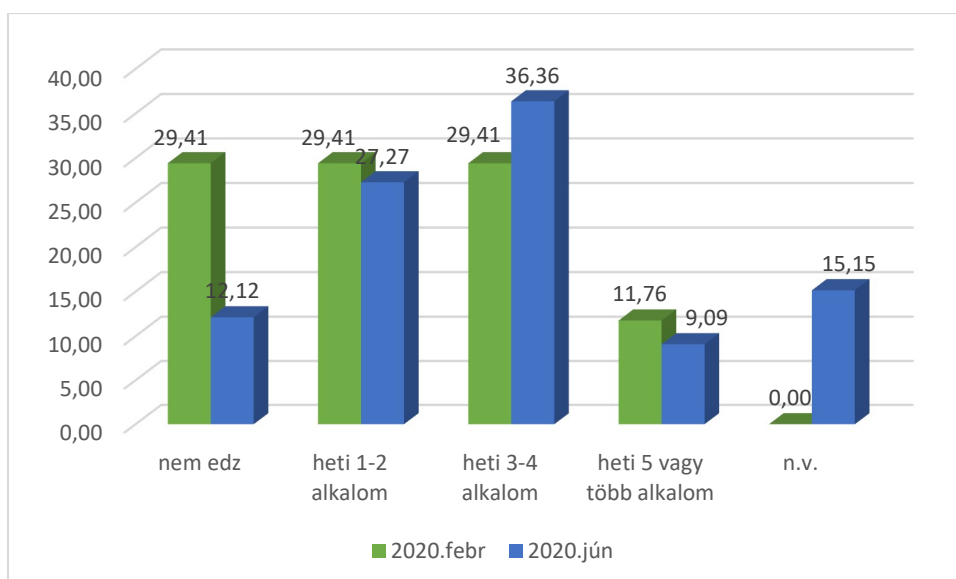
49. ábra: A rendszeres testedzés gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A 2020. februárban végzők körében 21 fő vallotta magát rendszeres testedzést végzőnek (61,76%), míg rendszeresen edzést nem végzőnek mindössze 13 fő (38,24%) (ld. 49. ábra). Az edzések heti gyakorisága tekintetében (ld. 50. ábra) heti 1-2 alkalommal 10 fő (29,41%) edz, heti 3-4 alkalommal szintén 10 fő (29,41%), míg heti 5 vagy több alkalommal mindössze 4 fő (11,76%) edz. Az edzés időtartama szempontjából (ld. 51. ábra) kevesebb, mint 30 percet alkalmanként mindössze 3 fő (8,82%) tölt, ugyanakkor 30-60 percet 17 fő (50%), illetve több, mint 60 percet 6 fő (17,65%).

50. ábra: A testedzés heti gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában

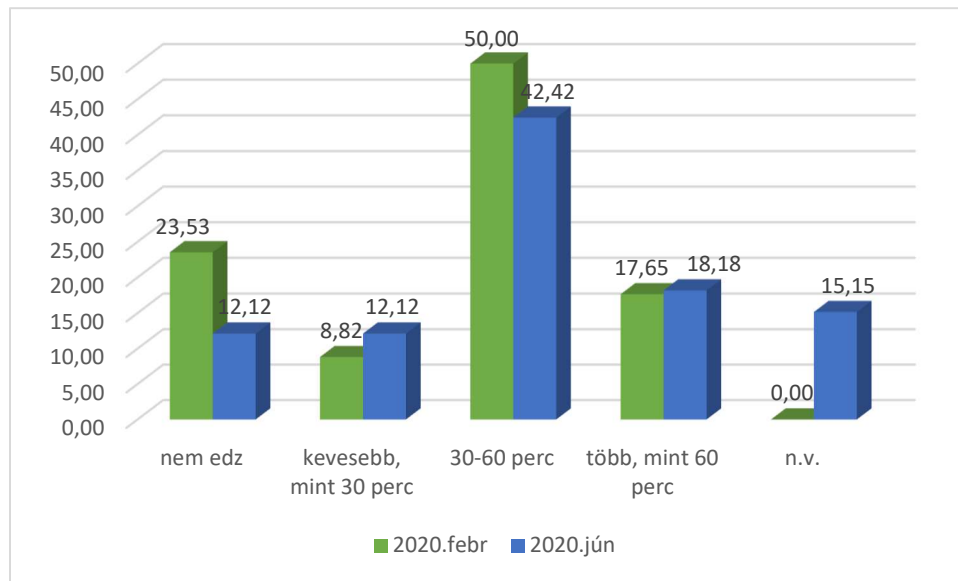




Forrás: a szerző saját szerkesztése

Teljesítményfokozók és szteroidok használata kapcsán (ld. 52. ábra) 4 fő (11,76%) nyilatkozott úgy, hogy rendszeresen fogyaszt ilyen szereket, 3 fő (8,82%) alkalmanként, 20 fő (58,82%) pedig egyáltalán nem. Egyéb táplálékkiegészítőket (pl. fehérjeporokat) 6 fő (17,65%) fogyaszt körükben rendszeresen, alkalmi jelleggel 3 fő (8,82%), míg egyáltalán nem él ilyen szerekekkel 19 fő (55,88%) (ld. 53. ábra).

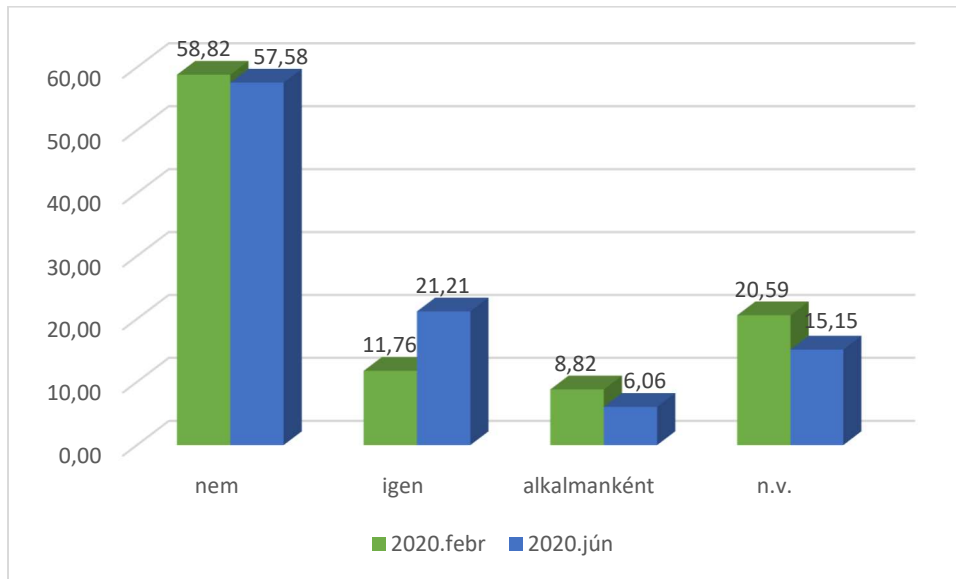
51. ábra: A testedzés alkalmankénti időtartama (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A 2020. júniusban végzők körében 24 fő (72,73%) rendszeres testedzést végzőnek, míg 4 fő (12,12%) rendszeresen nem edzőnek vallotta magát. A testedzés gyakorisága tekintetében a válaszadók 27,27%-a (9 fő) heti 1-2 alkalommal edz, 36,36%-a (12 fő) heti 3-4 alkalommal, míg 5 vagy több alkalommal 9,09% (3 fő). Az egyes edzések időtartamát tekintve 30 percnél kevesebb időt 4 fő (12,12%), 30-60 perc közötti időtartamot 14 fő (42,42%), míg alkalmanként több, mint 60 percet 6 fő (18,18%) tölt el.

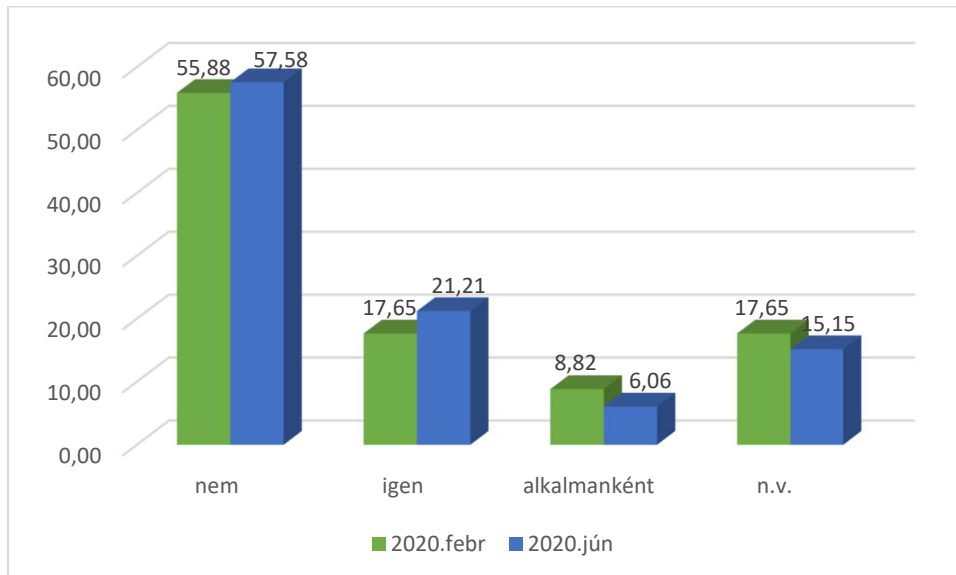
52. ábra: A teljesítmény- és vagy izomtömegnevelők használata a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Teljesítményfokozó szereket és szteroidokat rendszeresen használónak 7 fő (21,21%) vallotta magát, alkalmi jelleggel 2 fő (6,06%) él ilyenekkel, míg 19 fő (57,58%) úgy nyilatkozott, hogy egyáltalán nem használ ilyen szereket. Az egyéb táplálékkiegészítők használata terén szintén 7 fő (21,21%) rendszeres, 2 fő (6,06%) alkalmi használóként jellemezte magát, míg 19 (57,58%) fő nem él ilyen szerekekkel.

53. ábra: Az egyéb táplálékkiegészítők használata (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában

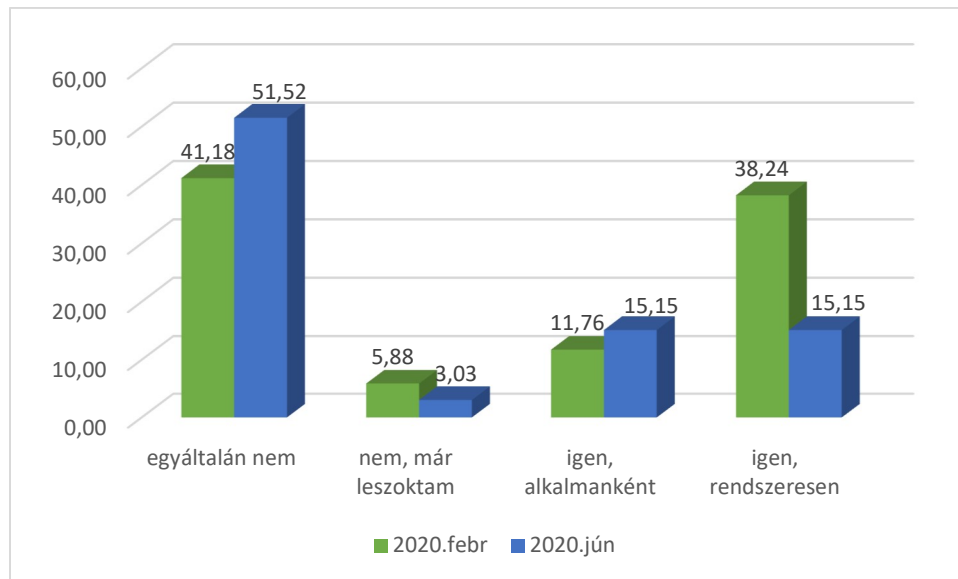


Forrás: a szerző saját szerkesztése

A végzéskor történt adatfelvétel során az első időpontban 14 fő (41,18%) nyilatkozott úgy, hogy egyáltalán nem dohányzik, 2 fő (5,88%) úgy, hogy már leszokott, alkalmi dohányosnak pedig 4 fő (11,76%), illetve rendszeres dohányosnak 13 fő (38,24%) vallotta magát. A

dohányosok átlagosan 4,58 éve (szórás:  $\pm 1,68$  év) dohányoznak, míg az egyetlen olyan leszokott, aki nyilatkozott arról, hogy mikor tette le a cigarettát, 30 hónappal, vagyis 2,5 évvel korábban szokott le. A második időpontban végzetek körében 17 fő (51,51%) válaszolt úgy, hogy egyáltalán nem dohányzik, 1 fő (3,03%) vallotta magát leszokottnak, míg 5-5 fő (15,15% - 15,15%) alkalmi, illetve rendszeres dohányosnak. A már leszokott személy 2 éve (24 hónapja) szokott le, míg a dohányosok átlagosan 3,91 éve (szórás:  $\pm 4,30$  év) dohányoznak (ld. 54. ábra).

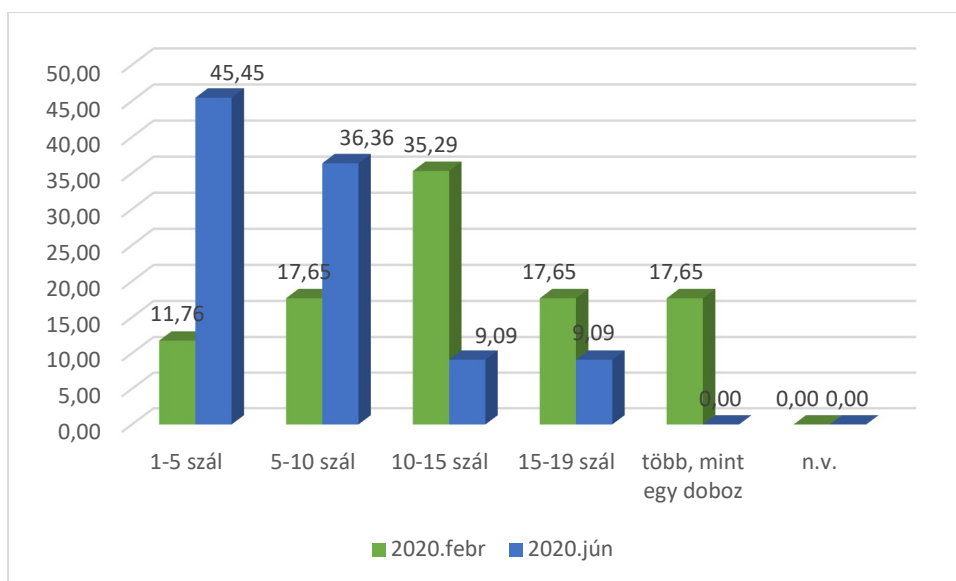
54. ábra: A dohányzási státusz alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A naponta elszívott cigaretta mennyiségét tekintve az első időpontban végzetek körében napi 1-5 szálát 2 fő (5,88%), 5-10 szálát 3 fő (8,82%), 10-15 szálát 6 fő (17,85%), 15-19 szálát 3 fő (8,82%), míg napi egy doboznál többet szintén 3 fő (8,82%) szívott el, míg a második időpontban szakmai vizsgázók körében napi 1-5 szálát 5 fő (15,15%), 5-10 szálát 4 fő (12,12%), 10-15 szálát, valamint 15-19 szálát 1-1 fő (3,03%-3,03%) szívott el (ld. 55. ábra).

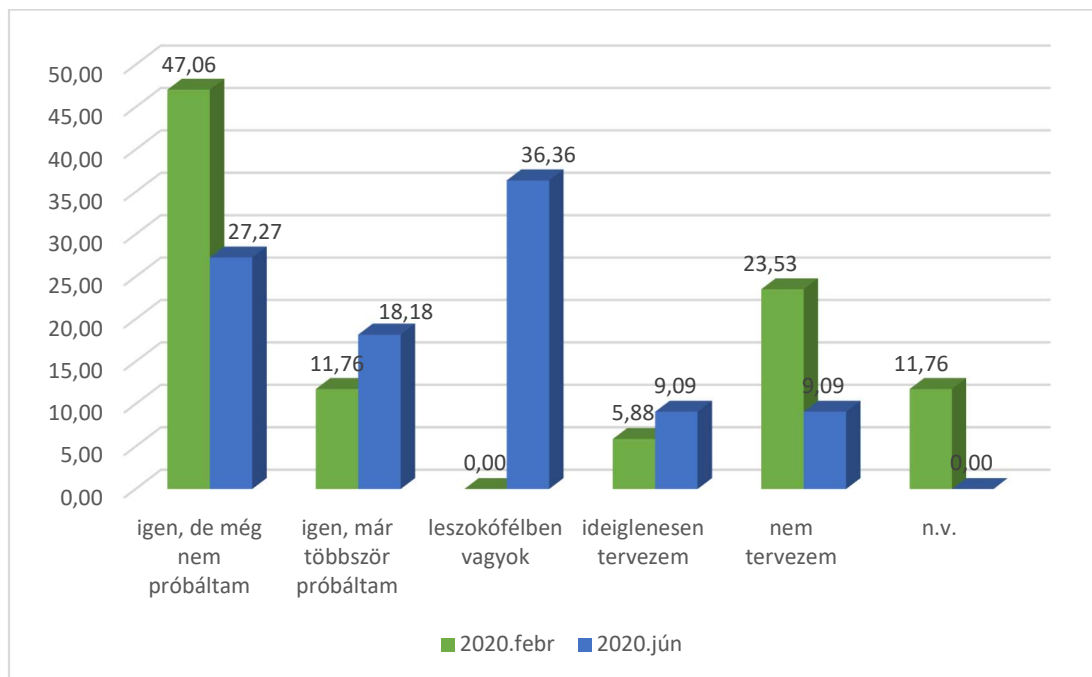
**55. ábra: A naponta elszívott cigaretta mennyiségének alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam dohányzóinak körében, a végzés időpontjában**



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A leszokáshoz való viszonyulás tekintetében (ld. 56. ábra) a februárban végzettek körében 8 fő nyilatkozott úgy, hogy tervezi a leszokást, de még nem próbálta, 2 fő már többször is próbálta, ideiglenes leszokásban 1 fő gondolkodik, míg nem tervez leszokni 4 fő. Ezzel szemben a júniusban vizsgázók körében 3 fő tervezi a leszokást, de még nem próbálta, 2 fő már többször próbálta, 4 fő leszokófélben levőnek vallotta magát, ideiglenes leszokást 1 fő fontolgatott, míg nem tervez leszokni 1 fő.

**56. ábra: A leszokáshoz való viszonyulás alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam dohányzóinak körében, a végzés időpontjában**



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A dohányosok körében a dohányzási motivációk is megkérdésre kerültek a korábbi mérésekhez hasonlóan. A WISDM-37 kérdőív skálaeredményeit és reliabilitási mutatóit a 31. táblázat foglalja össze.

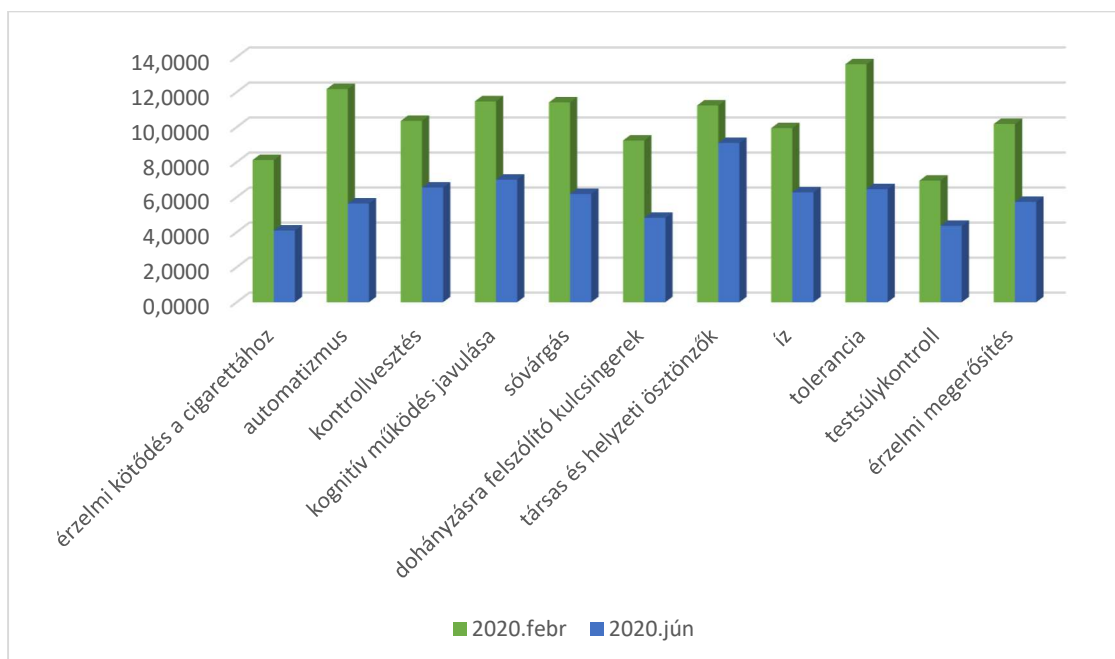
31. táblázat: A WISDM-37 skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában

WISDM-37	2020.február			2020.június		
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
Érzelmi kötődés a cigarettához	8,12	4,14	0,785	4,09	1,76	0,521
Automatizmus	12,18	5,80	0,817	5,65	2,16	0,734
Kontrollvesztés	10,35	4,49	0,710	6,55	3,36	0,671
Kognitív működés javulása	11,47	4,52	0,883	7,00	4,43	0,891
Sóvárgás	11,41	5,75	0,922	6,18	3,57	0,826
Dohányzásra felszólító kulcsingerek	9,24	3,37	0,524	4,82	2,23	0,451
Társas és helyzeti ösztönzők	11,25	5,41	0,877	9,09	5,86	0,955
Íz	9,94	5,13	0,847	6,27	3,41	0,913
Tolerancia	13,59	6,02	0,808	6,45	4,20	0,823
Testsúlykontroll	6,94	3,27	0,853	4,36	2,06	0,673
Érzelmi megerősítés	10,18	4,03	0,766	5,73	3,38	0,841

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Mint az látható, egyes skálák megbízhatósága a korábbi mérési eredményekhez képest elmarad az ideális, várt értékhez képest (Dohányzásra felszólító kulcsingerek, illetve Érzelmi kötődés a cigarettához, Kontrollvesztés, Dohányzásra felszólító kulcsingerek, Testsúlykontroll), ugyanakkor nem elhanyagolandó a minták csekély elemszáma, amely jelentős torzító tényező lehet ebben az esetben.

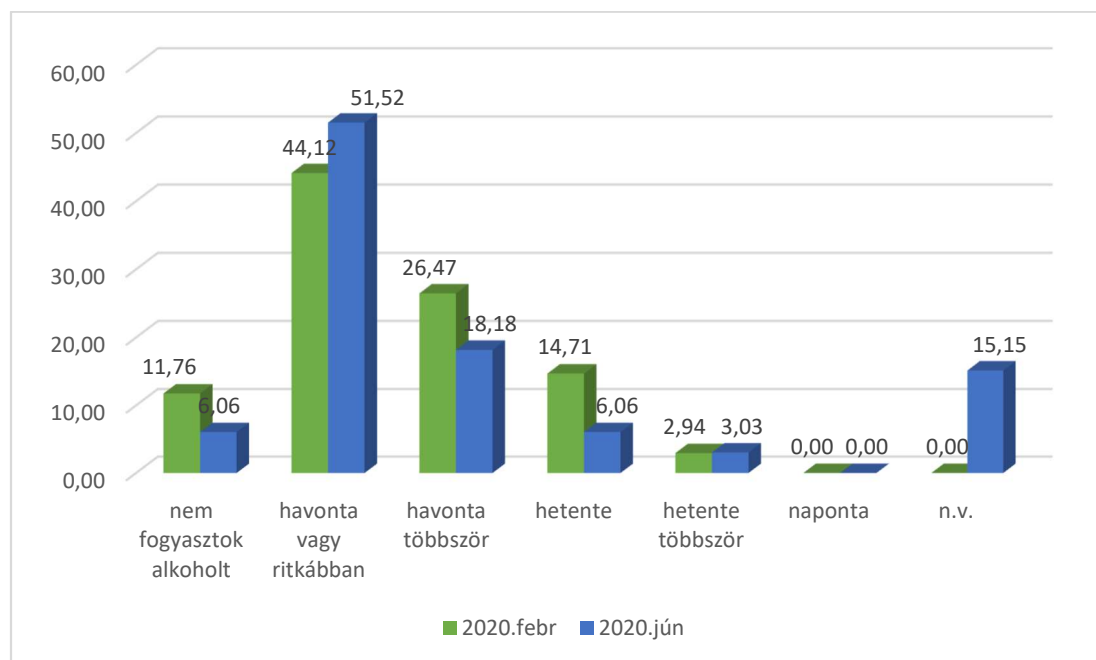
57. ábra: A WISDM-37 skálaátlagainak egymáshoz viszonyított alakulása a 2018-2020. évfolyam dohányzóinak körében, a végzés időpontjaiban



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A motivációs tényezők átlageredményeit megnézve (57. ábra) a dohányzáshoz kapcsolódó további adatok fényében a különbség a két csoport között nem meglepő, hiszen a 2020. júniusban végzők esetében a dohányzás intenzitása alacsonyabb volt, ami azt is előre vetítheti, hogy a motivációs bázisuk sem feltétlenül olyan erős, mint a 2020. februárban végzetteknek. Az alkoholfogyasztás gyakorisága tekintetében a 2020 februárjában szakmai vizsgázók körében a válaszadók 11,76%-a nyilatkozott úgy, hogy nem fogyaszt alkoholt, 44,12% havonta vagy ritkábban, 26,47% havonta többször, 14,71% hetente, míg 2,94% hetente többször fogyaszt alkoholt. A 2020 júniusában szakmai vizsgázók körében 6,06% válaszolt úgy, hogy nem fogyaszt alkoholt, míg 51,51% havonta vagy ritkábban, 18,18% havonta többször, 6,06% hetente, míg 3,03% hetente több alkalommal történő alkoholfogyasztásról számolt be (ld. 58. ábra).

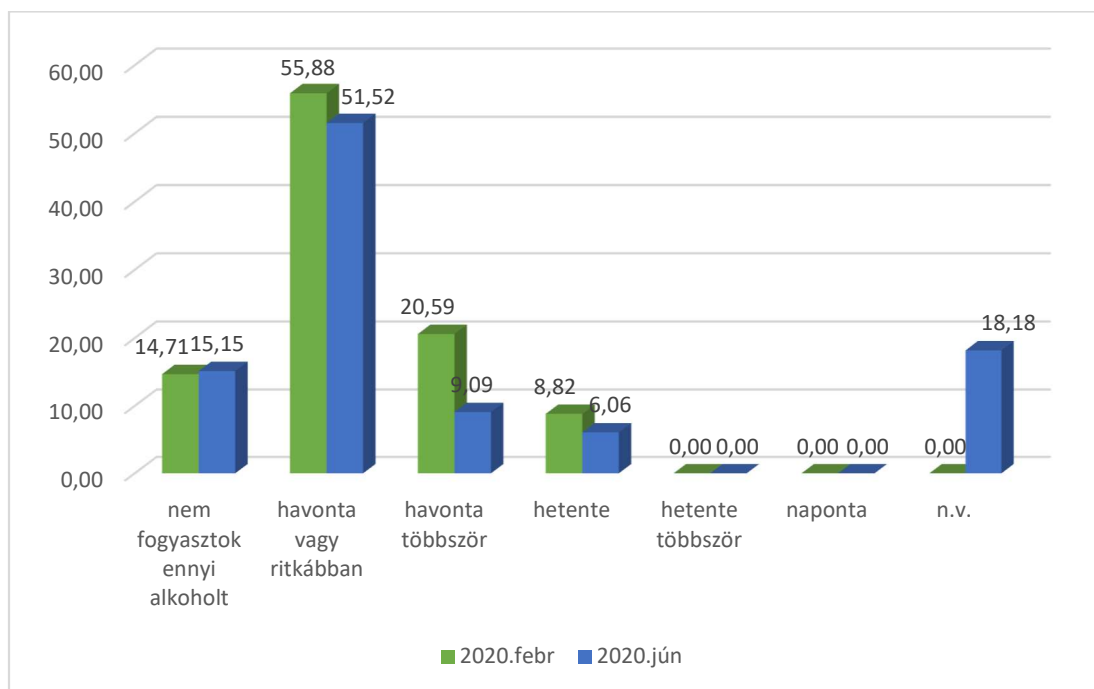
58. ábra: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A nagyívás szempontjából (ld. 59. ábra) a februárban végzettek 14,71%-a nem fogyaszt egy alkalommal ennyi alkoholt, havonta vagy ritkábban 55,88%, havonta többször 20,59%, míg hetente 8,82% fogyaszt egy alkalommal 3 vagy több egység alkoholt. A júniusban végzettek körében 15,15% nem fogyaszt ennyi alkoholt egy alkalommal, míg 51,51% havonta vagy ritkábban, 9,09% havonta többször, illetve a 6,06% hetente fogyaszt ennyi alkoholt egy alkalommal.

59. ábra: A nagyívás gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az alkoholfogyasztás körülményei kapcsán érkezett válaszokat foglalja össze a 32. sz táblázat. Elmondható, hogy az első helyeken hasonló elemek találhatók.

32. táblázat: Az alkoholfogyasztás körülményeinek alakulása a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában

2020. febr.			2020. jún.		
sorsz.	körülmény	válasz	sorsz.	körülmény	válasz
1.	szórakozóhelyen	24	1.	barátokkal beszélgetve	24
2.	barátokkal beszélgetve	20	2.	szórakozóhelyen	23
3.	koncerten	17	3.	koncerten	16
4.	étterem/presszó/bár	12		étterem/presszó/bár	
5.	szülőkkel beszélgetve	8	4.	helyszíni szurkolás közben	8
6.	helyszíni szurkolás közben	4	5.	étkezés előtt/alatt/után	6
	utcán, parkban		5		
	étkezés előtt/alatt/után				
7.	zenehallgatás közben	3	6.	sportműsor nézése közben	4
	olvasás közben		7.	zenehallgatás közben	
	egyéb		8.	olvasás közben	3
8.	sportműsor nézése közben	2	9.	szülőkkel beszélgetve	2
	utazás közben			utazás közben	
9.	sportolás előtt/közben/után	1			

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az egyéb lehetőség kapcsán a fesztivál, filmnézés, illetve születésnap, házibuli, valamint a vizsga és egyéb fontos esemény került megjelölésre a válaszadók részéről.

33. táblázat: A HOS skálaátlagainak, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékeinek alakulása a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában

Skálák	2020. február			2020. június		
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$
Személyes egészségtudatosság	16,65	4,03	0,771	17,75	4,35	0,862
Egészséges kinézettel való törődés	12,79	4,64	0,876	10,39	5,08	0,870
Egészséggel kapcsolatos szorongás	12,03	5,17	0,903	8,39	4,65	0,926
Egészséggel kapcsolatos önértékelés	17,35	3,77	0,749	19,64	3,87	0,794
Egészségtelenség elkerülésének motivációja	15,59	3,33	0,632	16,93	5,03	0,847
Egészségmotiváció	15,62	3,68	0,703	16,14	4,02	0,728
Belső egészségesség kontroll	17,38	4,13	0,834	18,89	3,98	0,847
Külső egészségesség kontroll	13,29	3,15	0,625	11,64	3,73	0,594
Egészség a jövőben	17,15	3,52	0,696	19,11	3,58	0,693
Egészségi állapot	17,21	3,32	0,692	18,43	3,50	0,681

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az Egészségorientáció Kérdőív megbízhatósági mutatói az egyes végzési időpontokban válaszolók körében nagyságrendileg hasonló értékeket mutatnak, mint a korábbi mérési pontokon. Az egyes skálákhoz tartozó Cronbach- $\alpha$  értékeket, valamint skálaátlagokat és szórásokat a 33. táblázat foglalja össze.

#### 10.3.1.4. A mentális egészségi állapot mutatói a mintákban

A mentális egészségi állapottal kapcsolatos mérőeszközök esetében a 2020. februárban és júniusban végzők körében tapasztalt skálaátlagokat, szórásokat, illetve pontos Cronbach- $\alpha$  értékeket a 34. táblázat mutatja be.

34. táblázat: A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$  értékei a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában

Skálák	2020.február			2020.június			
	M	s	$\alpha$	M	s	$\alpha$	
CES-D – Depresszió	19,76	12,67	0,927	13,21	8,34	0,871	
STAI-T – Vonásszorongás	43,03	9,73	0,886	36,50	9,08	0,900	
HADS	Depresszió	4,03	3,42	0,727	4,04	2,38	0,459
	Szorongás	4,50	4,08	0,853	3,50	3,14	0,644
LWC	Problémaelemzés	5,50	1,83	0,549	5,29	2,29	0,725
	Céltudatos cselekvés	6,41	2,32	0,629	5,79	2,85	0,803
	Érzelmi indíttatású cselekvés	4,18	3,33	0,853	2,57	2,56	0,822
	Alkalmazkodás	6,03	2,59	0,765	4,71	2,52	0,663
	Segítségkérés	3,56	1,40	0,720	2,82	1,70	0,684
	Érzelmi egyensúly keresése	3,24	1,56	0,502	2,29	1,46	0,646
	Visszahúzóadás	3,65	2,45	0,762	2,57	1,97	0,573
FDS	Diszkomfort intolerancia	18,91	5,40	0,873	13,57	4,73	0,861
	Jogosultság	19,53	5,48	0,863	15,14	5,49	0,870
	Emocionális intolerancia	19,53	4,42	0,776	14,68	4,93	0,827
	Teljesítményfrusztráció	20,50	5,33	0,899	18,04	5,73	0,837
	Frusztráció és diszkomfort összpontszám	78,47	19,05	0,956	61,43	18,87	0,950

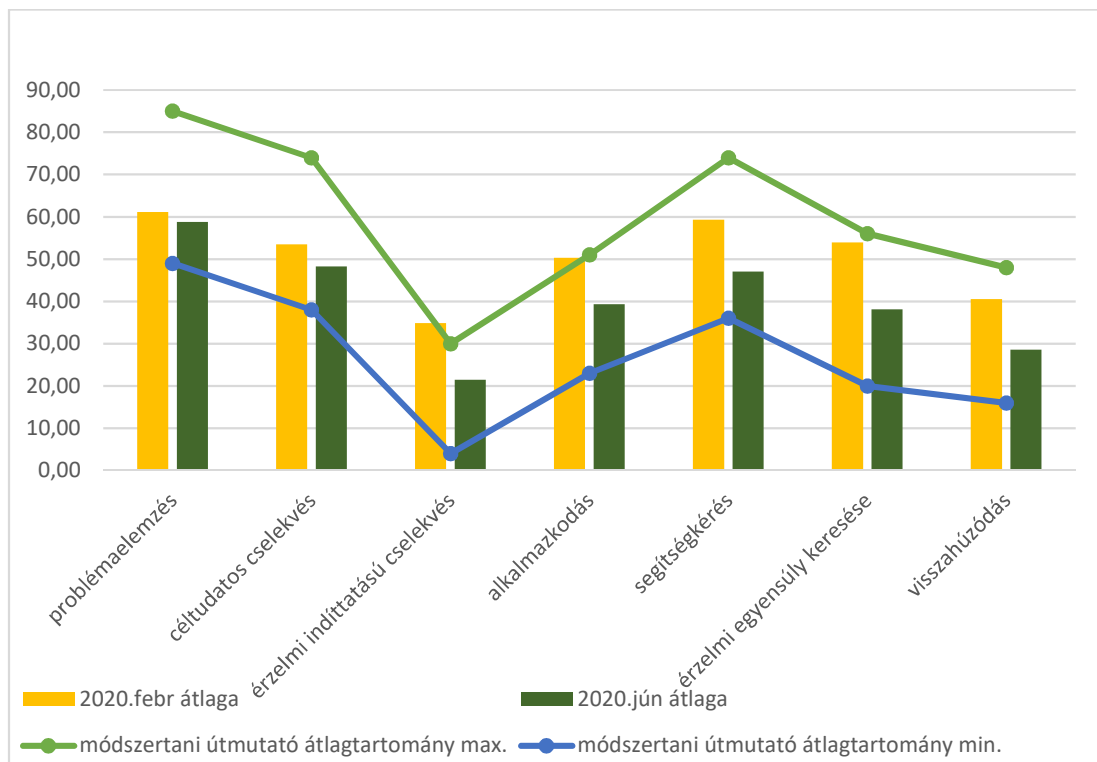
Forrás: a szerző saját szerkesztése



A **depressziót** mérő CES-D skála, illetve a **vonásszorongást** mérő STAI-T reliabilitása mindkét végzési időpontban megbízható mérőeszköznek bizonyult, ugyanakkor az aktuális szorongás és depresszió mérésére szolgáló Kórházi Szorongás és Depresszió skála esetében ugyanez csak a 2020. februári időpont vonatkozásában mondható el. A CES-D esetében a februárban végzettek körében enyhe-mérsékelt depresszív állapotot jelzett, ugyanakkor a júniusban végzettek esetében normál értékeket láthatunk. A STAI vonásszorongás-értékei a februárban végzetteknél az országos átlaghoz hasonló értékkel bírnak, míg a júniusban végzetteknél ennél jelentősen alacsonyabb érték jelentkezett. A HADS értékei mindegyik esetben normál tartományba eső átlagértéket mutattak.

A **megküzdési módok** mérésére szolgáló kérdőív (LWC) esetében a reliabilitási mutatók nagyságrendileg megfelelnek a korábbi mérési pontokon tapasztalt értékeknek az esetek mintegy felében 0,7 alatti Cronbach- $\alpha$  értékkel, ugyanakkor extrém alacsony érték a végzések született eredmények esetében nem volt. Az 57. ábra tanúsága szerint a kérdőív skálaátlagai szempontjából a 2020. februárban végzettek körében az átlagértékek rendre a protokollban található felső értékek közelében találhatók, míg a júniusban végzetteké inkább a középérték felé tendálnak.

60. ábra: A megküzdési skálák átlagértékeinek a protokoll átlagtartományához viszonyított alakulása a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A **frusztráció és diszkomfort** skála (FDS) esetében az egyes alskálák megbízhatóan mérnek, továbbá a kérdőívre vonatkozó Cronbach- $\alpha$  is magas értékeket jelzett.

Az egészségmagatartási mutatók kiégéssel, munkahelyi stresszel és mentális egészséggel való kapcsolata csak a 2020 februárjában végezettek körében kerül részletes ismertetésre, mivel ezen állománytagok válaszadási rátája jelentősen magasabb, mint a 2020 júniusában végzettek esetében.

### 10.3.1.5. Összegzés

A 2020. februárban végzettek körében a **kiégés** szempontjából mind a Deperszonalizáció, mind a Személyes teljesítmény csökkenése esetén meglehetősen magas értékek mutatkoztak. Ehhez az **RMSK** munkaterheléssel kapcsolatos skáláinak magas értékei is csatlakoznak, amelyek mindenképpen kérdéseket vetnek fel több aspektusból is, melyek egyike a fiatalok felkészültsége arra, amivel a gyakorlatban találkoznak.

Az egészségmagatartási szokások tekintetében mindenképpen érdekes, hogy a **testedzés** szempontjából habár a már korábban jelzett módszertani eltérések miatt nehézkes az ELEF 2019 értékeihez történő viszonyítás, viszont még így is jobb arányban képviseltetik magukat a rendszeresen mozgók a kutatási mintában, mint az országos prevalenciaadatok. A **dohányzók** arányát tekintve a 2020. februárban végzettek körében magasabb a dohányzók aránya, mint az országos korosztályos adatok szerinti értékek, ugyanakkor intenzitásban még nem érik el az ELEF során mért értékeket (KSH, 2021c). Az **alkoholfogyasztás** tekintetében alacsonyabb az egyáltalán nem ivók aránya a mintában, mint az országos korosztályos adatok, ugyanakkor a mérsékelt fogyasztók köre ehhez mérten magasabb, habár ezen kérdéskör kapcsán is felmerül nehéz viszonyíthatóság kérdése (KSH, 2021d).

A mentális egészség esetében kiemelendő a depresszív tünetek jelenlétére utaló eredmények a CES-D esetében, illetve a vonásszintű szorongás magyar átlaghoz való közelsége, továbbá a megküzdés kapcsán az emelkedett átlagértékek az LWC skáláinál.

A 2020 júniusában végzettek körében a **kiégés** szempontjából jelzésértékű a teljesítménycsökkenést megélők magas aránya, illetve hogy a válaszadók mintegy fele legalább közepes szintű deperszonalizációról számolt be. Az **RMSK** értékeit tekintve körükben is a munkaterheléssel kapcsolatos skálák átlagértékei terén enyhe felfelé tolódása figyelhető meg – igaz, messze nem olyan mértékű, mint a 2020. februárban végzettek körében.

Az egészségmagatartási szokások terén a magukat rendszeresen **mozgóknak** vallók arányszáma arra utal, hogy valószínűleg a mintában szereplők ilyen téren jobban figyelnek

egészségükre a magyar átlaghoz képest, ugyanakkor továbbra is feltételezhető ennek háttérében a rendszeres fizikai felmérésen való megfelelés feladata is. A **dohányzás** terén ebben a mintában a rendszeres dohányzók aránya az ELEF 2019 eredményeihez képest fele a magyar átlagnak, míg a magát alkalmi dohányosnak vallóké mintegy háromszorosa (KSH, 2021c). Mindezek mellett a nemdohányzók hasonló arányban voltak jelen ebben a mintában, mint a magyar átlag szerinti arányuk. Az **alkoholfogyasztás** kapcsán hasonlóak mondhatók el, mint a 2020. februárban végzetek esetében.

A **mentális egészség** tekintetében a depresszió és a szorongás mentén látható normál, illetve a vonásszorongás esetén a magyar standardhoz képest jelentősen alacsonyabb vonásszintű szorongás jelenléte megjegyzendő, mint ahogyan a megküzdés tekintetében a gyakran protokoll szerinti átlagtartomány alsó felében elhelyezkedő átlagértékek az egyes copingmechanizmusok kapcsán.

### **10.3.2. Hipotézisvizsgálatok a 2020. februárban végzetek körében**

#### **10.3.2.1. Egészségmagatartás és kiegész**

A **testedzéssel** kapcsolatos első kérdés a rendszeres tesztelés végzésének tényére kérdez rá – mindössze a Személyes teljesítmény csökkenése skála esetében mutatkozott szignifikáns eltérés ( $U=72,50$ ,  $p=0,022$ ), méghozzá a teljesítménycsökkenés érzése a rendszeres edzést nem végzők körében intenzívebb (a fejezetben bemutatott összes eredményt részletesen ld. XIII. függelék).

Sem az heti alkalmakra vonatkozó csoportosítás, sem a testedzés alkalmankénti időintervalluma nem mutatkozott szignifikáns különbség a csoportok között a Kruskal-Wallis próbával.

A **dohányzás** kapcsán a dohányzási státusz esetén szintén a Deperszonalizáció ( $H_{(3)}=9,365$ ,  $p=0,013$ ) mentén mutatkozott szignifikáns eltérés az egyes csoportok között, méghozzá az egyáltalán nem dohányzók és az alkalmi dohányosok, valamint az rendszeres és az alkalmi dohányosok közötti legélesebb különbséggel – mindkét viszonylatban az alkalmi dohányzók csoportja jelentősen intenzívebb elszemélytelenedési értéket mutatott a vizsgálatban.

A naponta elszívott cigaretta mennyiségét tekintve nem látható statisztikailag jelentős eltérés az egyes csoportok mentén a kiegész skálái tekintetében, mint ahogyan a dohányzási motivációs skálák és a kiegész skálák együttjárást vizsgálva sem.

Az **alkoholfogyasztás** gyakorisága mentén szintén nem volt eltérés a kiegészi mutatók vonatkozásában, mint ahogyan a nagyívás gyakorisága kapcsán sem.

Az **egészségorientáció** szempontjából az Érzelmi kimerültség öt, a Deperszonalizáció hat skálával jelzett szignifikáns együttjárást. Az Érzelmi kimerültség esetén ezek a következők voltak: a Személyes egészségtudatosság ( $r=-0,362$ ,  $p=0,035$ ), az Egészséggel kapcsolatos önértékelés ( $r=-0,512$ ,  $p=0,002$ ), a Külső egészségesség kontroll ( $r=0,399$ ,  $p=0,020$ ), továbbá az Egészségesség a jövőben ( $r=-0,441$ ,  $p=0,009$ ) és az Egészségi állapot ( $r=-0,381$ ,  $p=0,026$ ). Mint látható, az együttjárások a Külső egészségesség kontroll esetét leszámítva fordítottak, vagyis az érzelmi kimerültség magasabb értékei a vonatkozó egészségorientációs mutatók alacsonyabb értékeivel járnak együtt. A korrelációk mérete alapján biztos de gyenge, illetve közepes erősségű kapcsolatokról beszélhetünk.

#### **10.3.2.1.1. Összegzés**

A 2020. februárban végzetek körében csekély kapcsolat mutatkozott az egészségmagatartási szokások és a kiegész kapcsolatát illetően. A dohányzási státusz esetén volt a csoportok között szignifikáns eltérés a Deperszonalizáció szintje vonatkozásában, emellett mindössze néhány egészségorientációs tényező esetén mutatkozott együttjárás, melyekben a Deperszonalizáció és az Érzelmi kimerültség volt érintett a kiegész részéről.

#### **10.3.2.2. Egészségmagatartás és munkahelyi stressz**

A rendszeres **testedzés** ténye a Munkaidő megítélése ( $U=68,50$ ,  $p=0,014$ ) és az Anyagi elismertség megítélése ( $U=78,00$ ,  $p=0,034$ ) skálák esetében mutatott szignifikáns különbséget a két vizsgált csoport között: mindegyik esetben a rendszeresen nem edzők élték meg nagyobbak ezen tényezők mentén a megterhelést (a fejezetben bemutatott összes eredményt részletesen ld. XIV. függelék).

A testedzés heti gyakorisága, illetve alkalmankénti időintervalluma kapcsán végzett elemzés nem jelzett statisztikailag jelentős eltérést.

A **dohányzási** státusz kapcsán mindössze az Egészségi Állapot ( $H_{(3)}=11,182$ ,  $p=0,004$ ) skála esetében jelentkezett szignifikáns eltérés az egyes csoportok között, méghozzá a legintenzívebben a nemdohányzók és a már leszokottak, illetve a nemdohányzók és alkalmi dohányosok között: jellemzően a nemdohányzók jobb egészségi állapotról számoltak be, különösen eme két csoporthoz képest. Ugyanakkor a naponta elszívott cigaretta mennyisége mentén végzett elemzés nem jelzett szignifikáns különbséget az egyes csoportok között.

A *dohányzási motivációk* esetében összesen 11 esetben figyelhető meg kapcsolódás az RMSK skálái és a PSS irányába. Az Automatizmus és a Sóvárgás az Aktivitással ( $r=-0,598$ ,

$p=0,11$  és  $r=-0,489$ ,  $p=0,046$ ) jelez kapcsolatot, vagyis az alacsonyabb szintű aktivitásról beszámolók körében mind az automatizmus, mind a sóvárgás alacsonyabb értékekkel jár együtt, ezek a kapcsolatok közepes erősségűek.

A Dohányzásra felszólító kulcsingerek a Vezetés, irányítás szubjektív megítélésével ( $r=0,656$ ,  $p=0,004$ ) és a Külső-belső kontroll skálával ( $r=0,568$ ,  $p=0,017$ ) szintén közepes erősségű együttjárást jelez. A kapott eredmények alapján mind a vezetés, irányítás rosszabb megítélése, mind az erősebb belső kontrollal való beállítottság a dohányzásra felszólító kulcsingerek erősebb jelenlétével társul a dohányzók körében.

A Társas és helyzeti ösztönzők a Stresszoldással ( $r=0,539$ ,  $p=0,026$ ) mutat közepes erősségű kapcsolatot, vagyis az intenzívebben jelen levő társas és helyzeti ösztönzők stabilabb stresszoldó stratégiákkal járnak együtt a mintában.

A Testsúlykontroll a Munkaidő megítélésével ( $r=-0,484$ ,  $p=0,049$ ) és az Anyagi elismertség megítélésével ( $r=-0,723$ ,  $p=0,001$ ) jelzett együttjárást. A Munkaidő megítélése kapcsán a közepes erősségű, fordított kapcsolat azt jelenti, hogy a munkaidő megítélésének rosszabb volta a dohányzás testsúly kontrollálására való használatában kisebb szerepet játszik. Az anyagi elismertség rosszabb megítélése szintén kisebb szerepet játszik a mintában a dohányzás testsúly kontrollálására irányulásában, ráadásul ezen kapcsolat már jelentős mértékű.

Az Érzelmi megerősítés a Külső-belső kontroll ( $r=0,528$ ,  $p=0,029$ ) és az Észlelt Stressz ( $r=-0,637$ ,  $p=0,006$ ) mutatókkal jelzett kapcsolatot. Vagyis minél inkább belső kontrollal való beállítottságú valaki, illetve minél magasabb az elmúlt hónapban észlelt stressz szintje, annál inkább érvényesül esetében a dohányzás érzelmi megerősítő volta, s ez az együttjárás közepes, illetve markáns erősséggel jelent meg a vizsgált csoportban.

Az **alkoholfogyasztás** gyakorisága három esetben mutatott szignifikáns eltérést a vizsgált csoportok között: Munkahelyi légkör szubjektív megítélése ( $H_{(4)}=8,876$ ,  $p=0,044$ ), az Egészségi állapot ( $H_{(4)}=9,535$ ,  $p=0,030$ ) és a Támogatottság ( $H_{(4)}=14,356$ ,  $p=0,001$ ) esetében. A post-hoc elemzések rámutattak arra, hogy a Munkahelyi légkör szempontjából a legnagyobb különbségek a havonta vagy ritkábban és a hetente, illetve havonta többször és hetente fogyasztók között voltak: a hetente fogyasztók jelentősen problémásabbnak élték meg ezt a tényezőt, mint a másik két említett csoport tagjai. Emellett az Egészségi állapot vonatkozásában szintén az alkoholt havonta vagy ritkábban fogyasztók és a havonta többször, illetve hetente fogyasztók között volt a legerősebb eltérés: utóbbi csoportok kevésbé jónak ítélték egészségi állapotukat. A Támogatottság esetében négy részösszehasonlítás is statisztikailag jelentős különbséget jelzett: az alkoholt nem fogyasztók és a havonta vagy ritkábban fogyasztók, a nem

fogyasztók és a hetente fogyasztók, a havonta vagy ritkábban és a havonta többször, illetve a havonta többször és a hetente fogyasztók viszonylatában. Ezek tanúságai alapján a legalacsonyabb támogatottságról a nem fogyasztók számoltak be, őket követték a havonta többször fogyasztók, a hetente fogyasztók, míg a legerősebb támogató szociális közegekről a havonta vagy ritkábban alkoholt fogyasztók számoltak be.

A nagyívás gyakorisága nem mutatott kapcsolatot a munkahelyi stresszel.

Az **egészségorientáció** tíz skálája közül az Egészségmotiváció nem mutatott semmilyen összefüggést a munkahelyi stressz mérésére használt RMSK, illetve PSS skáláival.

A Személyes egészségtudatosság skála az Anyagi elismertség megítélése ( $r=0,358$ ,  $p=0,037$ ), Külső-belső kontroll ( $r=0,390$ ,  $p=0,022$ ) és Észlelt Stressz ( $r=-0,387$ ,  $p=0,024$ ) mutatók esetében jelzett statisztikailag jelentős együttjárást.

Az Egészséges kinézettel való törődés az RMSK 11 skálájával jelzett kapcsolatot, melyek egy kivétellel mind pozitív előjelűek: a Munkaterhelés szubjektív megítélése ( $r=0,405$ ,  $p=0,017$ ), a Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $r=0,349$ ,  $p=0,043$ ), a Munkaterhelés komplex megítélése ( $r=0,358$ ,  $p=0,037$ ), Munkahely komfortjának megítélése ( $r=0,423$ ,  $p=0,013$ ), Munkahely külső megítélése ( $r=0,342$ ,  $p=0,048$ ), Munkavégzés etikai aspektusai ( $r=0,418$ ,  $p=0,014$ ), Effektív munkaterhelés ( $r=0,372$ ,  $p=0,030$ ), A szervezet elvárásainak megítélése ( $r=0,358$ ,  $p=0,038$ ), A szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése ( $r=0,382$ ,  $p=0,026$ ), Stresszoldás ( $r=-0,618$ ,  $p=0,000$ ) és Munkahelyi stresszindex ( $r=0,442$ ,  $p=0,009$ ). Vagyis jellemzően a munkaterheléssel kapcsolatos skálák esetében volt jelen szignifikáns kapcsolódás a vizsgált tényezők között

Az Egészséggel kapcsolatos szorongás kilenc RMSK skálával mutatott együttjárást, ezek szintén a Stresszoldás kivételével mind pozitív előjelűek: Munkaterhelés szubjektív megítélése ( $r=0,404$ ,  $p=0,018$ ), Munkahelyi légkör szubjektív megítélése ( $r=0,346$ ,  $p=0,045$ ), Munkaterhelés komplex megítélése ( $r=0,347$ ,  $p=0,044$ ), Munkahely komfortjának megítélése ( $r=0,440$ ,  $p=0,009$ ), Munkavégzés etikai vonatkozásai ( $r=0,423$ ,  $p=0,013$ ), Munkafeladathoz való hozzáállás ( $r=0,397$ ,  $p=0,020$ ), A szervezet elvárásainak megítélése ( $r=0,389$ ,  $p=0,023$ ), Stresszoldás ( $r=-0,637$ ,  $p=0,000$ ) és Munkahelyi stresszindex ( $r=0,398$ ,  $p=0,020$ ) A korrelációs értékek jellemzően gyenge-közepes erősségű kapcsolatokat jeleznek.

Az Egészséggel kapcsolatos önértékelés öt esetben jelzett statisztikailag jelentős mértékű kapcsolatot az RMSK mutatóival, viszont ebből négy esetben kifejezetten az egyénre vonatkozó mutatók esetében: Egészségi állapot ( $r=-0,422$ ,  $p=0,013$ ), Külső-belső kontroll ( $r=0,345$ ,  $p=0,046$ ), Aktivitás ( $r=-0,401$ ,  $p=0,019$ ), Stresszoldás ( $r=0,387$ ,  $p=0,024$ ) mutatókon túl a Munkavégzés etikai aspektusai ( $r=-0,376$ ,  $p=0,029$ ) RMSK skálával, továbbá az Észlelt

Stressz ( $r=-0,658$ ,  $p=0,000$ ) skálával. A kapcsolatok jellemzően negatív előjelűek, vagyis fordított irányú együttjárásról beszélhetünk, az értékek pedig az RMSK esetében gyenge-közepes erősségűek, míg az Észlelt Stressz esetében erős közepes nagyságú.

Egészségtelenség elkerülésének motivációja hét munkahelyi stresszel kapcsolatos skálával mutatott együttjárást: a Munkaterhelés szubjektív megítélése ( $r=0,395$ ,  $p=0,021$ ), A szervezet jellegéből adódó terhelés ( $r=0,360$ ,  $p=0,037$ ), Vezetés, irányítás szubjektív megítélése ( $r=0,360$ ,  $p=0,037$ ), Munkaterhelés komplex megítélése ( $r=0,339$ ,  $p=0,050$ ), Munkaidő megítélése ( $r=0,609$ ,  $p=0,000$ ), Effektív munkaterhelés ( $r=0,343$ ,  $p=0,047$ ) és Anyagi elismertség megítélése ( $r=0,617$ ,  $p=0,000$ ). Az  $r$ -értékek között jelentős eltérés mutatkozik: öt esetben gyenge kapcsolatról beszélhetünk (0,4 alatti értékek), ugyanakkor két mutató esetében a 0,6 feletti érték már erős közepes, stabil kapcsolatot jelez (a munkaidő és az anyagi megbecsültség kérdésköre kapcsán).

A Belső egészségeség kontroll mindössze három stresszel kapcsolatos mutatóval mutatott kapcsolatot: Anyagi elismertség megítélése ( $r=0,396$ ,  $p=0,020$ ), Külső-belső kontroll ( $r=0,344$ ,  $p=0,046$ ) és Észlelt stressz ( $r=-0,382$ ,  $p=0,026$ ). Ezek mindegyike gyenge erősségűnek mondható együttjárás.

A Külső egészségeség kontroll az RMSK 17 skálájával jelzett kapcsolatot: Munkahelyi események ( $r=0,369$ ,  $p=0,032$ ), Munkaterhelés szubjektív megítélése ( $r=0,468$ ,  $p=0,005$ ), A szervezet jellegéből adódó terhelés ( $r=0,454$ ,  $p=0,007$ ), Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $r=0,448$ ,  $p=0,008$ ), Munkahelyi légkör szubjektív megítélése ( $r=0,543$ ,  $p=0,001$ ), Vezetés, irányítás szubjektív megítélése ( $r=0,454$ ,  $p=0,007$ ), Munkaterhelés komplex megítélése ( $r=0,504$ ,  $p=0,002$ ), Munkahely komfortjának megítélése ( $r=0,383$ ,  $p=0,026$ ), Munkahely külső megítélése ( $r=0,438$ ,  $p=0,010$ ), Munkavégzés etikai aspektusai ( $r=0,420$ ,  $p=0,013$ ), Effektív munkaterhelés ( $r=0,480$ ,  $p=0,004$ ), Egyéni felelősség megítélése ( $r=0,350$ ,  $p=0,043$ ), A szervezet elvárásainak megítélése ( $r=0,463$ ,  $p=0,006$ ), a Szervezetten belül elfoglalt pozíció megítélése ( $r=0,490$ ,  $p=0,003$ ), Külső-belső kontroll ( $r=-0,434$ ,  $p=0,010$ ), Stresszoldás ( $r=-0,596$ ,  $p=0,000$ ) és Munkahelyi stresszindex ( $r=0,389$ ,  $p=0,023$ ). Ezek közül mindössze két skála vonatkozott az egyéni tényezőkre, a többi mind a munkaterheléshez kapcsolódó mutató volt, emellett a korrelációs értékek döntően közepes erősségű együttjárást jeleznek (mindössze három esetben látható gyenge kapcsolat).

Az Egészség a jövőben az RMSK 15 skálájával jelzett együttjárást: Munkahelyi események ( $r=-0,345$ ,  $p=0,046$ ), Munkaterhelés szubjektív megítélése ( $r=-0,375$ ,  $p=0,029$ ), A szervezet jellegéből adódó terhelés ( $r=-0,411$ ,  $p=0,016$ ), Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $r=-0,428$ ,  $p=0,012$ ), Munkahelyi légkör szubjektív megítélése ( $r=-0,488$ ,  $p=0,003$ ), Munkaterhelés

komplex megítélése ( $r=-0,410$ ,  $p=0,016$ ), Munkahely külső megítélése ( $r=-0,442$ ,  $p=0,009$ ), Munkavégzés etikai aspektusai ( $r=-0,493$ ,  $p=0,003$ ), Effektív munkaterhelés ( $r=-0,344$ ,  $p=0,047$ ), Egyéni felelősség megítélése ( $r=-0,366$ ,  $p=0,033$ ), A szervezet elvárásainak megítélése ( $r=-0,458$ ,  $p=0,006$ ), a Szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése ( $r=-0,456$ ,  $p=0,007$ ), Egészségi állapot ( $r=-0,381$ ,  $p=0,026$ ), Külső-belső kontroll ( $r=0,560$ ,  $p=0,001$ ), Stresszoldás ( $r=0,442$ ,  $p=0,009$ ). Kiemelendő, hogy mindössze két esetben nem fordított irányú kapcsolatról beszélhetünk. Mindezek mellett az Észlelt stressz ( $r=-0,641$ ,  $p=0,000$ ) esetében láthatjuk a legerősebb kapcsolatot a stressz kérdéskörét illetően, amely szintén negatív előjelű, vagyis fordított együttjárást jelez.

Az Egészségi állapot 10 skálával mutatott szignifikáns kapcsolatot: Munkahelyi események ( $r=-0,415$ ,  $p=0,015$ ), Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $r=-0,357$ ,  $p=0,038$ ), Munkahelyi légkör szubjektív megítélése ( $r=-0,346$ ,  $p=0,045$ ), Munkahely külső megítélése ( $r=-0,356$ ,  $p=0,039$ ), Munkavégzés etikai aspektusai ( $r=-0,392$ ,  $p=0,022$ ), Egyéni felelősség megítélése ( $r=-0,433$ ,  $p=0,011$ ), A szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése ( $r=-0,361$ ,  $p=0,036$ ), Aktivitás ( $r=-0,398$ ,  $p=0,020$ ), Stresszoldás ( $r=0,555$ ,  $p=0,001$ ), Munkahelyi stresszindex ( $r=-0,365$ ,  $p=0,034$ ), Észlelt stressz ( $r=-0,474$ ,  $p=0,005$ ). A korrelációs értékek gyenge-közepes erősségű, a Stresszoldás kivételével fordított együttjárásokat jeleznek.

#### 10.3.2.2.1. Összegzés

A 2020. februárban szakmai vizsgát tettek körben az *egészségmagatartás és a munkahelyi stressz* kapcsolódását illetően elmondható, hogy a testedzés, a dohányzás és az alkoholfogyasztás kérdései mentén a különböző csoportok között csak néhány esetben merült fel szignifikáns eltérés – a legtöbb az alkoholfogyasztás gyakorisága mentén, három RMSK skála vonatkozásában.

A *dohányzás motivációs háttérét* tekintve az elvégzett korrelációs elemzések négy motivációs tényező esetén jeleztek együttjárást a stresszel kapcsolatosan alkalmazott mérőeszközöknél, de maximum két-két skála esetén.

Az *egészségorientáció* kapcsán elmondható, hogy az RMSK skálái, illetve a PSS mindössze egyetlen egészségorientációs tényező esetén nem jeleztek semmiféle összefüggést. Emellett a legmarkánsabb – legtöbb szignifikáns – együttjárás a Külső egészségesség kontroll, az Egészség a jövőben, az Egészséges kinézettel való törődés és az Egészségi állapot mentén jelentkezett az egészségorientáció oldaláról, míg a stresszel kapcsolatos mutatók oldaláról a Stresszoldás, a Munkavégzés etikai vonatkozásai, a Munkaterhelés komplex megítélése,



továbbá az Észlelt Stressz esetében jelentkezett. Ezek az együttjárások többsége gyenge-közepes erősségű.

### **10.3.2.3. Egészségmagatartás és mentális egészség**

A rendszeres **testedzés** ténye a Problémaelemzés ( $U=62,50$ ,  $p=0,006$ ), Segítségkérés ( $U=63,00$ ,  $p=0,006$ ), Érzelmi egyensúly keresése ( $U=67,00$ ,  $p=0,010$ ) megküzdési mutatók kapcsán jelzett szignifikáns eltérést, mindegyik esetben a rendszeresen nem mozgók rendelkeztek magasabb értékekkel. A testedzés alkalmankénti időtartama mindössze a Teljesítményfrusztráció ( $H_{(2)}=6,455$ ,  $p=0,031$ ) skála, a teljesítményfokozók használata pedig a HADS Depresszió skála ( $H_{(2)}=6,646$ ,  $p=0,026$ ) esetében jelzett szignifikáns eltéréseket a csoportok között. A post-hoc elemzés rámutatott arra, hogy a legnagyobb eltérés az alkalmanként 30-60 percet edzők és az alkalmanként több, mint 60 percet erre szánók között van, s ez utóbbi csoport rendelkezik a magasabb értékekkel. Emellett az adatfelvételt megelőző egy hétben a depresszió szintje a teljesítményfokozó szereket alkalmilag használók és az egyáltalán nem használók között bizonyult a legintenzívebbnek, ráadásul az alkalmi használók érték el a magasabb depressziópontszámot. (A fejezetben közölt eredményeket részletesen ld. XV. függelék.)

A **dohányzási** státusz az elmúlt egy hónapra vonatkozó depresszió pontszáma (CES-D,  $H_{(3)}=10,046$ ,  $p=0,009$ ) mellett az Érzelmi indíttatású cselekvés ( $H_{(3)}=9,586$ ,  $p=0,012$ ), az Alkalmazkodás ( $H_{(3)}=10,376$ ,  $p=0,007$ ), az Érzelmi egyensúly keresése ( $H_{(3)}=9,178$ ,  $p=0,015$ ) és a Visszahúzóds ( $H_{(3)}=7,973$ ,  $p=0,032$ ) megküzdési stratégiái esetén mutatott statisztikailag jelentős eltéréseket az egyes csoportok között.

A CES-D tekintetében a legjelentősebb eltérés az egyáltalán nem dohányzók, és a már leszokottak, illetve az alkalmi dohányosok között volt – mindkét viszonylatban az egyáltalán nem dohányzók rendelkeztek szignifikánsan alacsonyabb értékekkel –, továbbá a rendszeresen dohányzók és a már leszokottak között, ahol a rendszeresen dohányzók szintén jelentősen alacsonyabb pontszámot mutattak.

A megküzdési skálák kapcsán mind az Érzelmi indíttatású cselekvések, mind az Érzelmi egyensúly keresése esetében jellemzően az egyáltalán nem dohányzók és az alkalmi dohányosok között volt a legerőteljesebb a különbség. A post-hoc elemzések alapján: az egyáltalán nem dohányzók kevésbé alkalmazzák ezeket a megküzdési módokat a vizsgált mintában, s ez a Visszahúzóds esetében is érvényes, az egyáltalán nem dohányzók a rendszeres dohányosokhoz képest mutattak statisztikailag jelentősen alacsonyabb értéket. Emellett az Érzelmi egyensúly keresése esetén az alkalmi és a rendszeresen dohányzó válaszadók között is

szignifikáns eltérés volt tapasztalható, ahol a rendszeresen dohányzókat jellemezte stabilan alacsonyabb érték, mint az alkalmi dohányosokat.

A *dohányzási motivációk* az alábbi pontokon mutattak szignifikáns együttjárást a mentális egészséggel kapcsolatos mutatókkal, a korrelációs értékek erőssége mindegyik esetben közepes erősségű:

- a Dohányzásra felszólító kulcsingerek erőteljesebb jelenléte a Teljesítményfrusztráció ( $r=0,570$ ,  $p=0,017$ ) magasabb szintjével,
- Társas és helyzeti ösztönzők magasabb értékei szintén a Teljesítményfrusztráció ( $r=0,485$ ,  $p=0,048$ ) magasabb értékeivel,
- továbbá az Érzelmi megerősítés skálán elért magasabb pontszám a CES-D kérdőívvel mért, elmúlt egy hétre vonatkozó depresszió ( $r=-0,487$ ,  $p=0,047$ ) és az elmúlt egy hétben megtapasztalt szorongás (HADS-A) ( $r=-0,534$ ,  $p=0,027$ ) alacsonyabb szintjével.

Az **alkoholfogyasztás** kérdésköre kapcsán az alkoholfogyasztás gyakorisága két megküzdési skála esetén mutatott csak szignifikáns eltérést a különböző gyakorisággal alkoholt fogyasztó csoportok között: a Céltudatos cselekvés ( $H_{(4)}=9,603$ ,  $p=0,029$ ) és az Érzelmi egyensúly keresése ( $H_{(4)}=9,786$ ,  $p=0,026$ ) esetében. A nagyívás gyakorisága egyetlen mentális egészséggel kapcsolatban használt mérőeszköz esetében sem mutatott statisztikailag jelentős eltérést az egyes csoportok között. A Céltudatos cselekvés vonatkozásában több csoport viszonylatában is statisztikailag jelentős eltérést jeleztek a post-hoc elemzések: az alkoholt nem fogyasztók a havonta vagy ritkábban, a havonta többször és a hetente fogyasztók csoportjaihoz képest egyaránt kevésbé voltak jellemezhetők ezzel a megküzdési móddal. Az Érzelmi egyensúly keresése esetén is a nem fogyasztók jelentősen alacsonyabb értékkel bírtak a havonta többször fogyasztókhoz képest.

Az **egészségorientációval** kapcsolatos skálák mindegyike esetében tapasztalható volt együttjárás a mentális egészségi állapottal kapcsolatos mutatókkal.

A Személyes egészségtudatosság mindössze a vonásszorongással ( $r=-0,403$ ,  $p=0,018$ ) jelezett fordított kapcsolatot, vagyis a magasabb vonásszintű szorongás alacsonyabb szintű személyes egészségtudatossággal járt együtt.

Egészséges kinézettel való törődés szignifikáns mértékben korrelált a depresszió és szorongás mérésére használt minden mutatóval ( $r$ -értékek  $0,404$  és  $0,479$ ,  $p=0,018$  és  $p=0,004$  között), illetve a Frusztráció és Diszkomfort skála minden mutatójával ( $r$ -értékek  $0,426$ - $0,526$ ,  $p=0,012$  és  $p=0,001$ ) között). Vagyis a magasabb depresszió értékek az elmúlt egy hét vonatkozásában, a magasabb vonásszintű szorongás és aktuális szorongásszint, valamint a magasabb diszkomfort és érzelmi intolerancia, a teljesítményfrusztráció és feljogosítottság,

illetve frusztráció és diszkomfort összpontszám az egészséges kinézettel való magasabb szintű törődéssel járt együtt a mintában, és ez a kapcsolat közepes erősségű volt mindegyik esetben.

Egészséggel kapcsolatos szorongás az Egészséges kinézettel való törődés mutatóhoz nagyon hasonló kapcsolatokat jelzett, annyi különbséggel, hogy a kapott korrelációs értékek kissé magasabbak voltak, illetve a depresszió, szorongás ( $r$ -értékek 0,595, és 0,432, a szignifikanciaszintek  $p=0,011$  és  $p=0,000$  között), frusztráció és diszkomfort mutatókon (a korrelációs értékek 0,444 és 0,582, a szignifikanciaszintek  $p=0,008$   $p=0,000$  közöttiek) túl az Érzelmi indíttatású cselekvéssel ( $r=0,464$ ,  $p=0,006$ ) is pozitív előjelű együttjárás is megjelent.

Az Egészséggel kapcsolatos önértékelés fordított kapcsolatokat jelzett az elmúlt egy hétben megtapasztalt depresszió ( $r=-0,515$ ,  $p=0,002$ ), a vonásszintű szorongás ( $r=-0,597$ ,  $p=0,000$ ) mellett három megküzdési móddal is: az Érzelmi Indíttatású cselekvéssel ( $r=-0,446$ ,  $p=0,008$ ), az Alkalmazkodással ( $r=-0,442$ ,  $p=0,009$ ) és a Visszahúzóddással ( $r=-0,534$ ,  $p=0,001$ ). A korrelációs értékek itt is közepes erősségű fordított együttjárást mutattak.

Az Egészségtelenség elkerülésének motivációja, illetve az Egészségmotiváció kizárólag a Frusztráció és Diszkomfort skála összpontszámával, illetve skáláival mutatott közepes erősségű egyenes korrelációkat (az  $r$ -értékek 0,439 és 0,557, a szignifikanciaszintek  $p=0,009$  és  $p=0,001$  közöttiek).

A Belső egészségesség kontroll a vonásszorongással ( $r=-0,374$ ,  $p=0,029$ ) fordított előjelű, gyenge erősségű kapcsolatot, a Visszahúzóddással ( $r=-0,454$ ,  $p=0,007$ ) szintén fordított előjelű, közepes erősségű kapcsolatot jelzett.

Ennek ellenpólusa, a Külső egészségesség kontroll a depresszióval és szorongással kapcsolatos mindegyik mutatóval egyenes irányú, gyenge-közepes erősségű korrelációt jelzett ( $r$ -értékek 0,370 és 0,464, szignifikanciaszintek  $p=0,031$  és  $p=0,006$  között). Emellett a vizsgált megküzdési módok közül csak az Érzelmi indíttatású cselekvéssel ( $r=0,408$ ,  $p=0,017$ ) állt fenn szignifikáns együttjárás, ugyanakkor a frusztráció s diszkomfort skálák közül az Emocionális intolerancia kivételével a további négy mutató esetében volt megfigyelhető ilyen kapcsolat ( $r=0,433$  és  $r=0,472$ , illetve  $p=0,011$  és  $p=0,005$  között).

Az Egészség a jövőben a mérés során használt szorongás- és depressziószint mérésére alkalmas skálákkal egyaránt szignifikáns, fordított irányú korrelációs kapcsolatot mutatott ( $r$  érték -0,363 és -0,644,  $p=0,035$  és  $p=0,000$  között), valamint a mért hét megküzdési mód közül három esetében – Érzelmi indíttatású cselekvés, Alkalmazkodás, Visszahúzóddás – szintén fordított irányú együttjárás állt fenn ( $r$ -érték -0,493 és -0,560, a  $p$ -érték 0,003 és 0,001 között).

Az Egészségi állapot a jövőbeni egészséggel nagyon hasonló esetekben jelzett szignifikáns együttjárást a mentális egészség mutatóival: fordított irányú, de kicsit alacsonyabb  $r$ -értékkel

bíró (r-érték -0,355 és -0,548, p=0,001 és 0,0039 között) korreláció a depresszió és szorongás esetében, kivéve a Kórházi Szorongás és Depresszió Skála depresszióra vonatkozó pontszámát, mellyel nem állt fenn szignifikáns kapcsolat. Emellett a megküzdés tekintetében szintén ugyanazon három skála esetében állt fenn statisztikai kapcsolat, melyek szintén fordított irányú kapcsolatok, kicsit alacsonyabb korrelációs értékekkel (r=-0,400 és -0,456, p=0,007 és 0,019 között).

#### **10.3.2.3.1. Összegzés**

A 2020 februárjában végzetek körében az egészségmagatartási szokások és a mentális egészség kapcsolatát tekintve több ponton jelentkezett statisztikai szempontból jelentős eredmény.

Az egészségmagatartási szokásokkal kapcsolatos kérdések esetében a különböző csoportok eltéréseit vizsgálva a testedzés kapcsán elsősorban a megküzdési módok vonatkozásában jelentkezett szignifikáns mértékű különbség, mint ahogyan a dohányzás és az alkoholfogyasztás esetében is.

A dohányzás motivációs bázisa esetén mindössze néhány kapcsolat jelentkezett, ugyanakkor az egészségorientáció tekintetében elsősorban a szorongás és depresszió esetén volt megfigyelhető a legtöbb ponton együttjárás. Arányaiban ezt követte a frusztráció és diszkomfort kezelésével kapcsolatos mutatók és egészségorientációs tényezők közt mutatkozó összefüggések, majd végül, de nem utolsó sorban az egyes megküzdési módok. Utóbbiak közül kiemelkedett az Érzelmi indíttatású cselekvés és a Visszahúzóadás.

#### **10.3.2.4. A három mérési pont eredményeinek összehasonlítása a 2020 februárjában végzetek esetében**

A 2020 februárjában sikeres szakmai vizsgát tett tanulók mindegyike másfél éves iskolarendszerű képzésben vett részt, így esetükben a képzésük két korábbi pontján történt adatfelvétel során nyert adatokkal történő összehasonlítás a minta alacsony elemszáma ellenére is tanulságos lehet arra nézve, hogy az ő tanulmányaik kezdete előtt egy évvel korábban bevezetett másfél éves képzésben milyen irányba változnak az egyes mutatók mentén a válaszadók (a fejezeten közölt eredményeket részletesen ld. XVI. függelék).

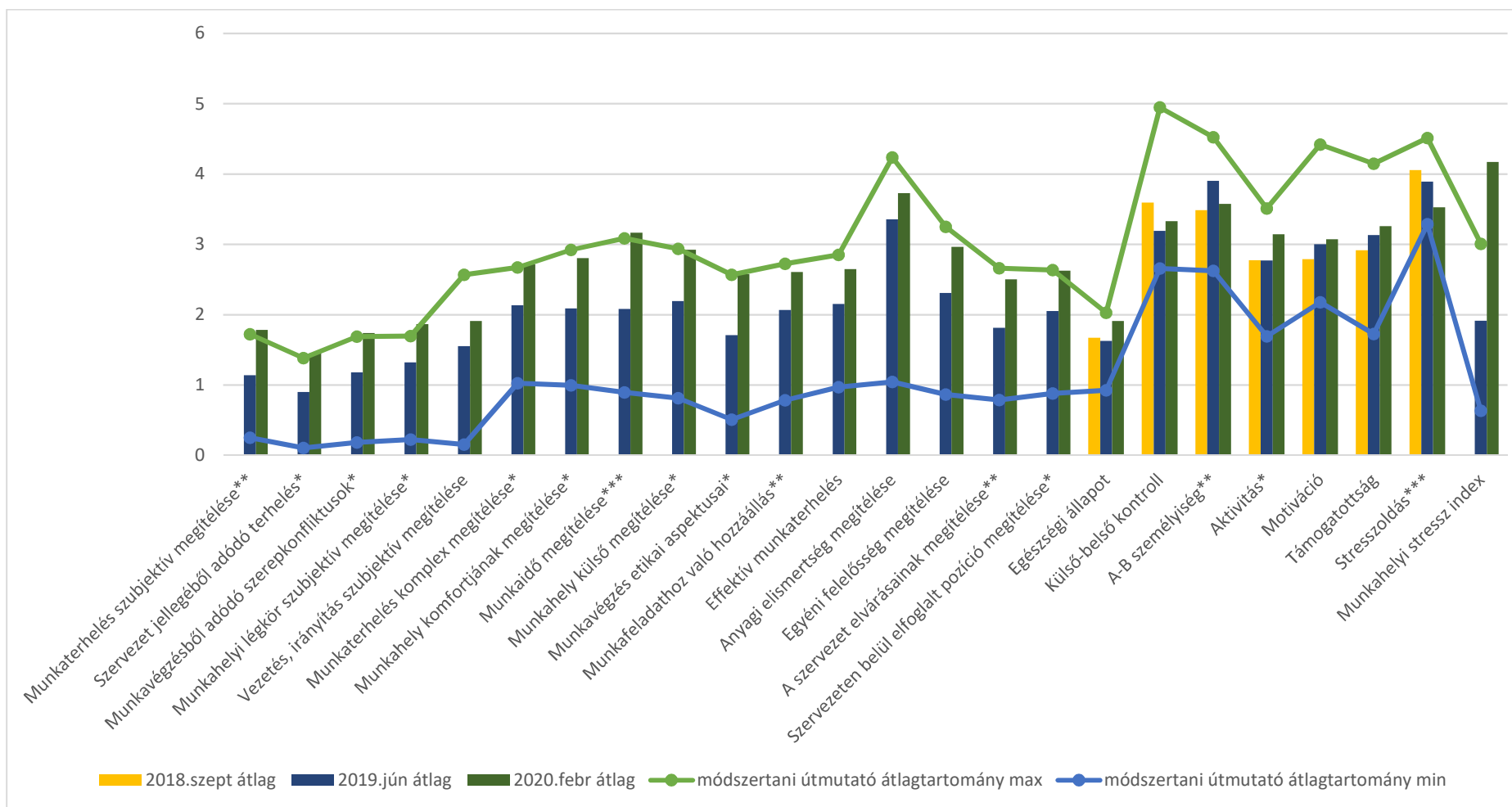
Mindenképpen elgondolkodtató, hogy a mindhárom mérési ponton szereplő mutatók közül az **RMSK egyénre vonatkozó részében** megjelenő mutatók közül az AB személyiség ( $\chi^2=12,649$ , p=0,002), a Támogatottság-személy ( $\chi^2=11,679$ , p=0,002) és a Stresszoldás

( $F_{(2)}=13,557$ ,  $p=0,000$ ) esetében is szignifikáns eltérések mutatkoztak. A post-hoc elemzések arra is rámutattak, hogy a legmarkánsabb szignifikáns különbség a 2018. szeptemberi és 2019. júniusi eredmények összehasonlítása között áll fenn. A támogató szociális háló mérete kapcsán fokozatosan emelkedő értékeket tapasztalhatunk, s a részelemzések szerint a 2018. szeptemberi eredmények mind a 2019. júniusi, mind a 2020. februári értékektől elmaradnak. A Stresszoldás esetében a három mérési pont eredményeit illetően kiemelendő, hogy a 2020. februári eredmények a 2018. szeptemberi és 2019. júniusi értékekhez mérten egyaránt statisztikailag jelentős mértékben alacsonyabbak.

Ugyanakkor szintén érdemes megvizsgálni azon skálák eltéréseit is, amelyek *csak a második és harmadik mérési ponton* szerepeltek, ugyanis ezek esetében valóban kifejezetten a próbaidő alatti tapasztalatok tükröződhetnek vissza az iskolai évhez viszonyítva, tekintve, hogy ezek az RMSK munkaterhelésre vonatkozó része, illetve az MBI is csak ezen a két ponton került felvételre. Ezen mutatók vonatkozásában az alábbi esetekben született szignifikáns eltérés:

- MBI Érzelmi kimerülés ( $Z=-2,370$ ,  $p=0,017$ )
- MBI Deperszonalizáció ( $Z=-4,321$ ,  $p=0,000$ )
- Munkaterhelés szubjektív megítélése ( $t_{(30)}=-2,95$ ,  $p<0,01$ )
- A szervezet jellegéből adódó terhelés ( $t_{(30)}=-2,68$ ,  $p<0,05$ )
- Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $t_{(30)}=-2,66$ ,  $p<0,05$ )
- Munkahelyi légkör szubjektív megítélése ( $Z=-2,191$ ,  $p=0,027$ )
- Munkaterhelés komplex megítélése ( $t_{(30)}=-2,52$ ,  $p<0,05$ )
- Munkahely komfortjának megítélése ( $Z=-2393$ ,  $p=0,015$ )
- Munkaidő megítélése ( $Z=-3-591$ ,  $p=0,000$ )
- Munkahely külső megítélése ( $Z=-2,243$ ,  $p=0,024$ )
- Munkavégzés etikai aspektusai ( $Z=-2,344$ ,  $p=0,019$ )
- A szervezet elvárásainak megítélése ( $Z=-2,780$ ,  $p=0,004$ )
- A szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése ( $Z=-2,393$ ,  $p=0,015$ )

61. ábra: Az RMSK skálaátlagai a protokoll átlagtartományához viszonyítva a három mérési ponton, a 2020. februárban végzetek körében



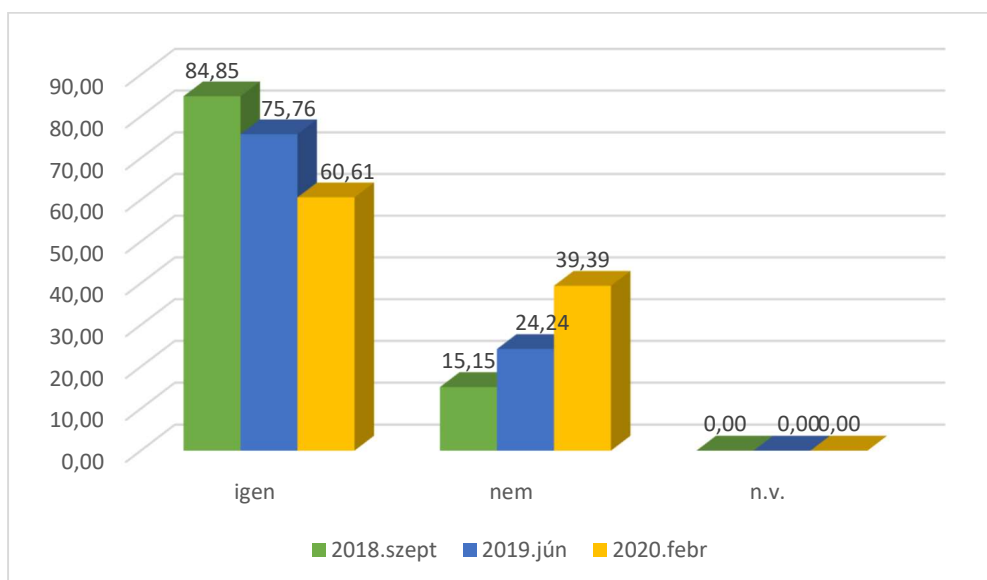
Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

Mindegyik esetben a harmadik mérési pont esetben volt megfigyelhető a magasabb pontszám, vagyis 2020. februári mérési ponton, a szakmai vizsga idején már szignifikánsan megterhelőbbnek élték meg ezeket a tényezőket, mint tanulmányaik első évének végén (ld. 61. ábra).

Az Észlelt Stressz Skála esetében ( $\chi^2=15,416$ ,  $p=0,000$ ) az elmúlt egy hónap során megélt stressz-szint folyamatos emelkedést mutat a mérési pontok között, amely a post-hoc elemzések tanúsága alapján 2020. februárban mindkét korábbi mérési ponthoz viszonyítva szignifikáns mértékben magasabb.

Az egészségmagatartási kérdések esetén mindhárom mérési ponton résztvevők esetében a mérési pontokon az egyes válaszok gyakorisága is összehasonlításra került, viszont az alacsony elemszámok miatt nem  $\chi^2$ -próba, hanem Fisher-féle Exact Teszt formájában.

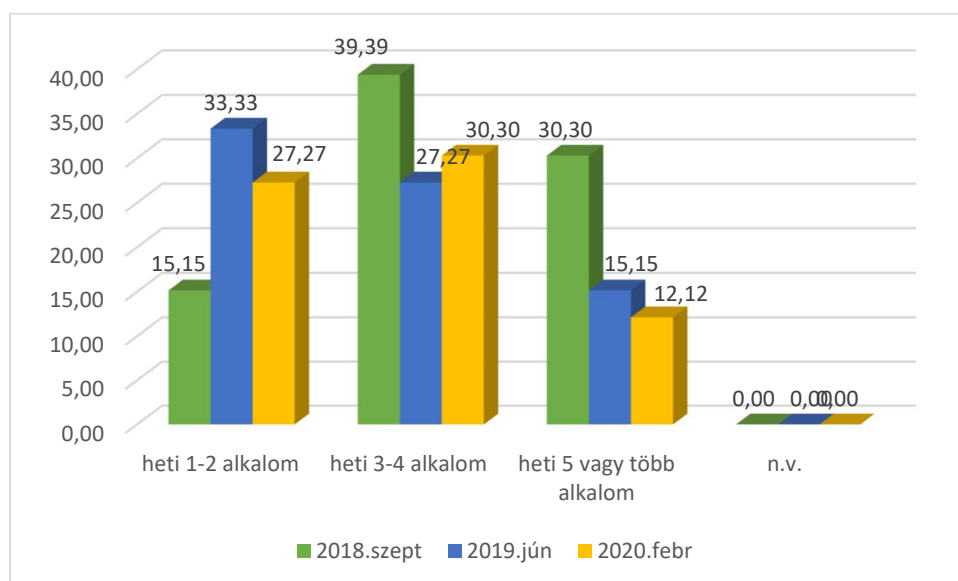
62. ábra: A rendszeres testedzést végzők arányának (%) változása a 2020. februárban végzetek körében a három mérési ponton



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Mindezek fényében a rendszeres testedzés kérdésköre esetén a három mérési pont összevetésében látható eltérések (ld. 62. ábra) tendenciózus ugyan, de nem szignifikáns (Fisher's Exact=4,940,  $p=0,097$ ).

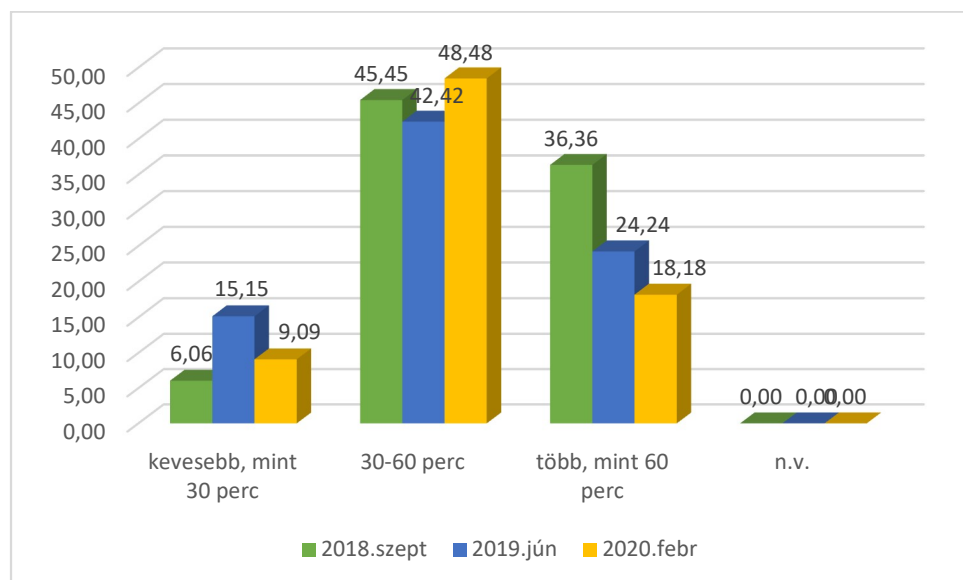
**63. ábra: A testzés heti gyakoriságának (%) változásai a 2020. februárban végzetek körében a három mérési ponton**



*Forrás: a szerző saját szerkesztése*

Az edzés heti gyakorisága szempontjából a három időpont különbségei (ld. 63. ábra) nem szignifikánsak (Fisher's Exact=7,218,  $p=0,301$ ), mint ahogyan az alkalmanként edzéssel töltött idő esetében sem (Fisher's Exact=4,841,  $p=0,574$ ) (ld. 64. ábra).

**64. ábra: A testzés alkalmankénti időtartamának (%) változásai a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében**

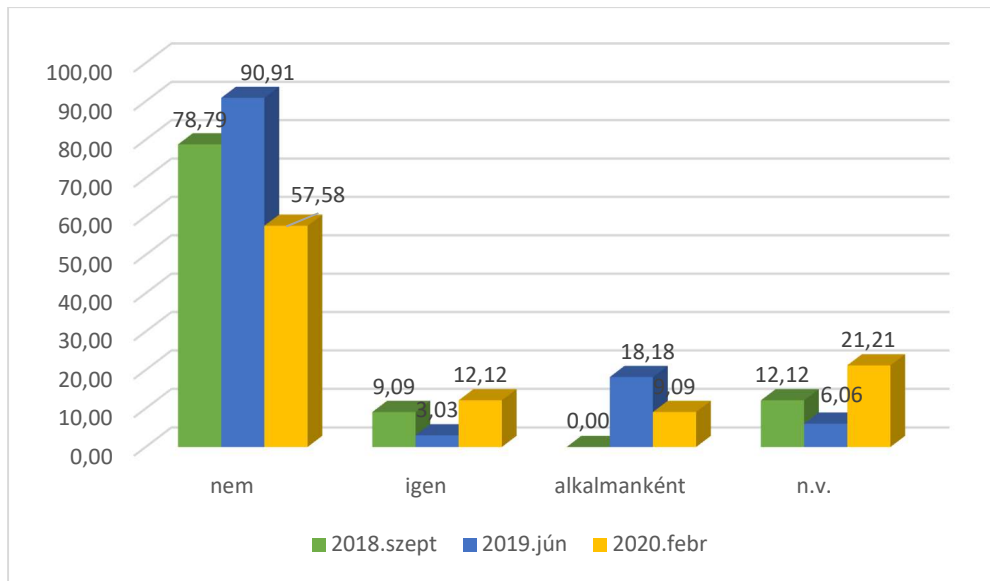


*Forrás: a szerző saját szerkesztése*

A teljesítmény- és/vagy izomtömeg növelő szerek használata vonatkozásában ugyanakkor szignifikáns eltérések láthatók (ld. 65. ábra) a három mérési pontot összehasonlítva (Fisher's Exact=7,863,  $p=0,045$ ), miközben a más táplálékkiegészítők használata esetében (Fisher's Exact=6,697,  $p=0,133$ ) szintén nem mutatkozott statisztikai szempontból jelentős eltérés.



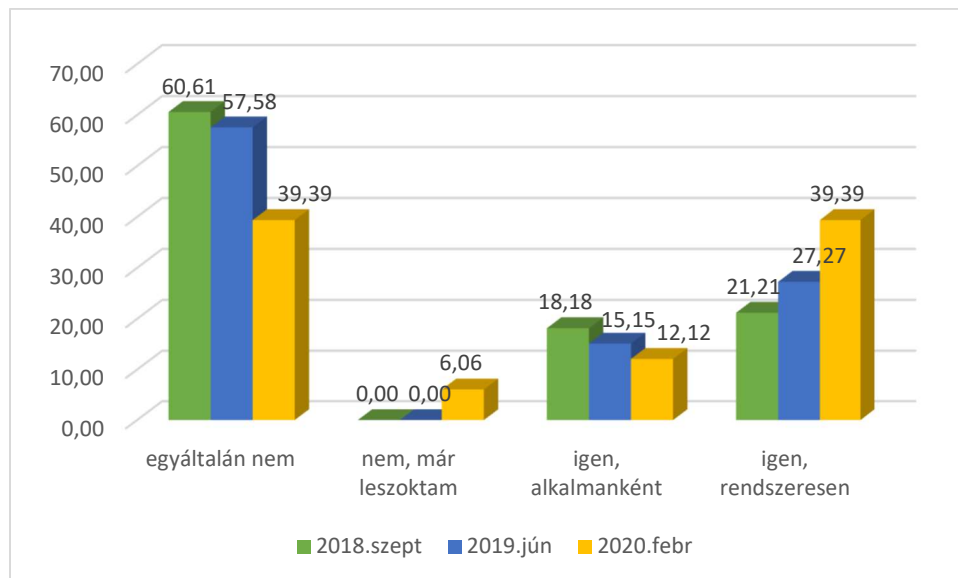
65. ábra: A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelő szerek használata (%) a három mérési ponton a 2020. februárban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A dohányzási státusz kapcsán az egyes mérési pontok mentén történt összehasonlítás (ld. 66. ábra) nem jelzett szignifikáns eltéréseket (Fisher's Exact=6,605,  $p=0,308$ ), mint ahogyan a dohányosok körében a naponta elszívott cigaretta mennyisége sem (Fisher's Exact=5,541,  $p=0,740$ ) (ld. 67. ábra).

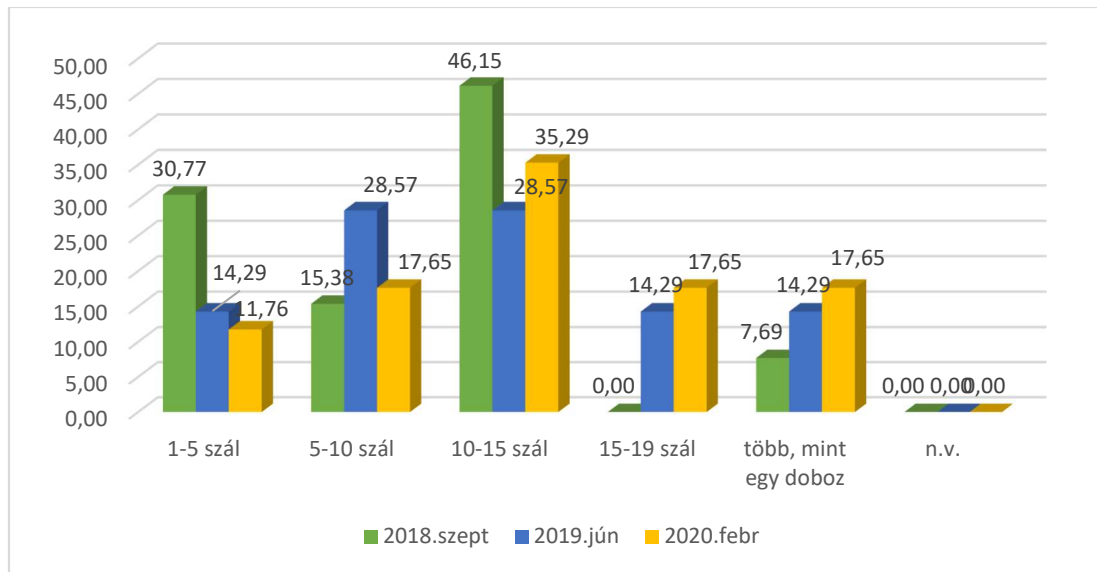
66. ábra: A dohányzási státusz (%) alakulása a három mérési ponton a 2020. februárban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A leszokás kérdésköréhez való viszonyulás esetében a három mérési ponton kapott válaszok gyakorisága szintén nem tért el egymástól statisztikailag jelentős mértékben (Fisher's Exact=4,768,  $p=0,910$ ).

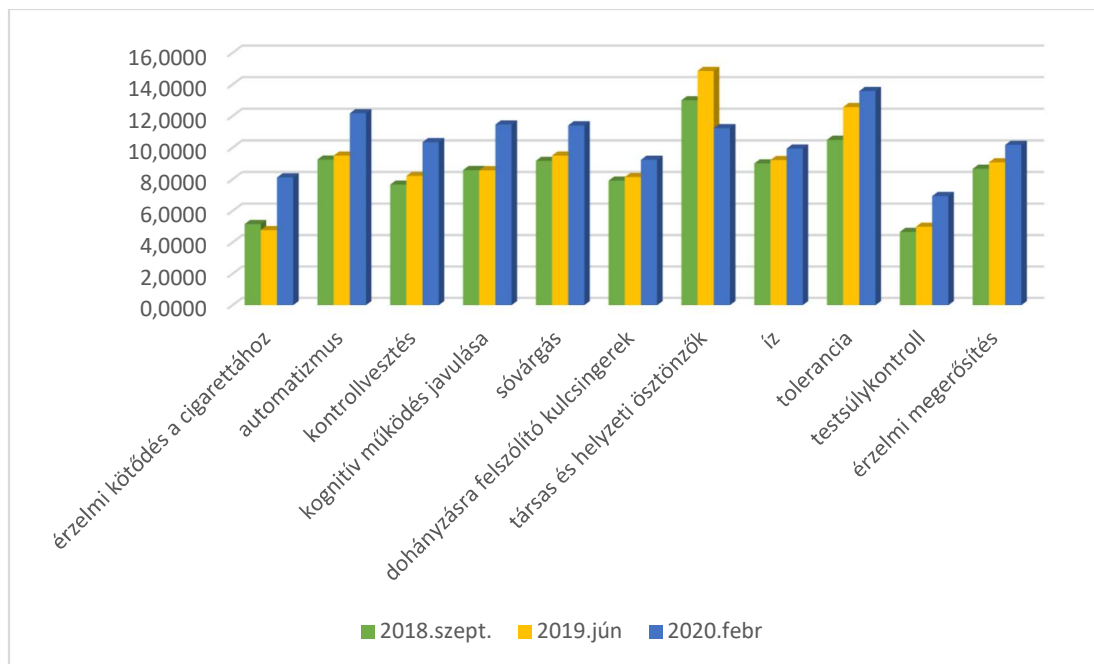
67. ábra: A naponta elszívott cigaretta mennyiségének (%) alakulása a három mérési ponton a 2020. februárban végzett dohányzói körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az egészségmagatartási szokások mérésére alkalmazott kérdőívek egyike, a dohányzási motivációkat vizsgáló mérőeszköz esetében egyik skála esetében sem voltak olyan különbségek, amelyek a három mérési pont összehasonlítása során szignifikáns eltérést jeleztek volna (ld. 65. ábra). Ugyanakkor megemlítendő, hogy a 2019. júniusi és 2020. februári eredményeket összehasonlítva két tényező vonatkozásában is statisztikailag jelentős eltérés volt látható Wilcoxon-teszt során: az Érzelmi kötődés a cigarettához ( $Z=-2,147$ ,  $p=0,033$ ) és a Társas és helyzeti ösztönzők ( $Z=-2,302$ ,  $p=0,018$ ) mutatók mentén. Ezen mutatók kapcsán elmondható, hogy a cigarettához való érzelmi kötődés 2020 februárjában mutatott magasabb értéket, míg a Társas és helyzeti ösztönzők skála esetében a 2019. júniusi mérés.

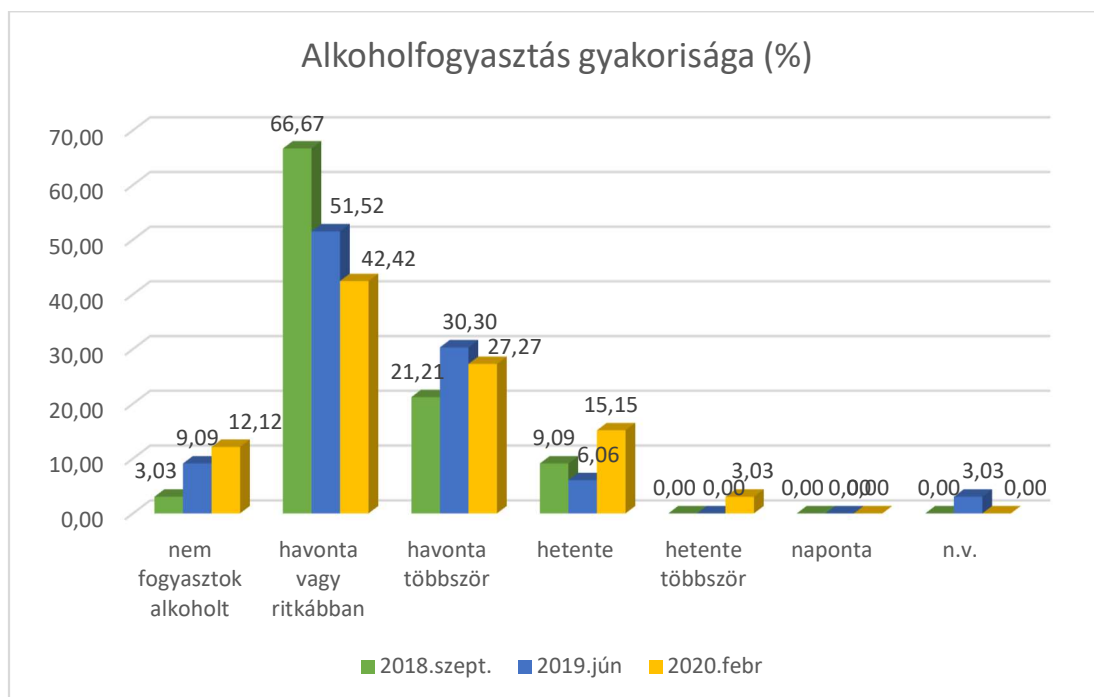
68. ábra: A WISDM-37 skálaátlagainak alakulása a három mérési ponton, a 2020. februárban végzetek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az alkoholfogyasztás gyakorisága (Fisher's Exact=7,254, p=0,495) (ld. 69. ábra), illetve a nagyivás (Fisher's Exact=2,596, p=0,888) (ld. 70. ábra) a három mérési ponton tapasztalt eredmények összevetésében nem jelzett szignifikáns eltéréseket a válaszadók körében.

69. ábra: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának változásai a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében

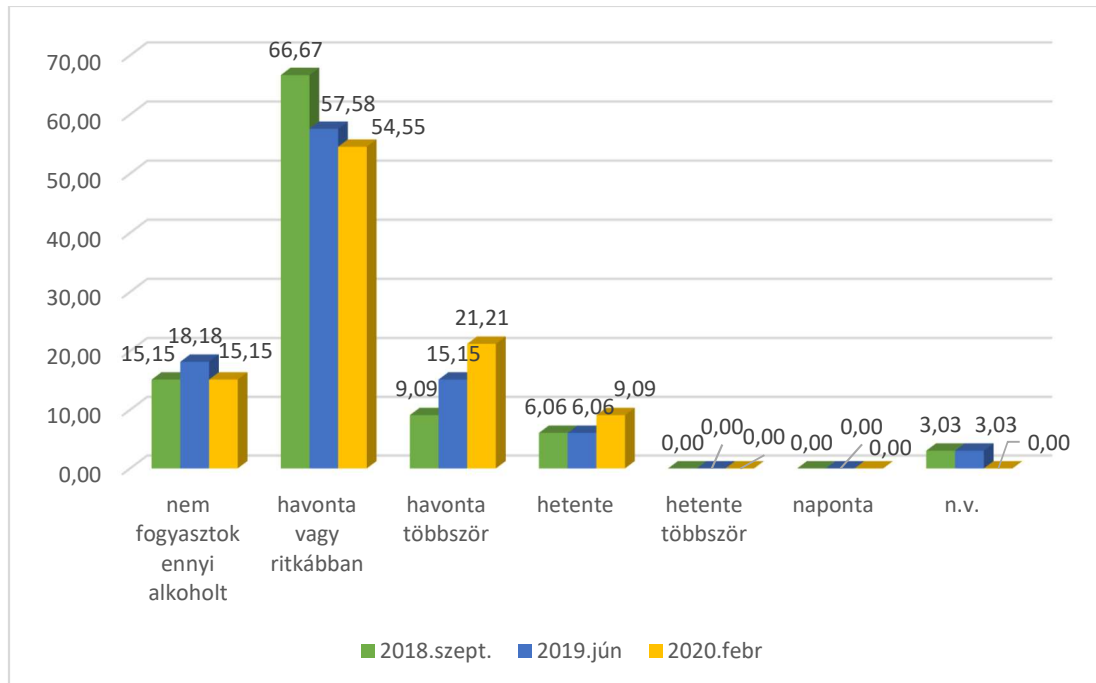


Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az egészségorientáció kérdésköre kapcsán több jelentős eltérés is mutatkozott a három mérési pont eredményeinek változásaiban (ld. 71. ábra): az Egészséggel kapcsolatos

önértékelés ( $\chi^2=9,964$ ,  $p=0,006$ ), a Belső egészségesség kontroll ( $\chi^2=7,538$ ,  $p=0,022$ ), a Külső egészségesség kontroll ( $\chi^2=15,389$ ,  $p=0,000$ ) és végül az Egészség a jövőben ( $\chi^2=6,259$ ,  $p=0,041$ ) skálák esetében.

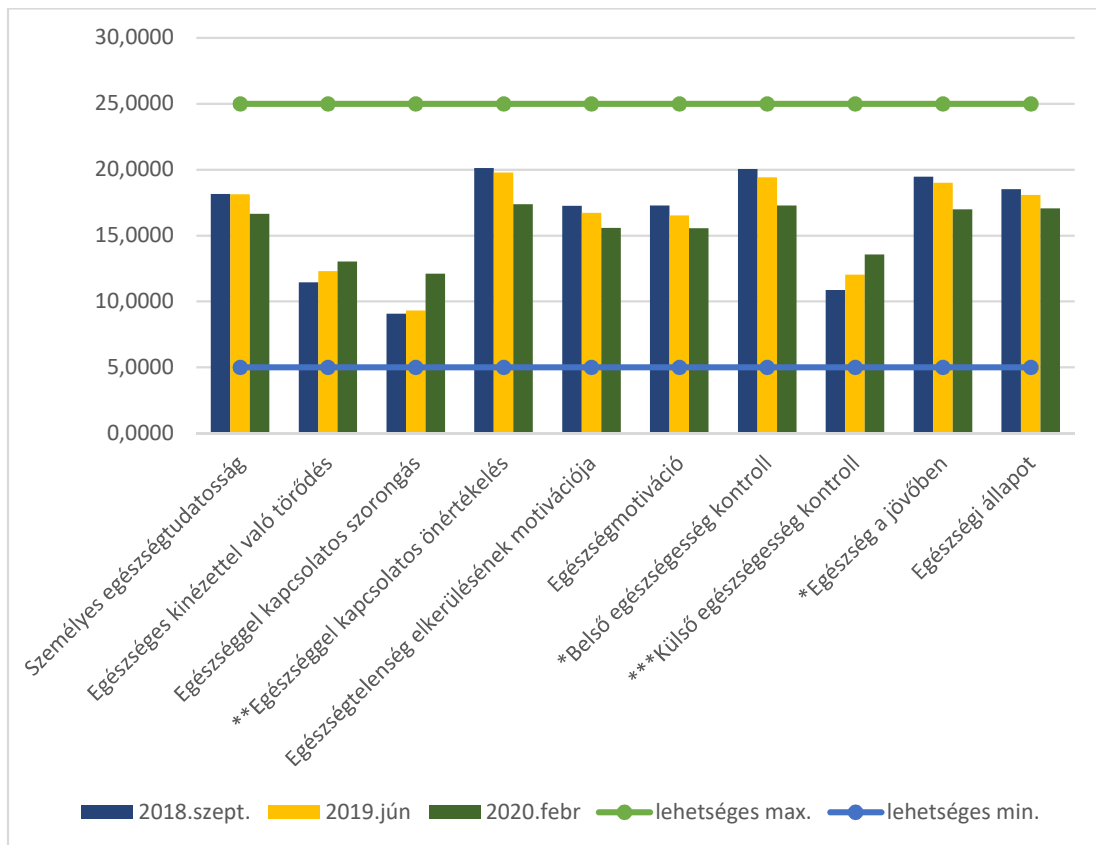
70. ábra: A nagyívás gyakoriságának (%) változásai a három mérési ponton a 2020. februárban végzettek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése

A post-hoc elemzések alapján az Egészséggel kapcsolatos önértékelés az utolsó mérési ponton statisztikailag jelentős mértékben alacsonyabbnak bizonyult, mint a korábbi mérési pontokon (viszont az első év két mérési pontja között nem volt ilyen mértékű az eltérés), ezzel megegyező irányú, hasonló eltérések figyelhetők meg a Belső egészségesség kontroll és az Egészség a jövőben mutatók esetében is. Ugyanakkor a Külső egészségesség kontroll esetében mindhárom mérési pont páros összehasonlítása szignifikáns eltérést jelez, vagyis a kapott eredményeket figyelembe véve a növekedés minden mérési pont viszonylatában statisztikai szempontból jelentős.

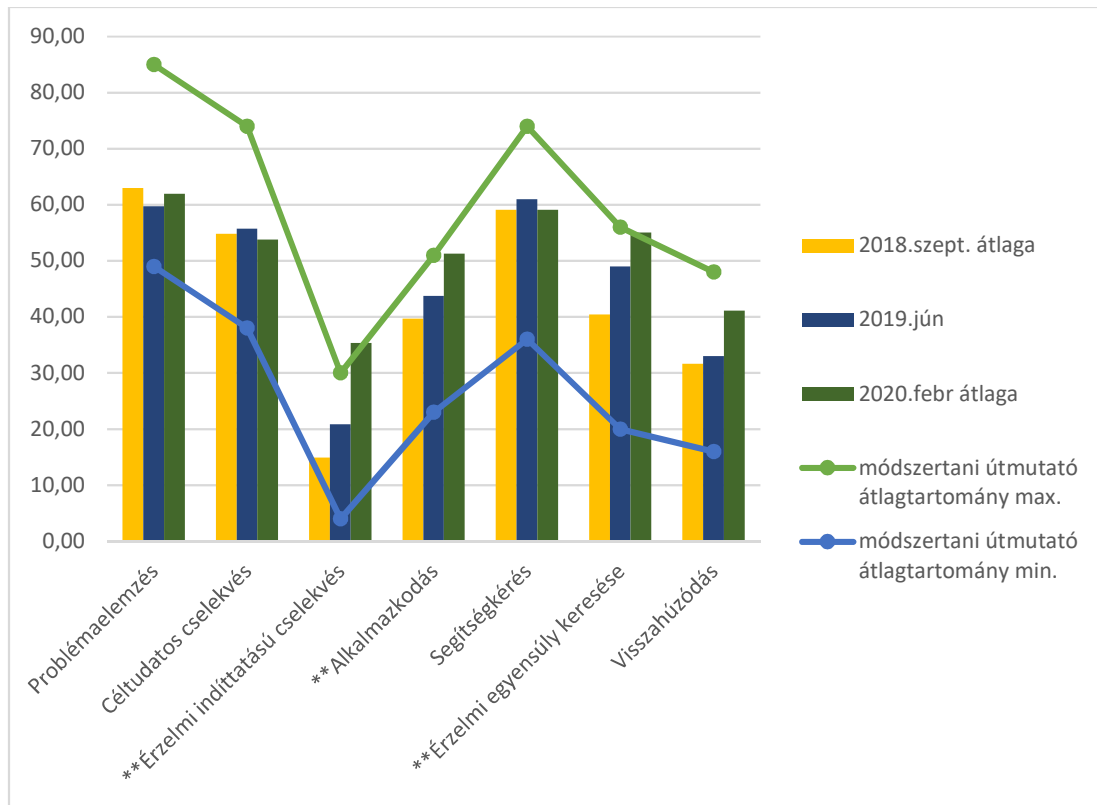
71. ábra: A HOS skálaátlagainak alakulása a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében



Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,00$

A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók esetében az elmúlt hétre vonatkozó depresszió (CES-D,  $\chi^2=8,656$ ,  $p=0,013$ ), három megküzdési mód (ld. 69. ábra) – az Érzelmi indíttatású cselekvés ( $\chi^2=8,971$ ,  $p=0,010$ ), az Alkalmazkodás ( $\chi^2=12,136$ ,  $p=0,002$ ) és az Érzelmi egyensúly keresése ( $\chi^2=10,234$ ,  $p=0,005$ ) – és a frusztráció és diszkomfort kezelése kapcsán a Diszkomfort intolerancia ( $\chi^2=11,586$ ,  $p=0,002$ ), a Jogosultság ( $\chi^2=9,617$ ,  $p=0,007$ ) és frusztráció és diszkomfort skála összesített mutatója ( $\chi^2=9,787$ ,  $p=0,007$ ) esetében volt megfigyelhető a három mérési pont összevetéséül szolgáló Friedman-teszt során. A CES-D skála esetében a post-hoc elemzés rámutatott arra, hogy a 2020. februári mérési ponton messze magasabb pontszám jellemezte a vizsgált csoportot, mint a korábbi két adatfelvétel esetében, s ez a különbség bármelyik korábbi mérés eredményéhez viszonyítva statisztikailag is jelentős mértékűnek bizonyult.

72. ábra: A megküzdéssel kapcsolatos skálák átlagainak változása a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében, a protokoll átlagtartományához viszonyítva



Forrás: a szerző saját szerkesztése. Az árbrán a skálák neve előtt látható csillagok a szignifikáns különbségeket jelölik a minták között: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,00$

A megküzdési módok vizsgálata során szintén hasonlóan alakultak az eredmények (ld. 72. ábra): mindhárom esetben a harmadik, végzéskori átlagérték volt jellemzően a legmagasabb a mintában. Ugyanakkor az Érzelmi indíttatású cselekvés és az Alkalmazkodás esetében a két korábbi mérési ponttal párban összevetve jelzett szignifikáns különbséget, míg az Érzelmi egyensúly keresése esetében minden összevetésben, mindhárom eredmény között szignifikáns eltérés a folyamatos, statisztikai szempontból határozott növekedést jelezte. A Frustráció és Diszkomfort skála vonatkozásában mindegyik mérési ponthoz kapcsolódóan a post-hoc elemzés hasonló képet jelzett: a harmadik mérési ponton mind a 2018. szeptemberi, mind a 2019. júniusi eredményhez viszonyítva szignifikánsan magasabb volt a három, fentebb jelzett mutató értéke, ugyanakkor az első két mérési pont között nem.

#### 10.3.2.4.1. Összegzés

A 2018-2020 évfolyamon, a másfél éves iskolarendszerű képzésben részt vevők esetében a három mérési pont (képzés első hetei, elő tanév vége, 2020. februári szakmai vizsga) között több helyen mutatkozott a szignifikáns eltérés a használt skálák és mutatók tekintetében.

Habár a *Maslach Kiegészítő Leltár* csak a második és harmadik mérési pont esetében került felvételre, de az Érzelmi kimerültség és a Deperszonalizáció tekintetében így is szignifikáns eltérés jelentkezett a vizsgált minta körében. Emellett az RMSK munkaterheléshez kapcsolódó mutatói esetében, melyek szintén csak ezen a két ponton szerepeltek a tesztsomagban, szintén számos esetben jelentkezett statisztikailag jelentős mértékű különbség.

Az *RMSK* esetében a mindhárom mérési ponton alkalmazott skálák mentén a képzés ideje alatt talált eltérések több esetben is szignifikánsak, amelyek jellemzően az adott mutató romlását jelzik, mint ahogyan a PSS esetében is.

Az *egészségmagatartási szokások* vonatkozásában habár arányaiban látványosnak mondhatók a változások, de a három időpont statisztikai összevetésében döntő többségében nem bizonyultak szignifikánsnak a különbségek, ugyanakkor az egészségorientáció kapcsán mért tíz tényező közül négy esetben statisztikailag jelentős mértékű változások voltak megfigyelhetők.

A *mentális egészség* szempontjából az egyes megküzdési módok, illetve a frusztrációkezeléssel kapcsolatos skálák jeleztek több ponton is szignifikáns változásokat a három mérési pont között, jellemzően a legutolsó időpontban mutatva a legmagasabb értékeket.

#### 10.3.3. A járványügyi veszélyhelyzet megélése a 2020. júniusban végzetek körében

A próbaidős tiszthelyettesek, akik 2019 szeptemberétől kezdték próbaidős évüket, párhuzamosan képzésük második évével, 2020 tavaszán, szolgálatteljesítésük során a rendőri állomány tagjaként részeseivé váltak a veszélyhelyzeti időszak szolgálatainak is. A kétéves rendőr tiszthelyettesi képzésben részt vevők esetében ez a szakmai vizsgákat megelőző mintegy két hónapos időszakot foglalta magában. Mindezek révén tehát részt vettek a 2020. tavaszi járványügyi veszélyhelyzet idején a hozzá kapcsolódó különböző feladatokban szolgálataik során: a kijárási korlátozásokhoz társulva a közterületi tevékenységben és karanténellenőrzésekben, illetve a határzár miatt a határrendészeti tevékenységekben.

Az érintettek a gyakorlati idejük utolsó hónapjait, a vizsgafelkészülést és a vizsgát is a korábbi évfolyamokhoz képest (még saját, másfél éves képzésben végzett évfolyamtársaikhoz

képest is) a koronavírus által meghatározott speciális körülmények között voltak kénytelenek teljesíteni. Mindezen sajátos szabályok miatt az adatfelvétel sem a korábban megszokott, bevált módon zajlott a körökben (a vizsgálatot végző pszichológus személyes jelenléte mellett, a szakmai vizsgák után, a kibocsátó ünnepségre készülés közben), hanem a szociális távolság szabályait maximálisan tiszteletben tartva az online térben. Ennek hatására ugyanakkor az ezen időpontban végzett tanulóknak csak egy része, összesen 28 fő töltötte ki a kapott linken a kérdőívcsomagot. A részvételi arány a korábbi mérési pontokhoz képest jelentősen alacsonyabb, mint az látható volt korábban.

Az ezen mérési ponton keletkezett eredmények a részvételi arány alacsony volta miatt természetesen megfelelő fenntartásokkal kezelendők, általánosításra nem alkalmasak, de képet adhatnak arról, hogy a koronavírussal kapcsolatos rendőri munkavégzést hogyan élte meg az akkor szakmai vizsgára készülő próbaidős állomány egy szelete, s hogy a korábbiakban is alkalmazott mérőeszközökkel milyen összefüggéseket jeleznek a koronavírussal kapcsolatos mutatók.

Körökben a korábbi kérdőívcsomag kiegészítésre került egy kifejezetten a koronavírussal kapcsolatos feladatellátásra vonatkozó kérdéssorral, amely részben a saját munkám, részben pedig megyei állományokban dolgozó kollégák tapasztalatai alapján került összeállításra, és a mérőeszközök kapcsán már korábban ismertetésre került.

A kutatás a korábbiakban meghatározott fókusz helyett elsősorban azon helyzetspecifikus cél került előtérbe, hogy a vizsgálat elkezdje feltérképezni, hogyan élte meg a vizsgálatba bevont próbaidős állomány a veszélyhelyzet idején a szolgálatteljesítést: hatással volt-e az általuk megtapasztalt munkahelyi stresszre, illetve az egészségmagatartási szokásaikra.

Az eredeti kérdőívcsomag esetében kapott leíró statisztikai eredmények a 2020. februárban végzettekkel párhuzamosan ismertetésre kerültek.

#### **10.3.3.1. Eredmények a koronavírussal összefüggésben**

A kérdőívben megjelölt feladattípusokban való részvétel aránya a következőképpen alakult március 11.-től a szakmai vizsgára felkészítésre visszarendelésig: hatósági házi karantén ellenőrzésében 19 fő vett részt, a határátkelőhelyeken 12 fő teljesített szolgálatot, a kijárási korlátozással kapcsolatos közterületi tevékenységeket 27 fő látott el (ld. XVII. függelék).

A válaszadók többsége, vagyis 64,29% (18 fő) két feladatban, emellett 14,29% (4 fő) egyetlen feladattípus kapcsán, illetve 21,43% (6 fő) mindhárom feladatban részt vett.



Azt illetően,  *mennyire érezték megterhelőnek* ezen tevékenységek ellátását, a válaszok átlaga 2 (szórás: 0,92) volt, vagyis elmondhatjuk, hogy a válaszadók nem érezték különösebben megterhelőnek ezeket a szolgálati feladatokat.

A  *szolgálati hely lakóhelytől való távolságát* tekintve előre bocsátandó, hogy a vizsgálati minta esetében nem történt radikális átvezénylés a járvány hatására. A válaszok a következőképpen alakultak: 15 fő (53,57%) 1–25 km-re, 4 fő (14,29%) 26–50 km-re, 2 fő (7,14%) 51–100 km-re, míg 6 fő (21,43%) 201–250 km-re él szolgálati helyétől. Azok esetében, akik lakhelye nagy távolságra, vagyis több, mint 200 km-re volt szolgálati helyétől, lehetőségük volt szállás igénybe vételére. Körükben a szállással való elégedettség értéke egy ötfokú skálán 2,67 ( $\pm 1,51$ ) volt, vagyis elégedettek is voltak, meg nem is annak színvonalával.

Egy  *szolgálat átlagos időtartama* 12,54 ( $\pm 2,47$ ) óra volt, a legrövidebb 8 órás, a leghosszabb 24 órás volt. A döntő többség 12 órás szolgálatokról számolt be.

A szolgálati helyen alapvetően rendelkezésre álltak az alapvető  *védőfelszerelések*, azaz a szájmazsk, a gumikesztyű és a kézfertőtlenítő. Szintén megkérdezésre került azt is, hogy mennyire elégedettek ezekkel egy ötfokú skálán, ennek eredményét a 35. táblázat mutatja.

35. táblázat: a védőfelszerelésekkel való elégedettség mértékének átlag- és szórásértékei a 2020. júniusban végzetek körében

Védőfelszerelés	elégedettség mértéke	
	átlag	szórás
szájmazsk	3,25	1,46
gumikesztyű	3,14	1,48
kézfertőtlenítő	3,21	1,55

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Vagyis a védőfelszerelések ezen 3 három típusával körülbelül hasonló, közepes mértékben voltak elégedettek a vizsgálat résztvevői.

A fertőzéssel kapcsolatos félelemérzet több csoportja volt jelen az állomány körében (ahogy tapasztalataim szerint a civil lakosság körében is): a fertőzöttel történő találkozás, a megfertőződéstől való félelem, a családtagjai közül fertőződik meg valaki, kollégája válik fertőzötté, illetve a válaszadó maga fertőz meg másokat. A félelem mértékét szintén egy ötfokú skálán kellett értékelnie a válaszadónak. Az átlagértékek alapján kialakult sorrendet az átlagokkal és szórással együtt a 36. táblázat mutatja.

36. táblázat: A vizsgált félelmek átlag- és szórásértékai a 2020. júniusban végzetek körében

félelem		
típusa	M	sd
1. családjában valaki megfertőződik	3,75	1,43
2. Ön fertőz meg másokat	3,00	1,47
3. kollégája megfertőződik	2,39	1,20
4. Ön is megfertőződik	1,96	1,00
5. fertőzöttel találkozik	1,82	1,09

A fentebbi táblázatból jól látható, hogy a válaszadók legerősebb félelme az volt a tavaszi időszakban, hogy a családjukban válik valaki Covid-19- fertőzötté. Ezt követte a válaszadó által mások megfertőzése, majd a kolléga fertőzötté válása. Az első hely esetében egy már konkrét, jelen levő félelemről beszélhetünk, a második hely esetében egy fél is, meg nem is típusú, nem túl intenzív félelemről, a továbbiak esetében pedig az inkább vagy egyáltalán nem fél tőle szintről beszélhetünk.

Az elmúlt mintegy két-három hónapra vonatkozóan egy négyfokú skálán kellett megítélniük a válaszadóknak, hogy milyen mértékben tapasztalták magukon a felsoroltakat, mennyire vettek észre magukon változásokat ezeket illetően. A válaszok átlagértékeit tekintve az aggodás megtapasztalása terén történt minimálisnak mondható változás, a többi esetében még kevésbé volt jelentős ennek mértéke. Az átlagokat és szórásokat a 36. táblázat mutatja.

A szolgálatellátás érzelmi, illetve fizikálisan megterhelő voltára külön is rákérdeztem ebben a részben: érzelmileg mindössze 14,29% (4 fő), fizikálisan már 28,57% (8 fő) ítélte megterhelőbbnek a veszélyhelyzet időszakában a szolgálat ellátását.

37. táblázat: A járványhelyzettel kapcsolatos feladatellátás idején megtapasztalt változások a 2020. júniusban végzetek körében

<b>Önmagán megfigyelt változások</b>	<b>M</b>	<b>sd</b>
alvási nehézségeim voltak	1,36	0,73
fáradékonyabb lettem	1,33	0,55
ingerültté, feszültté váltam	1,39	0,69
megváltozott a viselkedésem másokkal szemben	1,14	0,36
türelmetlenebb lettem	1,32	0,67
aggódtam	1,71	0,76
állandóan a vírus körül forogtak a gondolataim	1,39	0,63
<b>Szolgálatellátást befolyásoló tényezők</b>		
alvási nehézségek	1,46	0,88
fáradtság	1,75	0,97
ingerültség, feszültség	1,79	1,20
aggódom a családom miatt	2,67	1,52
állandóan a vírus körül forgó gondolataim	1,41	0,69
félelem a fertőzötté válástól	1,82	1,19
egyéb	1,20	0,41
<b>Egészségmagatartás szokások változásai</b>		
Kevesebb alkalommal edzettem.	2,75	1,40
Gyakrabban fogyasztottam alkoholt.	1,39	0,63
Egészségesebben étkeztem.	2,43	1,10
Több cigarettát szívtam el egy nap alatt, mint korábban.	1,25	0,59
Több alkoholt fogyasztottam el egyszerre, mint korábban.	1,25	0,65
Rövidebb időtartamban tudtam csak edzeni, mint korábban.	2,46	1,45

A veszélyhelyzet kihirdetése óta a szolgálatellátás kapcsán egyes tényezők befolyásoló volta is megkérdésre került, ezeket egy ötfokú skálán értékelték a válaszadók. Ezeket illetően a 37. táblázat mutatja az egyes tényezők kapcsán a résztvevők átlagait és a szórásokat.

Utolsó kérdésként az egészséggel kapcsolatos viselkedés változásait értékelték a válaszadók. Az egyes tételeket, valamint a hozzájuk kapcsolódó átlagértékeket, illetve szórásmutatókat a 37. táblázat mutatja.

Az edzésre és táplálkozásra vonatkozó kérdések hasonló átlagokat értek el, mint ahogyan a dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó állítások is. A legmagasabb átlagértékkel a kevesebb edzés állt, legalacsonyabb értékkel a dohányzáshoz, alkoholfogyasztáshoz kapcsolódó kérdések szerepeltek, ugyanakkor ezen átlagértékek sem érik el a közepes mértéket az ötfokú válaszkálán.

A munkahelyi stresszel kapcsolatos skálák, illetve a kiégés együttjárását a koronavírus okozta járványhelyzetben tapasztalt félelmekkel, a tapasztalt változásokkal, s ezek szolgálatellátást befolyásoló hatásaival is megvizsgáltam. A *félelmek* tekintetében a *kiégéssel* egyik skála esetében sem mutatkozott együttjárás, míg a *munkahelyi stresszel* kapcsolatban a következő esetekben született szignifikáns eredmény (ld. XVIII./1. függelék):

- a fertőzöttel való találkozás az A-B típusú személyiség skálával állt kapcsolatban ( $r=-0,469$ ,  $p=0,012$ ): minél inkább A típusú személyiség volt a válaszadó, annál inkább megjelent ez a félelem;
- a válaszadó megfertőződéstől való félelme szintén az A-B típusú személyiséggel mutatott hasonló jellegű kapcsolatot ( $r=-0,391$ ,  $p=0,039$ ), mint az előbbi esetben láthattuk;
- a családtag megfertőződése az RMSK esetében a Munkahelyi légkörrel ( $r=-0,378$ ,  $p=0,047$ ) fordított kapcsolat jelentkezett (vagyis minél jobbnak ítélte meg a válaszadó a munkahelyi légkört, annál inkább tartott attól, hogy valamely családtagja megfertőződik), míg a Támogatottság skálával ( $r=0,422$ ,  $p=0,025$ ), amely a szociális háló erősségét mutatja, egyenes kapcsolat látható;
- a kolléga megfertőződésétől való félelem nem állt kapcsolatban egyetlen RMSK skálával sem;
- a félelem, hogy a válaszadó fertőz meg másokat, a Vezetés, irányítás szubjektív megítélése skálával ( $r=-0,432$ ,  $p=0,022$ ) mutatott fordított irányú kapcsolatot, vagyis minél jobbnak ítélte meg a válaszadó a vezetést, annál jobban megjelent nála ez a félelem.

A korrelációk értéke a szignifikáns kapcsolatok esetében jellemzően biztos, de gyenge, illetve közepes erősségű.

A válaszadó által **saját magán megtapasztalt változások** tekintetében az alábbi szignifikáns együttjárások mutatkoztak (ld. XIX./1. függelék):

- fáradékonyabbá válás és Egészségi állapot megítélése ( $r=0,475$ ,  $p=0,012$ ), vagyis a magukat fáradékonyabbnak érző válaszadók rosszabb egészségi állapotról számoltak be;
- a magukat ingerültebbnek, feszültebbnek érzők kevésbé voltak elégedettek a Munkahely komfortjának megítélését ( $r= 0,401$ ,  $p=0,034$ ) illetően, illetve rosszabbnak érezték Egészségi állapotukat ( $r=0,375$ ,  $p=0,049$ );
- akiknek saját véleményük szerint megváltozott a viselkedésük másokkal szemben, rosszabb Munkahelyi légkörről ( $r=0,445$ ,  $p=0,018$ ) számoltak be, negatívabban nyilatkoztak a Vezetés, irányítás szubjektív megítélését ( $r= 0,409$ ,  $p=0,031$ ) illetően, megterhelőbbnek élték meg a Munkavégzés etikai aspektusait ( $r=0,505$ ,  $p=0,006$ ), továbbá rosszabb Egészségi állapotról ( $r=0,585$ ,  $p=0,001$ ) adtak jelzést, emellett magasabb szintű Deperszonalizációról számoltak be ( $r=0,669$ ,  $p=0,000$ );
- minél inkább türelmetlenebbé válás jeleit észlelték magukon a válaszadók, annál negatívabban nyilatkoztak a Munkahely komfortjának megítélést ( $r=0,418$ ,  $p=0,027$ ) illetően, valamint Motivációjuk ( $r=0,380$ ,  $p=0,046$ ) annál inkább csökkent, továbbá annál intenzívebb Deperszonalizációt éltek meg ( $r=0,547$ ,  $p=0,003$ );
- minél gyakrabban számoltak be állandóan a vírus körül forgó gondolatokról a válaszadók, annál megterhelőbbnek élték meg a Munkavégzés etikai aspektusait ( $r=0,383$ ,  $p=0,044$ ), és rosszabb Egészségi állapotról ( $r=0,398$ ,  $p=0,036$ ) nyilatkoztak.

A korrelációs értékek döntően közepes erősségű kapcsolatokra utalnak, míg néhány esetben még éppen gyenge kapcsolatot láthatunk.

A **szolgáltatellátást befolyásoló tényezők** megítélésének kapcsolata az *MBI* és *RMSK skáláival* a következőképpen alakult (ld. XX./1. függelék):

- minél inkább befolyásolta a válaszadót a fáradtság, annál megterhelőbbnek értékelte a Munkahelyi eseményeket ( $r=0,500$ ,  $p=0,007$ ), illetve annál inkább A típusú személyiségnek ( $r=-0,408$ ,  $p=0,038$ ) bizonyult;
- minél gyakrabban érzékelt szolgálat alatt ingerültséget, feszültséget a válaszadó, annál magasabb szintű Érzelmi kimerültségről ( $r=0,391$ ,  $p=0,040$ ) és Deperszonalizációról számolt be ( $r=0,508$ ,  $p=0,006$ ), megterhelőbbnek élte meg a Munkahelyi eseményeket ( $r=0,521$ ,  $p=0,004$ ), a Szervezet jellegéből adódó terhelést ( $r=0,378$ ,  $p=0,047$ ), a

Munkavégzés etikai aspektusai ( $r=0,470$ ,  $p=0,012$ ), s annál magasabb Munkahelyi stresszindex ( $r=0,485$ ,  $p=0,009$ ) értéket mutatott;

- a szolgálat közben minél inkább a vírus körül forgó gondolatok magasabb szintű Érzelmi kimerültséggel ( $r=0,452$ ,  $p=0,018$ ) és rosszabb Egészségi állapottal ( $r=0,471$ ,  $p=0,013$ ) jártak együtt, valamint inkább az A típusú személyiség ( $r=-0,438$ ,  $p=0,022$ ) jellemezte a válaszadót, továbbá annál magasabb szintű Észlelt Stresszindexszel ( $r=0,399$ ,  $p=0,039$ ) rendelkeztek;
- minél gyakrabban jelent meg szolgálat közben a félelem a fertőzötté válástól, annál problémásabbnak ítélte meg a válaszadó a Munkaidővel ( $r=0,409$ ,  $p=0,031$ ) kapcsolatos kérdéseket, a Munkafeladathoz való hozzáállását ( $r=0,519$ ,  $p=0,005$ ), s annál inkább A típusú személyiség ( $r=-0,513$ ,  $p=0,005$ ) volt.

Jellemzően közepes erősségű korrelációs értékek láthatók, csak egyetlen esetben (ingerültség, feszültség vs. Szervezet jellegéből adódó terhelés megítélése) gyenge erejű a kapcsolat.

A 36. és 37. táblázatban látható tényezők (félelmek, saját magán tapasztalt változások, szolgálatellátást befolyásoló tényezők) és a *mentális egészséggel* kapcsolatos mutatók együttjárását vizsgálva (ld. XVIII/2. függelék) a **félelmek** nem mutattak kapcsolatot a depresszió és szorongás mutatóival. Ugyanakkor a fertőzöttel való találkozástól való félelem mértéke a Jogosultság ( $r=0,530$ ,  $p=0,004$ ), az Érzelmi intolerancia ( $r=0,485$ ,  $p=0,009$ ) és a Teljesítményfrusztráció ( $r=0,488$ ,  $p=0,009$ ) skálákkal, a válaszadó megfertőződéstől való félelme a problémaelemző megküzdési stratégiával ( $r=0,425$ ,  $p=0,025$ ), míg a családtag megfertőződésétől való félelem, illetve az attól való félelem, hogy a válaszadó megfertőz másokat jelzett döntő többségében közepes erősségű szignifikáns kapcsolatot a Teljesítményfrusztrációval ( $r=0,408$ ,  $p=0,031$  és  $r=0,375$ ,  $p=0,049$ ).

A válaszadók által **saját magukon megfigyelt változások** közül az alábbi pontokon jelentkezett statisztikailag jelentős együttjárás a *mentális egészség* mutatóival (ld. XIX/2. függelék):

- minél inkább jellemezte volt a válaszadót az alvási nehézségek megtapasztalása, annál gyakrabban alkalmazta a Segítségkérést ( $r=0,381$ ,  $p=0,046$ ), mint megküzdési módot, illetve annál erősebben jelentkezett benne a Teljesítményfrusztráció ( $r=0,404$ ,  $p=0,033$ )
- minél inkább jellemző volt a válaszadóra a fáradékonyabbá válás, illetve a minél inkább ingerültebbnek, feszültebbnek érezték magukat a válaszadók, gyakrabban alkalmazták

a Céltudatos cselekvés ( $r=0,514$ ,  $p=0,006$  és  $r=0,539$ ,  $p=0,003$ ) és a Segítségkérés ( $r=0,525$ ,  $p=0,005$  és  $r=0,476$ ,  $p=0,011$ ) megküzdési módot,

- a másokkal szembeni megváltozott viselkedés ( $r=0,401$ ,  $p=0,035$ ) és az állandóan a vírus körül forgó gondolatok ( $r=0,386$ ,  $p=0,042$ ) az elmúlt egy hónapban megtapasztalt depressziószinttel mutattak biztos, de gyenge erősségű kapcsolatot
- minél inkább türelmetlenebbé válás jeleit észlelték magukon a válaszadók, annál gyakrabban alkalmazták a Céltudatos cselekvést ( $r=0,387$ ,  $p=0,042$ ), mint megküzdési stratégiát,
- valamint minél erősebb általános aggodalom jellemezte a válaszadókat, annál gyakrabban tapasztalták meg a Jogosultságot ( $r=0,426$ ,  $p=0,024$ ), Érzelmi intoleranciát ( $r=0,506$ ,  $p=0,006$ ) és Teljesítményfrusztrációt ( $r=0,452$ ,  $p=0,016$ ).

A korrelációs értékek döntően közepes erősségű kapcsolatokra utalnak, míg néhány esetben még éppen gyenge kapcsolatot láthatunk.

Mindezek mellett a *szolgálatellátást befolyásoló tényezők* megítélésének kapcsolata a *mentális egészséggel* kapcsolatos mérőeszközök skáláival (ld. XX/2. függelék) a következőképpen alakult:

- minél inkább tapasztalta az alvási nehézségek szolgálatellátást befolyásoló hatását, annál inkább hajlamos a Segítségkérés ( $r=0,453$ ,  $p=0,016$ ) megküzdési módját alkalmazni, illetve élte meg a Jogosultságot ( $r=0,453$ ,  $p=0,016$ ), az Érzelmi intoleranciát ( $r=0,445$ ,  $p=0,018$ ) és a Teljesítményfrusztrációt ( $r=0,518$ ,  $p=0,005$ ),
- minél inkább befolyásolta a fáradtság a válaszadót, annál inkább alkalmazta a Problémaelemzés ( $r=0,435$ ,  $p=0,021$ ), a Céltudatos cselekvés ( $r=0,397$ ,  $p=0,036$ ) és Segítségkérés ( $r=0,377$ ,  $p=0,048$ ) megküzdési módokat, továbbá tapasztalta a Jogosultság ( $r=0,433$ ,  $p=0,021$ ) és a Teljesítményfrusztráció ( $r=0,470$ ,  $p=0,012$ ) élményét,
- minél gyakrabban érzékelt szolgálat alatt ingerültséget, feszültséget a válaszadó, annál gyakrabban használta a Céltudatos cselekvést ( $r=0,540$ ,  $p=0,003$ ), az Érzelmi indíttatású cselekvést ( $r=0,380$ ,  $p=0,046$ ) és a Segítségkérést ( $r=0,399$ ,  $p=0,036$ ), mint megküzdési stratégiát, illetve élte meg a Jogosultságot ( $r=0,399$ ,  $p=0,035$ ), az Érzelmi intoleranciát ( $r=0,383$ ,  $p=0,044$ ) és a Teljesítményfrusztrációt ( $r=0,460$ ,  $p=0,014$ ),
- minél gyakrabban tapasztaltak aggodalmat a családtagjaik miatt, annál inkább jellemezte őket a Problémaelemzés ( $r=0,398$ ,  $p=0,040$ ) és a Teljesítményfrusztráció ( $r=0,457$ ,  $p=0,017$ ),

- a szolgálat közben minél inkább a vírus körül forgó gondolatok esetében közepes erősségű együttjárás volt megfigyelhető az elmúlt egy hónapra vonatkozó depresszív tünetekkel (CES-D,  $r=0,588$ ,  $p=0,001$ ) és az Érzelmi indíttatású cselekvésekkel ( $r=0,584$ ,  $p=0,001$ ), továbbá biztos, de gyenge erősségű együttjárás a Visszahúzóással ( $r=0,384$ ,  $p=0,048$ ) és a Teljesítményfrusztrációval ( $r=0,390$ ,  $p=0,044$ ),
- minél gyakrabban jelent meg szolgálat közben a félelem a fertőzötté válástól, annál intenzívebben élte meg a Jogosultságot ( $0,527$ ,  $p=0,004$ ) és Teljesítményfrusztrációt ( $r=0,562$ ,  $p=0,002$ ).

A korrelációs értékek döntően közepes erősségű kapcsolatokra utalnak, míg néhány esetben még éppen gyenge kapcsolatot láthatunk.

Az **egyes feladattípusok** mentén az azt végzők és nem végzők közti összehasonlítások készültek az MBI és RMSK skálák mentén (ld. XXI/1. függelék). Azok, akik a **hatósági karantén ellenőrzésében részt vettek** (19 fő) szignifikánsan kevéssé megterhelőnek, jobbnak ítélték meg az ilyen tevékenységet nem végzőkhöz (9 fő) képest a következő tényezőket:

- Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $U=44,50$ ,  $p=0,043$ ),
- Szervezetten belül elfoglalt pozíció megítélése ( $U=41,50$ ,  $p=0,029$ );
- Stresszoldás ( $U=31,00$ ,  $p=0,006$ ).

Az MBI, illetve az RMSK skálái mentén további, statisztikailag jelentős eltérés nem mutatkozott. A csoportátlagokat megtekintve elmondható, hogy az értékek a munkára vonatkozó skálák esetén meglehetősen alacsonyak voltak, míg a stresszoldás esetében a már kialakult stabil stresszoldó stratégiát jelentő átlagérték jellemzi az ilyen feladatokat nem ellátókat.

A mentális egészséggel kapcsolatosan használt mérőeszközök tekintetében összesen két skála esetén jelentkezett szignifikáns eltérés a karanténellenőrzésben való részvétel mentén (ld. XXI/2. függelék): az elmúlt héten megélt depresszív tünetek (HADS-D,  $U=44,50$ ,  $p=0,038$ ) intenzívebben voltak jelen azok körében, akik részt vettek benne, valamint a Problémaelemzés ( $U=45,00$ ,  $p=0,045$ ) megküzdési módja esetében, amely kevésbé jellemezte az ezen feladatokat ellátókat.

A **határátkelőhelyeken ellátott szolgálat** tekintetében 12 fő nyilatkozott úgy, hogy részt vett ilyen feladatban, míg 16 fő nem. Öt, munkahelyi stresszre vonatkozó skála esetében mutatkozott szignifikáns különbség ennek mentén, továbbá egy, az egyéni tényezőkre vonatkozó skála esetében (ld. XXII/1. függelék) :

- Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok ( $U=46,50$ ,  $p=0,020$ ),

- Munkaterhelés komplex megítélése (U=52,00, p=0,042),
- Munkahely komfortjának megítélése (U=52,00, p=0,040),
- Anyagi elismertség megítélése (U=39,00, p=0,006),
- Szervezetten belül elfoglalt pozíció megítélése (U=37,50, p=0,005),
- Stresszoldás (U=32,50, p=0,002).

Jellemzően az ilyen jellegű feladatellátásban résztvevők értékelték statisztikailag jelentős mértékben megterhelőbbnek ezeket a tényezőket. A kiégéssel kapcsolatosan elmondható, hogy egyetlen MBI skála esetén mutatkozott szignifikáns különbség: a Személyes teljesítmény csökkenését (U=41,50, p=0,010) intenzívebbnek érezték azok, akik nem teljesítettek szolgálatot a határátkelőkön.

A csoportátlagok azt is megmutatják, hogy az Anyagi elismertség esetében minősítették átlagosan megterhelőnek az ilyen jellegű szolgálati feladatokat ellátók, míg a munkára vonatkozó többi skála esetében jellemzően kis megterhelést jelentőnek ítélték azokat. A Stresszoldás esetében a már kialakultnak mondható, stabil stresszoldó stratégiákat jelentő átlagértékek jellemzik a határátkelőkön szolgálatot teljesítőket az ilyen feladatot el nem látókkal szemben.

A mentális egészség kérdésköre kapcsán használt mérőszeközök skáláinak mentén az alábbi pontokon jelentkezett szignifikáns eltérés az ilyen feladatokat ellátók és el nem látók között (ld. XXII/2. függelék): az elmúlt egy hétben megélt depressziós tünetek (HADS-D, U=50,50, p=0,029) intenzitása alacsonyabb volt, míg a Céltudatos cselekvés (U=52,00, p=0,039) gyakrabban alkalmazott megküzdési mód volt a határátkelőkön szolgálók körében.

A kijárási korlátozással kapcsolatos közterületi tevékenység mentén az összehasonlítás elvégzése nem mutatkozott relevánsnak, tekintve, hogy egyetlen válaszadó volt, aki nem vett részt ilyen jellegű feladatban.

### **10.3.3.2. Összegzés**

A 2020 júniusában végzetek körében a járványhelyzet kezelésben való részvétel kapcsán a különböző félelmek jellemzően leginkább a szervezettel kapcsolatos sajátosságok esetén, a saját magukon megtapasztalt változások az egészségi állapottal, a deperszonalizációval, illetve a frusztráció és distressz kezeléséhez kapcsolódó skálákkal járt együtt statisztikailag jelentős mértékben.

A szolgálatteljesítés közben a válaszadó által saját magán megtapasztalt élmények, változások az RMSK több skálájával, a kiégés kapcsán alig néhány ponton, emellett a



megküzdési módok , valamint a frusztráció és distressz mutatói mentén jeleztek szignifikáns együttjárásokat.

Mindezek mellett a kifejezetten a koronavírushoz kapcsolódó rendőri tevékenységek tekintetében elmondható, hogy a hatósági házi karantén ellenőrzését végzők és nem végzők között kevesebb ponton mutatkozott szignifikáns különbség, mint a határátkelőhelyeken szolgálatot teljesítők között.

## 11. Diskusszió és következtetések

### 11.1. Egészségmagatartási szokások kapcsolata kiégéssel, stresszel, mentális egészséggel

A kérdéskör elemzése keresztmetszeti jelleggel több, különböző hatásoknak kitett minta esetén történt: a 2016-ban és 2018-ban végzettek esetében a végzéskor, míg a 2018-2020-as évfolyam esetében minden mérési ponton külön-külön is.

38. táblázat: *A rendszeres testedzés esetén mutatkozó szignifikáns különbségek az egyes adatfelvételek során*

Adatfelvétel		Kiegész	Stressz	Mentális egészség
		MBI	RMSK, PSS	
1. kutatás	2016	PA_Gy	Tam	
	2018	EE_E EE_Gy	SzJAT MVSzK MHKM MVE EF EgÁ	STAI-T HADS-A
2. kutatás	2018.szept.		EgÁ PSS	CES-D HADS-A HADS-D STAI-T WC_VH FDS_EI FDS_AC
	2019.jún.		ME SzE	
	2020.febr.	PA	MI	WC_PRE WC_SEGK WC_EEK

*Forrás: a szerző saját szerkesztése*

A testedzés kapcsán a leggyakrabban a magukat rendszeresen edzők és a nem edzők között jelentkeztek különbségek (ld. 38. táblázat). Míg a 2016-ban végzettek körében egyetlen ponton jelentkezett kapcsolat az edzés és az RMSK egyéni tényezői kapcsán, addig a 2018-ban

végzetek esetében az RMSK munkaterheléshez kapcsolódó mutatói mentén több ponton is mutatkozott szignifikáns különbség az egyes csoportok között, míg a kiégés kapcsán az érzelmi kimerülés, illetve a mentális egészség mentén a szorongással kapcsolatos skálák esetén. A 2018-2020-as évfolyam esetében három mérési pont között számos változás mutatkozott: a felszereléskor a rendszeresen edzők és nem edzők két csoportja között a mentális egészséggel kapcsolatos mutatók esetében több mentén is (szorongás, depresszió, megküzdés, frusztrációkezelés) jelentkezett szignifikáns különbség, mint ahogyan az Észlelt Stressz és az RMSK egészségi állapot mutatója esetében is. Ehhez képest 2019 júniusában a mindössze az RMSK két, munkaterheléshez kapcsolódó mutatója esetén mutatkozott kapcsolat az edzés ténye és az adott mutató között, míg a 2020. februárban végzetek között egyetlen munkaterheléshez kapcsolódó mutató, a kiégés kapcsán a teljesítménycsökkenés élménye, illetve néhány megküzdési mód esetén.

39. táblázat: A testedzés heti gyakorisága kapcsán mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon

Adatfelvétel		Kiégés	Stressz	Mentális egészség
		MBI	RMSK, PSS	
1. kutatás	2016		Tam	FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_full
	2018		ABSz	
2. kutatás	2018.szept.			WC_SEGK WC_VH FDS_EI FDS_full
	2019.jún.			
	2020.febr.			

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A testedzés heti gyakorisága (ld. 39. táblázat) a 2016-ban és 2018-ban végzetek esetében az RMSK egy-egy egyéni tényezője, illetve 2016-ban a frusztrációkezelés esetében volt megfigyelhető statisztikailag jelentős eltérést az egyes csoportok között, míg a 2018-2020-as évfolyam esetében egyedül az első mérési ponton, egyes megküzdési mutatók és a frusztrációkezelés esetében jelentkezett. Az edzés alkalmankénti időtartama mentén mindössze néhány ponton, döntően a mentális egészséggel kapcsolatos mutatókban jelzett szignifikáns eltéréseket (ld. 40. táblázat).

Vagyis a testedzés kapcsán elmondhatjuk, hogy a rendszeres, gyakoribb edzés csak minimális összefüggést jelzett a kiégéssel, a munkahelyi stresszel és a mentális egészséggel a rendőri képzés végén. Ugyanakkor a 2018-2020-as évfolyam eredményei arra is rámutatnak, hogy ez egy folyamat eredménye lehet, ugyanis a tanulók a képzés során hamar szembesülnek azzal, hogy az alkalmassági vizsgálatokon rendszeresen részt kell venni és meg kell felelni, ami

változtathat a gondolkodásukon – például a testedzéshez fűződő viszonyulásukban. Azaz: a rendőrtanulók körében a tiszthelyettesi képzés végére vélhetően kialakul az a hozzáállás, hogy velük szemben elvárt a rendszeres mozgás a megfelelő fittség érdekében, s ez akkor is jelen van, amikor más foglalkozások esetében a kiegészítő mutatók és a munkahelyi stressz szintje annak csökkenését idézi elő. Kivételt képezett ilyen szempontból a 2018-ban végzetek, mivel ezen mintavételi csoportban a rendszeresen nem mozgók több, munkahelyi stresszhez kapcsolódó mutatót (például Szervezet jellegéből adódó terhelés, Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok, Egyéni felelősség mértéke) megterhelőbbnek ítélték, illetve rosszabbnak az egészségi állapotukat.

40. táblázat: A testedzés alkalmankénti időtartama mentén mutatkozó szignifikáns különbségek az egyes adatfelvételi pontokon

Adatfelvétel		Kiegészítő	Stressz	Mentális egészség
		MBI	RMSK, PSS	
1. kutatás	2016			
	2018			
2. kutatás	2018.szept.		ST	WC_SEGK FDS_DI FDS_full
	2019.jún.			WC_PRE WC_CCS WC_SEGK
	2020.febr.			FDS_AC

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A testmozgás és mentális egészség összefüggését tekintve korábbi kutatások szerint a gyakoribb mozgás védőfaktorának számít a depressziós és szorongásos tünetekkel szemben. Ez jelen vizsgálatban a 2018-ban végzetek körében, illetve a 2018-2020-as évfolyam esetében tanulmányaik kezdetekor kapott eredményeiben is visszaköszön: a rendszeresen mozgók körében több ponton is alacsonyabb értékeket mutattak a vonatkozó mérőeszközök. Ugyanakkor utóbbi csoport körében a képzés előre haladtával ezek a különbségek eltűnnek, majd a másfél éves képzésben részt vevők körében megküzdési módok esetében jelentkeznek a végzők – ekkor rendszeresen mozgók körében a Problémaelemzés, a Segítségkérés és az Érzelmi egyensúly keresése szignifikánsan alacsonyabb pontszámmal bír a nem mozgókhoz képest, ami az edzés stresszel való megküzdést segítő mechanizmusának némiképp ellentmond. Ennek magyarázata lehet az, hogy a rendszeres edzés szerepe ekkor már túlmutat a stresszel való megküzdésen, illetve a fentebb említett védőfaktorai miatt. Sokkal inkább a kicsi vizsgálati minta ezen a területen megmutatkozó sajátosságait jelezheti az, hogy akik körében rendszeresen edzenek, nem elemzik annyira gyakran a problémákat, kevesebbszer kérnek segítséget, és kevésbé jellemző őket nehéz helyzetekben az érzelmi egyensúly keresése – ugyanakkor nem elhanyagolható kérdés, amelyre nem tudjuk a választ, hogy ezek a stratégiák

mennyiben lehetnek adaptívak vagy maladaptívak az adott probléma vonatkozásában, hiszen ez az adott helyzettől is függ.

Ezt a képet árnyalja tovább az edzés heti gyakoriságának kérdésköre, amely csak az első mérési ponton mutatott szignifikáns eltéréseket, jellemzően egyes megküzdési módok és a frusztrációkezelés egyes mutatói terén – ezek a különbségek már a második mérési ponton sem voltak kimutathatók. A testedzés alkalmankénti időtartama mentén is érdekes utat járt be a vizsgált állomány: az első mérési ponton az egyszerre több, mint 60 percet és a kevesebb mint 30 percet edzők között volt a legnagyobb a különbség mindegyik, statisztikailag jelentősnek mutatkozó esetben. A megküzdési módok esetében a hosszabban edzők alacsonyabb értékeket értek el a megküzdési és frusztrációkezelési skálákon egyaránt, vagyis az adott megküzdési módokat kevésbé alkalmazták, mint ahogyan az adott frusztrációkezeléssel kapcsolatos mutató is kevésbé jellemezte őket.

41. táblázat: A dohányzási státusz mentén mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon

Adatfelvétel		Kiegész	Stressz	Mentális egészség
		MBI	RMSK, PSS	
1. kutatás	2016		ME	WC_VH
	2018		MI	STAI-T
2. kutatás	2018.szept.		ST	WC_EICS
	2019.jún.		Mot	
	2020.febr.	DP	EgÁ	CES-D WC_EICS WC_ALK WC_EEK WC_VH

*Forrás: a szerző saját szerkesztése*

A dohányzás esetében maga a dohányzási státusz (ld. 42. táblázat) minimális mennyiségű, statisztikailag jelentős eltérést mutatott a vizsgált mintákban, a legtöbb esetben a mentális egészséggel kapcsolatos mutatók terén.

Az eredményeket alaposabban megfigyelve megállapítható, hogy a kiegész és a munkahelyi stressz összevetése a dohányzási státusszal csekély kapcsolódást mutatott a különböző mérések során. Érdekeség, hogy a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében a legjelentősebb eltérések jellemzően a már leszokottak és rendszeres dohányosok között jelentkezett, ahol is jellemzően a magukat leszokottaknak vallók bírtak alacsonyabb pontszámokkal, vagyis ők élték meg a szignifikáns különbségek esetén a legkevésbé megterhelőnek az adott kérdéskört. A 2018-2020-as évfolyam körében az első mérési ponton szintén a rendszeresen dohányzók körében volt a legalacsonyabb pontszám, de esetükben ez a rosszabb stresszoldó stratégiákat jelezte, míg a 2019. júniusi mérés során a nemdohányzók voltak a leginkább motiváltak – különösen az alkalmi dohányosokhoz viszonyítva, míg a 2020. februárban végzetek körében az utolsó

mérési ponton szintén ezen két csoport képviselte a szélsőségeket a deperszonalizáció esetén, az RMSK Egészségi állapot skáláján pedig a nemdohányzók és a már leszokottak.

42. táblázat: *A dohányzás intenzitása mentén mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon*

Adatfelvétel		Kiegész	Stressz	Mentális egészség
		MBI	RMSK, PSS	
1. kutatás	2016	EE_E EE_Gy DP_E		
	2018	PA_Gy	Tam TamSz	FDS_EI
2. kutatás	2018.szept.		KBK	
	2019.jún.	EE DP	SzJAT MVE Tam	WC_ALK WC_VH
	2020.febr.			

*Forrás: a szerző saját szerkesztése*

A mentális egészség és a dohányzási státusz kapcsán szintén meglehetősen vegyes képet kapunk: a 2016-ban végzetek körében a visszahúzódás esetén ezt a megküzdési stratégiát a nemdohányzók alkalmazzák a leggyakrabban, míg a 2018-ban végzetteknél a már leszokottak körében a legalacsonyabb, a rendszeres dohányosok körében a legmagasabb a vonásszintű szorongás értéke. A 2018-2020-as évfolyamnál 2018 szeptemberében az egyáltalán nem dohányzók körében jelentkezett a legalacsonyabb érték az egyetlen szignifikáns eltérést jelző megküzdési mutató esetében, míg a 2020. februárban szakmai vizsgázók körében a nemdohányzók mutatták a legalacsonyabb szintű depressziót és a legkevésbé rájuk volt jellemző mindegyik szignifikáns különbséget mutató megküzdési mód is (általában az alkalmi dohányosokkal összevetve volt a legélesebb a különbség). Vagyis a találtak jellemzően összhangban álltak, vagy legalábbis nagyon hasonlóak voltak a különböző kutatásokban találtakhoz.

A dohányosok körében a dohányzás intenzitása, vagyis a naponta elszívott cigaretta mennyisége (ld. 42. táblázat) a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében egyaránt kevés skála mentén jelzett szignifikáns eltérést a csoportok között (2016 – Érzelmi kimerültség, 2018 – Személyes teljesítmény csökkenése, Támogatottság), de a 2018-2020-as évfolyam három mérési pontján is hasonlóan kevés mutató esetén jelentkezett ilyen mérvű eltérés a csoportok között, s ezek is jellemzően a 2019. júniusi adatfelvétel esetén (Érzelmi kimerültség, Deperszonalizáció, Szervezet jellegéből adódó terhelés, Munkavégzés etikai vonatkozásai, Támogatottság, Alkalmazkodás, Visszahúzódás). Ezen különbségek jellemzően azt mutatták, hogy a kiegészéssel kapcsolatos szignifikáns eltérések esetén teljesülni látszik az, a nemzetközi téren is megfigyelt jellemző, hogy minél erősebb a kiegész, annál több cigarettát szív el egy nap alatt, addig az RMSK vonatkozó mutatói mentén inkább ennek fordítottja teljesül. Itt ugyanis a

munkaterheléshez kapcsolódóan, a Támogatottság esetén a 15-19 szívat szívók esetén a legalacsonyabb az érték, de ezt leszámítva a minél több cigaretta fogyasztása felé erősödő támogató szociális háló található. A megküzdési módok esetében pedig a naponta fél-egy dobozzal szívók körében a legalacsonyabbak ezen megküzdési módok értékei.

A dohányzási motivációk (ld. 43. táblázat) a 2016-ban végzettek körében mutattak a legtöbb együttjárást a kiégéssel, kiemelendő ezek közül is a deperszonalizáció. A 2018-ban végzettek körében ennek már csupán a töredéke jelent meg, a 2018-2020-as évfolyam esetében, ahol az MBI csak a második és harmadik mérés során került felvételre, mindössze egyetlen ponton volt szignifikáns a kapcsolódás a motivációs tényezők és a kiégés összetevői között. A kapott eredmények fényében a dohányzás 2016-ban végzettek körében stresszoldó, teljesítményjavító, társas támogatást jelentő hatása erősebben van jelen az elszemélytelenedést és az érzelmi kimerültséget gyakrabban megtapasztalók körében, míg 2018-ban sokkal inkább a nikotinfüggőség irányába mutató skálák esetén jelentkeztek az együttjárások.

43. táblázat: A dohányzási motivációk és a kiégés között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon

WISDM-37 skálák	1. kutatás		2. kutatás	
	2016	2018	2019. június	2020. február
Érzelmi kötődés a cigarettához	EE_Gy EE_E	DP_Gy DP_E	DP_Gy DP_E	
Automatizmus		DP_Gy DP_E		
Kontrollvesztés	EE_Gy	DP_Gy DP_E		
Kognitív működés javulása	EE_Gy EE_E	DP_Gy DP_E		
Sóvárgás		DP_Gy DP_E		
Dohányzásra felszólító kulcsingerek	EE_Gy EE_E	DP_Gy DP_E	DP_Gy	
Társas és helyzeti ösztönzők	EE_Gy EE_E	DP_Gy DP_E		
Íz	EE_Gy	DP_Gy DP_E	DP_Gy DP_E PA_E	
Tolerancia	EE_Gy	DP_Gy DP_E		
Testsúlykontroll		DP_Gy DP_E		
Érzelmi megerősítés	EE_Gy EE_E	DP_Gy DP_E	PA_E	EE

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A dohányzási motivációk és a stresszel kapcsolatos skálák (ld. 44. táblázat) esetében itt is kiemelendő, hogy messze a legtöbb ponton a 2016-ban végzettek esetében volt megfigyelhető együttjárás a motivációs tényezőkkel, amelyben a munkaterheléshez kapcsolódó összetevők szerepeltek nagyobb súllyal. A 2018-ban végzettek körében ezen kapcsolatoknak csak a

44. táblázat: A dohányzási motivációk és a stressz mért mutatói között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon

WISDM-37 skálák	1. kutatás		2. kutatás			
	2016		2018	2018. szept.	2019. jún.	2020. febr.
<b>Érzelmi kötődés a cigarettához</b>	SzJAT MVSzK ML MTKM MK MVE	MFH EMT EF SzE SzP Akt	ABSz	Akt ST	Tam ST	
<b>Automatizmus</b>	Tam Sz			ST	Tam	
<b>Kontrollvesztés</b>	SzJAT MVSzK MK MVE	SzE SzP Tam Tam_Sz	ABSz	ST	ME Tam Tam_Sz ST PSS	
<b>Kognitív működés javulása</b>	MSzM SzJAT MVSzK ML	MTKM SzE SzP ABSz		KBK	Tam	TamSz
<b>Sóvárgás</b>	SzJAT MVSzK MTKM MK MVE MFH	AE SzE SzP Tam Tam_Sz	ABSz	ST	MVE PSS	
<b>Dohányzásra felszólító kulcsingerek</b>	MSzM SzJAT MVSzK MTKM MFH	EMT EF SzE SzP	MVE		Tam PSS	VI KBK
<b>Társas és helyzeti ösztönzők</b>	MSzM MVSzK MTKM MFH EMT	EF SzE SzP Akt ST			SzJAT MVSzK SzE SzP	ST
<b>Íz</b>	MSzM MVSzK MFH EMT	EF SzE ST	ABSz MVE	ST		
<b>Tolerancia</b>	SzJAT MHKM MVE	SzP Tam Tam_Sz		ST	ABSz Mot	
<b>Testsúlykontroll</b>	MSzM SzJAT MVSzk ML VI MTKM MK MHKM	MVE MFH EMT AE EF SzE SzP	VI EMT EF	Akt ST	Tam Tam_Sz ST	MI AE
<b>Érzelmi megerősítés</b>	SzJAT MVSzk MVE MFH EMT	EF SzE SzP ABSz		ST	Tam Tam_Sz PSS	KBK PSS

Forrás: a szerző saját szerkesztése

töredéke jelentkezett, közel kiegyenlített arányban képviselve az RMSK munkaterheléshez és egyéni tényezőkhöz sorolható skáláit. A 2018-2020-as évfolyam esetében az első mérési ponton az RMSK Stresszoldás mutatója több motivációs skálával jelzett statisztikailag jelentős kapcsolatot. Ugyanakkor a teljes RMSK csak a második és harmadik mérési ponton került felvételre, mindezek mellett a legtöbb együttjárás a második adatfelvételnél jelentkezett, de ennek aránya meg sem közelíti a 2016-ban végzettekénél tapasztaltakat. Emellett az Észlelt Stressz is több ponton szignifikáns együttjárást mutatott a dohányzás különböző motivációival. 2020 februárjában a kiindulási eredményekhez képest hasonló arányban jelentkeztek a statisztikailag jelentős kapcsolatok, s ez a néhány eset körülbelül kiegyenlítetten képviselte az egyéni és a munkaterheléshez kapcsolódó mutatókat. A 2016-ban végzettek minél erősebbnek élték meg a munkaterhelést és minél magasabbnak a szervezeti elvárásokat, valamint minél rosszabbnak a saját helyüket, elismertségüket a szervezeten belül és magukat a munkakörülményeket, annál motiváltabbak voltak a dohányzásra. Érdekességként ezek a tendenciák leginkább a 2019. júniusi mérésben köszöntek vissza. Kiemelendő még a 2018. szeptemberi, Stresszoldás kapcsán mutatkozó nagy mennyiségű, jellemzően fordított irányú kapcsolat, vagyis minél hatékonyabb stresszoldó stratégiákkal rendelkezett a dohányzó válaszadó, annál kevésbé jellemezték őt az érintett dohányzási motivációk.

A dohányzási motivációk és a mentális egészség területére fókuszáló mérőeszközök és skálák (ld. 45. táblázat) mindezekhez képest jelentősen nagyobb arányban mutattak szignifikáns együttjárásokat, leszámítva az utolsó mérési pontot 2020. februárjában. A 2016-ban végzettek körében a depresszió és szorongás mutatói ugyanúgy képviseltették magukat ezen a téren, mint a megküzdési módok, illetve a frusztrációkezelésre vonatkozó skálák, míg a 2018-ban végzettek körében jellemzően egyetlen megküzdési mód volt a legtöbb kapcsolódással jellemezhető: az Érzelmi indíttatású cselekvés. A 2018-2020-as évfolyam esetében az egyes mérési pontok között szintén érdekes eltérések mutatkoztak: a 2018. szeptemberi eredmények esetében a megküzdési módok voltak a leginkább hangsúlyosak a szignifikáns kapcsolódások terén, ehhez képest 2019. júniusban a depresszió és a szorongás kapcsán alkalmazott mérőeszközök, míg a 2020. februári mérési pont esetében csak elenyésző arányban merült fel a mentális egészségi állapot és a dohányzás motivációs bázisának kapcsolata. Ezen eredmények arra mutatnak rá, hogy a dohányzás gyakran érzelmezérelt cselekvésként jelentkezik a vizsgált csoportok körében. Mivel a vizsgált mintákban bár életkorukat tekintve már felnőttek, de viselkedésük tekintetében több téren a serdülőkhöz hasonló sajátosságokkal bíró fiatalok szerepeltek döntő többségben, ez a vizsgálati eredmény összefügghet azzal, hogy a serdülők körében a stressz egyértelműen rizikófaktora a



45. táblázat: A dohányzási motivációk és a mentális egészség kapcsán használt mérőskálák között mutatkozó szignifikáns kapcsolatok az egyes adatfelvételi pontokon

WISDM-37 skálák	1. kutatás		2. kutatás			
	2016		2018	2018. szept.	2019. jún.	2020. febr.
<b>Érzelmi kötődés a cigarettához</b>	CES-D STAI-T WC_CCS WC_EICS WC_ALK WC_SEGK	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	WC_EICS WC_VH	WC_CCS WC_ALK FDS_DI FDS_EN FDS_ full	CES-D HADS-A HADS-D STAI-T	
<b>Automatizmus</b>	CES-D STAI-T WC_EICS	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	WC_EICS	WC_CCS WC_ALK WC_SEGK WC_EEK	HADS-A HADS-D STAI-T	
<b>Kontroll-vesztés</b>	CES-D STAI-T WC_EICS WC_ALK	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	HADS-D WC_EICS	WC_EICS WC_SEGK WC_EEK FDS_EN	HADS-A HADS-D STAI-T WC_VH	
<b>Kognitív működés javulása</b>	CES-D STAI-T WC_EICS WC_ALK	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	WC_EICS	WC_ALK WC_SEGK WC_EEK	HADS-D	
<b>Sóvárgás</b>	CES-D STAI-T WC_EICS WC_ALK	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	WC_EICS	WC_CCS WC_ALK WC_SEGK WC_EEK	HADS-A HADS-D STAI-T WC_PRE WC_VH FDS_EI	
<b>Dohányzásra felszólító kulcsingerek</b>	CES-D STAI-T WC_EICS	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	HADS-D STAI-T WC_EICS WC_VH	WC_CCS WC_ALK WC_SEGK WC_EEK FDS_DI FDS_AC FDS_ full	HADS-A HADS-D STAI-T	FDS_AC
<b>Társas és helyzeti ösztönzők</b>	CES-D WC_PRE WC_CCS WC_EICS	WC_ALK WC_SEGK		FDS_AC	WC_PRE WC_SEGK	FDS_AC
<b>Íz</b>	CES-D WC_EICS WC_ALK	FDS_EI FDS_AC FDS_ full	WC_EICS	WC_CCS WC_ALK WC_SEGK WC_EEK FDS_EN		
<b>Tolerancia</b>	CES-D STAI-T WC_EICS WC_ALK	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	WC_EICS	WC_CCS WC_ALK WC_SEGK WC_EEK	WC_PRE	
<b>Testsúlykontroll</b>	CES-D STAI-T WC_EICS	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	WC_EICS	FDS_DI	HADS-A HADS-D STAI-T WC_VH	
<b>Érzelmi megerősítés</b>	CES-D STAI-T WC_EICS	FDS_DI FDS_EN FDS_EI FDS_AC FDS_ full	WC_EICS	WC_EICS WC_ALK FDS_DI FDS_EN FDS_AC FDS_ full	HADS-D STAI-T WC_VH FDS_EI	CES-D HADS-A

Forrás: a szerző saját szerkesztése

dohányzásnak (Todd, 2004), mert körükben a dohányzás copingmechanizmusként funkcionál a stresszteli eseményekkel szemben (Revell et al., 1985). Rendőrök körében a munkahelyi stressz dohányzás intenzitását növelő hatása több kutatásban megjelent (Smith et al., 2005; McCarty et al., 2007), ami szintén arra utal, hogy a dohányzás is a maladaptív copingmechanizmusok egyike lehet. Ehhez kapcsolódhatnak a depresszió és a szorongás kapcsán talált szignifikáns együttjárások több mérési pont esetében is.

Az alkoholfogyasztási szokások kapcsán (ld. 46. táblázat) a 2016-ban végzetek esetében a deperszonalizáció mellett az RMSK néhány egyéi tényezője, az elmúlt egy hónapban megélt depressziós tünetek, továbbá egyetlen, frusztrációkezeléshez kapcsolódó skála esetén jelentkezett eltérés az különböző fogyasztási gyakoriságok mentén. Ezzel szemben 2018-ban a deperszonalizáció mellett számos, az RMSK munkaterheléshez kapcsolódó mutatója, egy megküzdési mód, egy-egy depressziót és szorongást mérő skála esetén jelentkezett szignifikáns eltérés az alkoholfogyasztás gyakorisága mentén. A 2018-2020-as évfolyam esetében a felszereléskor mindössze egyetlen ponton, az Érzelmi indíttatású cselekvés megküzdési módja mentén volt szignifikáns eltérés az egyes csoportok között, a második időpontra néhány RMSK skála, és az egyik depresszió skála esetén jelentkezett statisztikailag jelentős eltérés, ami a 2020-ban végzők körében két megküzdési mód és néhány RMSK skála menti szignifikáns különbséggé vált.

46. táblázat: Az alkoholfogyasztás gyakorisága mentén mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon

Adatfelvétel		Kiegészítés	Stressz	Mentális egészség
		MBI	RMSK, PSS	
1. kutatás	2016	DP_E DP_Gy	ABSz Akt Tam Tam_Sz	FDS_EN
	2018	DP_E DP_Gy	ME MSzM SzJAT VI MTKM MK MI EMT SzE EgÁ	CES-D STAI-T WC_EICS
2. kutatás	2018.szept.			WC_EICS
	2019.jún.		MI SzE SzP Mot	HADS-D
	2020.febr.		ML EgÁ Tam	WC_CCS WC_EEK

Forrás: a szerző saját szerkesztése

A nagyivás (ld. 47. táblázat) a 2016-ban végzetek körében még az alkoholfogyasztásnál is kevesebb ponton jelzett statisztikailag jelentős eltéréseket, amelyből a 2018-ban végzetek körében az RMSK mentén szintén kevesebb volt. Ugyanakkor körükben a mentális egészséget mérő skálák körében több ponton is mutatkoztak a szignifikáns eltérések a nagyivás gyakorisága tekintetében: minden, a kutatásban használt depressziót és szorongást mérő eszköz mellett két megküzdési mód esetén is jelentkeztek. Ehhez képest a 2018-2020-as évfolyam esetében az első mérésnél az Észlelt Stressz mellett egy megküzdési mód és a frusztrációkezelési skála mentén volt jelentős eltérés az egyes csoportok között. 10 hónappal később egyetlen RMSK egyéni tényező skála és egyetlen megküzdési mód mentén, majd a 2020. februárban végzők körében egyetlen ponton sem jelentkezett szignifikáns különbség ezen mutató szempontjából.

47. táblázat: A nagyivás gyakorisága mentén mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon

Adatfelvétel		Kiegész	Stressz	Mentális egészség
		MBI	RMSK, PSS	
1. kutatás	2016		Akt Tam	FDS_EN
	2018		MI MHKM EgÁ	CES-D STAI-T HADS-A HADS-D WC_EICS WC_VH
2. kutatás	2018.szept.		PSS	WC_EICS FDS_EN
	2019.jún.		Mot	WC_PRE
	2020.febr.			

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Az alkoholfogyasztás kapcsán talált 2016-os és 2018-as eredmények arra engednek következtetni, hogy a deperszonalizáció érzésének megjelenése növelhette az alkoholfogyasztás gyakoriságát. Emellett a 2016-ban végzetek körében az aktívabb, tétlenséget rosszabbul tűrő válaszadók, illetve a kevesebb társas támogatottságot megélők is gyakrabban folyamodnak az alkoholhoz, úgy általában, mint egyszerre nagyobb mennyiségben is, mint ahogyan a 2020. februárban végzetek esetében a rosszabb munkahelyi légkört megélők, kevésbé egészségesek, továbbá a valamivel kisebb támogatottságot tapasztalók is. Főként a 2018-ban végzetek, de a 2019. júniusi adatfelvétel esetén is az RMSK több, kifejezetten a munkaterheléshez kapcsolódó skálája esetén is jelentkeztek a statisztikailag jelentős eltérések, így összességében a kapott eredmények összhangban állnak a nemzetközi kutatási eredményekkel is a rendőrök stresszel összefüggő alkoholfogyasztási szokásait illetően (Smith et al., 2005; Violanti et al. 2011). Az alkoholfogyasztás és a depresszió, szorongás, valamint a megküzdés kapcsolatát illetően szintén olyan részeredmények születtek a különböző mérési

pontokon, amelyek az ismert kutatási eredményeknek felelnek meg. Vagyis az alkoholfogyasztás és a hangulati problémák – esetünkben a depresszív tünetek magasabb szintjének együttjárása mind az alkoholfogyasztás gyakoriságával, mind a nagymennyiségű alkohol egy alkalommal történő fogyasztásával kapcsolatban megjelent a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében, továbbá a szorongással kapcsolatosan is. A 2018-2020-as évfolyamnál elsősorban egyes megküzdési módok esetében jelentkezett a statisztikailag jelentős különbség az egyes csoportok képviselői között. Mivel kutatások az alkoholfogyasztás és megküzdés kapcsolatát szintén kimutatták a rendőrök körében (He, Zhao & Archbold, 2002, Violanti et al., 2011), így az ilyen eredmények a vizsgálatban nem meglepőek – valószínűleg az alkoholfogyasztás mint stresszkezelési stratégia alkalmazása állhat a háttérben (Cooper et al., 1992; Violanti et al., 2011).

48. táblázat *A HOS és a kiegészített mérési mutatók között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon*

HOS skálák	1. kutatás		2. kutatás	
	2016	2018	2019. jún.	2020. febr.
<b>Személyes egészség tudatosság</b>	PA_Gy PA_E	PA_Gy PA_E	PA	EE
<b>Egészséges kinézettel való törődés</b>				DP
<b>Egészséggel kapcsolatos szorongás</b>	EE_Gy DP_Gy EE_E DP_E		EE DP	DP
<b>Egészséggel kapcsolatos önértékelés</b>	EE_Gy PA_Gy EE_E PA_E	PA_Gy PA_E	EE PA	EE DP
<b>Egészségtelenség elkerülésének motivációja</b>		PA_Gy PA_E	DP	
<b>Egészségmotiváció</b>	PA_Gy PA_E	PA_Gy PA_E	DP	
<b>Belső egészségesség kontroll</b>	PA_Gy PA_E	PA_Gy PA_E	PA	
<b>Külső egészségesség kontroll</b>	EE_Gy			EE DP
<b>Egészség a jövőben</b>	EE_Gy DP_Gy PA_Gy EE_E DP_E PA_E	PA_Gy PA_E	EE PA	EE DP
<b>Egészségi állapot</b>	EE_Gy DP_Gy PA_Gy EE_E DP_E PA_E		PA	EE DP

*Forrás: a szerző saját szerkesztése*

Az egészségorientáció kapcsán használt HOS skálái és az MBI között (48. táblázat) a 2016-ban végzetek körében a teljesítménycsökkenés és az érzelmi kimerültség egyaránt számos ponton jelzett szignifikáns erejű együttjárást, illetve néhány esetben a deperszonalizáció esetében is. A 2018-ban végzetek körében kizárólag a személyes teljesítménycsökkenés élménye mutatott ilyen szintű kapcsolódást a HOS skáláival. A 2018-2020-as évfolyam körében a második és harmadik mérési ponton került felvételre az MBI. 2019 júniusában körükben is a teljesítménycsökkenés mentén volt a leggyakoribb a statisztikailag jelentős

együttjárás az egészségorientáció tényezőivel, s jellemzően azon pontokon, mint a két korábbi minta esetében is. Körükben azonban ismét megjelentek az érzelmi kimerültség és a

49. táblázat: A HOS és a stressz mért mutatói között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon

HOS skálák	1. kutatás				2. kutatás			
	2016		2018		2018. szept.	2019. jún.		2020. febr.
Személyes egészség-tudatosság	AE KBK ST		Akt PSS		Mot ST PSS	MSzM SzE ABSz Akt	Mot Tam_Sz ST	AE KBK PSS
Egészséges kinézettel való törődés	ABSz Akt Tam		ME Mot MSI		Tam	ABSz Mot Tam TamSz MSI		MSzM EMT MVSzK SzE MTKM SzP MK TamSz MHKM ST MVE MSI
Egészséggel kapcsolatos szorongás	SzJAT MVSzK ML VI MTKM MHKM MFH EMT EF	SzE SzP EgÁ Akt Mot Tam TamSz ST	ME MSzM MVSzK VI MTKM MK	MFH EMT AE EF MSI	Akt Tam PSS	Tam ST PSS		MSzM MFH ML SzE MTKM TamSz MK ST MVE MSI
Egészséggel kapcsolatos önértékelés	SzJAT MVSzK ML MTKM MK EMT	AE SzE SzP EgÁ KBK ST	MSzM EMT Akt MSI		EgÁ Akt ST PSS	MSzM EMT Akt ST PSS		MVE EgÁ KBK Akt ST PSS
Egészség-telenség elkerülésének motivációja		ME ST	Akt		ABSz ST PSS	SzJAT MVSzK MTKM MK MVE	MFH AE SzP ABSz ST	MSzM MI SzJAT EMT VI AE MTKM
Egészség-motiváció		MK AE ST	Akt		ABSz Mot ST PSS	MVE MFH AE	SzP ABSz ST	
Belső egészségesség kontroll	ME SzJAT MK MHKM AE	KBK Tam ST MSI	EMT Akt PSS		ABSz ST PSS	MVE AE ABSz KBK ST PSS		
Külső egészségesség kontroll	SzJAT MVSzK ML MTKM MHKM EMT AE	EF SzE SzP KBK Tam TamSz ST	ABSz ST		ST PSS			ME EMT MSzM EF SzJAT SzE MVSzK SzP ML TamSz MTKM ST MK MSI MHKM MVE
Egészség a jövőben	MSzM SzJAT MVSzK ML VI MTKM MFH	EMT AE SzE SzP Akt TamSze ST	MSzM SzE SzJAT KBK MTKM Akt MK ST EMT PSS EF		EgÁ Akt Mot ST ST PSS	MSzM EMT KBK Akt ST ST PSS		ME EF MSzM SzE SzJAT SzP MVSzK EgÁ ML KBK MTKM TamSz MHKM ST MVE PSS EMT
Egészségi állapot	MSzM SzJAT MVSzK ML MTKM MK MI MFH	EMT AE SzE SzP EgÁ Mot ST	MSzM EMT SzJAT EF MVSzK SzE VI SzP MTKM EgÁ MK Akt MHKM PSS		EgÁ Akt PSS	MSzM EMT ABSz Akt ST PSS		ME SzP MVSzK Akt ML TamSz MHKM ST MVE MSI EF PSS

Forrás: a szerző saját szerkesztése

deperszonalizáció mentén mutatkozó különbségek, de utóbbi esetében egészen más mutatók mentén, mint a korábbiakban. Ehhez képest a végzéskor történt adatfelvétel során, 2020 februárjában a teljesítménycsökkenés és az egészségorientációs skálák között nem mutatkozott szignifikáns együttjárás, míg a deperszonalizáció és az érzelmi kimerültség esetében az előző mérési ponthoz képest több esetben is.

Az egészségorientáció mutatói és a munkahelyi stressz között (ld. 49. táblázat) 2016-ban nagyon sok ponton jelentkezett együttjárás (az egészségorientáció oldaláról az Egészséggel kapcsolatos szorongás, Külső egészségesség kontroll, Egészség a jövőben és Egészségi állapot volt kiemelkedő, az RMSK oldaláról pedig a Stresszoldás), ehhez képest a 2018-ban végzetek körében elenyésző számú szignifikáns kapcsolat mutatkozott (az RMSK oldaláról az A-B személyiség skála emelhető ki). A 2018-2020-as évfolyamon az RMSK esetében csak az egyéni tényezők rész került felvételre, ezen szegmensből a Stresszoldás esetén láthattuk a legtöbb, statisztikai szempontból jelentős kapcsolatot. 2019 júniusára a teljes kérdőívet használva is túlsúlyban voltak az egyéni tényezők az egészségorientációs tényezőkkel való együttjárás szempontjából (az RMSK oldaláról kiemelendő a Támogatottság skála), de már több ponton, mint 10 hónappal korábban, illetve itt mutatkozott először kapcsolódás az Észlelt Stresszrel is. A 2020. februárban végzetek körében jelentős túlsúlyba kerültek a munkaterheléssel kapcsolatos skálák és az egészségorientációs mutatók közti együttjárások (melyek utóbbi szempontjából az Egészséges kinézettel való törődés, Külső egészségesség kontroll, Egészség a jövőben és Egészségi állapot skálákat érintették a legnagyobb arányban), mellett az Észlelt Stressz itt is több esetben jelzett kapcsolatot az egészségorientációs tényezőkkel.

Az egészségorientáció és a mentális egészség mutatói között minden mintavétel esetén számos együttjárás volt megfigyelhető mind a depresszió és szorongás, mind a megküzdési módok, mind pedig a frusztrációkezeléssel kapcsolatos mérőeszközök esetében.

Mivel a HOS-t használó vizsgálatok döntően egészségi állapottal kapcsolatos kutatásokat alkalmaztak, így a kiégéssel és munkahelyi stresszrel kapcsolatos összefüggéseiről konkrét kutatási eredményekkel ezeken kívül még nem rendelkezünk.

50. táblázat: A HOS és a mentális egészség mért mutatói között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon

HOS skálák	1. kutatás						2. kutatás								
	2016			2018			2018. szept.			2019. jún.			2020. febr.		
Személyes egészség-tudatosság	STAI-T	WC_PRE WC_CCS		STAI-T	WC_PRE WC_EEK		CES-D HADS-A STAI-T	WC_PRE WC_CCS		CES-D HADS-A HADS-D	STAI-T WC_PRE WC_SEGK FDS_AC		STAI-T		
Egészséges kinézettel való törődés	CES-D STAI-T WC_EICS WC_ALK	WC_EEK WC_VH FDS_DI FDS_full FDS_EN	FSD_EI FDS_AC FDS_full	WC_PRE WC_EICS	FDS_DI FDS_EN	FSD_EI FDS_full	FDS_EN FDS_AC FDS_full			CES-D	WC_PRE WC_EICS	FDS_DI	CES-D HADS-A HADS-D	STAI-T FDS_DI FDS_EN	FSD_EI FDS_AC FDS_full
Egészséggel kapcsolatos szorongás	CES-D STAI-T WC_EICS WC_ALK	WC_EEK WC_VH FDS_DI FDS_full FDS_EN	FSD_EI FDS_AC FDS_full	CES-D HADS-D STAI-T WC_EICS	WC_ALK WC_VH FDS_DI FDS_EN	FSD_EI FDS_AC FDS_full	CES-D HADS-A HADS-D STAI-T	WC_PRE WC_EICS WC_ALK FDS_DI	FDS_EN FSD_EI FDS_AC FDS_full	CES-D HADS-A HADS-D STAI-T	WC_PRE WC_EICS WC_SEGK WC_VH	FDS_DI FDS_EN FSD_EI FDS_full	CES-D HADS-A HADS-D STAI-T	WC_EICS FDS_DI FDS_EN FSD_EI	FSD_EI FDS_AC FDS_full
Egészséggel kapcsolatos önértékelés	CES-D STAI-T WC_PRE WC_CCS	WC_EICS WC_ALK WC_VH FDS_DI	FDS_EN FSD_EI FDS_AC FDS_full	HADS-A STAI-T	WC_EICS WC_ALK WC_EEK	FDS_DI	CES-D HADS-A HADS-D STAI-T	WC_PRE WC_CCS WC_EICS	FDS_DI FSD_EI	CES-D HADS-A HADS-D STAI-T	WC_PRE WC_EICS	FDS_DI FSD_EI	CES-D STAI-T	WC_EICS WC_ALK WC_VH	
Egészség-telenség elkerülésének motivációja		WC_PRE		WC_PRE			STAI-T WC_PRE	WC_EICS WC_SEGK		FDS_AC FDS_full			FDS_DI FDS_EN FSD_EI	FDS_AC FDS_full	
Egészség-motiváció		STAI-T WC_PRE		STAI-T WC_PRE			CES-D HADS-D STAI-T	WC_PRE WC_CCS WC_EICS	WC_SEGK FDS_AC	FDS_AC FDS_full			FDS_DI FDS_EN FSD_EI	FDS_AC FDS_full	
Belső egészségesség kontroll	CES-D STAI-T	WC_PRE WC_EICS	FDS_DI FDS_EN	STAI-T	WC_EICS		CES-D STAI-T	WC_PRE WC_CCS	WC_EICS WC_SEGK	CES-D HADS-D HADS-A	STAI-T WC_PRE WC_EICS	WC_SEGK FDS_AC	STAI-T WC_VH		
Külső egészségesség kontroll	CES-D STAI-T WC_EICS	FDS_DI FDS_EN FSD_EI	FDS_AC FDS_full	WC_EICS			STAI-T WC_EICS	FDS_DI FDS_EN	FSD_EI FDS_full	WC_PRE			CES-D HADS-D HADS-A	STAI-T WC_EICS FDS_DI	FDS_EN FDS_AC FDS_full
Egészség a jövőben	CES-D STAI-T WC_EICS WC_ALK	WC_VH FDS_DI FDS_EN	FSD_EI FDS_AC FDS_full	STAI-T WC_EICS	WC_EEK WC_VH	FDS_DI	CES-D HADS-D	HADS-A STAI-T	WC_PRE WC_EICS	CES-D HADS-D HADS-A	STAI-T WC_PRE	WC_EICS FDS_EI	CES-D HADS-D	HADS-A STAI-T	WC_EICS WC_VH
Egészségi állapot	CES-D STAI-T WC_EICS	WC_ALK FDS_DI FDS_EN	FSD_EI FDS_AC FDS_full	CES-D HADS-A STAI-T	WC_EICS WC_ALK WC_VH	FDS_DI FSD_EI FDS_AC FDS_full	CES-D HADS-A	HADS-D STAI-T	WC_EICS WC_VH	CES-D HADS-A	HADS-D STAI-T	WC_EICS FDS_EI	CES-D HADS-A	STAI-T WC_EICS	WC_ALK WC_VH

Forrás: a szerző saját szerkesztése

Összegezve tehát jelen vizsgálatsorozat eredményeit elmondható, hogy az egészséggel kapcsolatos szorongást némiképp növelheti az érzelmi kimerültség és a deperszonalizáció, ugyanakkor az egészséggel kapcsolatos önértékelést csökkentheti a kiégés összetevőinek intenzívebb jelenléte. Szembetűnő továbbá, hogy a jövőbeni egészség, illetve az egészségi állapot aktuális megítélése szintén fordított kapcsolatban áll a kiégés tényezőivel, vagyis a kiégés összetevőinek erőteljesebb jelenléte csökkenti az egészségorientáció ezen területein elért pontszámot.

A munkahelyi stressz esetében a legmarkánsabban az egyes stresszorok egészséggel kapcsolatos szorongást növelő hatása, illetve a külső egészségesség kontrollt fokozó hatása jelentkezett a végzéskor, az egyes stresszorok jövőbeni egészségképét, illetve aktuális egészségi állapot megítélését rontó hatása mellett.

Ugyanakkor ma már fellelhetők olyan kutatások, amelyekben a mentális egészség és az egészségorientáció összevetésre kerültek. Ezek egyike a HOS pszichometriai vizsgálata görögök körében (Togas & Parlalis, 2021), s ezen kutatásban a vonásszorongás vonatkozásában a saját kutatásomhoz nagyon hasonló eredmények születtek, még ha az általam végzett vizsgálatsorozatban nem is minden ponton szignifikáns az együttjárás a HOS skálái és a STAI-T között. Az egyes megküzdési módok és a HOS skálái közötti kapcsolatok esetében érdemes lehet még kiemelni az érzelmközpontú és problémaközpontú megküzdési stratégiák elkülönülését egyes mutatók esetében, ahol a két eltérő megküzdési stratégia bár szignifikáns együtt járást mutat az adott egészségorientációs tényezővel, de ellentétes előjellel. Szintén érdekes lehet, de nem meglepő, hogy a depressziót, valamint szorongást mérő skálák és az érzelmközpontú megküzdési stratégiákat képviselő skálák hasonló előjellel állnak, mint ahogyan a frusztráció és diszkomfort kezeléséhez kapcsolódó mutatók is, valamint a problémaközpontú megküzdés skálái ellentétes irányban mutatnak együttjárást ezekkel is.

Az egészségmagatartáshoz kapcsolódó kérdések kapcsán ugyanakkor nem lehet elégszer kihangsúlyozni azt a tényezőt, hogy az iskolarendszerű tiszthelyettesi képzésben résztvevők sok szempontból sajátos helyzetbe kerülnek a képzés által: döntően frissen érettségizett, nemrégiben nagykorúvá vált fiatalok, akik kollégiumba kerülnek, sok esetben távol a szülői háztól, ezáltal a szülői felügyelettől is. Ez az új helyzet sok szempontból jelentősen eltér a szülőkkel élés korábbi tapasztalatától, hiszen adott esetben alkalmazkodni kell a szobatársakhoz, a kollégiumi rendhez, amely a fix napirendi pontok mellett akár azt is jelentheti, hogy a korábbiakban esetlegesen nem tapasztalt jellegű kontroll, szankciók is járhatnak egyes feladatok nem teljesítésével. Mindeközben kinyílik számukra a világ, sokkal nagyobb szabadságuk van az életükre, egészségükre is kiható döntéseikben, így arra nézve is,



hogy mikor, mennyit dohányoznak, valamint hogy mikor, mennyi alkoholt fogyasztanak. Nem elhanyagolható ebből a szempontból a kortárs közösség hatása sem, vagyis hogy adott esetben egymást erősíthetik a káros szokások felvételében – de akár a jó szokásokéban is, például tudatosabb edzési terv kialakítását illetően.

Az iskolarendszerű rendőrképzésben töltött időszak olyan szabadságot jelenthet benne részt vevő fiatalok számára – különösen a vizsgált évfolyamok körében, amikor a próbaidő egybeesett a második tanulmányi évvel, vagyis ekkor már önálló keresettel rendelkező fiatalok töltötték idejüket a kollégiumban az iskolai összevonások idején –, amely példának okáért akár a tisztjelöltek esetében sem valósul meg, mint ahogyan sok más, érettségi után szakmát tanuló kortársuk körében sem. Ezen időszak –a vizsgált mintákban a második év – ugyanakkor olyan sajátos ellentmondásokat is magában hordoz, minthogy a gyakorlatok idején sokszor teljes értékű rendőrként helytállást várnak tőlük a kollégák, miközben még tanulók is, akik azon vannak, hogy minél alaposabban, mélyebben elsajátíthassák választott szakmájukat. Ez utóbbi helyzet olyan belső feszültségeket is genereálhat, amelyek levezetésére akár az iskolai összevonások is lehetőségül szolgálhatnak.

## **11.2. A próbaidő tapasztalatainak hatása – különbségek az évfolyamok között**

A 2016-ban és 2018-ban végzettek összehasonlítását tekintve elmondható, hogy a kiégés esetében a 2016-ban végzettek az érzelmi kimerültség és az elszemélytelenedés esetében szignifikánsan rosszabb, viszont a személyes teljesítmény csökkenése esetén szignifikánsan jobb értékeket mutattak a 2018-ban végzettekhez képest.

Az RMSK skálái tekintetében a mért tényezők többsége esetében szignifikánsnak bizonyultak a különbségek, jellemzően a 2018-ban végzettek élték meg kevésbé megterhelőknek ezen tényezőket, az anyagi elismertség kérdéskörét leszámítva.

Az egészségmagatartási szokások tekintetében a rendszeres edzés, az edzések heti mennyisége, illetve alkalmankénti időtartama, továbbá az alkoholfogyasztási szokások mentén szignifikáns eltérés mutatkozott a két évfolyam között, emellett egyes dohányzási motivációk és az egészségorientációt mérő skálák mindegyike esetén statisztikailag jelentős eltérések voltak a két évfolyam között: a 2018-ban végzettek számára a dohányzási motivációk terén alacsonyabb értékek voltak jellemzőek, míg az egészségorientáció terén az ő körükben az egészségorientációban a belső motivációs tényezők erősebbnek bizonyultak.

Ugyanakkor ha végigvesszük a két évfolyam közti különbségeket és hasonlóságokat, akkor ezek az eltérések tulajdonképpen magyarázhatók is azokkal a hatásokkal, amelyek döntően a próbaidős évhez kapcsolódóan érték a két évfolyamot, ugyanis a nagy vonalakban hasonló út, amit bejártak a képzésük két éve alatt, számos ponton rejt különbségeket is magában.

A hasonlóságok:

- mindkét évfolyam alapvetően a képzésük második évét végig próbaidős tiszthelyettesként töltötte
- a Készenléti Rendőrség állományába kinevezettek a déli határ mentén, migrációs feladatellátásban teljesítettek szolgálatot, s határrendészeti járőrként végezték el az iskolát (a 2016-ban végzettek teljes állománya, a 2018-ban végzettek kétharmada).

Az eltérések:

- a 2016-ban végzetteket 2015 nyarának végén, hirtelen nevezték ki próbaidősnek – miközben augusztus utolsó hetéig az iskolák és a tanulók is úgy tudták, hogy hosszú évek után ők lesznek az első évfolyam, akik nem kerülnek kinevezésre a tanulmányaik vége előtt. Emellett az egész második évükre sok ponton volt jellemző a kiszámíthatatlanság – hosszú ideig az is kérdéses volt, hogy mikor, hogyan fogják az iskolai képzést folytatni, illetve befejezni. Ezzel szemben a 2018-ban végzettek kinevezése már 2017 nyarán megtörtént, az első tanév végén már pontosan lehetett tudni, hogy mikor lesz az ünnepélyes eskütételük a Hősök terén, jól felosztott rendszer szerint 1-1 hónapot töltöttek gyakorlaton és iskolai képzésen.
- habár a déli határ mentén teljesítettek szolgálatot, jellemzően akár többszáz kilométerre a lakhelyüktől, a 2016-ban végzettek az újonnan felállóban levő határvadász századokhoz kerültek kinevezésre, a KR diszlokált állományainak tagjaként, a készenléti kollégákkal teljesítettek szolgálatot. A két évvel később végzett állomány azon képviselői, akik a KR állományának voltak tagjai, a gyakorlatokat több alkalommal is a déli határhoz közeli városok kapitányságain, az ottani járőrállomány mellett töltötte, valamint kevésbé volt jellemző, hogy két, egymás utáni gyakorlati időszakot ugyanazon szolgálati helyen, ugyanazok mellett töltsenek el.
- a 2016-os évfolyam a rendkívüli helyzetben sok szempontból rendkívüli bérezésben is részesült, míg a 2018-ban végzettek esetében ez már nem így volt. (RMSK – Anyagi elismertség skála különbsége)

Összeségében tehát a 2018-ban végzett állomány esetében jelentősen több volt a kiszámítható tényező, még az esetleges bizonytalanságok közepette is, így tehát érthető, hogy

miért élték meg ennyi tényező mentén szignifikánsan eltérő módon a helyzetet, ugyanakkor a 2016-ban végzetek körében tapasztaltak párhuzamba állíthatók a szintén ugyanezen időszakban (2015-2016-ban) a déli határ mentén szolgálatot teljesítő állomány körében tapasztaltakkal (Borbély, Farkas & Tózsér, 2017; Borbély, Fridrich & Tózsér, 2018b; Farkas, Borbély, Tegye & Tózsér, 2018).

### **11.3. A képzési idő alatt szerzett tapasztalatok hatása**

A képzési idő alatti tapasztalatok hatásainak vizsgálata a korábban már ismertetett okokból csak a másfél éves képzésben részt vevők esetében valósult meg.

Az egészségmagatartási szokások tekintetében a testedzés ritkábbá válása, alkalmankénti rövidülése ugyan megjelent a mintában, de ezek az eltérések nem bizonyultak szignifikánsnak, mint ahogyan dohányzással kapcsolatos kérdéskörök és az alkoholfogyasztás területén sem. Az egyes mérési időpontokat külön-külön összevetve 2018-2019-es összehasonlítás során az edzések heti gyakoriságnak eltérései bizonyultak szignifikánsnak. A dohányzás motivációs bázisát tekintve az képzés első évében nem történt statisztikailag jelentős változás a mért mutatók mentén, ugyanakkor a másfél éves képzésben részt vevők körében a három mérési pontot összevetve több esetben is szignifikáns részkülönbségek (a három mérési pont között nem, de az egyes mérési pontok közt statisztikailag jelentős eltérések) felbukkantak a cigarettához való érzelmi kötődés, a Társas és helyzeti ösztönzők, illetve a Tolerancia mentén. Mindezek mellett az *Egységmagatartási szokások, kiégés, stressz, mentális egészség c.* fejezetben több ponton is jól láthatóvá vált az egyes tényezők egészségmagatartás kapcsán mért szignifikáns kapcsolatainak változása is, amely tovább árnyalhatja ezt a képet.

Az egészségorientáció kapcsán a három mérési pont összevetésében a belső motivációval összefüggő tényezők jellemzően csökkentek, míg a külső motivációs tényezőkkel kapcsolatos mutatók növekedtek, de ezek a változások csak néhány esetben mutattak statisztikailag szignifikáns változásokat.

A kiégés esetében a 2019. év végi és a 2020. februári eredmények között az érzelmi kimerültség és a deperszonalizáció közötti eltérések statisztikailag jelentős romlása kiemelendő, mint ahogyan az RMSK esetében a munkaterheléshez kapcsolódó mutatók esetében is jellemzően megterhelőbbnek ítélték az adott kérdésköröket az utolsó időpontban a válaszadók. Nem elhanyagolható továbbá a mindhárom mérési pont összevetésében statisztikailag jelentős eltéréseket jelző mutatók megléte is, amelyek mindegyike érdekes

kérdéseket vet fel, mint ahogyan az Észlelt Stresszindex fokozatos, szignifikáns mértékű növekedése is.

Az RMSK 2019 év végi és 2020. februári végzőskor kapott skálaeredményeit összehasonlítva a másfél éves képzésben részt vevők körében azt láthatjuk, hogy habár a képzés első évében, amit végig az iskolában töltenek, már kezdik alaposabban megismerni a rendőri hivatással járó stresszfaktorokat - legalább elméleti síkon -, de valóság a gyakorlatok kezdete után még így is statisztikailag jelentősen megterhelőbbnek hat. Ugyanígy a kiégés folyamatának megkezdődésére is utalhatnak a szignifikánsan magasabbá váló értékek a két mérési pont között az Érzelmi kimerültség és az Elszemélytelenedés esetében.

A mentális egészség kapcsán szintén több tényező – elmúlt heti depressziós tünetek, egyes megküzdési módok és frusztrációkezeléssel kapcsolatos skálák – esetében jelentkezett szignifikáns változás a másfél éves képzésben részt vevők körében, melyek némelyike (a frusztrációkezelés kapcsán) pozitív jellegű változást jelölt, de jellemzően az adott állapot romlását, a megküzdési módok esetében gyakoribb használatukat jelezte, amely nem minden esetben szerencsés. Mindezek arra utalnak, hogy a végzőskor az állomány mentális egészségi állapota valamelyest rosszabb, mint az iskolai képzés kezdetén.

#### **11.4. A koronavírus okozta járványhelyzetben tapasztaltak hatásai**

Hazánkban a tiszthelyettes tanulókkal más kutatás nem foglalkozott a vizsgált időszakban, s jelenlegi tudásom szerint világszinten sem. Emellett a kutatások nagyon vegyes képet mutatnak, hogy a vizsgált időszakban (pandémia első hulláma, 2020 tavaszán) mennyire volt intenzíven jelen a vírus az adott országban, melyik fázisában jártak az első hullámnak (felszálló ág – tetőzés – leszálló ág), éppen ezért az egymáshoz mérésük is meglehetősen nehézkes.

Összeségében elmondható, hogy a tavaszi időszakban a veszélyhelyzet megélése nem jelentett kiemelkedő pszichés megterhelést a vizsgálati mintában szereplők számára. Ugyanakkor a teljes próbaidős állományra nézve következtetéseket levonni az alacsony válaszadási ráta miatt nem szerencsés.

Áttekintve a kapott eredményeket az látható, hogy a válaszadók döntő többsége a járványhelyzethez kapcsolódó többféle rendőri feladatban kipróbálhatta magát. Ez mindenképpen előnyös abból a szempontból, hogy még szélesebb körű tapasztalatra tehettek szert a próbaidő alatt.

A félelmek tekintetében mindenképpen érdemes kiemelni, hogy a jobb megítélésű légkör esetén számoltak be erősebb félelmekről a válaszadók, ami arra utal, hogy ezekben a

közegekben lehetőség volt a koronavírushoz kapcsolódó negatívabb érzések megélésére, illetve valószínűleg a jobb megítélésű vezetés kommunikációjában megjelenhetett a vírus veszélyessége a rendőri munkára nézve, amely révén az állomány tagjai erősebben élték meg a saját megbetegedéstől való félelmüket. Emellett a vizsgált mentális egészséggel összefüggő skálák mentén jellemzőn a megküzdési módokkal és a frusztráció és diszkomfort kezelésével kapcsolatos mutatókkal jelentkezett összefüggés, vagyis minél erősebben voltak jelen az adott félelmek, annál gyakrabban alkalmazta a válaszadó az adott módokat a megküzdésben és a frusztrációkezelésben.

A válaszadók körében a saját magukon megtapasztalt változások a kérdezett időszakban a leggyakrabban az egészségi állapottal mutattak kapcsolatot, vagyis minél inkább észlelt valaki saját magán, a viselkedésén változásokat, annál valószínűbb, hogy az egészségi állapotát tekintve is negatív irányú változások jellemezték. Szintén érdekes, hogy az elszemélytelenedés élménye is együttjárást mutatott ezekkel a változásokkal kapcsolatosan, jellemzően a másokkal szembeni viselkedésre vonatkozó kérdések mentén. A mentális egészség kapcsán az elmúlt héten megtapasztalt depresszív tünetek, a céltudatos cselekvés és a segítségkérés megküzdési módjai és a Teljesítményfrusztráció esetén jelentkezett több ponton is statisztikailag jelentős együttjárás ezen kérdéskört illetően.

Emellett nem meglepő, hogy az RMSK skálákkal a szolgálatteljesítés közben a válaszadó által magán megtapasztalt élmények, változások több kapcsolatot mutattak, mint az általában megtapasztalt változások (előző csoport) esetében, hiszen a kérdéskör kifejezetten a munkához kapcsolódó aspektusokra volt kíváncsi, s az egészségi állapottal jelentősen kevesebb ponton mutatkozott ezen kérdések esetében összefüggés. Érdekesség az is, hogy ezen kérdéscsoport a mentális egészséggel kapcsolatos mérőeszközök mentén is több ponton jelzett együttjárást, főként a megküzdési módok és a frusztrációkezelés témaköreit illetően.

A kifejezetten a koronavírushoz kapcsolódó rendőri tevékenységek közül szintén érdekesnek tűnhet, hogy a hatósági házi karantén ellenőrzését végzők és nem végzők között kevesebb ponton mutatkozott szignifikáns különbség, mint a határátkelőhelyen szolgálatot teljesítők és nem teljesítők között. Ugyanakkor, ha számításba vesszük, hogy a vizsgálati mintát képező válaszadók jellemzően közrendvédelmi járőri szakképesítést szereztek, illetve hogy a hatósági házi karantén ellenőrzése esetén kevesebb emberrel kerültek közeli kontaktusba, mint a határátkelőhelyeken szolgálatot ellátók, akkor mindez érthetőbbé válik.

## 11.5. A vizsgálati eredmények a hipotézisek tükrében

Az **1. hipotézis** az egészségmagatartási szokások és a kiégés, munkahelyi stressz és mentális egészség kapcsolatára irányult.

Az **1/a hipotézis**, vagyis a ritkább testedzés magasabb szintű kiégéssel és munkahelyi stresszel való együttjárása mindössze néhány ponton bizonyult igaznak, míg a magasabb szintű depresszióval, szorongással, illetve érzelmközpontú megküzdési stratégiákkal való együttjárás kapcsán szintén változó volt a helyzet, illetve nem minden vizsgálatban egységesen jelentkezett a kapcsolat.

Az **1/b hipotézis** alapján a gyakoribb dohányzás, erősebb dohányzási motivációk magasabb kiégéssel és munkahelyi stresszel való együttjárása szintén csak részlegesen és nem minden mérési ponton teljesült. A magasabb szintű depresszióval és szorongással való együttjárás elsősorban a dohányzási motivációk mentén bizonyult igaznak, mint ahogyan az érzelmközpontú megküzdéssel való gyakoribb együttjárás is.

Az **1/c hipotézis** esetében, amely azt feltételezte, hogy a gyakoribb alkoholfogyasztás magasabb kiégési és munkahelyi stressz-szinttel, magasabb szintű depresszióval és szorongással, illetve érzelmközpontú megküzdési stratégiákkal jár együtt, szintén részlegesen teljesült a különböző mérési pontokon (legerősebben a 2018-ban végzetek körében).

Az **1/d hipotézis** szerint az egészségorientáció rosszabb mutatói magasabb kiégési és munkahelyi stressz-szinttel, magasabb szintű depresszióval és szorongással, illetve érzelmközpontú megküzdési stratégiákkal járnak együtt – alapvetően igaznak bizonyult egyes kiégési és munkahelyi stressztényezők esetében, mint ahogyan a mentális egészséggel kapcsolatosan mért mutatók – vagyis a depresszió, szorongás és érzelmközpontú megküzdési módok esetén is.

A **2. hipotézis** értelmében a próbaidő különböző tapasztalatai mind a kiégés, mind a munkahelyi stressz egyes összetevői mentén statisztikailag is detektálható különbségeket eredményeznek, ugyanakkor az egészségmagatartási szokások esetében statisztikailag számottevő különbség nem mutatható ki a különböző évfolyamok között. A hipotézis vizsgálata a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében történt meg, amely évfolyamok esetében a hipotézis első fele, vagyis a kiégésre és munkahelyi stresszre vonatkozó előfeltevés alapvetően igaznak bizonyult, míg az egészségmagatartási szokások kapcsán mért különböző mutatók tekintetében nem minden esetben teljesült.

A **3. hipotézis** szerint a képzési idő alatt szerzett tapasztalatok a kiégési és munkahelyi stresszel kapcsolatos mutatók, illetve a mentális egészség mutatóinak romlásával, továbbá az

egészségmagatartási szokások változásával járnak együtt: testedzés ritkábbá válik, a dohányzók körében megnövekszik a naponta elszívott cigaretta mennyisége, a dohányzás motivációs bázisa megerősödik, az alkoholfogyasztás gyakoribbá válik, az egészségorientációs mutatók romlanak. A hipotézis vizsgálata a 2018-2020-as évfolyam körében, a másfél éves képzésben végzett tanulók csoportján történt. A kiégés és munkahelyi stressz vonatkozásában több mutató mentén is helytállónak bizonyult a hipotézis, ugyanakkor az egészségmagatartás kérdéskörét illetően csak bizonyos egészségorientációs mutatók kapcsán teljesült.

A **4. hipotézis**, miszerint a koronavírus okozta járványhelyzetben megtapasztalt félelmek, saját életben megtapasztalt változások, s ezek szolgálatellátást befolyásoló hatásainak intenzívebb volta növelte kiégést és a megélt munkahelyi stresszt, illetve rosszabb mentális egészségi állapottal jártak együtt, szintén csak részlegesen bizonyult igaznak a vizsgált mintában, ugyanakkor a minta csekély elemszáma miatt a kapott eredmények fenntartásokkal kezelendők.

## **11.6. A vizsgálat erősségei és korlátai**

Az összesen három, vizsgálatba bevont évfolyam esetében a képzéssel kapcsolatos befolyásoló tényezők minimalizálásra kerültek azáltal, hogy a képzés szempontjából a végzetek helyére érkezett új évfolyamok (2014-2016, 2016-2018 és 2018-2020) voltak a kutatás alanyai. Mindez azáltal jelentette a képzés szempontjából befolyásoló tényezők minimalizálását, hogy ezen évfolyamok esetében ugyanazok voltak az osztályfőnökök, az évfolyamparancsnok személye, s javarészt az oktatói állomány is.

Emellett a 2016-ban és 2018-ban végzetek által megtapasztaltak több ponton is hasonlóságot mutattak egymással, mint ahogyan az már korábban kifejtésre került, amely szintén fontos szempont ilyen téren.

A vizsgálat komoly korlátokkal rendelkezik előnyei és újdonságai mellett, így például nem feledkezhetünk meg arról a lehetséges torzító hatásról, amelyet 2016-ban és 2018-ban végzetek körében ugyanúgy jelentkezett, mint ahogyan a 2018-2020-as évfolyam esetében az utolsó adatfelvételi ponton: a szakmai vizsgák időbeli közelsége, amely kapcsán megjegyzendő, hogy az ilyen helyzet a mentális egészség és a megélt stressz szempontjából mindenképpen rendelkezhet az eredményeket befolyásoló hatással.

Nem szabad elmennünk azon tapasztalat mellett sem, hogy a vizsgált három évfolyam mintaelemszáma nem (kizárólag) a részvételi hajlandóság folyamatos csökkenése miatt mutat egyre kisebb számokat: az egyes évfolyamok létszáma az évek során az előző évekhez képest

fokozatos csökkenést mutat, ugyanis egyre kevesebben jelentkeznek az iskolarendszerű rendőr tiszthelyettesi képzésre.

Utolsó adatfelvételi pontok tapasztalatai 2020-ból saját korábbi tapasztalataimat erősítették meg, miszerint az online tesztöltés esetén elképzelhető, hogy a mentális egészség szempontjából jobb állapotban levő válaszadók nagyobb részvételi hajlandóságot mutatnak egy nagyobb lélegzetvételű kérdőíves kutatás esetében. Emellett kiemelendő annak a lehetősége is, hogy a részvételi arányra hatással volt a vizsgálatot végző pszichológus jelenlétének kérdése és személyes kapcsolata a vizsgált állománnyal.

Emellett a tesztcsomag (a vizsgálatok kezdetekor még) négy rendészeti iskola közül csak egyben került felvételre, amelyben döntő többségében dunántúli lakóhellyel rendelkezők jártak-járnak. Mivel a képzőhelyek eltérő sajátosságokkal bírnak több szempontból, továbbá az ország más-más területeiről, más régiókból érkezők alkotják a tanulói állományt, amely befolyásolhatja a kutatási eredmények alakulását.

## 12. Új tudományos eredmények

1. Vizsgálatsorozatommal először vállalkoztam hazánkban arra, hogy a tiszthelyettes-képzés során átélt tapasztalatok hatásait pszichológiai szemszögből vegyem górcső alá. Mivel a Rendőrség végrehajtói állományának gerincét a tiszthelyettesi állomány teszi ki, ezért érdemes már a képzésben levőkre is kiemelt figyelmet fordítani, hiszen a hosszabb távú hatékony munkavégzést is segítheti, ha minél jobb pszichés állapotban kezdi meg tanulmányai befejeztével a teljes értékű rendőri munkát a frissen kibocsátott (a képzést éppen befejezett) állomány. Ehhez kapcsolódó konkrét eredmények például az első hipotézis vonatkozásában keletkezett minden vizsgálati eredmény, amely a disszertációban ismertetésre került.
2. Emellett újdonság a több évfolyam összehasonlítását célzó megközelítés, amely lehetővé teszi, hogy még inkább rálátást nyerhessünk mindazon tényezőkre, amelyek mentén két évfolyam a látszólagos hasonlóságok ellenére mégis merőben különbözik egymástól. Vagyis a 2016-ban és 2018-ban, a jellemzően déli határ mentén szolgálatot teljesítők esetében mutatkozó statisztikai eltérések, amelyek pontosan eme saját hatásrendszer jelenlétét jelzik.
3. Szintén újdonság a longitudinális kutatás a képzésben részt vevők körében, ugyanis a vizsgált pszichés jellemzők ilyen szempontú felmérése nem történik meg a különböző alkalmassági vizsgálatok során, amelyen ez a csoport rész vesz, ott ugyanis más tényezőkön van az alapellátó pszichológusok szeme. Mindez teljesen érthető, elvégre



egy alkalmassági vizsgálat teljesen más helyzet, teljesen más szabályok vonatkoznak rá. Ide tartozó konkrét eredmények a 2018-2020-as évfolyam esetében a képzés megkezdésekor és az első tanév végén kapott eredmények összehasonlítása során mutatkozó eltérések és ezek hiánya, valamint ugyanezen évfolyam körében a másfél éves képzésben részt vevők esetében minden, a három mérési pont összevetése során keletkezett eredmény.

4. A vizsgálat korlátai ellenére a koronavírus okozta járványhelyzettel kapcsolatos kérdések ezen speciális csoportban történt vizsgálata szintén újdonság, ugyanis a vonatkozó – máig folyamatosan fejlődő – ismereteink szerint a képzésben részt vevők csoportját máshol sem vizsgálták. Így minden, a disszertációban ezen témakörben közölt konkrét eredmény tudományos értelemben újdonság.

### **13. Ajánlások, gyakorlati felhasználhatóság**

A kutatás eredményei elsősorban a képzésben dolgozó pszichológus kollégák, illetve iskolai oktatók és osztályfőnökök számára jelenthet támpontokat, miszerint melyek azok a sarokpontok, amikre a fiatalokkal végzett munka közben leginkább érdemes lehet odafigyelniük mind az egészségtudatosság, mind a stresszkezelés és a mentális egészség vonatkozásában.

Nem elhanyagolható továbbá az egészségtudatos szemléletmód fontosságának képzésbe történő, jelenleginél még mélyebb integrációja – ebben szintén elsődlegesen az oktatási itnzményeknek lehet kiemelkedő szerepe, illetve azoknak a szakembereknek, akik nap mint nap részt vesznek az érintett célcsoport képzésében.

Emellett mindenképpen elgondolkodtató lehet a longitudinális kutatás eredményei a hatékony stresszkezelés fontossága és a képzés versus gyakorlati tapasztalatok örökös ellentétét illetően. Hosszabb távon mindenképpen érdemes volna a különböző képzési formákra (iskolarendszerű és iskolarendszeren kívüli képzések esetében egyaránt) vonatkoztatva is alaposan, nagy minta bevonásával megvizsgálni ezeket a kérdéseket, majd a releváns eredmények és tapasztaltok nyomán akár a képzés megfelelő pontjaira a változtatásokat beépíteni. Azt gondolom, hogy az ezen szempontok mentén történő változtatások kialakítása és beépítése a képzésbe segíthetné annak megvalósulását, hogy a képzést befejező állomány pszichésen fittebb, ezáltal még felkészültebb állapotban kezdhesse meg a rendőri szolgálatot, amely hosszabb távon az állománymegtartás szempontjából is fontos lehet.

Mindezek mellett jelen kutatás eredményeiben is megmutatkozott az a tendencia, amit az alapellátásban dolgozó pszichológusok is rendszeresen megtapasztalnak a szűrések során: azok a válaszadók, akik a ténylegesen a szöveg szerint meghatározott értékelést adják az RMSK Munkahellyel kapcsolatos elégedettség vizsgálat blokkjában (ld. 3. sz. Melléklet), azok esetében előfordulhat, hogy a kérdőív vonatkozó skálái esetében magasabb értékekkel jelentkeznek, pedig nem feltétlenül érzik megterhelőbbnek az itemekben jelzett tényezőket a társaiknál. Ezen problematika jelen kutatás során történt felmerülése felveti az RMSK megújításának, átdolgozásának kérdéskörét is. Ez hosszú távon az alapellátás és az időszakos alkalmasságvizsgálatok szempontjából lehet fontos tényező, hiszen az alapellátó pszichológusi munka fontos részét képező feladatban jelentene segítséget, támaszt egy minél pontosabb, hazai tapasztalatokon alapuló kérdőív alkalmazása a rendvédelmi munkahelyi stresszt illetően.

Ezen utóbbi két kérdéskör tekintetében az alapellátói munkát adminisztratív módon támogató KLIR rendszer<sup>9</sup> akár komoly segítséget és alapot is nyújthat, hiszen mind longitudinális, mind keresztmetszeti jelleggel megtalálható benne sok olyan adat, amelyek ezen tényezők vizsgálatában segítséget jelenthetnek.

---

<sup>9</sup> KLIR rendszer: a 45/2020. (XII.16.) BM rendelet a belügyminiszter irányítása alatt álló egyes rendvédelmi feladatokat ellátó szerveknél foglalkoztatott hivatásos állomány és rendvédelmi igazgatási alkalmazotti állomány alkalmasságvizsgálatáról által bevezetett Kétlépcsős Integrált Alkalmasságvizsgálati Rendszer, amelynek online felületén az alkalmasságvizsgálati eredményeket is rögzítik az alapellátásban dolgozók.

## 14. Összefoglalás

Disszertációmban a tiszthelyettes tanulók körében vizsgáltam az egészségmagatartás kapcsolatát a kiégéssel, munkahelyi stresszel és mentális egészséggel, illetve a képzés alatti tapasztalatok esetleges hatásait ezen változókra. Mindezek mellett a kutatásra is kiható koronavírus-járvány okán a vírus okozta járványügyi veszélyhelyzet hatásai is vizsgálatra kerültek kis mintán. A kutatássorozat elsőként vállalkozott arra, hogy a tiszthelyettes képzésben részt vevők körében az állomány pszichés egészségét vizsgálja különböző elrendezésekben.

A 2016-ban és 2018-ban végzett évfolyamok esetében keresztmetszeti elrendezésű vizsgálat történt. Számos részleges eredmény született a vizsgált kérdések vonatkozásában, ezek közül is kiemelendő a 2018-ban végezettek esetében az alkoholfogyasztás gyakoriságának szignifikáns különbségei a munkahelyi stressz munkaterheléssel kapcsolatos mutatóival. A két évfolyam összehasonlítása számos ponton jelzett szignifikáns eltéréseket a munkahelyi stressz mért mutatói mentén, emellett az egészségmagatartási szokásaik is több ponton – testedzés, alkoholfogyasztási szokások, egyes dohányzási motivációk, illetve az egészségorientáció mért tényezői jeleztek statisztikailag jelentős eltérést. Alapvetően elmondható, hogy a 2018-ban végezettek jeleztek alacsonyabb értékeket a munkahelyi stressz, dohányzási motivációk, egészségorientációs mutatók terén.

A 2018-2020-as évfolyam körében longitudinális vizsgálat zajlott, három mérési ponttal: a képzés első hónapjában, az első tanév végén, és a végzőkor, ami a másfél éves képzésben részt vevők esetében 2020. február, a kétéves képzésben részt vevők esetében 2020. május-június volt. Az egészségmagatartási szokások és kiégés, munkahelyi stressz, mentális egészség vizsgált tényezőinek összevetése vegyes képet mutatott, egyik hipotézis sem nyert egyértelmű igazolást, sem cáfolást. A három mérési pont eredményeinek összehasonlítása a másfél éves képzésben részt vevők körében több ponton jelzett szignifikáns eltéréseket, összegezve ezeket elmondható, hogy végzőkor az állomány mentális egészségi állapota valamivel rosszabbnak bizonyult, mint az iskolai képzés kezdetén. A kétéves képzésben részt vevők körében a koronavírus okozta pandémiás helyzet tapasztalatai kerültek felmérésre. A vizsgálatban részt vevők számára a veszélyhelyzet megélése nem jelentett kiemelkedő pszichés megterhelést, ugyanakkor az alacsony válaszadási ráta miatt ez az eredmény fenntartásokkal kezelendő.

## 15. Summary

In my dissertation, I investigated the connection between health behaviour and burnout, organizational stress, mental health among police trainees, and the possible effects of experiences during training on these variables. In addition to this, the impacts of the epidemic of the coronavirus on the research were also investigated in a small sample due to the impact of the epidemic on the last data collection of the research. This is the first study to attempt to assess the mental health of staff in different settings among trainee officers.

A cross-sectional design was used for the Year 2016 and Year 2018. A number of partial results were obtained for the questions investigated, notable among them being significant differences in the prevalence of alcohol consumption with indicators of work-related stress in the Year 2018. A comparison of the two years indicated significant differences along a number of indicators of work stress and their health behaviours also indicated significant differences on several measures of physical activity, alcohol consumption, some smoking motivations and health orientation. In general, graduates in 2018 reports lower scores for occupational stress, smoking motivation and health orientation indicators.

The Year 2020 was longitudinal, with three measurement points: in the first month of training (September 2018), at the end of the first academic year (June 2019), and at graduation, which was February 2020 for trainees in the one-and-a-half-year programme and May-June 2020 for trainees in the two-year programme. A comparison of the factors examined for health behaviours and burnout, work-related stress and mental health showed a mixed picture, with no hypothesis being clearly confirmed or confuted. A comparison of the results of the three measurement points among the participants in the one and a half year training indicated significant differences on several points, summarised as follows: at the end of the training, the mental health of the trainees was slightly worse than at the beginning of the training.

The experience of the pandemic situation caused by the coronavirus was assessed among the two-year trainees. For the participants, the experience of the pandemic did not represent a major psychological burden, but the low response rate means that this result should be treated with caution.

## Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnék köszönetet mondani azoknak, akiknek a támogatása nélkül sem a kutatás, sem a disszertáció nem készülhetett volna el:

- témavezetőmnek, dr. Haller Józsefnek – a gondolatébresztő beszélgetésekért, a visszajelzésekért, amelyek a tanulmányaim és az értekezés elkészülte közben előre tudtak lendíteni;
- a volt tanítványaimnak, amiért vállalták a részvételt a vizsgálatokban, s hogy többször visszajelezték, hogy jól esik nekik az, hogy érdekel, hogyan gondolkodnak ezekről a kérdésekről;
- az egykori munkahelyem vezetőinek és volt kollégáimnak – elsősorban Hollósi Gábor r. ezredes, Dremmel István r. mk. ezredes, Balogh József r. alezredes, Hegedűs Péter r. őrnagy és Puskorics Zoltán uraknak – a kutatás engedélyezéséért, illetve a lefolytatásban nyújtott segítségért a kutatás különböző pontjain;
- alapellátó pszichológus kollégáimnak és egyben barátaimnak: Tózsér Erzsébetnek, Tegyei Andreának, Joó-Orbán Katalinnak, Németh Ferencnek, Ambrusz Alízának és Nagy-Benkő Csillának a segítő észrevételeikért és támogatásukért a holtpontokon;
- a barátaimnak, különösen Beke Dánielnek és különböző zenekarainak, amiért a szövegeikkel olykor átlendítettek az írási blokkokon; valamint Eisam Eldeen Fatimának, aki angol nyelvű lektorom volt;
- és végül, de egyáltalán nem utolsósorban családomnak, akik végig hittek bennem, mellettem álltak a nem mindig könnyű doktoranduszi évek során.

## Irodalomjegyzék

- Abdollahi, M. K. (2002). Understanding Police Stress Research. *Journal of Forensic Psychology Practice, 2*(2), 1–24. [https://doi.org/10.1300/J158v02n02\\_01](https://doi.org/10.1300/J158v02n02_01)
- Acquadro Maran, D., Varetto, A., Zedda, M., & Ieraci, V. (2015). Occupational stress, anxiety and coping strategies in police officers. *Occupational Medicine, 65*(6), 466–473. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv060>
- Ádám, S., & Mészáros, V. (2012). Psychometric properties and health correlates of the Hungarian Version of the Maslach Burnout Inventory–Human Services Survey (MBI-HSS) among physicians. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 13*(2), 127–143. <https://doi.org/10.1556/mental.13.2012.2.2>
- Ádám S., Nistor A., Nistor K., & Hazag A. (2014). Negative and positive predictive relationships between coping strategies and the three burnout dimensions among Hungarian medical students. *Orvosi Hetilap, 155*(32), 1273–1280. <https://doi.org/10.1556/OH.2014.29949>
- Aguayo, R., Vargas, C., Canadas, G. R., & De la Fuente, E. I. (2017). Are Socio-Demographic Factors Associated to Burnout Syndrome in Police Officers? A Correlational Meta-Analysis. *Anales De Psicologia, 33*(2), 383–392. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.260391>
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders—Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders, 88*(1), 55–62. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.004>
- Ahola, K., Kivimäki, M., Honkonen, T., Virtanen, M., Koskinen, S., Vahtera, J., & Lönnqvist, J. (2008). Occupational burnout and medically certified sickness absence: A population-based study of Finnish employees. *Journal of Psychosomatic Research, 64*(2), 185–193. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.06.022>
- Allison, P., Mnatsakanova, A., McCanlies, E., Fekedulegn, D., Hartley, T. A., Andrew, M. E., & Violanti, J. M. (2019). Police stress and depressive symptoms: Role of coping and hardiness. *Policing: An International Journal, 43*(2), 247–261. <https://doi.org/10.1108/PIJPSM-04-2019-0055>
- Ambrusz, A., Borbély, Zs., & Malét-Szabó, E. (2022). A kiegész vizsgálata a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Rendőr-főkapitányság hivatásos állománya körében. *Belügyi Szemle, 70*(12), 2569–2589. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.12.2>

- Anagnostopoulos, F., & Niakas, D. (2010). Job burnout, health-related quality of life, and sickness absence in Greek health professionals. *European Psychologist, 15*(2), 132–141. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000013>
- Anderson, V. L., Levinson, E. M., Barker, W., & Kiewra, K. R. (1999). The Effects of Meditation on Teacher Perceived Occupational Stress, State and Trait Anxiety, and Burnout. *School Psychology Quarterly, 14*(1), 3–25.
- Andrade, L., Gorenstein, C., Vieira Filho, A. H., Tung, T. C., & Artes, R. (2001). Psychometric properties of the Portuguese version of the State-Trait Anxiety Inventory applied to college students: Factor analysis and relation to the Beck Depression Inventory. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 34*(3), 367–374. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2001000300011>
- Anshel, M. H. (2000). A Conceptual Model and Implications for Coping with Stressful Events in Police Work. *Criminal Justice and Behavior, 27*(3), 375–400. <https://doi.org/10.1177/0093854800027003006>
- Aszmann, A. (Szerk.). (2003). *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- Baba, V. V., Jamal, M., & Tourigny, L. (1998). Work and mental health: A decade in Canadian research. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne, 39*(1–2), 94.
- Babusa, B. (2013). *Muscle dysmorphia in Hungarian high risk population*. [Doktori disszertáció, Semmelweis Egyetem]. [http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd\\_live/vedes/export/babusabernadett.e.pdf](http://old.semmelweis.hu/wp-content/phd/phd_live/vedes/export/babusabernadett.e.pdf)
- Backteman-Erlanson, S. (2013). *Burnout, work, stress of conscience and coping among female and male patrolling police officers* [Doktori disszertáció, Umeå University]. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:622937/FULLTEXT01.pdf>
- Backteman-Erlanson, S., Padyab, M., & Brulin, C. (2013). Prevalence of burnout and associations with psychosocial work environment, physical strain, and stress of conscience among Swedish female and male police personnel. *Police Practice and Research, 14*(6), 491–505. <https://doi.org/10.1080/15614263.2012.736719>
- Balfour, D. J. K., & Ridley, D. L. (2000). The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: A factor in nicotine addiction? *Pharmacology Biochemistry and Behavior, 66*(1), 79–85. [https://doi.org/10.1016/S0091-3057\(00\)00205-](https://doi.org/10.1016/S0091-3057(00)00205-)
- Bali, M. (2011). A rendőrkép és a rendőrségkép. *Magyar Rendészet, 11*(2), 13-33.

- Bargellini, A., Barbieri, A., Rovesti, S., Vivoli, R., Roncaglia, R., & Borella, P. (2000). Relation between immune variables and burnout in a sample of physicians. *Occupational and Environmental Medicine*, *57*(7), 453–457. <http://dx.doi.org/10.1136/oem.57.7.453>
- Bar-On, R., Brown, J. M., Kirkcaldy, B. D., & Thomé, E. P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; an application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences*, *28*(6), 1107–1118. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00160-9](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00160-9)
- Bartol, C. R. (1982). Psychological characteristics of small-town police officers. *Journal of Police Science & Administration*, *10*(1), 58-63.
- Beck, J. G., Grant, D. M., Read, J. P., Clapp, J. D., Coffey, S. F., Miller, L. M., & Palyo, S. A. (2008). The Impact of Event Scale-Revised: Psychometric properties in a sample of motor vehicle accident survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(2), 187–198. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.007>
- Bencsik, A., Juhász, T., & Horváth-Csikós, G. (2016). Y and Z Generations at Workplaces. *Journal of Competitiveness*, *6*(3), 90–106. <https://doi.org/10.7441/joc.2016.03.06>
- Berg, A. M., Hem, E., Lau, B., & Ekeberg, Ø. (2006). An exploration of job stress and health in the Norwegian police service: A cross sectional study. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, *1*(1), 26. <https://doi.org/10.1186/1745-6673-1-26>
- Besenyei, L. (2016). A generáció váltás forradalma. *Opus et Educatio*, *3*(4). <https://doi.org/10.3311/ope.19>
- Bickford, M. (2005). Stress in the Workplace: A General Overview of the Causes, the Effects, and the Solutions. *Canadian Mental Health Association Newfoundland and Labrador Division*, 1–3.
- Biró, M. (2009). A stressz és a kiégés vizsgálata a büntetés-végrehajtás dolgozói körében. *Börtönügyi Szemle*, *28*(1), 11-30.
- Bissett, D., Bissett, J., & Snell, C. (2012). Physical agility tests and fitness standards: Perceptions of law enforcement officers. *Police Practice and Research*, *13*(3), 208–223. <https://doi.org/10.1080/15614263.2011.616142>
- Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, *52*(2), 69–77. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(01\)00296-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(01)00296-3)
- Blázovics, A. (1999). Az alkoholos májbetegség biokémiája. *Folia Hepatologica*, *4*, 9-18.



- Bonnet-Suard, A., Fernandez, L., Marpeaux, V., Graziani, P., Pedinielli, J.-L., & Rouan, G. (2005). Stress, tobacco smoking and other addictive behaviours in the police force. *Alcoologie et Addictologie*, 27(2 Suppl), 26S.
- Borbély, Zs. (2011). Egészségmagatartási szokások és kiegésző kapcsolatának vizsgálata középiskolai pedagógusok körében. [Szakdolgozat, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar].
- Borbély, Zs. (2017). *Egészségmagatartás, kiegésző, mentális egészség—Specifikus stresszorok hatása a Rendőrség próbaidős tiszthelyettes állományában*. [Szakdolgozat, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar].
- Borbély, Zs. (2019a). Az iskolarendszerű rendőrképzés napjainkban. In Zsámbokiné Ficskovszky, Á. (Szerk.), *Biztonság, szolgáltatás, fejlesztés, avagy új irányok a bevételi hatóságok működésében* (pp. 38–51). Magyar Rendészettudományi Társaság Vám-és Pénzügyőri Tagozata. <https://doi.org/10.37372/mrttvpt.2019.1.2>
- Borbély, Zs. (2019b). Egészségmagatartás és mentális egészség – nemi különbségek a munkahelyi stressz megélésében. *Belügyi Szemle*, 67(7–8). <https://doi.org/10.38146/BSZ.2019.7-8.3>
- Borbély, Zs. (2019c). Egészségmagatartás, mentális egészség—Különbségek a munkahelyi stressz megélésében. In Bencsik, B. & Sabjanics I. (Szerk.), *A biztonság sokszínű arca. Innováció – tudomány – információbiztonság – közszolgálat* (pp. 129–142). Dialóg Campus Kiadó.
- Borbély, Zs., Farkas, J., & Tózsér, E. (2017). A tömeges méretű illegális migráció pszichés következményei a rendészeti feladatellátás során = The psychological consequences of the massive illegal migration in the policing service provision. *Hadtudományi szemle*, 10(3), 288–304.
- Borbély, Zs., Fridrich, A. C., & Tózsér, E. (2018a). A XXI. század biztonsági kihívásai a rendőrségi szervezeti kultúrában. In Gaál, Gy. & Hautzinger, Z. (Szerk.), *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények XX. – A XI. század biztonsági kihívásai* (pp. 97–102). Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoportja.
- Borbély, Zs., Fridrich, A. C., & Tózsér, E. (2018b). Az ideiglenes biztonsági határzár menti feladatellátás hatása a határzárát védők magánéletére. *Honvédségi Szemle*, 146(6), 65-79.
- Boros, J. (2005). *Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF 2003*. Országos Epidemiológiai Intézet.  
[http://www.nyne.hu/fileadmin/dokumentumok/atfk/tematikak/TESTNEVELES\\_TANSZEK/dr\\_ghasz\\_ferenc\\_csatolható\\_dok/2\\_fejezet\\_egeszsegmagatartas\\_olef\\_2003.pdf](http://www.nyne.hu/fileadmin/dokumentumok/atfk/tematikak/TESTNEVELES_TANSZEK/dr_ghasz_ferenc_csatolható_dok/2_fejezet_egeszsegmagatartas_olef_2003.pdf)

- Boros, J., Németh, R., & Vitrai, J. (2002). *Országos Lakossági Egészségfelmérés OLEF 2000*. Országos Epidemiológiai Központ. [http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF\\_2000/kutatasi\\_jelentes.pdf](http://www.oszmk.hu/dokumentum/OLEF_2000/kutatasi_jelentes.pdf)
- Bowler, R. M., Kornblith, E. S., Li, J., Adams, S. W., Gocheva, V. V., Schwarzer, R., & Cone, J. E. (2016). Police officers who responded to 9/11: Comorbidity of PTSD, depression, and anxiety 10–11 years later. *American Journal of Industrial Medicine*, *59*(6), 425–436. <https://doi.org/10.1002/ajim.22588>
- Breslau, N. (1995). Psychiatric comorbidity of smoking and nicotine dependence. *Behavior Genetics*, *25*(2), 95–101. <https://doi.org/10.1007/BF02196920>
- Brown, J. M., & Campbell, E. A. (1990). Sources of occupational stress in the police. *Work & Stress*, *4*(4), 305–318. <https://doi.org/10.1080/02678379008256993>
- Cekic, O. (1998). Effect of cigarette smoking on copper, lead, and cadmium accumulation in human lens. *British Journal of Ophthalmology*, *82*(2), 186. <https://doi.org/10.1136/bjo.82.2.186>
- Civilotti, C., Acquadro Maran, D., Garbarino, S., & Magnavita, N. (2022). Hopelessness in Police Officers and Its Association with Depression and Burnout: A Pilot Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(9), 5169. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095169>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, *24*(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*(1), 139–152. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.1.139>
- Cséplő, M., Balla, I., & Tigyiné Pusztai, H. (2016). A Budapesti Rendőr Főkapitányság Közlekedésrendészeti Főosztály rendőri állománya egészségi állapotának és egészségmagatartásának követéses vizsgálata 2012-2014-ben. *Magyar Sporttudományi Szemle*, *17*(4), 65–66.
- De la Fuente Solana, E. I., Aguayo Extremera, R., Vargas Pecino, C., & Cañadas de la Fuente, G. R. (2013). Prevalence and risk factors of burnout syndrome among Spanish police officers. *Psicothema*, *25*(4). <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.81>
- de Terte, I., Stephens, C., & Huddleston, L. (2014). The Development of a Three Part Model of Psychological Resilience: Three Part Model of Psychological Resilience. *Stress and Health*, *30*(5), 416–424. <https://doi.org/10.1002/smi.2625>

- Deschamps, F., Paganon-Badinier, I., Marchand, A., & Merle, C. (2003). Sources and Assessment of Occupational Stress in the Police. *Journal of Occupational Health*, 45(6), 358–364. <https://doi.org/10.1539/joh.45.358>
- Dey, A., Majumdar, P., Saha, A., & Sahu, S. (2021). COVID-19 pandemic lockdown-induced altered sleep/wake circadian rhythm, health complaints and stress among traffic police personnel in India. *Chronobiology International*, 38(1), 140–148. <https://doi.org/10.1080/07420528.2020.1831524>
- Döme, P., Lazary, J., Kalapos, M. P., & Rihmer, Z. (2010). Smoking, nicotine and neuropsychiatric disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(3), 295–342. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2009.07.013>
- Duga, Z. (2013). *Tudomány és a fiatalok kapcsolata – irodalomkutatás*. Pécsi Tudományegyetem. [https://ktk.pte.hu/sites/ktk.pte.hu/files/images/szervezet/intezetek/mti/duga\\_tudomany\\_es\\_a\\_fiatalok\\_kapcsolata\\_-\\_irodalomkutatás\\_2013.pdf](https://ktk.pte.hu/sites/ktk.pte.hu/files/images/szervezet/intezetek/mti/duga_tudomany_es_a_fiatalok_kapcsolata_-_irodalomkutatás_2013.pdf)
- Dúll, A., & Varga, K. (1992). *Általános pszichológiai gyakorlatok II*. Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Elekes, Z. (2009). Az alkoholprobléma társadalmi háttere. In Demetrovics, Zs. (Szerk.), *Az addiktológia alapjai II*. (pp. 293–326). ELTE Eötvös Kiadó.
- Erdős, Á. (2022a). Kockázatos alkoholfogyasztás a rendészeti hallgatók körében. *Belügyi Szemle*, 70(6), 1257–1272. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.6.7>
- Erdős, Á. (2022b). A COVID–19-járvány első két hullámának hatása a rendészeti hallgatók alkoholés koffeinfogyasztására, valamint dohányzási szokásaira. *Belügyi Szemle*, 70(7), 1529–1550. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.7.10>
- Erdős, Á. (2022c). A rendészeti felsőoktatás hallgatóinak dohányzási szokásai. *Scientia et Securitas*, 3(1), 61–68. <https://doi.org/10.1556/112.2022.00079>
- Euwema, M. C., Kop, N., & Bakker, A. B. (2004). The behaviour of police officers in conflict situations: How burnout and reduced dominance contribute to better outcomes. *Work & Stress*, 18(1), 23–38. <https://doi.org/10.1080/0267837042000209767>
- Ezzati, M., Henley, S. J., Thun, M. J., & Lopez, A. D. (2005). Role of smoking in global and regional cardiovascular mortality. *Circulation*, 112(4), 489–497. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.104.521708>
- Farkas, J., Borbély, Zs., Tegye, A. C., & Tózsér, E. (2018). A „migránshelyzet” feladatellátása következtében jelentkező pszichés hatások. *Pro Publico Bono - Magyar Közigazgatás*, 6(1), 4–33.

- Farrow, K. (2020). Policing the Pandemic in the UK Using the Principles of Procedural Justice. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 14(3), 587–592. <https://doi.org/10.1093/police/paaa031>
- Faulkner, G., & Taylor, A. (2009). Promoting physical activity for mental health: A complex intervention? *Mental Health and Physical Activity*, 2(1), 1–3. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.04.001>
- Fehérmé Mérey, I. (1996). *Mozgás és egészség. Hungarofit: Mérd magad! Útmutató Kiadó.*
- Fekete, S. (1991). Segítő foglalkozások kockázatai—Helfer szindróma és Burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6(1), 17–29.
- Finszter, G. (2014). *Rendészetelmélet.* Nemzeti Közszerológati Egyetem, Rendészetudományi Kar.
- Fodor, M., Jäckel, K., & Nagy, O. (2017). Employer Branding a Z generáció szemével—Milyen munkahelyre vágnak és milyen szempontok alapján döntenek a munkahelyválasztásról a "Z-k". *Tanulmánykötet - Vállalkozásfejlesztés a XXI. Században VII.*, 145–153.
- Fodor, M., & Jaeckel, K. (2018). What does It Take to Have a Successful Career Through the Eyes of Generation Z - Based on the Results of a Primary Qualitative Research. *International Journal on Lifelong Education and Leadership*, 4(1), 1–7.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239. <https://doi.org/10.2307/2136617>
- Forgács, A. (2008). Médiaüzenetek – evészavarok. *LAM*, 18(11), 822–824.
- Forgács, A. (2010). Médiaüzenetek és evészavarok. *Magyar Tudomány*, 171(11), 1300–1305.
- Fórizs, S. (2011a). A Cseh Rendőr Akadémia. *Magyar Rendészet*, 11(3), 43–52.
- Fórizs, S. (2011b). A Szlovák Köztársaság rendőrtisztai főiskolája. *Magyar Rendészet*, 11(1), 103–108.
- Fórizs, S. (2011c). Az osztrák rendőrtiszt- képzés. *Magyar Rendészet*, 11(2), 105–112.
- Fórizs, S. (2011d). Rendőrtiszt képzés Berlinben. *Magyar Rendészet*, 11(4), 96–101.
- Frenkel, M. O., Giessing, L., Egger-Lampl, S., Hutter, V., Oudejans, R. R. D., Kleygrewe, L., Jaspert, E., & Plessner, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on European police officers: Stress, demands, and coping resources. *Journal of Criminal Justice*, 72, 101756. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2020.101756>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

- Fridrich, A. C. (2015). *Az eltérő szakterületeken dolgozó rendőrök teszteredményeinek vizsgálata—Hasonlóságok és különbségek az RMSK tükrében*. [Szakdolgozat, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar].
- Fritz, P. (2009a). A rekreációs edzés az egészségtudatos életmód építőköve. In Szatmári Z. (Szerk.), *Sport, életmód, egészség* (pp. 884–917). Akadémiai Kiadó.
- Fritz, P. (2009b). A mozgás mint létszükséglet. In Szatmári Z. (Szerk.), *Sport, életmód, egészség* (pp. 875–883). Akadémiai Kiadó.
- Furukawa, T., Hirai, T., Kitamura, T., & Takahashi, K. (1997). Application of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale among first-visit psychiatric patients: A new approach to improve its performance. *Journal of Affective Disorders*, 46(1), 1–13. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)00079-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)00079-7)
- Futóné Kartai, Zs., Vizinger, E., & András, Zs. (2009). Lelki egészségvédelem a kulturált rendészetről. In Gaál, Gy. & Hautzinger, Z. (Szerk.), *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények X. – Tanulmányok “A rendészet kultúrája – kulturált rendészet” című tudományos konferenciáról* (pp. 257–264). Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoportja.
- Fyhn, T., Fjell, K. K., & Johnsen, B. H. (2016). Resilience Factors Among Police Investigators: Hardiness-commitment a Unique Contributor. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 31(4), 261-269. <https://doi.org/10.1007/s11896-015-9181-6>
- Galanis, P., Fragkou, D., & Katsoulas, T. A. (2021). Risk factors for stress among police officers: A systematic literature review. *Work*, 68(4), 1255–1272. <https://doi.org/10.3233/WOR-213455>
- García-Rivera, B. R., Olguín-Tiznado, J. E., Aranibar, M. F., Ramírez-Barón, M. C., Camargo-Wilson, C., López-Barreras, J. A., & García-Alcaraz, J. L. (2020). Burnout Syndrome in Police Officers and Its Relationship with Physical and Leisure Activities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5586. <https://doi.org/10.3390/ijerph17155586>
- Gershon, R. R. M., Lin, S., & Li, X. (2002). Work Stress in Aging Police Officers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(2), 160–167.
- Ghazinour, M., Lauritz, L. E., Du Preez, E., Cassimjee, N., & Richter, J. (2010). An investigation of mental health and personality in Swedish police trainees upon entry to the police academy. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 25(1), 34–42. <https://doi.org/10.1007/s11896-009-9053-z>

- Gill, D. L. (1994). A Sport and Exercise Psychology Perspective on Stress. *Quest*, 46(1), 20–27. <https://doi.org/10.1080/00336297.1994.10484108>
- Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, Coping, and Health Behavior. In Glanz, K., Rimer, B. K. & Viswanath K. (Eds.), *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice* (pp. 211–236). Jossey-Bass.
- Glass, D. C., McKnight, J. D., & Valdimarsdottir, H. (1993). Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(1), 147. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.1.147>
- Goh, E., & Lee, C. (2018). A workforce to be reckoned with: The emerging pivotal Generation Z hospitality workforce. *International Journal of Hospitality Management*, 73, 20–28. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2018.01.016>
- Grossi, G., Perski, A., Evengård, B., Blomkvist, V., & Orth-Gomér, K. (2003). Physiological correlates of burnout among women. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(4), 309–316. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00633-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00633-5)
- Grover, S., Sahoo, S., Dua, D., Mehra, A., & Nehra, R. (2020a). Psychological Impact of COVID-19 Duties During Lockdown on Police Personnel and Their Perception About the Behavior of the People: An Exploratory Study from India. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00408-8>
- Grover, S., Sahoo, S., Mehra, A., Avasthi, A., Tripathi, A., Subramanyan, A., Patojoshi, A., Rao, G. P., Saha, G., Mishra, K. K., Chakraborty, K., Rao, N. P., Vaishnav, M., Singh, O. P., Dalal, P. K., Chadda, R. K., Gupta, R., Gautam, S., Sarkar, S., ... Reddy, Y. J. (2020b). Psychological impact of COVID-19 lockdown: An online survey from India. *Indian Journal of Psychiatry*, 62(4), 354. [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_427\\_20](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_427_20)
- Gruber, A. J., & Pope Jr., H. G. (2000). Psychiatric and medical effects of anabolic-androgenic steroid use in women. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(1), 19–26. <https://doi.org/10.1159/000012362>
- Haeger, D. L., & Lingham, T. (2014). A trend toward Work–Life Fusion: A multi-generational shift in technology use at work. *Technological Forecasting and Social Change*, 89, 316–325. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2014.08.009>
- Hajduska, M. (2012). *Krizislélektan (bővített kiadás)*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Halmos, T. (2006). Belgyógyászati betegségek és a dohányzás kapcsolata (anyagcsere- és kardiovaszkuláris betegségek). In G. Kovács & R. Manchin (Eds.), *Dohányzás vagy egészséges életmód?* (pp. 115–136). Medicina Könyvkiadó.

- Han, Seung Woo & Choi, Eunsuk. (2016). The Effects of Self-esteem and Problem Focused Coping on Post-traumatic Growth among Police Officers. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 25(3), 141–147. <https://doi.org/10.5807/KJOHN.2016.25.3.141>
- Harrington, N. (2005a). The frustration discomfort scale: Development and psychometric properties. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 374–387. <https://doi.org/10.1002/cpp.465>
- Harrington, N. (2005b). It's too difficult! Frustration intolerance beliefs and procrastination. *Personality and Individual Differences*, 39(5), 873–883. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.12.018>
- Harrington, N. (2006). Frustration Intolerance Beliefs: Their Relationship with Depression, Anxiety, and Anger, in a Clinical Population. *Cognitive Therapy and Research*, 30(6), 699–709. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9061-6>
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). Health-Protective Behavior: An exploratory Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17–29. <https://doi.org/10.2307/2136475>
- He, N., Zhao, J., & Archbold, C. A. (2002). Gender and police stress: The convergent and divergent impact of work environment, work-family conflict, and stress coping mechanisms of female and male police officers. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 25(4), 687–708. <https://doi.org/10.1108/13639510210450631>
- Hegedüs, G. (2006). Az alkoholbetegség a patológus szemével. In Osváth, P., Kovács, A. & Fekete, S. (Szerk.), *Az alkoholológia multidiszciplináris megközelítése* (pp. 82–102). Pécsi Tudományegyetem.
- Helmich, I., Latini, A., Sigwalt, A., Carta, M. G., Machado, S., Velasques, B., Ribeiro, P., & Budde, H. (2010). Neurobiological Alterations Induced by Exercise and Their Impact on Depressive Disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health: CP & EMH*, 6, 115–125. PMC. <https://doi.org/10.2174/1745017901006010115>
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-A review of validation data and clinical results. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1), 17–41. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00216-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00216-4)
- Hézszer, G. (1996). *Miért? Rendszerszemlélet és lelkipozíciós gyakorlat. Pásztorálpszichológiai tanulmányok*. Kálvin Kiadó.
- Hiller, Zs. (1997). *A testmozgás, mint lehetséges megküzdési stratégia*. [Szakdolgozat, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar].

- Hitsman, B., Borrelli, B., McChargue, D. E., Spring, B., & Niaura, R. (2003). *History of depression and smoking cessation outcome: A meta-analysis*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.657>
- Honfi, L. (2009). A sport és a hétköznapi kapcsolata. In Szatmári, Z. (Szerk.), *Sport, életmód, egészség* (pp. 926–937). Akadémiai Kiadó.
- Honkonen, T., Ahola, K., Pertovaara, M., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2006). The association between burnout and physical illness in the general population—Results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Psychosomatic Research*, *61*(1), 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.10.002>
- Horváth, I. (2006). A dohányzás szerepe a nem malignus légzőszervi kórképek patomechanizmusában. In Kovács, G. & Manchin, R. (Szerk.), *Dohányzás vagy egészséges életmód?* (pp. 95–114). Medicina Könyvkiadó.
- Huang, Q., Bodla, A. A., & Chen, C. (2021). An Exploratory Study of Police Officers' Perceptions of Health Risk, Work Stress, and Psychological Distress During the COVID-19 Outbreak in China. *Frontiers in Psychology*, *12*, 632970. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.632970>
- Husain, W. (2014). Depression, Anxiety and Stress among Junior & Senior Police Officers. *Academic Research International*, *5*(3), 239.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, *75*(3), 209–221. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00101-5](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00101-5)
- Ivanovic, T., Ivancevic, S., & Maricic, M. (2020). The Relationship between Recruiter Burnout, Work Engagement and Turnover Intention: Evidence from Serbia. *Engineering Economics*, *31*(2), 197–210. <https://doi.org/10.5755/j01.ee.31.2.24100>
- Jacsó, Z. (2015). *Testkép változatok a testépítők körében, határ a hobbi és a profizmus között*. [Szakdolgozat, Miskolci Egyetem Bölcsészettudományi Kar].
- Jennings, W. G., & Perez, N. M. (2020). The Immediate Impact of COVID-19 on Law Enforcement in the United States. *American Journal of Criminal Justice*, 1–12. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09536-2>
- Johnson, N. (2001). Tobacco use and oral cancer: A global perspective. *Journal of Dental Education*, *65*(4), 328–339. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2001.65.4.tb03403.x>
- Johnson, S., Cooper, C., Cartwright, S., Donald, I., Taylor, P., & Millet, C. (2005). The experience of work-related stress across occupations. *Journal of Managerial Psychology*, *20*(2), 178–187. <https://doi.org/10.1108/02683940510579803>



- Jonassaint, C. R., Why, Y. P., Bishop, G. D., Tong, E. M., Diong, S. M., Enkelmann, H. C., Khader, M., & Ang, J. (2009). The effects of Neuroticism and Extraversion on cardiovascular reactivity during a mental and an emotional stress task. *International Journal of Psychophysiology*, 74(3), 274–279. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2009.09.012>
- Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284–297. <https://doi.org/10.1037/h0079772>
- Kahler, C. W., Brown, R. A., Ramsey, S. E., Niaura, R., Abrams, D. B., Goldstein, M. G., Mueller, T. I., & Miller, I. W. (2002). Negative mood, depressive symptoms, and major depression after smoking cessation treatment in smokers with a history of major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 670–675. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.670>
- Kapade-Nikam, P., & Shaikh, M. (2014). Occupational stress, burnout and coping in police personnel: Findings from a systematic review. *American International Journal of Research in Humanities, Arts and Social Sciences*, 6(2), 144–148.
- Kapoor, D., & Jones, T. H. (2005). Smoking and hormones in health and endocrine disorders. *European Journal of Endocrinology*, 152(4), 491–499. <https://doi.org/10.1530/eje.1.01867>
- Kassel, J. D., & Shiffman, S. (1997). Attentional mediation of cigarette smoking's effect on anxiety. *Health Psychology*, 16(4), 359–368. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.16.4.359>
- Kassel, J. D., & Unrod, M. (2000). Smoking, anxiety, and attention: Support for the role of nicotine in attentionally mediated anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 161.
- Katona, I. (2007). Az addikció neurobiológiai alapjai. In Demetrovics, Zs. (Szerk.), *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 297–312). ELTE Eötvös Kiadó.
- Kelemen, G. (1994). Az alkoholprobléma kezeléstörténetének rövid vázlatja. In Kelemen, G. (Szerk.), *Az addikciók széles spektruma* (pp. 114–157). Országos Alkoholológiai Intézet.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., MacLean, C. J., Heath, A. C., Eaves, L. J., & Kessler, R. C. (1993). Smoking and major depression: A causal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 50(1), 36–43. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820130038007>
- Khadse, P. A., Gowda, G. S., Ganjekar, S., Desai, G., & Murthy, P. (2020). Mental Health Impact of COVID-19 on Police Personnel in India. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(6), 580–582. <https://doi.org/10.1177/0253717620963345>

- Kinnunen, T., Doherty, K., Militello, F. S., & Garvey, A. J. (1996). Depression and smoking cessation: Characteristics of depressed smokers and effects of nicotine replacement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 791.
- Kiss, M. (2010). *A H1N1-influenza elleni védőoltások igénybevételének egészségpszichológiai vonatkozásai*. [Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar].
- Kissné András, K. (2014). A Magyar Honvédség hivatásos és szerződéses állományának, valamint a versenyszféra motiváltságának összehasonlító elemzése. [Doktori értekezés, Nemzeti Közszolgálati Egyetem]. <https://doi.org/10.17625/NKE.2014.002>
- Kissné Geosits, B. (2009). *Sport, pályaválasztás és lelki egészség a nevelés, oktatás területén dolgozó szakembereknél*. [Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem Nevelés és Sporttudományos Doktori Iskola]. [http://phd.sote.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/kissnegeositsbeatrix.d.pdf](http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/kissnegeositsbeatrix.d.pdf)
- Klein, B., & Klein, S. (2006). *A szervezet lelke*. EDGE 2000 Kiadó.
- Knight, R. G., Williams, S., McGee, R., & Olan, S. (1997). Psychometric properties of the Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) in a sample of women in middle life. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 373–380. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00107-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00107-6)
- Kohli, K., & Bajpai, G. S. (2006). A Comparative Study of Frustration, Depression and Deprivation amongst Trainee and Serving Police Officials. *Indian Journal of Criminology and Criminalistics*, XXVII(3). <http://forensic.to/webhome/drgsbajpai/fruskal.pdf>
- Kokkinos, P., Sheriff, H., & Kheirbek, R. (2011). Physical inactivity and mortality risk. *Cardiology Research and Practice*, 2011. <https://doi.org/10.4061/2011/924945>
- Kop, N., & Euwema, M. C. (2001). Occupational stress and the use of force by Dutch police officers. *Criminal Justice and Behavior*, 28(5), 631–652. <https://doi.org/10.1177/009385480102800505>
- Kop, N., Euwema, M., & Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers. *Work & Stress*, 13(4), 326–340. <https://doi.org/10.1080/02678379950019789>
- Kovács, G. (2006). Egyéb szervek károsodásai. In Kovács, G. & Manchin, R. (Szerk.), *Dohányzás vagy egészséges életmód?* (pp. 137-143.). Medicina Könyvkiadó.
- Kovács, G., & Schoket, B. (2006). Daganatok és a dohányzás. In Kovács, G. & Manchin, R. (Szerk.), *Dohányzás vagy egészséges életmód?* (pp. 75-94.). Medicina Könyvkiadó.

- Kovács, M. (2006). A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 16(11), 981–987.
- Környey, E., & Kassai-Farkas, Á. (2009). Alkohol fogyasztás és következményes egészségkárosodások. In Demetrovics, Zs. (Szerk.), *Az addiktológia alapjai II.* (pp. 63–91). ELTE Eötvös Kiadó.
- Krauzer, E. (2019). Korszerű, gyakorlatorientált rendőrképzés. In Bencsik, B. & Sabjanics, I. (Szerk.), *A biztonság sokszínű arca. Innováció – tudomány – információbiztonság – közszolgálat* (pp. 81–104). Dialóg Campus Kiadó.
- Krauzer, E. (2020). A rendőr tiszthelyettes képzés oktatás-módszertani fejlesztési lehetőségei. In Gaál, Gy. & Hautzinger, Z. (Szerk.), *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények XXII. A hadtudománytól a rendészettudományig – Társadalmi kihívások a nemzeti összetartozás évében* (pp. 167–176). Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoportja. <http://www.pecshor.hu/periodika/XXII/krauzer.pdf>
- Központi Statisztikai Hivatal (2010). Egészségfelmérés (ELEF), 2009. *Statisztikai tükrök*, 4(50). <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf>
- Központi Statisztikai Hivatal (2015). Európai lakossági egészségfelmérés, 2014. *Statisztikai tükrök*, 2015/29. <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elefl4.pdf>
- Központi Statisztikai Hivatal (2021a). Egészségügyi helyzetkép, 2019. [https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/egeszsegugyi\\_helyzetkep\\_2019.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/egeszsegugyi_helyzetkep_2019.pdf)
- Központi Statisztikai Hivatal (2021b). Testmozgás, 2019. [https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p\\_kiadvany\\_id=1067757&p\\_temakor\\_kod=KSH&p\\_lang=HU](https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=1067757&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU)
- Központi Statisztikai Hivatal (2021c). Dohányzás, 2019. [https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p\\_kiadvany\\_id=1067763&p\\_temakor\\_kod=KSH&p\\_lang=HU](https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=1067763&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU)
- Központi Statisztikai Hivatal (2021d). Alkohol fogyasztás, 2019. [https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p\\_kiadvany\\_id=1067761&p\\_temakor\\_kod=KSH&p\\_lang=HU](https://www.ksh.hu/apps/shop.kiadvany?p_kiadvany_id=1067761&p_temakor_kod=KSH&p_lang=HU)
- Kulcsár, Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó.
- Lajtai, L. (2007). Alkoholhasználat és alkoholfüggőség. Miért éppen az alkohol? In Demetrovics, Zs. (Szerk.), *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 73–105). ELTE Eötvös Kiadó.
- Lau, B., Hem, E., Berg, A. M., Ekeberg, Ø., & Torgersen, S. (2006). Personality types, coping, and stress in the Norwegian police service. *Personality and Individual Differences*, 41(5), 971–982. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.006>

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lee, E.-H. (2012). Review of the Psychometric Evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 121–127. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2012.08.004>
- Leiter, M. P., Hakanen, J. J., Ahola, K., Toppinen-Tanner, S., Koskinen, A., & Väänänen, A. (2013). Organizational predictors and health consequences of changes in burnout: A 12-year cohort study. *Journal of Organizational Behavior*, 34(7), 959–973. <https://doi.org/10.1002/job.1830>
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2017). Burnout and engagement: Contributions to a new vision. *Burnout Research*, 5, 55–57. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.04.003>
- Leka, S., Griffiths, A., & Fox, T. (2004). *Work organisation and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42625/9241590475.pdf>
- Levi, L., & Levi, I. (2000). *Guidance on Work-Related stress—Spice of Life or Kiss of Death?* European Commission. <https://www.stress.org/wp-content/uploads/2011/11/Guidance2520on2520work-related2520stress.pdf>
- Leykin, Y., Torres, L. D., Aguilera, A., & Muñoz, R. F. (2011). Factor structure of the CES-D in a sample of Spanish- and English-speaking smokers on the Internet. *Psychiatry Research*, 185(1), 269–274. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.04.056>
- Li, Z., & Hicks, M. H.-R. (2010). The CES-D in Chinese American women: Construct validity, diagnostic validity for major depression, and cultural response bias. *Psychiatry Research*, 175(3), 227–232. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.007>
- Lindström, M., Hanson, B. S., & Östergren, P.-O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: The role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social Science & Medicine*, 52(3), 441–451. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00153-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00153-2)
- Lopes, F. L., Nascimento, I., Zin, W. A., Valença, A. M., Mezzasalma, M. A., Figueira, I., & Nardi, A. E. (2002). Smoking and psychiatric disorders: A comorbidity survey. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 35, 961–967. <https://doi.org/10.1590/S0100-879X2002000800013>
- Lovelace, K. J., Manz, C. C., & Alves, J. C. (2007). Work stress and leadership development: The role of self-leadership, shared leadership, physical fitness and flow in managing demands and increasing job control. *Human Resource Management Review*, 17(4), 374–387. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2007.08.001>

- Mácsár, G., Bognár, J., & Plachy, J. (2017). Sportolási és életmódszokások kérdőíves vizsgálata a Budapesten szolgálatot teljesítő rendőrállomány körében. *Recreation*, 7(3), 13–15. <https://doi.org/10.21486/recreation.2017.7.3.1>
- Malét-Szabó, E., & Szatmári, A. (2012). A rendőr lelki biztonsága—Avagy a biztonság megőrzésének egyik alappillére a rendőr lelki biztonsága. In Gaál, Gy. & Hautzinger, Z. (Szerk.), *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények XIV. – Tanulmányok „A változó rendészet aktuális kihívásai” című konferenciáról* (pp. 399-412). Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoportja.
- Mándi, N., & Fekete, S. (2014). A segítő krízise. In Csürke, J., Vörös, V., Osváth, P. & Árkovits, A. (Szerk.), *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve* (pp. 249–278). Oriold és Társai Kiadó.
- Maricuțoiu, L. P., Sulea, C., & Iancu, A. (2017). Work engagement or burnout: Which comes first? A meta-analysis of longitudinal evidence. *Burnout Research*, 5, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.001>
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. M., & Sykes, C. (2005). *Health Psychology. Theory, Research and Practice* (2nd Edition). SAGE.
- Márkus, A. (2006). *Neurológia pszichológia szakos hallgatók számára*. Akadémiai Kiadó.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12(7), 837–851. <https://doi.org/10.1007/BF00287876>
- Maslach, C., & Leiter, M.P. (1997). *The Truth About Burnout – How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It*. Jossey-Bass Publisher.
- Máttyássy, A., & Szűcs, A. (2005). Alkoholfüggőség—Társuló hangulat—Szorongásos zavarok. *Addiktológia: Addictologia Hungarica*, 4(3), 297–318.
- McCarty, W. P., Aldirawi, H., Dewald, S., & Palacios, M. (2019). Burnout in Blue: An Analysis of the Extent and Primary Predictors of Burnout Among Law Enforcement Officers in the United States. *Police Quarterly*, 22(3), 278–304. <https://doi.org/10.1177/1098611119828038>
- McCarty, W. P., “Solomon” Zhao, J., & Garland, B. E. (2007). Occupational stress and burnout between male and female police officers: Are there any gender differences? *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*, 30(4), 672–691. <https://doi.org/10.1108/13639510710833938>

- McKnight, J. D., & Glass, D. C. (1995). Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: A replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 490–494. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.3.490>
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychological Bulletin, 132*(3), 327–353. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>
- Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and risk of type 2 diabetes: A prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosomatic Medicine, 68*(6), 863–869. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000242860.24009.f0>
- Menczel Zs. (2016). *A testedzésfüggőség viselkedéstani és pszichológiai kontextusa*. [Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem, Patológiai Tudományok Doktori Iskola]. [http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd\\_live/vedes/export/menczelzsuzsanna.d.pdf](http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/menczelzsuzsanna.d.pdf)
- Mészáros, G. (2010). A rendészeti szakközépiskolába járó tanulók pályamotivációjának vizsgálata. *Magyar Rendészet, 10*(3–4), 172–186.
- Mészáros, V. (2013). *Kiegészítés az egészségügyben—A kiegészítés korrelátumai valamint megelőzésének lehetőségei*. [Doktori disszertáció, Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pszichológiatudományi Doktori Iskola Személyiség- és Egészségpszichológiai Program]. [http://ppk.elte.hu/file/Meszáros-Veronika\\_dissz.pdf](http://ppk.elte.hu/file/Meszáros-Veronika_dissz.pdf)
- Mészáros, V., Ádám, Sz., Szabó, M., Szigeti, R., & Urbán, R. (2014). The Bifactor Model of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS)-An Alternative Measurement Model of Burnout: The Bifactor Model of the MBI-HSS. *Stress and Health, 30*(1), 82–88. <https://doi.org/10.1002/smi.2481>
- Miller, W. R., & Brown, S. A. (1997). Why psychologists should treat alcohol and drug problems. *American Psychologist, 52*(12), 1269–1279. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.52.12.1269>
- Mogyoródi G. (2016a). Az An Garda Síochána (az ír rendőrség) képzési és állománykiválasztási rendszere. *Magyar Rendészet, 16*(5), 123–137.
- Mogyoródi G. (2016b). Anglia és Wales hivatásos rendőri állományának kiválasztási eljárása és annak összevetése a hazai követelményekkel. *Magyar Rendészet, 16*(6), 93–108.
- Mogyoródi, G. (2021). Rendőr kiválasztás Ausztriában. *Belügyi Szemle, 69*(3), 126–140. <https://doi.org/10.38146/BSZ.SPEC.2021.3.8>

- Mogyoródi, G. (2022a). Rendőr kiválasztás Bajorországban és a különböző német tartományokban. *Belügyi Szemle*, 70(4), 831–850. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.4.11>
- Mogyoródi, G. (2022b). Európai rendőrségek bemeneti követelményei a szervezeti és képzési jegyek tükrében: Esettanulmány Skóciáról. *Belügyi Szemle*, 70(3. ksz.), 124–140. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.SPEC.3.7>
- Morgenstern, J., Langenbucher, J., Labouvie, E., & Miller, K. J. (1997). The comorbidity of alcoholism and personality disorders in a clinical population: Prevalence and relation to alcohol typology variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 74–84. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.1.74>
- Muszbek, K., Szekely, A., Balogh, É. M., Molnár, M., Rohánszky, M., Ruzsa, Á., Varga, K., Szölloosi, M., & Vadász, P. (2006). Validation of the Hungarian Translation of Hospital Anxiety and Depression Scale. *Quality of Life Research*, 15(4), 761–766. <https://doi.org/10.1007/s11136-005-3627-8>
- Nagy, E. (2007). *Egy segítő foglalkozás képviselőinek pályaképe, a kiégés szempontjából*. [Doktori értekezés. Debreceni Egyetem Bölcsészettudományi Kar]. <https://dea.lib.unideb.hu/server/api/core/bitstreams/4d237002-bc14-46f8-94d9-d257d01d045f/content>
- Nagy, I. (2013). A bv. Intézetek hivatásos állományú tagjainál jelentkező burn-out szindróma és a hipertónia gyakoriságának összefüggései. *Börtönügyi Szemle*, 32(2), 37–54.
- Németh, Cs. (2013). A burn-out jelensége a soproni rendőrkapitányságon. In R. Kissné Zsámboki (Ed.), *Akikre büszkék vagyunk I. Válogatás a Benedek Elek Pedagógiai Kar szociálpedagógiai szakos hallgatóinak XXXI. OTDK-ra benyújtott dolgozataiból* (pp. 5–38.). Nyugat-Magyarországi Egyetem.
- Newiss, G., Charman, S., Ilett, C., Bennett, S., Ghaemmaghami, A., Smith, P., & Inkpen, R. (2022). Taking the strain? Police well-being in the COVID-19 era. *The Police Journal: Theory, Practice and Principles*, 95(1), 88–108. <https://doi.org/10.1177/0032258X211044702>
- Ockene, I. S., & Miller, N. H. (1997). Cigarette Smoking, Cardiovascular Disease, and Stroke. *Circulation*, 96(9), 3243–3247. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.96.9.3243>
- Odedokun, S. A. (2015). Differential Influence of Demographic Factors on Job Burnout among Police Officers in Ibadan, Oyo State. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 6(3 S1), 520–526. <https://doi.org/10.5901/mjss.2015.v6n3s1p520>

- Ogonovszky, H., & Toldy, A. (2009a). Immunrendszer és testmozgás. In Szatmári, Z. (Szerk.), *Sport, életmód, egészség* (pp. 839–844). Akadémiai Kiadó.
- Ogonovszky, H., & Toldy, A. (2009b). Idegrendszeri érintettség és a mozgás. In Szatmári, Z. (Szerk.), *Sport, életmód, egészség* (pp. 820–825). Akadémiai Kiadó.
- Ogunbamila, B. (2012). Occupational Burnout Among Employees in Some Service Occupations in Nigeria: Are Health Workers Different? *Psychological Thought*, 6(1), 153–165. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.1916>
- Ónody, S. (2001). A kiegészi tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai Szemle*, 51(5). <http://ofi.hu/tudastar/kiegesi-tunetek-burnout>
- Osborne, R. E. (2014). Observations on police cynicism: Some preliminary findings. *North American Journal of Psychology*, 16(3), 607–607.
- Osváth, P. (2006). Alkoholfüggőség és komorbiditás – a kettős diagnózis diagnosztikus és terápiás jelentősége. In Osváth, P., Kovács, A. & Fekete, S. (Szerk.), *Az alkohológia multidiszciplináris megközelítése* (pp. 39–64). Pécsi Tudományegyetem.
- Øygaard, L., & Anderssen, N. (1998). Social Influences and Leisure-time Physical Activity Levels in Young People: A Twelve-year Follow-up Study. *Journal of Health Psychology*, 3(1), 59–69. <https://doi.org/DOI: 10.1177/135910539800300105>
- Ozkan, M., & Solmaz, B. (2015). The Changing Face of the Employees – Generation Z and Their Perceptions of Work (A Study Applied to University Students). *Procedia Economics and Finance*, 26, 476–483. [https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00876-X](https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00876-X)
- Paksi, B., & Schmidt, A. (2006). Pedagógusok mentálhigiénés állapota – Különös tekintettel az iskolai értékadást, egészségfejlesztést és problémakezelést befolyásoló dimenziókra. *Új Pedagógiai Szemle*, 56(6), 48–64.
- Perczel Forintos, D., Kiss, Z., & Ajtay, G. (2007). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Åsberg, M., & Nygren, Å. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 84–95. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x>
- Petróczi, E. (2007a). *Amit a hallgatóknak tudni illik a: Kiegészről*. SZEK - Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Petróczi, E. (2007b). *Kiegész—Elkerülhetetlen?* Eötvös József Könyvkiadó.
- Piasecki, T. M. (2006). Relapse to smoking. *Clinical Psychology Review*, 26(2), 196–215. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.11.007>
- Pikó, B., & Keresztes, N. (2007). *Sport, lélek, egészség*. Akadémiai Kiadó.



- Pikoulas, G., Charila, D., & Elias, T. (2022). The protective role of self-esteem on burnout and depression symptoms among police officers: A path analysis approach. *International Journal of Police Science & Management*, 24(3), 313–324. <https://doi.org/10.1177/14613557221089569>
- Piper, M. E., Smith, S. S., Schlam, T. R., Fleming, M. F., Bittrich, A. A., Brown, J. L., Leitzke, C. J., Zehner, M. E., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2010). Psychiatric disorders in smokers seeking treatment for tobacco dependence: Relations with tobacco dependence and cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 13–23. <https://doi.org/10.1037/a0018065>
- Plante, T. G., & Rodin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology*, 9(1), 3–24. <https://doi.org/10.1007/BF02686764>
- Plieger, T., Melchers, M., Montag, C., Meermann, R., & Reuter, M. (2015). Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *Burnout Research*, 2(1), 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2015.03.001>
- Pope, H. G., Katz, D. L., Hudson, J. I. (1993). Anorexia nervosa and „Reverse Anorexia” among 108 Male Bodybuilders. *Comprehensive Psychiatry*, 34(6), 406-409. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90066-D](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90066-D)
- Pope, H. G., Phillips, K. A., & Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: The Secret Crisis of Male Body Obsession*. The Free Press.
- Purda-Nicoară, V.-L.-A., & Dorobantu, M. R. (2012). Stress Management in the Police Work. *Acta Universitatis Danubius: Administratio*, 4(1), 45-56.
- Queirós, C., Kaiseler, M., & da Silva, A. L. (2013). Burnout as a predictor of aggressivity among police officers. *European Journal of Policing Studies*, 1(2), 110–135.
- Queirós, C., Passos, F., Bárto, A., Faria, S., Fonseca, S. M., Marques, A. J., Silva, C. F., & Pereira, A. (2020). Job Stress, Burnout and Coping in Police Officers: Relationships and Psychometric Properties of the Organizational Police Stress Questionnaire. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), 6718. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186718>
- Queirós, C., Pereira, A. M., & Martins, J. R. (2012). *The influence of work-home interaction on burnout among portuguese police officer*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62337/2/15762.pdf>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>

- Raglan, G. B. (2013). *Distress tolerance and smoking status: Differences between smokers, former smokers, and never smokers*. Faculty of College of Arts and Sciences of American University.
- Ranta, R. S., & Sud, A. (2008). Management of stress and burnout of police personnel. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(1), 29–39.
- Reed, D. (2016). Coping with occupational stress: the role of optimism and coping flexibility. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 71–79. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S97595>
- Revell, A. D., Warburton, D. M., & Wesnes, K. (1985). Smoking as a coping strategy. *Addictive Behaviors*, 10(3), 209–224. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(85\)90002-4](https://doi.org/10.1016/0306-4603(85)90002-4)
- Richardsen, A. M., Burke, R. J., & Martinussen, M. (2006). Work and health outcomes among police officers: The mediating role of police cynicism and engagement. *International Journal of Stress Management*, 13(4), 555–574. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.4.555>
- Rigó, A. (2007). Pszichoneuroimmunológia. *Egyetemi előadások pszichológia szakos hallgatóknak*.
- Rózsa, S., Purebl, G., Susánszky, É., Kő, N., Szádóczky, E., Réthelyi, J., Danis, I., Skrabski, Á., & Kopp, M. (2008). A megküzdés dimenziói: A konfliktusmegoldó kérdőív hazai adaptációja= Dimensions of coping: Hungarian adaptation of the Ways of Coping Questionnaire. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9(3), 217–241. <https://doi.org/10.1556/Mental.9.2008.3.3>
- Ruzsa R. C. (2018). „Z” generáció fő jellemzői és a várható munkerő-piaci kihívások = Main characteristics of generation Z and the challenges to come in the labour market. *Közép-Európai Közlemények*, 11(3), 149–157.
- Schaufeli, W. B., & Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychology & Health*, 16(5), 501–510. <https://doi.org/10.1080/08870440108405523>
- Schwerdtfeger, A., Konermann, L., & Schönhofen, K. (2008). Self-efficacy as a health-protective resource in teachers? A biopsychological approach. *Health Psychology*, 27(3), 358–368. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.3.358>
- Scully, D., Kremer, J., Meade, M. M., Graham, R., & Dudgeon, K. (1998). Physical exercise and psychological well being: A critical review. *British Journal of Sports Medicine*, 32(2), 111–120. <https://doi.org/10.1136/bjism.32.2.111>

- Sears Jr, S. F., Urizar Jr, G. G., & Evans, G. D. (2000). Examining a stress-coping model of burnout and depression in extension agents. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 56–62.
- Seok, J.-M., Cho, J.-H., Jeon, W.-J., & Ahn, J.-O. (2015). Risk factors for fatigue and stress among Korean police officers. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(5), 1401–1405. <https://doi.org/10.1589/jpts.27.1401>
- Shiozaki, M., Miyai, N., Morioka, I., Utsumi, M., Hattori, S., Koike, H., Arita, M., & Miyashita, K. (2017). Job stress and behavioral characteristics in relation to coronary heart disease risk among Japanese police officers. *Industrial Health*, 55(4), 369–380. <https://doi.org/10.2486/indhealth.2016-0179>
- Shirom, A., & Ezrachi, Y. (2003). On the Discriminant Validity of Burnout, Depression and Anxiety: A Re-examination of the Burnout Measure. *Anxiety, Stress, & Coping*, 16(1), 83–97. <https://doi.org/10.1080/1061580021000057059>
- Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., Berliner, S., & Shapira, I. (2005). Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model. *International Review of Industrial and Organizational Psychology*, 20, 269–309.
- Shirom, A., Oliver, A., & Stein, E. (2009). Teachers' stressors and strains: A longitudinal study of their relationships. *International Journal of Stress Management*, 16(4), 312–332. <https://doi.org/10.1037/a0016842>
- Shirom, A., Westman, M., Shamai, O., & Carel, R. S. (1997). Effects of work overload and burnout on cholesterol and triglycerides levels: The moderating effects of emotional reactivity among male and female employees. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2(4), 275–288.
- Shivani, R., Goldsmith, R. J., & Anthenelli, R. M. (2002). Alcoholism and psychiatric disorders: Diagnostic challenges. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 90–98.
- Sipos, K., Sipos, M., & Spielberger, C. D. (1988). A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata. In Mérei, F. & Szakács, F. (Szerk.), *Pszichodiagnostikai Vademecum I/2. Egyetemi jegyzet*. (pp. 123–135). Tankönyvkiadó.
- Slaven, J. E., Mnatsakanova, A., Burchfiel, C. M., Smith, L. M., Charles, L. E., Andrew, M. E., Gu, J. K., Ma, C., Fekedulegn, D., & Violanti, J. M. (2011). Association of sleep quality with depression in police officers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 13(4), 267–277.

- Smith, D. R., Devine, S. U. E., Leggat, P. A., & Ishitake, T. (2005). Alcohol and tobacco consumption among police officers. *The Kurume Medical Journal*, 52(1+ 2), 63–65. <https://doi.org/10.2739/kurumemedj.52.63>
- Smith, S. S., Piper, M. E., Bolt, D. M., Fiore, M. C., Wetter, D. W., Cinciripini, P. M., & Baker, T. B. (2010). Development of the Brief Wisconsin Inventory of Smoking Dependence Motives. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(5), 489–499. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq032>
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety And Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
- Snell, W. E., Johnson, G., Lloyd, P. J., & Hoover, M. W. (1991). The Health Orientation Scale: A measure of psychological tendencies associated with health. *European Journal of Personality*, 5(2), 169–183. <https://doi.org/10.1002/per.2410050208>
- Soloviev, A., Zhernov, S., & Ichitovkina, E. (2020). Female Moscow Police Officers' Emotional Reactions Features during Service in the COVID-19 Pandemic Emergency Conditions. *Journal of Biomedical Research & Environmental Sciences*, 1(6), 213–215. <https://doi.org/10.37871/jbres1145>
- Stauder, A., & Konkoly Thege, B. (2006). Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 7(3), 203–216. <https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.4>
- Stogner, J., Miller, B. L., & McLean, K. (2020). Police Stress, Mental Health, and Resiliency during the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Criminal Justice*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s12103-020-09548-y>
- Storch, J. E., & Panzarella, R. (1996). Police stress: State-Trait Anxiety in relation to occupational and personal stressors. *Journal of Criminal Justice*, 24(2), 99–107. [https://doi.org/10.1016/0047-2352\(95\)00058-5](https://doi.org/10.1016/0047-2352(95)00058-5)
- Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders*, 20(5), 346–355. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>
- Ströhle, A. (2008). Physical activity, exercise, depression and anxiety disorders. *Journal of Neural Transmission*, 116(6), 777–784. <https://doi.org/10.1007/s00702-008-0092-x>
- Süle A. (2009). *A jóga, mint ősi stresszkezelési módszer*. [Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar]

- Sveinsdóttir, H., & Gunnarsdóttir, H. K. (2008). Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: Results from a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1479–1489. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.01.007>
- Szabó, E. (2009). *A munkahelyi egészségpszichológia és egészségfejlesztés a Magyar Köztársaság Rendőrségén, valamint a szubjektíve észlelt munkahelyi stresszterheltség jellegzetességei – különös tekintettel az idői tényezőre – a hivatásos állományú rendőrök körében. Valóban megterhelő-e a hivatásos állományú rendőri lét?* [Doktori értekezés, Debreceni Egyetem Humán Tudományok Doktori Iskola]. <https://dea.lib.unideb.hu/items/9d8d194d-b389-40c5-bbe3-38b9e81a2156>
- Szabó, K. (2010). *Tánc és lelki egészség. Avagy: A jóllét, az áramlat-élmény, a nőiesség, a testkép és az egészségorientáció kapcsolata a különböző táncstílusok mentén.* [Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar].
- Szeles E. (2016). *MÓDSZERTANI ÚTMUTATÓ – A Rendőrségnél végzett pszichikai alkalmassági vizsgálatok és az ahhoz kapcsolódó gondozási tevékenység szakmai protokollja.* ORFK Személyügyi Főigazgatóság Egészségügyi Szakairányító és Hatósági Főosztály.
- Szigeti, J. (2006). A dohányzás kultúrtörténete. In Kovács, G. & Manchin, R. (Szerk.), *Dohányzás vagy egészséges életmód?* (pp. 11–22). Medicina Könyvkiadó.
- Szigeti, R., Balázs, N., Bikfalvi, R., & Urbán, R. (2017). Burnout and depressive symptoms in teachers: Factor structure and construct validity of the Maslach Burnout inventory-educators survey among elementary and secondary school teachers in Hungary: Burnout in teachers: MBI-ES validity study. *Stress and Health*, 33(5), 530–539. <https://doi.org/10.1002/smi.2737>
- Szigeti, R., Balázs, N., & Urbán, R. (2022). *The Burnout Process Among Hungarian Teachers analysed in a cross-sectional study: The Burnout Process Questionnaire* [Preprint]. In Review. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2285974/v1>
- Talavera-Velasco, B., Luceño-Moreno, L., García-Albuerne, Y., & Martín-García, J. (2021). Perception of Health, Resilience, and Engagement in Spanish Police Officers During the COVID-19 Pandemic. *Psicothema*, 33(4), 556–563. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.153>
- Tari A. (2011). *Z generáció: Klinikai pszichológiai jelenségek és társadalom-lélektani szempontok az információs korban.* Tericum Kiadó.
- Tari, A. (2015). *#yz Generációk online: Klinikai pszichológiai és társadalmi-lélektani szempontok az információs korban.* Tercium Kiadó Kft.

- Tari, A. (2017). *Bátor generációk: #szorongoktehátvagyok: klinikai pszichológiai és társadalom-lélektani szempontok az információs korban*. Tericum.
- Taris, T. W., Ybema, J. F., & Beek, I. van. (2017). Burnout and engagement: Identical twins or just close relatives? *Burnout Research*, 5(Supplement C), 3–11. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.002>
- Taylor, S. E. (2018). *Health Psychology* (10.). McGraw-Hill Education.
- Tegyey, A. (2018). A „Z generáció” címke – Jogos félelmek vagy lehetőség a megújulásra? *Rendőrségi Tanulmányok*, 1(3), 81–97.
- Therapondos, G., Delahooke, T. E. S., & Hayes, P. C. (1999). Health effects of alcohol and alcoholism. *Clinics in Dermatology*, 17(4), 381–389. [https://doi.org/10.1016/S0738-081X\(99\)00021-8](https://doi.org/10.1016/S0738-081X(99)00021-8)
- Tiringer, I. (2007). Megküzdés (coping). In J. Kállai, J. Varga, & A. Oláh (Szerk.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban* (pp. 177–198). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Todd, M. (2004). Daily processes in stress and smoking: Effects of negative events, nicotine dependence, and gender. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(1), 31–39. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.18.1.31>
- Togas, C., & Parlalis, S. (2021). Translation and Psychometric Evaluation of the Health Orientation Scale in a Greek Speaking Sample (Greece-Cyprus). *Health Psychology Research*, 9(1), 24766. <https://doi.org/10.52965/001c.24766>
- Toker, S., Shirom, A., Shapira, I., Berliner, S., & Melamed, S. (2005). The association between burnout, depression, anxiety, and inflammation biomarkers: C-reactive protein and fibrinogen in men and women. *Journal of occupational health psychology*, 10(4), 344–362. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.10.4.344>
- Tombor, I., Paksi, B., Urbán, R., Kun, B., Arnold, P., Rózsa, S., & Demetrovics, Z. (2010). Prevalence of smoking among the Hungarian adult population.[A dohányzás elterjedtsége a magyar felnőtt lakosság körében.]. *Népegészségügy*, 88(2), 131–136.
- Töröcsik, M., Kehl, D., & Szűcs, K. (2014). How Generations Think: Research on Generation Z. *Acta Universitatis Sapientiae, Communicatio*, 1, 23–45.
- Tózsér, E. (2022). *A Magyar Rendőrség szervezeti kultúrájának főbb jellemzői szervezetszichológiai vizsgálatok tükrében*. [Doktori értekezés, Nemzeti Közszolgálati Egyetem Rendészettudományi Doktori Iskola].
- Tracy, R. P., Psaty, B. M., Macy, E., Bovill, E. G., Cushman, M., Cornell, E. S., & Kuller, L. H. (1997). Lifetime smoking exposure affects the association of C-reactive protein with cardiovascular disease risk factors and subclinical disease in healthy elderly subjects.

- Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 17(10), 2167–2176.  
<https://doi.org/10.1161/01.ATV.17.10.2167>
- Túry, F., Babusa, B., Dukay-Szabó, S., & Varga, M. (2010). Az evés- és testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. *Magyar Tudomány*, 171(11), 1306–1315.
- Urbán, R. (2001). Útban a magatartásközpontú egészségpszichológia felé: Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56(4), 593–622. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.56.2001.4.5>
- Urbán, R. (2007a). A nikotinaddikció. In Demetrovics, Zs. (Szerk.), *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 107–131). ELTE Eötvös Kiadó.
- Urbán, R. (2007b). *A dohányzás egészségpszichológiája*. Nyitott Könyvműhely Kiadó Kft.
- Urbán, R. (2008). Egységmagatartás és egészségfejlesztés. *Egyetemi előadások pszichológia szakos hallgatóknak*.
- Urbán, R., Kugler, Gy., & Szilágyi, Z. (2004). A nikotindependencia mérése és korrelátumai magyar felnőtt mintában. In Urbán, R., Kugler, Gy., Marián, B., Oláh, A., Szilágyi, Z. & Varga J. (Szerk.), *A dohányzás egészségpszichológiája* (pp. 127–155). Országos Addiktológiai Intézet.
- Urbán, R., & Marián, B. (2003). A dohányzás szocioökonómiai prediktorainak és a stressz hatásának vizsgálata magyar reprezentatív mintában. In Urbán, R., Kugler, Gy., Marián, B., Oláh, A., Szilágyi, Z. & Varga J. (Szerk.), *A dohányzás egészségpszichológiája* (pp. 89–105). Országos Addiktológiai Intézet.
- Urbán, R., & Varga, J. (2003). A negatív érzelmek, az önbizalom, az énhatékonyság és a dohányzás serdülőkorban. In Urbán, R., Kugler, Gy., Marián, B., Oláh, A., Szilágyi, Z. & Varga J. (Szerk.), *A dohányzás egészségpszichológiája* (pp. 173–196). Országos Addiktológiai Intézet.
- Yuan, L., Zhu, L., Chen, F., Cheng, Q., Yang, Q., Zhou, Z. Z., Zhu, Y., Wu, Y., & Zha, X. (2020). A Survey of Psychological Responses During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Epidemic among Chinese Police Officers in Wuhu. *Risk Management and Healthcare Policy*, 13, 2689-2697. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S269886>
- Vajer, P., Urbán, R., Tombor, I., Stauder, A., & Kalabay, L. (2011). Psychometric properties and construct validity of the brief Wisconsin inventory of smoking dependence motives in an Internet-based sample of treatment-seeking Hungarian smokers. *Nicotine & Tobacco Research*, 13(4), 273–281. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq254>
- Varga, J. (2002). *Testezés és egészségmagatartás*. [Szakdolgozat, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar].

- Veér, A., Nádori, G., & Eróss, L. (2000). *Az alkoholizmus népbetegség*. Animula Kiadó.
- Vicario-Merino, A., & Muñoz-Augustin, N. (2020). Analysis of the Stress, Anxiety and Healthy Habits in the Spanish COVID-19 Confinement. *Health Science Journal*, *14*(2), 707. <https://doi.org/10.36648/1791-809X.14.2.707>
- Violanti, J. M. (1993). What does high stress police training teach recruits? An analysis of coping. *Journal of Criminal Justice*, *21*(4), 411–417. [https://doi.org/10.1016/0047-2352\(93\)90022-F](https://doi.org/10.1016/0047-2352(93)90022-F)
- Violanti, J. M., & Aron, F. (1995). Police stressors: Variations in perception among police personnel. *Journal of Criminal Justice*, *23*(3), 287-294. [https://doi.org/10.1016/0047-2352\(95\)00012-F](https://doi.org/10.1016/0047-2352(95)00012-F)
- Violanti, J. M., & Marshall, J. R. (1983). The police stress process. *Journal of Police Science & Administration*, *11*(4), 389-394.
- Violanti, J. M., Slaven, J. E., Charles, L. E., Burchfiel, C. M., Andrew, M. E., & Homish, G. G. (2011). Police and alcohol use: A descriptive analysis and associations with stress outcomes. *American Journal of Criminal Justice*, *36*(4), 344–356. <https://doi.org/10.1007/s12103-011-9121-7>
- Wang, Z., Inslicht, S. S., Metzler, T. J., Henn-Haase, C., McCaslin, S. E., Tong, H., Neylan, T. C., & Marmar, C. R. (2010). A prospective study of predictors of depression symptoms in police. *Psychiatry Research*, *175*(3), 211–216. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.11.010>
- Wiese, L., Rothmann, S., & Storm, K. (2003). Coping, stress and burnout in the South African police service in KwaZulu-Natal. *SA Journal of Industrial Psychology*, *29*(4), 71–80. <https://doi.org/10.4102/sajip.v29i4.124>
- Williams, J. M., & Ziedonis, D. (2004). Addressing tobacco among individuals with a mental illness or an addiction. *Addictive Behaviors*, *29*(6), 1067–1083. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2004.03.009>
- Williams, V., Ciarrochi, J., & Patrick Deane, F. (2010). On being mindful, emotionally aware, and more resilient: Longitudinal pilot study of police recruits. *Australian Psychologist*, *45*(4), 274–282. <https://doi.org/10.1080/00050060903573197>
- Wu, Y., Sun, I. Y., Ivkovich, S. K., Maskaly, J., Shen, S., & Neyroud, P. (2022). Explaining Stress during the COVID-19 Pandemic among Chinese Police Officers. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, *15*(4), 2341–2354. <https://doi.org/10.1093/police/paab053>



Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zvolensky, M. J., Feldner, M. T., Leen-Feldner, E. W., & McLeish, A. C. (2005). Smoking and panic attacks, panic disorder, and agoraphobia: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 25(6), 761–789. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.05.001>

## **Az értekezés benyújtójának a témakörből készült publikációs jegyzéke**

### *Folyóiratcikkek*

Borbély, Zs., Farkas, J., & Tózsér, E. (2017). A tömeges méretű illegális migráció pszichés következményei a rendészeti feladatellátás során = The psychological consequences of the massive illegal migration in the policing service provision. *Hadtudományi szemle*, 10(3), 288–304. <http://hdl.handle.net/20.500.12944/14107>

Borbély, Zs., Fridrich, A. C., & Tózsér, E. (2018b). Az ideiglenes biztonsági határzár menti feladatellátás hatása a határzárát védők magánéletére. *Honvédségi Szemle*, 146(6), 65-79. <https://kiadvany.magyarhonvedseg.hu/index.php/honvszemle/article/view/328/315>

Farkas, J., Borbély, Zs., Tegye, A. C., & Tózsér, E. (2018). A „migránshelyzet” feladatellátása következtében jelentkező pszichés hatások. *Pro Publico Bono - Magyar Közigazgatás*, 6(1), 4–33. <http://hdl.handle.net/20.500.12944/12745>

Borbély, Zs. (2019b). Egészségmagatartás és mentális egészség – nemi különbségek a munkahelyi stressz megélésében. *Belügyi Szemle*, 67(7–8). 37-50. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2019.7-8.3>

Borbély, Zs. (2020). Health behavior, stress and police trainees. *Hungarian Defence Review*, 148(SI 2), 112-131. <https://doi.org/10.35926/HDR.2020.2.8>

Borbély, Zs. (2021). A járványügyi veszélyhelyzet megélése a próbaidős tiszthelyettesek körében. *Magyar Rendészet*, 21(2), 111-125. <https://doi.org/10.32577/mr.2021.2.7>

Borbély, Zs. (2021). Specifikus stresszorok a rendvédelmi szerevezti kultúrában. *Honvédségi Szemle*, 149(3), 92-107. <https://doi.org/10.35926/HSZ.2021.3.8>

Borbély, Zs. (2022). Mental Health of Police Trainees during the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *European Law Enforcement Research Bulletin*, (SCE 5), 129-136. <https://doi.org/10.7725/eulerb.v0iSCE%205.468>

Ambrusz, A., Borbély, Zs., & Malét-Szabó, E. (2022). A kiégés vizsgálata a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Rendőr-főkapitányság hivatásos állománya körében. *Belügyi Szemle*, 70(12), 2569–2589. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2022.12.2>

### **Recenziók**

Borbély, Zs., Cielešky, P., Éberhardt, G., Pesti, T., Schmidt, L., Veprik, Z., & Vizvári, F. (2021). Nemzetközi Rendészeti Figyelő I. *Belügyi Szemle*, 69(2), 285-303. <https://doi.org/10.38146/BSZ.2021.2.6>

### **Könyvfejezetek**

Borbély, Zs., Fridrich, A. C., & Tózsér, E. (2018a). A XXI. század biztonsági kihívásai a rendőrségi szervezeti kultúrában. In Gaál, Gy. & Hautzinger, Z. (Szerk.), *Pécsi Határőr Tudományos Közlemények XX. – A XI. század biztonsági kihívásai* (pp. 97–102). Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoportja. [http://www.pecshor.hu/periodika/XX/borbely\\_fridrich\\_tozser.pdf](http://www.pecshor.hu/periodika/XX/borbely_fridrich_tozser.pdf)

Tózsér E., Fridrich, A. C., & Borbély, Zs. (2018). Ügyfélszolgálati szemlélet a szervezeti kultúrában. In Kiglics, N. (Szerk.), *II. Turizmus és Biztonság Nemzetközi Konferencia. Tanulmánykötet.* (pp.119-127). Pannon Egyetem Nagykanizsai Kampusz. [https://www.uni-pen.hu/files/konferencia/2017/Teljes\\_konf\\_tanulmanykotet.pdf](https://www.uni-pen.hu/files/konferencia/2017/Teljes_konf_tanulmanykotet.pdf)

Borbély, Zs. (2019a). Az iskolarendszerű rendőrképzés napjainkban. In Zsámbokiné Ficskovszky, Á. (Szerk.), *Biztonság, szolgáltatás, fejlesztés, avagy új irányok a bevételi hatóságok működésében* (pp. 38–51). Magyar Rendészettudományi Társaság Vám-és Pénzügyőri Tagozata. <https://doi.org/10.37372/mrttvpt.2019.1.2>

Borbély, Zs. (2019c). Egészségmagatartás, mentális egészség—Különbségek a munkahelyi stressz megélésében. In Bencsik, B. & Sabjanics, I. (Szerk.), *A biztonság sokszínű arca. Innováció – tudomány – információbiztonság – közszolgálat* (pp. 129–142). Dialóg Campus Kiadó. [https://bm-tt.hu/wp-content/uploads/2022/02/A-biztonsag-sokszinu-arca\\_konferenciakotet.pdf](https://bm-tt.hu/wp-content/uploads/2022/02/A-biztonsag-sokszinu-arca_konferenciakotet.pdf)

Borbély, Zs. (2019). A munkahelyi stressz és a rendőrtanulók. In Baráth, N. E. & Mezei, J. (Szerk.) *Rendészet – Tudomány – Aktualitások. A rendészettudomány a fiatal kutatók szemével* (pp. 39-47). Doktoranduszok Országos Szövetsége, Rendészettudományi Osztálya.

Borbély, Zs. (2020). Specifikus stresszorok és a szervezeti kultúra. In Farkas J. & Horváth J. (Szerk.) *Szervezeti kultúrák és kutatásuk* (pp.116-138). Nemzeti Közsolgálati Egyetem

Közigazgatási                      Továbbképzési                      Intézet.                      <https://nkerepo.uni-nke.hu/xmlui/bitstream/handle/123456789/16047/Szervezeti%20kulturak%20es%20kutatasuk.pdf?sequence=1>

- Borbély, Zs. (2020). Megküzdés kapcsolata a próbaidős rendőri munka során megélt stresszel, illetve egészségmagatartási szokásokkal. In Baráth, N. E. & Pató, V. L. (Szerk.) *A haza szolgálatában. Konferenciakötet* (pp.118-126). Doktoranduszok Országos Szövetsége. [http://real.mtak.hu/107230/1/A\\_haza\\_szolgalatabanBTT.pdf](http://real.mtak.hu/107230/1/A_haza_szolgalatabanBTT.pdf)
- Borbély, Zs. (2021). Munkahelyi stressz és a koronavírus-járvány első hulláma a rendőrtanulók körében. In Baráth, N. E. & Mezei, J. (Szerk.) *Rendészet – Tudomány – Aktualitások 2021. A rendészettudomány a fiatal kutatók szemével.* (pp. 57-66). Doktoranduszok Országos Szövetsége Kiadó, Doktoranduszok Országos Szövetsége Rendészettudományi Osztály. <http://hdl.handle.net/20.500.12944/17894>

### ***Konferenciaelőadások***

2017. szeptember 27-29., Balatonlelle – a Belügyi Tudományos Tanács és az Alkotmányvédelmi Hivatal közös pszichológiai konferenciája „*Út a kiteljesedés felé – kihívások, fejlődési lehetőségek a generációs különbségek tükrében*” Részvétel és előadás: Az „*Egy megyei rendőr-főkapitányság szervezeti kultúrájának vizsgálata*” című kutatás bemutatása címmel, Fridrich Andreával és Tözsér Erzsébettel közösen
2017. december 1., Zalakaros – *II. Turizmus és biztonság* nemzetközi tudományos konferencia. Előadás: „*Ügyfélszolgálati szemlélet a szervezeti kultúrában*” címmel Borbély Zsuzsannával és Fridrich Andreával közösen. 2017. november 8-9., Budapest – „*Társadalom és Honvédelem*” című konferencia. Részvétel és előadás: „*Az Ideiglenes Biztonság i Határzár menti feladatellátás hatása a határzárat védők családi életére*” címmel Fridrich Andreával és Tözsér Erzsébettel közösen
2018. május 4., Miskolc – „*Hazámat szolgálom!*” című tudományos konferencia. Részvétel és előadás: „*Specifikus stresszorok és a szervezeti kultúra*”
2018. június 28., Pécs – „*A XXI. század biztonsági kihívásai*” című nemzetközi tudományos konferencia. Részvétel és előadás: „*A XXI. század biztonsági kihívásai a rendőrségi szervezeti kultúrában – generációk a szervezetben*” címmel Fridrich Andreával és Tözsér Erzsébettel közösen
2018. november 7., Budapest – „*A biztonság sokszínű arca*” című, nemzetközi tudományos-szakmai konferencia; előadás: „*Egységmagatartás, mentális egészség – különbségek a munkahelyi stressz megélésében*”

2018. november 21., Budapest – Nemzeti Közszerológálati Egyetem Rendészettudományi Kar, „*A Haza Szolgálatában*” című konferencia. Részvétel és előadás: „*Egészségmagatartás, mentális egészség – nemi különbségek a munkahelyi stressz megélésében*”
2019. április 25., Budapest – Nemzeti Közszerológálati Egyetem Rendészettudományi Kar „*Rendészet-Tudomány-Aktualitások*” című konferencia. Részvétel és előadás: „*A munkahelyi stressz és a rendőrtanulók*”
2019. november 22., Budapest – Nemzeti Közszerológálati Egyetem Rendészettudományi Kar, „*A Haza Szolgálatában*” című konferencia. Részvétel és előadás: „*Megküzdés kapcsolata a próbaidős rendőri munka során megélt stresszel, illetve egészségmagatartási szokásokkal*”
2020. december 10., Budapest – online, Nemzeti Közszerológálati Egyetem Rendészettudományi Kar, „*Rendészet-Tudomány-Aktualitások – A rendészettudomány a fiatal kutatók szemével*” című konferencia. Részvétel és előadás: „*Egészségmagatartási szokások, stressz és rendőrtanulók*”
2021. április 23., Budapest – online, Nemzeti Közszerológálati Egyetem Rendészettudományi Kar, „*Rendészet-Tudomány-Aktualitások – A rendészettudomány a fiatal kutatók szemével*” című konferencia. Részvétel és előadás: „*Munkahelyi stressz és a koronavírus-járvány első hulláma a rendőrtanulók körében*”
2021. május 7. – online „*CEPOL Research & Science Conference*” Előadás: „*Mental health of police trainees during the first wave of COVID-19 pandemic*”

***Egyéb, a disszertáció témájához nem szervesen kapcsolódó publikációk***

- Farkas, J. & Borbély, Zs. (2018). Önismeret. In Haller, J. & Farkas J. (Szerk.) *Pszichológia a közszolgálatban I.* (pp. 97-115.) Dialóg Campus Kiadó.
- Borbély, Zs. & Tegye A. C. (2020). Ügyfélszerológálati pszichológia. In Farkas, J. & Haller, J. (Szerk.) *Pszichológia a közszolgálatban II.* (pp. 29-42.) Dialóg Campus Kiadó.

## Mellékletek

### **1. számú melléklet: A szövegben, táblázatokban, illetve a függelékben szereplő rövidítések jegyzéke**

MBI = Maslach Burnout Inventory

MBI\_EE\_Gy = Maslach Burnout Inventory, érzelmi kimerültség gyakorisága

MBI\_EE\_E = Maslach Burnout Inventory, érzelmi kimerültség erőssége

MBI\_DP\_Gy = Maslach Burnout Inventory, deperszonalizáció gyakorisága

MBI\_DP\_E = Maslach Burnout Inventory, deperszonalizáció erőssége

MBI\_PA\_Gy = Maslach Burnout Inventory, személyes teljesítmény csökkenés gyakorisága

MBI\_PA\_E = Maslach Burnout Inventory, személyes teljesítmény csökkenés erőssége

RMSK = Rendvédelmi Szervek Munkahelyi Stressz Kérdőíve

ME = RMSK, Munkahelyi események

MSzM = RMSK, Munkaterhelés szubjektív megítélése

SzJAT = RMSK, Szervezet jellegéből adódó terhelés

MVSzK = RMSK, Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok

ML = RMSK, Munkahelyi légkör szubjektív megítélése

VI = RMSK, Vezetés, irányítás szubjektív megítélése

MTKM = RMSK, Munkaterhelés komplex megítélése

MK = RMSK, Munkahely komfortjának megítélése

MI = RMSK, Munkaidő megítélése

MHKM = RMSK, Munkahely külső megítélése

MVE = RMSK, Munkavégzés etikai aspektusai

MFH = RMSK, Munkafeladathoz való hozzáállás

EMT = RMSK, Effektív munkaterhelés

AE = RMSK, Anyagi elismertség megítélése

EF = RMSK, Egyéni felelősség megítélése

SzE = RMSK, A szervezet elvárásainak megítélése

SzP = RMSK, Szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése

EgÁ = RMSK, Egészségi állapot

KBK = RMSK, Külső-belső kontroll

ABSz = RMSK, A-B személyiség

Akt = RMSK, Aktivitás  
Mot = RMSK, Motiváció  
Tam = RMSK, Támogatottság  
TamSz = RMSK, Támogatottság – személy (támogató személyek száma)  
TamSze = RMSK, Támogatottság/személy  
ST = RMSK, Stresszoldás  
MSI = RMSK, Munkhelyi stresszindex  
PSS = Észlelt Stressz Skála  
CESD = CES-D Depresszió skála  
STAI\_T = Vonásszintű szorongás  
HADS\_A = Kórházi Szorongás és Depresszió – Szorongás skála  
HADS\_D = Kórházi Szorongás és Depresszió – Depresszió Skála  
WC\_PRE = Problémaelemzés  
WC\_CCS = Céltudatos cselekvés  
WC\_EICS =Érzelmi indíttatású cselekvés  
WC\_ALK = Alkalmazkodás  
WC\_SEGK =Segítségkérés  
WC\_EEK = Érzelmi egyensúly keresése  
WC\_VH = Visszahúzóadás  
TM1 = Végez Ön rendszeres testedzést?  
TM2 = Testedzés eti gyakorisága  
TM3 = Testedzés alkalmankénti időtartama  
TM4 =Teljesítmény- és/vagy izomtömeg növelő szerek használata  
TM5 =Egyéb táplálékkiegészítők használata  
D1 = Dohányzási státusz  
D2 = Mennyi ideje szokott le? (hónap)  
D3 = Hány éve dohányzik? (év)  
D4 = Naponta elszívott cigaretta mennyisége  
D5 = Leszokáshoz való viszonyulása  
W\_1= WISDM-37, Érzelmi kötődés a cigarettához  
W\_2 = WISDM-37, Automatizmus  
W\_3 = WISDM-37, Kontrollvesztés  
W\_4 = WISDM-37, Kognitív működés javulása  
W\_5 = WISDM-37, Sóvárgás

W\_6 = WISDM-37, Dohányzásra felszólító kulcsingerek  
W\_7 = WISDM-37, Társas és helyzeti ösztönzők  
W\_8 = WISDM-37, Íz  
W\_9 = WISDM-37, Tolerancia  
W\_10 = WISDM-37, Testsúlykontroll  
W\_11 = WISDM-37, Érzelmi megerősítés  
A1 = Alkoholfogyasztás gyakorisága  
A2 = Nagyivás gyakorisága  
HOS\_PHC = Egészségorientáció, személyes egészségtudatosság  
HOS\_HIC = Egészségorientáció, egészséges kinézettel való törődés  
HOS\_HA = Egészségorientáció, egészséggel kapcsolatos szorongás  
HOS\_HEC = Egészségorientáció, egészséggel kapcsolatos önértékelés  
HOS\_MAU = Egészségorientáció, egészségtelenség elkerülésének motivációja  
HOS\_MFH = Egészségorientáció, egészségmotiváció  
HOS\_IHC = Egészségorientáció, belső egészségesség kontroll  
HOS\_EHC = Egészségorientáció, külső egészségesség kontroll  
HOS\_HE = Egészségorientáció, egészség a jövőben  
HOS\_HS = Egészségorientáció, egészségi állapot  
FDS\_DI = Distressz intolerancia  
FDS\_EN = Jogosultság  
FDS\_EI = Érzelmi intolerancia  
FDS\_AC = Teljesítményfrusztráció  
FDS\_full = Frusztráció és distressz összpontszám

## **2. számú melléklet: Táblázatok és ábrák jegyzéke**

### **A törzsszövegben található táblázatok jegyzéke**

1. táblázat: A munkahelyi stressz hatásainak összefoglalása.....	15
2. táblázat: A rendőri munka és a stressz .....	16
3. táblázat: A kiégéssel kapcsolatban ismertett kutatások összefoglalása.....	28
4. táblázat: Az alkoholfogyasztás következményei egészségpszichológiai szemszögből .....	44
5. táblázat: A vizsgálatok során használt mérőeszközök, skálák és itemek számának összefoglaló táblázata.....	61
6. táblázat: A 2016-ban és 2018-ban végzetek szociodemográfiai jellemzői .....	75
7. táblázat: Az MBI skálák átlag, szórás és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében.....	78
8. táblázat: Az RMSK és a PSS átlag, szórás és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében.....	80
9. táblázat: A WISDM-37 kérdőív skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei.....	86
10. táblázat: Az alkoholfogyasztás körülményeinek alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	88
11. táblázat: A HOS skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében.....	89
12. táblázat: A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók skálaátlagai, szórás és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	90
13. táblázat: A 2018-2020-as évfolyam szociodemográfiai jellemzői az összes mérési pont vonatkozásában .....	114
14. táblázat: Az RMSK és PSS skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	115
15. táblázat: Az MBI skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2019. júniusi adatfelvétel során .....	116
16. táblázat: A WISDM-37 skálaátlagainak, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	123
17. táblázat: Az alkoholfogyasztás körülményeinek alakulása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	125
18. táblázat: A HOS skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	125
19. táblázat: A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók skálaértékei, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton.....	126
20. táblázat: A rendszeres testedzést végzők számának változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	146
21. táblázat: A testedzés heti gyakoriságának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	147
22. táblázat: A testedzés alkalmankénti időtartamának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	147
23. táblázat: A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelők, illetve egyéb táplálékkiegészítők használatának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton.....	148
24. táblázat: A dohányzási státusz egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	148



25. táblázat: A naponta elszívott cigaretta egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam dohányzóinak körében, az első két mérési ponton.....	148
26. táblázat: A leszokás kérdéséhez való viszonyulása a 2018-2020. évfolyam dohányzói körében, az első két mérési ponton .....	149
27. táblázat: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	150
28. táblázat: A nagyívás gyakoriságának egyéni változásai a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton.....	150
29. táblázat: Az MBI skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	157
30. táblázat: Az RMSK és PSS skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2018-2020. évfolyam körében a végzés időpontjában .....	157
31. táblázat: A WISDM-37 skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	165
32. táblázat: Az alkoholfogyasztás körülményeinek alakulása a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	167
33. táblázat: A HOS skálaátlagainak, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékeinek alakulása a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	168
34. táblázat: A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók skálaátlagai, szórás- és Cronbach- $\alpha$ értékei a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	168
35. táblázat: a védőfelszerelésekkel való elégedettség mértékének átlag- és szórásértékei a 2020. júniusban végzettek körében .....	193
36. táblázat: A vizsgált félelmek átlag- és szórásértékei a 2020. júniusban végzettek körében.....	193
37. táblázat: A járványhelyzettel kapcsolatos feladatellátás idején megtapasztalt változások a 2020. júniusban végzettek körében .....	194
38. táblázat: A rendszeres testedzés esetén mutatkozó szignifikáns különbségek az egyes adatfelvételek során.....	201
39. táblázat: A testedzés heti gyakorisága kapcsán mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon.....	202
40. táblázat: A testedzés alkalmankénti időtartama mentén mutatkozó szignifikáns különbségek az egyes adatfelvételi pontokon .....	203
41. táblázat: A dohányzási státusz mentén mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon.....	204
42. táblázat: A dohányzás intenzitása mentén mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon.....	205
43. táblázat: A dohányzási motivációk és a kiegészítés között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon.....	206
44. táblázat: A dohányzási motivációk és a stressz mért mutatói között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon .....	207
45. táblázat: A dohányzási motivációk és a mentális egészség kapcsán használt mérőskálák között mutatkozó szignifikáns kapcsolatok az egyes adatfelvételi pontokon.....	209
46. táblázat: Az alkoholfogyasztás gyakorisága mentén mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon.....	210
47. táblázat: A nagyívás gyakorisága mentén mutatkozó szignifikáns eltérések az egyes adatfelvételi pontokon.....	211

48. táblázat A HOS és a kiégés mért mutatói között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon .....	212
49. táblázat: A HOS és a stressz mért mutatói között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon.....	213
50. táblázat: A HOS és a mentális egészség mért mutatói között mutatkozó szignifikáns korrelációk az egyes adatfelvételi pontokon .....	215

## A törzsszövegben található ábrák jegyzéke

1. ábra: A tervezett kutatásokkal kapcsolatos alapinformációk összefoglalása.....	56
2. ábra: Az első vizsgálati elrendezés adatfelvételei .....	57
3. ábra: A második vizsgálati elrendezés adatfelvételei.....	58
4. ábra: A nemi arányok százalékos alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében....	76
5. ábra: A lakóhely településtípusonkénti megoszlása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	76
6. ábra: A családi állapot százalékos alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében ..	77
7. ábra: A kiégés súlyossága a 2016-ban végzetek körében .....	78
8. ábra: A kiégés súlyossága a 2018-ban végzetek körében .....	79
9. ábra: Az RMSK skálaátlagainak alakulása a prtokoll átlagtartományához viszonyítva a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	81
10. ábra: A rendszeres testedzést végzők arányainak (%) alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében.....	82
11. ábra: A testedzés heti gyakorisága (%) a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében.....	82
12. ábra: A testedzés alkalmankénti időtartama (%) a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	83
13. ábra: A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelők használatának gyakorisága (%) a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	83
14. ábra: A táplálékkiegészítők használatának előfordulása (%) a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	84
15. ábra: A dohányzási státusz alakulása (%) a 2016-ban és a 2018-ban végzetek körében..	85
16. ábra: A naponta elszívott cigaretta mennyisége a dohányosok körében (%) a 2016-ban és 2018-ban végzetek mintájában.....	85
17. ábra: A leszokáshoz való viszonyulás (%) a 2016-ban és a 2018-ban végzetek körében.	86
18. ábra: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának (%) alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében.....	87
19. ábra: A nagyívás gyakoriságának (%) alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	88
20. ábra: A megküzdéssel kapcsolatos skálaátlagok alakulása a protokoll által meghatározott átlagtartomány viszonylatában, a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	106
21. ábra: A WISDM-37 skálaátlagainak alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	108
22. ábra: A HOS skálaátlagainak alakulása a 2016-ban és 2018-ban végzetek körében .....	109
23. ábra: A nemi arányok százalékos megoszlása a 2018-2020-as évfolyam esetében, az első két mérési ponton .....	110
24. ábra: A lakóhely településtípusonkénti megoszlása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	111

25. ábra: A családi állapot százalékos megoszlása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	112
26. ábra: Az anyagi helyzet szubjektív megítélése (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton.....	112
27. ábra: A havi jövedelem alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton.....	113
28. ábra: A kiégés súlyossága (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a második mérési ponton, 2019. júniusban .....	116
29. ábra: Az RMSK skálaátlagainak alakulása a prtokoll átlagtartományához képest a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két adatfelvételi ponton .....	117
30. ábra: A rendszeres testedzést végzők aránya (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	118
31. ábra: A testedzés heti gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton.....	118
32. ábra: A testedzés alkalmankénti időtartama (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	119
33. ábra: A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelők használati aránya (%) a 2018-2020-as évfolyamon, az első két mérési ponton .....	120
34. ábra: A táplálékkiegészítők használati aránya (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton.....	120
35. ábra: A dohányzási státusz alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	121
36. ábra: A naponta elszívott cigaretta mennyiségének alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam dohányzói körében, az első két mérési ponton.....	122
37. ábra: A leszokáshozvaló viszonyulás (%) a 2018-2020-as évfolyam dohányzói körében, az első két mérési ponton.....	122
38. ábra: A WISDM-37 skálaátlagok arányainak alakulása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	123
39. ábra: Az alkoholfogyasztás előfordulási gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	124
40. ábra: A nagyívás előfordulásának alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	124
41. ábra: A megküzdéssel kapcsolatos skálaátlagok alakulása a protokoll átlagtartományához viszonyítva a 2018-202-as évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	146
42. ábra: A WISDM-37 skálaátlagok alakulása egymáshoz viszonyítva a 2018-2020. évfolyam dohányzói körében, az első két mérési ponton.....	149
43. ábra: A HOS skálaátlagainak egymáshoz viszonyított alakulása a 2018-2020. évfolyam körében, az első két mérési ponton .....	151
44. ábra: A lakóhely településtípusonkénti megoszlása (%) a 2018-2020-as mintában, a végzés időpontjaiban.....	153
45. ábra: A családi állapot alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzés időpontjában.....	154
46. ábra: Az anyagi helyzet szubjektív megítélése (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	155
47. ábra: A havi jövedelem alakulása (%) a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzés időpontjában.....	155

48. ábra: Az RMSK skálaátlagainak alakulása a prtokoll átlagtartományához viszonyítva a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	159
49. ábra: A rendszeres testedzés gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	160
50. ábra: A testedzés heti gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	160
51. ábra: A testedzés alkalmankénti időtartama (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	161
52. ábra: A teljesítmény- és vagy izomtömegnevelők használata a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	162
53. ábra: Az egyéb táplálékkiegészítők használata (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	162
54. ábra: A dohányzási státusz alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	163
55. ábra: A naponta elszívott cigaretta mennyiségének alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam dohányzóinak körében, a végzés időpontjában .....	164
56. ábra: A leszokáshoz való viszonyulás alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam dohányzóinak körében, a végzés időpontjában .....	164
57. ábra: A WISDM-37 skálaátlagainak egymáshoz viszonyított alakulása a 2018-2020. évfolyam dohányzóinak körében, a végzés időpontjaiban.....	165
58. ábra: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	166
59. ábra: A nagyívás gyakoriságának alakulása (%) a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	167
60. ábra: A megküzdési skálák átlagértékeinek a protokoll átlagtartományához viszonyított alakulása a 2018-2020. évfolyam körében, a végzés időpontjában .....	169
61. ábra: Az RMSK skálaátlagai a protokoll átlagtartományához viszonyítva a három mérési ponton, a 2020. februárban végzetek körében .....	182
62. ábra: A rendszeres testedzést végzők arányának (%) változsa a 2020. februárban végzetek körében a három mérési ponton .....	183
63. ábra: A testedzés heti gyakoriságának (%) változásai a 2020. februárban végzetek körében a három mérési ponton .....	184
64. ábra: A testedzés alkalmankénti időtartamának (%) változásai a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében .....	184
65. ábra: A teljesítmény- és/vagy izomtömegnövelő szerek használata (%) a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében .....	185
66. ábra: A dohányzási státusz (%) alakulása a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében.....	185
67. ábra: A naponta elszívott cigaretta mennyiségének (%) alakulása a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek dohányzói körében.....	186
68. ábra: A WISDM-37 skálaátlagainak alakulása a három mérési ponton, a 2020. februárban végzetek körében.....	187
69. ábra: Az alkoholfogyasztás gyakoriságának változásai a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében .....	187
70. ábra: A nagyívás gyakoriságának (%) változásai a három mérési ponton a 2020. februárban végzetek körében.....	188

71. ábra: A HOS skálaátlagainak alakulása a három mérési ponton a 2020. februárban végzettek körében .....	189
72. ábra: A megküzdéssel kapcsolatos skálák átlagainak változása a három mérési ponton a 2020. februárban végzettek körében, a protokoll átlagtartományához viszonyítva.....	190

### **3. számú melléklet: Avizsgálatokban használt kérdőívek protokolláris vagy standard átlagértékei**

Skála		Protokoll*	
		minimum	maximum
RMSK	Munkaterhelés szubjektív megítélése	0,251	1,724
	Szervezet jellegéből adódó terhelés	0,106	1,384
	Munkavégzésből adódó szerepkonfliktusok	0,183	1,69
	Munkahelyi légkör szubjektív megítélése	0,225	1,698
	Vezetés, irányítás szubjektív megítélése	0,154	2,568
	Munkaterhelés komplex megítélése	1,025	2,675
	Munkahely komfortjának megítélése	0,995	2,922
	Munkaidő megítélése	0,897	3,088
	Munkahely külső megítélése	0,813	2,937
	Munkavégzés etikai aspektusai	0,51	2,569
	Munkafeladathoz való hozzáállás	0,783	2,727
	Effektív munkaterhelés	0,972	2,853
	Anyagi elismertség megítélése	1,047	4,237
	Egyéni felelősség megítélése	0,868	3,252
	A szervezet elvárásainak megítélése	0,789	2,662
	Szervezeten belül elfoglalt pozíció megítélése	0,88	2,637
	Egészségi állapot	0,925	2,028
	Külső-belső kontroll	2,659	4,948
	A-B személyiség	2,624	4,526
	LWC	Aktivitás	1,692
Motiváció		2,176	4,422
Támogatottság		1,726	4,15
Stresszoldás		3,288	4,513
Munkahelyi stressz index		0,635	3,007
Problémaelemzés		49 (%)	85 (%)
Céltudatos cselekvés		38	74
Érzelmi indíttatású cselekvés		4	30
Alkalmazkodás		23	51
Segítségkérés		36	74
Érzelmi egyensúly keresése		20	56
Visszahúzódás		16	48

\*Szeles, 2016

MBI skálák*		alacsony	közepes	magas
Érzelmi kimerültség	gyakoriság	≤17	18-29	≥30
	intenzitás	≤ 25	26-39	≥40
Deperszonalizáció	gyakoriság	≤5	6-11	≥12
	intenzitás	≤6	7-14	≥15
Személyes teljesítmény csökkenése	gyakoriság	≥40	39-34	≤33
	intenzitás	≥44	43-37	≤36

\*Szeles, 2016

<b>WISDM-37 skálák*</b>	<b>M</b>	<b>sd</b>
Érzelmi kötődés a cigarettához	3,03	1,78
Automatizmus	4,57	1,84
Kontrollvesztés	5,01	1,58
Kognitív működés javulása	3,95	1,92
Sóvárgás	5,00	1,51
Dohányzásra felszólító kulcsingerek	4,29	1,54
Társas és helyzeti ösztönzők	3,83	1,87
Íz	3,88	1,65
Tolerancia	4,98	1,73
Testsúlykontroll	3,05	1,77
Érzelmi megerősítés	4,07	1,69

\*Vajer et al., 2011

<b>Skálák</b>	<b>normál állapot</b>	<b>közepes érték, enyhe-mérsékelt állapot</b>	<b>magas érték</b>
<b>CES-D*</b>	0-14	15-21	21<
<b>HADS-A**</b>	0-7	8-10	11<
<b>HADS-D**</b>	0-7	8-10	11<

\*75 papír-ceruza teszt c. kiadvány; \*\* Muszbek et al., 2006

<b>Skálák</b>	<b>Férfiak</b>		<b>Nők</b>		<b>Összesen</b>	
	<b>M</b>	<b>sd</b>	<b>M</b>	<b>sd</b>	<b>M</b>	<b>sd</b>
<b>PSS*</b>	26,0	9,5	26,5	8,5	26,4	8,8
<b>STAI-T**</b>	40,96	7,78	45,37	7,97	43,72	8,53

\* Stauder & Konoly Thege, 2006; \*\* Sipos et al., 1988; Perczel Forintos et al., 2007

## **4. számú melléklet: A vizsgálatban használt kérdőívcsomag**

### **TÁJÉKOZTATÓ NYILATKOZAT**

Tisztelt Hölgem/Uram!

Ön egy tudományos kutatásban vesz részt, amelynek vezetője, Dr. Haller József, a Nemzeti Közszolgálati Egyetem Rendészettudományi Kar Rendészeti Magatartástudományi Intézet intézetvezető egyetemi docense és Borbély Zsuzsanna doktorandusz. A kutatás során azt vizsgáljuk, hogy egészségmagatartási szokások milyen kapcsolatban állnak a kiégéssel és a mentális egészséggel, illetve hogy az állomány egészségmagatartási szokásai miként változnak a tiszthelyettesi képzés során.

A kutatás során a tiszthelyettesképzésben részt vevők egészségmagatartási szokásait, pszichés-mentális egészségi állapotát, illetve ezek kapcsolatát vizsgáljuk, ennek érdekében kérdőíveket veszünk fel, melyet az Ön kérésére bármikor befejezhetünk.

A kutatás keretein belül összegyűjtött **információt szigorúan bizalmasan kezeljük**, ennek érdekében a válaszlapokat elzárt szekrényben őrizzük. A kutatás során nyert adatokat összegezzük, statisztikai elemzéseket végzünk rajta, amelyekből egyetlen résztvevő azonossága sem állapítható meg.

A kutatásban való részvétel **önkéntes**, a vizsgálatot bármikor indoklás nélkül megszakíthatja.

A kérdőívek eredményeiből nyert tapasztalatokról **szóbeli tájékoztatást adunk**, illetve [borbely.zsuzsanna@hallg.uni-nke.hu](mailto:borbely.zsuzsanna@hallg.uni-nke.hu) címen érdeklődhet.

Kérjük, amennyiben egyetért a fenti feltételekkel, és hozzájárul a kutatásban való részvételhez, ezt igazolja aláírásával. Együttműködését előre is köszönjük!

**A kutatásban való részvételem körülményeiről részletes tájékoztatást kaptam, a feltételekkel egyetértek.**

Kelt: ..... 201.... év ..... hó ..... nap

aláírás \_\_\_\_\_

### **BELEEGYZŐ NYILATKOZAT**

Alulírott (név, születési idő) ..... nyilatkozom, hogy a Nemzeti Közszolgálati Egyetem Rendészettudományi Doktori Iskola keretei között, a Dr. Haller József és Borbély Zsuzsanna által végzett vizsgálatban önként veszek részt. A vizsgálat jellegéről annak megkezdése előtt kielégítő tájékoztatást kaptam.

Tudomásul veszem, hogy az azonosításomra alkalmas személyi adataimat bizalmasan kezelik.

Fenntartom a jogot arra, hogy a vizsgálat során annak folytatásától bármikor elállhassak. Ilyen esetben a rólam addig felvett adatokat törölni kell.

Kelt: ..... 201.... év ..... hó ..... nap

aláírás \_\_\_\_\_

## **I. SZOCIODEMOGRÁFIAI ADATOK**



Neme:  férfi

nő

Életkor: \_\_\_\_\_ év

Azonosító:

(Az azonosító felépítése: vezetéknev és keresztnév első 2 karaktere + születési idő:

Gipsz Csipkerózska, 1893.07.19. azonosítója: GICS930719)

**Lakóhelye:**

- főváros vagy vonzáskörzete
- megyeszékhely vagy megyei jogú város
- más vidéki város
- falu vagy község

**Családi állapota:**

- egyedülálló
- stabil párkapcsolatban él
- házas
- elvált

**Képzési forma:**

- 2 éves
- 1,5 éves

**Hogyan ítéli meg anyagi helyzetét?**

- jelentősen átlag alatti
- kicsivel rosszabb, mint az átlag
- átlagos
- kicsivel jobb, mint az átlag
- jelentősen átlag feletti

**Melyik csoportba esik havi jövedelme?**

- nincs önálló jövedelmem
- 1 – 100 000 forint
- 100 001 – 150 000 forint
- 150 001 – 200 000 forint
- 200 001 – 250 000 forint
- 250 001 – 300 000 forint
- 300 001 – 350 000 forint
- 350 001 forint vagy felette

**Próbaidőre hova került kinevezésre?**

- Készenléti Rendőrség állománya
- valamely megyei rendőr-főkapitányság állománya
- Budapesti Rendőr-főkapitányság állománya

## II. MUNKÁVAL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK

**Az alábbiakban 22 állítást olvashat a munkájával kapcsolatban. Kérjük, gondolja át, hogy milyen gyakran és milyen erősen érzi ezeket, majd a megfelelő helyre írja be válaszát.**

### Milyen gyakran?

0 = soha

1 = néhányszor egy évben (vagy kevesebbszer)

2 = egyszer egy hónapban (vagy kevesebbszer)

3 = néhányszor egy hónapban

4 = egyszer egy héten

5 = néhányszor egy héten

6 = minden nap

	Gyakoriság
1. Érzelmileg kimerültnek érzem magam a munkám miatt.	
2. A nap végére teljesen felőrödöm.	
3. Fáradtnak érzem magam, amikor reggel felkelek és egy újabb munkanappal kell szembe nézmem.	
4. Könnyen meg tudom érteni, hogyan éreznek bizonyos dolgokról a munkatársaim vagy ügyfeleim.	
5. Érzésem szerint néhány embert személytelen tárgyként kezelek.	
6. Megterhelő számomra, hogy egész nap emberekkel dolgozom.	
7. Nagyon hatékonyan birkózom meg munkatársaim vagy ügyfeleim problémáival.	
8. Belefásultam a munkámba.	
9. Úgy érzem, hogy a munkám által pozitívan befolyásolom mások életét.	
10. Mióta itt dolgozom, sokkal érzéketlenebbé váltam.	
11. Aggódok, hogy munkám rideggé tesz.	
12. Nagyon energikusnak érzem magam.	
13. Idegesít a munkám.	
14. Úgy érzem, túl keményen dolgozom.	
15. Nem érdekel túlságosan, hogy mi történik néhány munkatársammal vagy ügyfelemmel.	
16. Az emberekkel való munka túl sok feszültséget jelent számomra.	
17. Könnyen teremtek nyugodt légkört munkatársaim vagy ügyfeleim számára.	
18. Felvillanyoz az emberekkel való munka.	
19. Sok érdekleges dolgot értem el munkám során.	
20. Erőm fogytán van.	
21. Munkám során nagyon nyugodtan kezelem az érzelmi problémákat.	
22. Úgy érzem, hogy munkatársaim vagy ügyfeleim engem hibáztatnak bizonyos problémáik miatt.	

**A kérdőív következő részének első felében legfontosabb cél a munkahelyi stressz forrásának, mértékének és hatásának vizsgálata, míg a második fele egy személyesebb jellegű kérdéssor.**

**Mit kérek Öntől?**

- Válaszolja meg az összes kérdést;
- az első és természetes választ adja meg: legyen pontos és őszinte;
- gyorsan menjen végig a kérdőíven, a válaszadás előtt ne sokat gondolkozzon;
- válaszait főleg az elmúlt 2 év tapasztalatai alapján adja meg;
- ha téveszt, a rossz választ húzza ki és írja be az újat;
- végül ellenőrizze a kérdőívet, hogy megválaszolta-e az összes kérdést.

**Munkahellyel kapcsolatos események**

**1. lépés:** Kérem, jelölje meg a válaszlapon csak annak az eseménynek a számát, amely az elmúlt két évben előfordult az Ön életében a munkahelyén. **2. lépés:** Ezután azt a számot jelölje meg, amelyik a legjobban kifejezi, hogy mennyire zaklatta fel Önt az esemény.

**1** = megtörtént, de különösebben nem zavarta meg a mindennapjait

**6** = nehezebben elviselhető (*annyira megviselte, hogy fontolgatta a munkahely változtatást*)

1.	<input type="checkbox"/>	Munkahely változtatásra kényszerült	1	2	3	4	5	6
2.	<input type="checkbox"/>	Munkahelyet szeretett volna változtatni, de nem sikerült	1	2	3	4	5	6
3.	<input type="checkbox"/>	Más – a korábbtól teljesen eltérő – beosztásba került	1	2	3	4	5	6
4.	<input type="checkbox"/>	Új, többnyire ismeretlen kollégákkal kellett együtt dolgoznia	1	2	3	4	5	6
5.	<input type="checkbox"/>	Jelentős mértékben változott a feladatköre	1	2	3	4	5	6
6.	<input type="checkbox"/>	Valamilyen – az Ön számára nagyon fontos – feladatot elvettek Öntől	1	2	3	4	5	6
7.	<input type="checkbox"/>	Hátrányosan változott a munkaidő beosztása	1	2	3	4	5	6
8.	<input type="checkbox"/>	Olyan beosztásba került, ahol igen magasak a követelmények	1	2	3	4	5	6
9.	<input type="checkbox"/>	Előfordult olyan esemény, hogy attól félt, elveszítheti munkahelyét	1	2	3	4	5	6
10.	<input type="checkbox"/>	Az Ön számára minden tekintetben kedvezőtlen helyen kellett dolgoznia	1	2	3	4	5	6
11.	<input type="checkbox"/>	Közvetlen feletteseként új vezetőt neveztek ki	1	2	3	4	5	6
12.	<input type="checkbox"/>	Olyan feladatot bízta Önnel, amivel – úgy érezte nem képes megbirkózni.	1	2	3	4	5	6
13.	<input type="checkbox"/>	Olyan feladattal bízta meg, aminek nem látta semmi értelmét.	1	2	3	4	5	6
14.	<input type="checkbox"/>	A szervezeten belül egyik napról a másikra változott a vezetési koncepció	1	2	3	4	5	6
15.	<input type="checkbox"/>	Konfliktusa volt valamelyik felettesével, ami azóta sem oldódott meg	1	2	3	4	5	6
16.	<input type="checkbox"/>	Nem ért egyet a munkahelyén uralkodó légkörrel	1	2	3	4	5	6
17.	<input type="checkbox"/>	Konfliktusa volt valamelyik beosztottjával, ami azóta sem oldódott meg	1	2	3	4	5	6
18.	<input type="checkbox"/>	Fegyelmi ügye volt	1	2	3	4	5	6
19.	<input type="checkbox"/>	Konfliktusa volt valamelyik munkatársával, ami azóta sem oldódott meg	1	2	3	4	5	6
20.	<input type="checkbox"/>	Figyelmeztetésben, megrovásban részesült	1	2	3	4	5	6
21.	<input type="checkbox"/>	Megakadályozták, hogy elmondja a véleményét valamilyen Önt érintő fontos ügyben	1	2	3	4	5	6
22.	<input type="checkbox"/>	Úgy érezte, hogy munkatársai igazságtalanok Önnel szemben	1	2	3	4	5	6
23.	<input type="checkbox"/>	Nagyon megbántották Önt munkatársai	1	2	3	4	5	6
24.	<input type="checkbox"/>	Úgy érezte, hogy nem fogadták be a munkatársai	1	2	3	4	5	6
25.	<input type="checkbox"/>	Úgy érezte, hogy a közvetlen felettese nem értékeli megfelelően a munkáját	1	2	3	4	5	6
26.	<input type="checkbox"/>	Munkatársai alaptalan pletykákat terjesztettek Önről	1	2	3	4	5	6
27.	<input type="checkbox"/>	Nem kapott jutalmat, nem léptették elő, amikor úgy érezte, indokolt lett volna	1	2	3	4	5	6

28.	<input type="checkbox"/>	Ön szerint jogos kérelmét munkahelyi vezetői elutasították, nem támogatták	1	2	3	4	5	6
29.	<input type="checkbox"/>	Olyan munkakörülmények között kényszerült dolgozni, ami nem volt megfelelő az Ön számára	1	2	3	4	5	6
30.	<input type="checkbox"/>	Elkövetett valamilyen hibát, aminek súlyos következményei voltak	1	2	3	4	5	6
31.	<input type="checkbox"/>	Igazságtalanul megvádolták valamivel, amit nem követett el	1	2	3	4	5	6
32.	<input type="checkbox"/>	Nem kapott megfelelő információt valamilyen munkához, és így nem sikerült teljesíteni feladatát	1	2	3	4	5	6
33.	<input type="checkbox"/>	Magánéletbeli problémák zavarták munkavégzését	1	2	3	4	5	6
34.	<input type="checkbox"/>	Sorozatosan olyan munkafeladatokat kapott, amelyek mélyen a tudásszintje alatt vannak	1	2	3	4	5	6
35.	<input type="checkbox"/>	Olyan határidőket tűztek ki, amelyeket lehetetlen betartani	1	2	3	4	5	6
36.	<input type="checkbox"/>	Olyan munkatársakkal kellett dolgozni, akikkel egyébként sem tud kijönni	1	2	3	4	5	6
37.	<input type="checkbox"/>	Szeretett volna más beosztásba kerülni, de nem sikerült	1	2	3	4	5	6
38.	<input type="checkbox"/>	Felettese visszaélt hatalmi pozíciójával	1	2	3	4	5	6
39.	<input type="checkbox"/>	Munkatársai részéről folyamatos zaklatásban részesült	1	2	3	4	5	6
40.	<input type="checkbox"/>	Munkatársai olyan – az Ön számára negatív – magatartást követeltek meg, ami ellenkezett az elveivel	1	2	3	4	5	6

### **Munkahellyel kapcsolatos elégedettség vizsgálat**

Kérem, minden kérdésre válaszoljon.

Karikázza be a véleményének megfelelő számot a skálán a következő szempontok alapján:

1 = nincs ilyen probléma

2 = csak kis megterhelést jelent

3 = általában nem jelent megterhelést

4 = átlagos, elfogadható megterhelést jelent

5 = jelentős megterheléssel jár

6 = nagyon erős megterhelést jelent

1.	munkahelyre való bejárás körülményei	1	2	3	4	5	6
2.	munkahelyi komfort, kényelem	1	2	3	4	5	6
3.	a munkavégzéshez szükséges eszközök esetleges hiánya, állapota	1	2	3	4	5	6
4.	a munkahelyemen tapasztalható zaj	1	2	3	4	5	6
5.	a munkahely megvilágítása	1	2	3	4	5	6
6.	a munkahelyen tapasztalható légszennyeződés	1	2	3	4	5	6
7.	a munkahely higiéniája	1	2	3	4	5	6
8.	munkaidő hosszúsága	1	2	3	4	5	6
9.	napi munkaidő kiszámíthatósága	1	2	3	4	5	6
10.	szabadidő tervezhetősége	1	2	3	4	5	6
11.	ismerőseim negatív véleménye a munkáról, munkahelyemről	1	2	3	4	5	6
12.	munkavégzés során jelentkező erkölcsi problémák	1	2	3	4	5	6
13.	Olyan feladatot is el kell látni, amit nem szívesen teszek	1	2	3	4	5	6
14.	a megkövetelt munkatempó	1	2	3	4	5	6
15.	a munka szervezettsége	1	2	3	4	5	6
16.	a munka átláthatósága	1	2	3	4	5	6
17.	a munkából adódó fizikai igénybevétel	1	2	3	4	5	6
18.	a munkából adódó szellemi igénybevétel	1	2	3	4	5	6
19.	a jövedelemből adódó anyagi problémák	1	2	3	4	5	6
20.	anyagi megbecsülés hiánya	1	2	3	4	5	6

21. a nem egyenletes munkaterhelés	1	2	3	4	5	6
22. gyakori döntéshelyzetek	1	2	3	4	5	6
23. a hibás döntések következményei	1	2	3	4	5	6
24. a fokozott egyéni felelősség	1	2	3	4	5	6
25. időhiány	1	2	3	4	5	6
26. szakmai felelősség	1	2	3	4	5	6
27. erkölcsi felelősség	1	2	3	4	5	6
28. nem együttműködő munkatársak	1	2	3	4	5	6
29. információ hiánya	1	2	3	4	5	6
30. egyedül kell megoldani a feladatokat	1	2	3	4	5	6
31. alkalmazkodás utasításokhoz, rendeletekhez	1	2	3	4	5	6
32. a rendvédelmi pálya megítélése	1	2	3	4	5	6
33. munkahelyi szervezeti rangsorban elfoglalt helyem	1	2	3	4	5	6
34. hatáskör és befolyás hiánya	1	2	3	4	5	6
35. ahogyan a munkatársaim kezelnek engem	1	2	3	4	5	6
36. ahogyan az általam végzett munka kihat a mindennapi életemre	1	2	3	4	5	6
37. önmegvalósítási lehetőségek hiánya a munkámban	1	2	3	4	5	6
38. előbbre jutási lehetőségek hiánya a munkámban	1	2	3	4	5	6
39. munkafeladatommal szembeni idegi, szellemi követelmények	1	2	3	4	5	6
40. munkavégzéssel szembeni fizikai követelmények	1	2	3	4	5	6
41. felettes rugalmatlansága, merevsége	1	2	3	4	5	6
42. munkatársak rugalmatlansága, merevsége a problémákat illetően	1	2	3	4	5	6
43. alulértékelttség érzése	1	2	3	4	5	6
44. a tehetetlenség érzete	1	2	3	4	5	6
45. a munka megítélése	1	2	3	4	5	6
46. a munkahelyi légkör	1	2	3	4	5	6
47. munkatársak magatartása, viselkedése	1	2	3	4	5	6
48. rivalizálás	1	2	3	4	5	6
49. a közvetlen felettes magatartása, viselkedése	1	2	3	4	5	6
50. munkahelyi vezetők magatartása, viselkedése	1	2	3	4	5	6
51. emberi segítség, támogatás hiánya	1	2	3	4	5	6
52. szakmai segítség, támogatás hiánya	1	2	3	4	5	6
53. vezetőtől kapott segítség, támogatás hiánya	1	2	3	4	5	6
54. munkahelyi konfliktusok	1	2	3	4	5	6
55. előírják, hogyan kell viselkedni	1	2	3	4	5	6
56. az empátia hiánya	1	2	3	4	5	6
57. közömbösség másokkal szemben	1	2	3	4	5	6
58. parancsuralmi rend	1	2	3	4	5	6
59. bizalmi légkör hiánya	1	2	3	4	5	6
60. a szociális problémák kezelése	1	2	3	4	5	6
61. munkafeladatok kiszámíthatatlansága	1	2	3	4	5	6
62. a vezetői magatartás kiszámíthatatlansága	1	2	3	4	5	6
63. beosztottak munkájának irányítása, felügyelete	1	2	3	4	5	6
64. végzettségnél, képességnél, tudásnál alacsonyabb szintű munka végzése	1	2	3	4	5	6
65. munka hazavitele	1	2	3	4	5	6
66. az állandóan változó elvárásokhoz való alkalmazkodás	1	2	3	4	5	6

67. a vezetők részéről tapasztalt megkülönböztetés, kivételezés	1	2	3	4	5	6
68. a vezetőktől kapott bátorítás, biztatás hiánya	1	2	3	4	5	6
69. amikor azt érzem, hogy nincs értelme a munkámnak	1	2	3	4	5	6
70. nem kompetens vezető	1	2	3	4	5	6
71. munkahelyi érdekeltségi összefonódások	1	2	3	4	5	6
72. a nyugodt munkavégzés hiánya	1	2	3	4	5	6
73. nincs lehetőség a továbbképzésre	1	2	3	4	5	6
74. irreális elvárások, célok	1	2	3	4	5	6
75. alkalmazkodás a munkatársakhoz	1	2	3	4	5	6

## Az egyén

### A. Egészségi állapot

Gondolja végig, az elmúlt két év során az alábbi panaszok jelentkeztek-e Önnél, s ha igen, milyen gyakorisággal, illetve kellett-e tennie valamit ahhoz, hogy uralni tudja őket?

1 = soha nem fordult elő

2 = ritkán (havonta vagy ritkábban)

3 = gyakran előfordult (hetente)

4 = rendszeresen ismétlődött, tartósan fennállt (hetente többször)

5 = többször gyógyszert is kellett miatta bevennem

6 = orvosi kivizsgálás és kezelés vált szükségessé

1. fejfájás, szédülésérzés	1	2	3	4	5	6
2. mellkasi szorítás, szív táji szűrés	1	2	3	4	5	6
3. gyomortáji fájdalom, görcsölés	1	2	3	4	5	6
4. hasi fájdalmak, hasmenés, székrekedés	1	2	3	4	5	6
5. lázas betegségek (meghűlés, felfázás)	1	2	3	4	5	6
6. reumatikus nyaki, deréktáji vagy végtagfájdalmak	1	2	3	4	5	6
7. feszültségérzés, ingerlékenység	1	2	3	4	5	6
8. nyomottabb hangulat, kedvtelenség	1	2	3	4	5	6
9. szétszórtság, dekoncentráltóság	1	2	3	4	5	6
10. alvászavar, napközbeni fáradékonyság	1	2	3	4	5	6

## B. Stílus

Karikázza be azt a számot, ami legjobban kifejezi az Ön álláspontját.

1 = teljes mértékben egyetérték vele 6 = nem értek egyet a megállapítással

1.	Életkörülményeinket legtöbbször külső, tőlünk független tényezők határozzák meg, nekünk nincs sok beleszólásunk.	1	2	3	4	5	6
2.	Az ember sikerét legtöbbször az határozza meg, hogy „megfelelő időben mindig jó helyen legyen”.	1	2	3	4	5	6
3.	A teljesítmények értékelése nem tükrözi azt, hogy az illető hogyan és milyen keményen dolgozik.	1	2	3	4	5	6
4.	Egészen biztos vagyok benne, hogy a szerencse és a véletlen lényeges szerepet játszik az életben.	1	2	3	4	5	6
5.	Hiába akarok valamit, ha a külső körülmények nem szerencsések, hiábavaló fáradozás az egész.	1	2	3	4	5	6
6.	Sokkal előbbre lehet jutni az életben alkalmazkodással, mint a saját igények hangoztatásával.	1	2	3	4	5	6
7.	A pénzkeresés elsősorban a kapcsolatoktól és a szerencsétől függ.	1	2	3	4	5	6
8.	Tévedés, hogy az ember maga alakíthatja sorsát.	1	2	3	4	5	6
9.	Az életben el kell fogadni a dolgokat, sok mindent nem tehetünk ellenük.	1	2	3	4	5	6
10.	El kell fogadnunk az embereket olyannak, amilyenek, nem lehet senkit sem akarata ellenére megváltoztatni.	1	2	3	4	5	6

## C. Önjellemzés

Az alábbi skáláknál csak a két szélső értéket jelöltük meg írásban. Kérem, jelölje meg azt a skálaértéket, amellyel a legjobban tudja magát jellemezni.

A.	különösebben nem törődik az időpontokkal	1	2	3	4	5	6	mindig ügyel arra, hogy sehonnan se késsen el
B.	különösebben nem szeret versengeni	1	2	3	4	5	6	igyekszik mindig, minden helyzetből győztesen kikerülni
C.	igyekszik mindenkit figyelmesen végighallgatni	1	2	3	4	5	6	türelmetlen azzal szemben, aki feleslegesen sokat beszél
D.	szeret a dolgokkal ráérősen foglalkozni	1	2	3	4	5	6	minden dolgot szeretne minél hamarabb befejezni
E.	különösebben nem izgatja, ha várni kell valamire	1	2	3	4	5	6	nagyon nehezen tudja elviselni a várakozást
F.	egyszerre egy dolgot csinál	1	2	3	4	5	6	egyszerre, egy időben több dolgot szokott csinálni
G.	beszéde lassú, inkább megfontolt	1	2	3	4	5	6	beszéde inkább gyors és erőteljes
H.	különösebben nem érdekli, mások mit gondolnak	1	2	3	4	5	6	mindig sikeres embernek akar látszani mások szemében
I.	szereti a dolgokat lassan, komótosan csinálni	1	2	3	4	5	6	minden dologgal hamar akar végezni
J.	kényelmesen, könnyen veszi a dolgokat	1	2	3	4	5	6	mindig igyekszik felpörgetni magát
K.	általában elégedett a dolgok menetével	1	2	3	4	5	6	legtöbbször nyugtalan, elégedetlen
L.	alapjában véve inkább csak szemlélődni szeret	1	2	3	4	5	6	állandóan tele van tettvággyal

## D. Aktivitás, motiváció

1 = tökéletesen igaz 6 = egyáltalán nem igaz

1.	Nehezen tudom elviselni azt az állapotot, amikor nincs semmi feladatom	1	2	3	4	5	6
2.	Az igazi kihívásokat fontosnak tartom, mert ezen keresztül tudom lemérni a képességeimet	1	2	3	4	5	6
3.	Nehezen tudnék elképzelni magamnak olyan munkahelyet, ahol csak a jelenlét a fontos, még akkor is, ha jól megfizetnék	1	2	3	4	5	6
4.	Nehezen tudnék elviselni nagyobb terhelést a munkahelyen, mint amilyen most van nekem	1	2	3	4	5	6
5.	Mindig örülök, ha új és nehéz munkafeladatot kapok	1	2	3	4	5	6
6.	Úgy érzem, hogy tele vagyok aktivitással, ötletekkel, tervekkel a jövőre nézve	1	2	3	4	5	6
7.	az általam végzett munka teljes mértékben leköti az érdeklődésemet	1	2	3	4	5	6
8.	Gyakran a szabadidőmben gondolatban a munkámmal foglalkozom, mert igazán érdekel	1	2	3	4	5	6
9.	Csak olyan munkát szabad végezni, amiben az ember megvalósíthatja saját terveit, ötleteit, és ez a munka ilyen	1	2	3	4	5	6
10.	Ha csak rajtam múlna, sokkal eredményesebben tudnám végezni a munkámat, mint most	1	2	3	4	5	6
11.	Mindig is vonzott ez a munka, nem is tudnék elképzelni mást helyette	1	2	3	4	5	6
12.	Gyakran nincs időm semmire, mert a munkám leköti minden energiámat, ám ennek örülök	1	2	3	4	5	6

## E. Elégedettség

Az alábbi skálán jelölje meg a válaszának megfelelő számot.

1 = nagyon elégedetlen

2 = meglehetősen elégedetlen

3 = kissé elégedetlen

4 = kissé elégedett

5 = meglehetősen elégedett

6 = nagyon elégedett

1.	a munkavégzéshez szükséges információkkal	1	2	3	4	5	6
2.	a jelenlegi munkájával	1	2	3	4	5	6
3.	annak mértékével, ahogyan a munkája motiválja Önt	1	2	3	4	5	6
4.	feljebbvalóinak vezetési stílusával	1	2	3	4	5	6
5.	változások, szervezeti átalakítások bevezetésének módjával	1	2	3	4	5	6
6.	munkájának, feladatának jellegével	1	2	3	4	5	6
7.	személyes fejlődésével	1	2	3	4	5	6
8.	munkahelyi konfliktusok megoldásával	1	2	3	4	5	6
9.	munkaköre „testre szabottságával”	1	2	3	4	5	6
10.	munkahelyi légkörrel	1	2	3	4	5	6
11.	munkahely szervezeti felépítésével	1	2	3	4	5	6
12.	előmeneteli lehetőségével	1	2	3	4	5	6
13.	anyagi megbecsültségével	1	2	3	4	5	6
14.	erkölcsi megbecsültségével	1	2	3	4	5	6



## F. Támogatottság

Gondoljon valami olyan feszültségkeltő helyzetre, amely Önnek problémát, stresszt jelent. Válaszoljon, hogy az alábbiakban felsorolt személyek közül ki milyen mértékben segít Önnek a probléma megoldásában.

1 = nem fordul hozzá segítségért

6 = igazi segítséget, támogatást kap tőle

*Ne töltsse ki az adott sort, ha ilyen személy nincs a környezetében!*

1. házastárs/élettárs/barát/barátnő	1	2	3	4	5	6
2. szülő	1	2	3	4	5	6
3. testvér	1	2	3	4	5	6
4. gyerek	1	2	3	4	5	6
5. más hozzátartozó	1	2	3	4	5	6
6. közeli jóbarát	1	2	3	4	5	6
7. alkalmi barát	1	2	3	4	5	6
8. munkahelyi vezetője	1	2	3	4	5	6
9. munkatársa	1	2	3	4	5	6
10. beosztottja	1	2	3	4	5	6

## G. Stresszoldás

Határozza meg, hogy egy komolyabb megpróbáltatást jelentő munkahelyi probléma kapcsán mi az, amit általában tenni szokott?

1 = soha

2 = ritkán

3 = alkalmanként

4 = általában

5 = nagyon gyakran

6 = mindig

1. Az esemény kapcsán azonnal kimutatom az érzéseimet, indulataimat	1	2	3	4	5	6
2. Közvetlenül utána tovább végzem a munkámat, és igyekszem elfoglalni magam	1	2	3	4	5	6
3. Gyorsan tanácsot kérek valakitől (kollégámtól, barátomtól)	1	2	3	4	5	6
4. Később alaposan átgondolom a helyzetet	1	2	3	4	5	6
5. Dühös leszek azokra, akik a konfliktusban részt vesznek	1	2	3	4	5	6
6. Megbeszélem a problémát valakivel, akiben bízok	1	2	3	4	5	6
7. Megpróbálom felismerni saját lehetőségeimet és korlátaimat a megoldásban	1	2	3	4	5	6
8. Úgy érzem, tanultam valamit a helyzetből, amit később használhatok	1	2	3	4	5	6
9. Együttérzést, megértést keresek másoknál	1	2	3	4	5	6
10. Igyekszem mielőbb kiverni a dolgokat a fejemből és elfelejteni az egészet	1	2	3	4	5	6
11. Eldöntöm, hogy a jövőben megpróbálom elkerülni a hasonló helyzeteket	1	2	3	4	5	6
12. Magamba fojtom mindazt, amit gondolok és érzek az eset kapcsán	1	2	3	4	5	6
13. Olyanokra is átvezetem a feszültséget, akik nem vettek részt a helyzetben	1	2	3	4	5	6
14. Arra gondolok, hogy talán a dolgok maguktól is jóra fordulnak	1	2	3	4	5	6
15. Több alkoholt iszom, vagy dohányzok, mint szoktam	1	2	3	4	5	6

**Az alábbi kérdések azokra az érzésekre és gondolatokra vonatkoznak, amelyek Önt AZ ELMÚLT EGY HÓNAP SORÁN jellemezték. Kérjük, hogy minden egyes kérdésnél írja be, hogy az elmúlt hónap során *MILYEN GYAKRAN* volt jellemző Önre az adott érzés vagy gondolat!**

**Néhány kérdés ugyan hasonlóknak tűnik, de valójában különböznek, ezért kérjük, hogy valamennyit külön kérdésként kezelje! A legjobb, ha minden kérdésre gyorsan válaszol. Tehát ne próbálja megszámolni, hogy hányszor érte magát egy adott módon, hanem írja be azt a választ, ami a leginkább jellemzőnek tűnik!**

0 = soha

1 = szinte soha

2 = néha

3 = elég gyakran

4 = nagyon gyakran

1. Az elmúlt hónap során milyen gyakran volt feszült valamilyen váratlan esemény miatt?	0	1	2	3	4
2. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életben?	0	1	2	3	4
3. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte magát idegesnek és „stresszesnek”?	0	1	2	3	4
4. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kezelte sikeresen a hétköznapi bosszúságokat?	0	1	2	3	4
5. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte, hogy sikeresen megtudott küzdeni fontos változásokkal az életében?	0	1	2	3	4
6. Az elmúlt hónap során milyen gyakran bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit?	0	1	2	3	4
7. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak?	0	1	2	3	4
8. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy nem tud eleget tenni minden kötelezettségének?	0	1	2	3	4
9. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kezelni a bosszúságokat az életében?	0	1	2	3	4
10. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a helyzet magaslatán áll?	0	1	2	3	4
11. Az elmúlt hónap során milyen gyakran dühítették fel olyan dolgok, amelyeket nem tud befolyásolni?	0	1	2	3	4
12. Az elmúlt hónap során milyen gyakran kapta magát azon, hogy az elvégzendő feladatain gondolkodik?	0	1	2	3	4
13. Az elmúlt hónap során milyen gyakran tudta kézben tartani az időbeosztását?	0	1	2	3	4
14. Az elmúlt hónap során milyen gyakran érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk?	0	1	2	3	4

**Az alábbi lista különböző érzéseket és viselkedéseket tartalmaz. Kérem, jelölje be, hogy milyen gyakran érezte, illetve mennyire jellemezték Önt az egyes állítások az elmúlt hét során!**

0 = ritkán vagy soha (kevesebb, mint 1 nap)

1 = néha (1-2 nap)

2 = gyakran (3-4 nap)

3 = nagyon gyakran vagy mindig (5-7 nap)

1. Olyan dolgok miatt nyugtalanodtam, amiért általában nem szoktam aggódni.	0	1	2	3
2. Nem volt kedvem enni, rossz volt az étvágyam.	0	1	2	3
3. Úgy éreztem, hogy nem tudok szabadulni a rosszkedvemtől még családom vagy barátaim segítségével sem.	0	1	2	3
4. Úgy éreztem, hogy ugyanolyan jól vagyok, mint mások.	0	1	2	3
5. Nehezemre esett odafigyelnem arra, amit éppen csinálok.	0	1	2	3
6. Lehangoznak éreztem magam.	0	1	2	3
7. Úgy éreztem, hogy bármit teszek, minden megerősítő számomra.	0	1	2	3
8. A jövőt reményteljesnek érzem.	0	1	2	3
9. Úgy gondoltam, hogy az életem hiábavaló, kész kudarc.	0	1	2	3
10. Félttem.	0	1	2	3
11. Nyugtalanul aludtam.	0	1	2	3
12. Boldog voltam.	0	1	2	3
13. Nem voltam annyira beszédes, mint általában.	0	1	2	3
14. Magányosnak éreztem magam.	0	1	2	3
15. Az emberek barátságatlanok voltak velem.	0	1	2	3
16. Élveztem az életet.	0	1	2	3
17. Sírós időszakaim voltak	0	1	2	3
18. Szomorú voltam.	0	1	2	3
19. Úgy éreztem, hogy az emberek nem szeretnek engem.	0	1	2	3
20. Nem tudtam hozzákezdeni a dolgokhoz.	0	1	2	3

**Nehéz helyzetben az ember sok mindent tehet és gondolhat, miközben próbál megbirkózni a helyzettel. Emlékezzen vissza egy ilyen helyzetre, amikor az adott esemény bekövetkezett, élje bele magát az akkori lelkiállapotába, és karikázza be a megfelelő számot az alábbiakban felsorolt reakciók mellett, attól függően, hogy azok közül melyek és milyen mértékben fordultak elő Önnél az eseményt követő hetekben.**

**Itt nincsenek jó vagy rossz válaszok, csak az Ön akkori lelkiállapota a fontos.**

0 = nem volt jellemző

1 = alig volt jellemző

2 = jellemző volt

3 = nagyon jellemző volt

1.	Megpróbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértsem.	0	1	2	3
2.	Engedtem vagy egyezkedtem, hogy valami jó származzon a dologból	0	1	2	3
3.	Valami olyasmibe fogtam, amiről tudtam, hogy nem fog beválni, de legalább csináltam valamit.	0	1	2	3
4.	Magamat okoltam és hibáztattam.	0	1	2	3
5.	Gondoltam, minden rosszban van valami jó is, próbáltam derűsen felfogni a dolgokat.	0	1	2	3
6.	Kifejeztem haragomat a probléma előidézői felé.	0	1	2	3
7.	Elfogadtam mások együttérzését és megértését.	0	1	2	3
8.	A helyzet valamilyen kreatív, alkotói tevékenységre ösztönzött.	0	1	2	3
9.	Más emberként kerültem ki a helyzetből – jó értelemben véve.	0	1	2	3
10.	Valahogy szabadjára engedtem érzéseimet.	0	1	2	3
11.	Igyekeztem megszabadulni a problémától egy időre, megpróbáltam pihenni vagy szabadságra mentem.	0	1	2	3
12.	Evéssel, ivással, dohányzással, nyugtatók vagy gyógyszerek szedésével próbáltam segíteni magamon.	0	1	2	3
13.	Egy lapra tettem fel mindent, vagy valami nagyon kockázatosba fogtam.	0	1	2	3
14.	Egy általam nagyra tartott baráttól, vagy rokontól kértem tanácsot.	0	1	2	3
15.	Nem akartam, hogy mások megtudják, milyen nehéz helyzetbe kerültem.	0	1	2	3
16.	Másokon vezettem le feszültségemet.	0	1	2	3
17.	Tudtam, mit kell tennem, így megkétszereztem erőfeszítésem a siker érdekében.	0	1	2	3
18.	Több különböző megoldást találtam a problémára.	0	1	2	3
19.	Azt kívántam, hogy bárcsak megváltozna a helyzet.	0	1	2	3
20.	Imádkoztam.	0	1	2	3
21.	Átgondoltam, hogy mit fogok mondani, vagy tenni az ügyben.	0	1	2	3
22.	Igyekeztem a dolgokat a másik személy szempontjából nézni.	0	1	2	3

**Olvassa el az alábbi mondatokat, majd helyezzen egy X jelet annak a válasznak megfelelő kockába, mely legközelebb áll ahhoz, ahogy az elmúlt héten érezte magát. Ne töltsön el túl sok időt a válaszadással; első reakciója a kérdésre valószínűleg pontosabb, mint egy hosszan megfontolt válasz.**

1. Aggasztó gondolatok járnak a fejemben
  - az időm nagy részében
  - viszonylag gyakran
  - néha, de nem túl gyakran
  - egyáltalán nem
2. Egyfajta ideges nyugtalanságot érzek a gyomromban
  - az időm nagy részében
  - egyáltalán nem
  - időnként, néha
  - egyáltalán nem
3. Feszültnek vagy sértődöttnek érzem magam
  - többnyire
  - gyakran
  - időnként, alkalmilag
  - egyáltalán nem
4. Hirtelen pánik érzés fog el.
  - nagyon gyakran
  - elég gyakran
  - nem túl gyakran
  - egyáltalán nem
5. Jókedűnek érzem magam.
  - egyáltalán nem
  - ritkán
  - elég gyakran
  - többnyire
6. Képes vagyok élvezni egy jó könyvet, rádió vagy TV műsort.
  - többnyire
  - gyakran
  - nem túl gyakran
  - nagyon ritkán
7. Képes vagyok nevetni és meglátni a dolgok vidám (humoros) oldalát.
  - amennyire eddig is
  - már nem annyira
  - sokkal kevésbé
  - egyáltalán nem

8. Képes vagyok pihenni és lazítani.
- többnyire
  - gyakran
  - nem gyakran
  - egyáltalán nem
9. Meglassultnak érzem magam tevékenységeimben.
- szinte mindig
  - gyakran
  - néha
  - egyáltalán nem
10. Nem érdekel már a külsőm.
- kifejezetten jellemző
  - nem törődöm vele annyira
  - kevesebbet törődöm vele, mint régebben
  - ugyanannyit törődöm a megjelenésemmel, mint mindig
11. Nyomasztó érzés fog el, mintha valami borzalmas dolog történhetne.
- állandóan nagymértékben
  - gyakran
  - időről időre
  - egyáltalán nem
12. Nyugtalanak érzem magam, mintha fel-alá kellene járkálnom.
- nagyon, többnyire
  - gyakran
  - ritkán
  - egyáltalán nem
13. Örömmel tekintek a dolgok elébe.
- ugyanannyira, mint korábban
  - valamivel kevésbé, mint korábban
  - sokkal kevésbé, mint korábban
  - egyáltalán nem
14. Tudok még úgy örülni, mint korábban.
- pont ugyanúgy
  - nem egészen úgy
  - csak egy kevésbé
  - alig vagy egyáltalán nem

**Az alábbi kérdések az egészségmagatartási szokásaival kapcsolatosak. Kérem, próbáljon őszintén válaszolni, nincsenek jó vagy rossz válaszok.**

## **I. Testmozgás**

**Végez Ön rendszeresen testedzést?**

- Igen                       Nem

**Ha igen, egy átlagos héten milyen gyakran végez testedzést?**

- Heti 1-2 alkalommal  
 Heti 3-4 alkalommal  
 Heti 5 alkalommal, vagy többször

**Mennyi időt tölt egy alkalommal a testedzéssel?**

- Kevesebb, mint 30 percet  
 30-60 percet  
 Több, mint 60 percet

**Használ teljesítmény- és/vagy izomtömeg növelő szert?**

- Igen                       Nem                       Alkalmanként

**Használ más típusú táplálék-kiegészítő szereket (nem vitamin jellegűeket)?**

- Igen                       Nem                       Alkalmanként

## **II. Dohányzás**

**Ön dohányzik?**

- Egyáltalán nem  
 Nem, már leszoktam  
 Igen, alkalmanként  
 Igen, rendszeresen

**Ha már leszokott: mennyi ideje szokott le? \_\_\_\_\_ hónap**

**Ha dohányzik, akkor hány éve? \_\_\_\_\_ éve**

**Hány szál cigarettát szív el egy nap?**

- 1-5 szál  
 5-10 szál  
 10-15 szál  
 15-19 szál  
 Több, mint egy dobozzal  
(1 doboz = 19 szál)

**Ha dohányzik, tervezi-e, hogy leszokik?**

- Igen, de eddig még nem próbálkoztam.  
 Igen, többször próbálkoztam.  
 Igen, éppen „leszokófélben” vagyok.  
 Igen, „ideiglenesen”, pl. terhesség alatt.  
 Nem.

**Amennyiben dohányzik, kérem, pontozza, mennyire ért egyet ezekkel az állításokkal az alábbi skála alapján: 1 = Egyáltalán nem igaz rám  
7 = Nagyon is igaz rám nézve**

1. Gyakran gyújtok rá úgy, hogy szinte észre se veszem.	1	2	3	4	5	6	7
2. A cigaretta befolyása alatt vagyok.	1	2	3	4	5	6	7
3. Rendszerint rá akarok gyújtani, amint felébredek.	1	2	3	4	5	6	7
4. Nehéz figyelmen kívül hagyni azt az érzést, hogy rá akarok gyújtani.	1	2	3	4	5	6	7
5. A cigaretta aromája kellemes.	1	2	3	4	5	6	7
6. Gyakran dohányzom azért, hogy gondolataimat tovább tudjam a feladataimra összpontosítani.	1	2	3	4	5	6	7
7. A dohányzással szabályozom az éhségérzetemet és azt, hogy mennyit eszem.	1	2	3	4	5	6	7
8. Az életem tele van dohányzásra emlékeztető dolgokkal.	1	2	3	4	5	6	7
9. A dohányzástól pillanatok alatt jobban érzem magam.	1	2	3	4	5	6	7
10. Anélkül gyújtok rá, hogy elhatároznám.	1	2	3	4	5	6	7
11. A cigaretta jó társaság, akár egy közeli barát.	1	2	3	4	5	6	7
12. Bizonyos dolgok látványa és illata erősen késztet a dohányzásra.	1	2	3	4	5	6	7
13. A dohányzás segít a kitartó összpontosításban.	1	2	3	4	5	6	7
14. Gyakran gyújtok rá automatikusan.	1	2	3	4	5	6	7
15. Jó az íze a legtöbb cigarettának, amit egy nap elszívok.	1	2	3	4	5	6	7
16. Néha úgy érzem, hogy a cigaretta uralja az életemet.	1	2	3	4	5	6	7
17. Gyakran sóvárgok a cigaretta után.	1	2	3	4	5	6	7
18. A legtöbb ember, akivel az időmet töltöm, dohányzik.	1	2	3	4	5	6	7
19. Dohányzásom egyik fő oka, hogy vigyázzak a testsúlyomra.	1	2	3	4	5	6	7
20. Néhány cigarettának, amit elszívok, különösen jó íze van.	1	2	3	4	5	6	7
21. Rá vagyok kattánva a cigarettára.	1	2	3	4	5	6	7
22. Néha úgy érzem, hogy a cigaretta a legjobb barátom.	1	2	3	4	5	6	7
23. A dohányzás iránti késztetésem egyre erősödik, ha nem gyújtok rá.	1	2	3	4	5	6	7
24. Ha mást látok, cigarettázni, akkor én is nagyon rágyújtanék.	1	2	3	4	5	6	7
25. Néha azon kapom magam, hogy öntudatlanul nyúlok a cigarettáért.	1	2	3	4	5	6	7
26. A cigaretta nélkül egyedül érzem magam.	1	2	3	4	5	6	7
27. A barátaim vagy a családtagjaim közül sokan dohányoznak.	1	2	3	4	5	6	7
28. Más dohányosok erős dohányosnak tartanak.	1	2	3	4	5	6	7
29. Ha nem gyújthatok rá néhány órán keresztül, akkor a cigaretta utáni sóvárgásom elviselhetetlenné válik.	1	2	3	4	5	6	7
30. A legtöbb barátom és ismerősöm dohányzik.	1	2	3	4	5	6	7
31. Reggelente a felébredést követő első félórában rágyújtok.	1	2	3	4	5	6	7
32. A dohányzás segít a gondolkodásban.	1	2	3	4	5	6	7



33. A dohányzás tényleg segít jobban érezni magam, ha le vagyok törve.	1	2	3	4	5	6	7
34. A dohányzás megakadályozza, hogy túl sokat egyek.	1	2	3	4	5	6	7
35. Nem vagyok ura a dohányzásomnak.	1	2	3	4	5	6	7
36. Erős dohányosnak tartom magam.	1	2	3	4	5	6	7
37. Még jó kedvemben is feldob egy cigaretta.	1	2	3	4	5	6	7

### **III. Alkohol fogyasztási szokások**

#### **Milyen gyakran szokott Ön alkoholt fogyasztani?**

- Nem fogyasztok alkoholt
- Havonta vagy ritkábban
- Havonta többször
- Hetente
- Hetente többször
- Naponta

#### **Milyen gyakran fogyaszt 3 vagy több egységnyi alkoholt tartalmazó italt?**

*1 egység ital: 1 doboz 5 % alkoholtartalmú sörnek vagy 1,5 dl 12 % alkoholtartalmú bornak vagy 4 cl 40 % alkoholtartalmú italnak felel meg.*

- Nem fogyasztok ennyi alkoholtartalmú italt egy lakalommal
- Havonta vagy ritkábban
- Havonta többször
- Hetente
- Hetente többször
- Naponta

#### **Milyen körülmények között szokott általában alkoholt fogyasztani?**

*Több választ is megjelölhet. (Csak akkor válaszoljon, ha fogyaszt alkoholt.)*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Munka közben                  | <input type="checkbox"/> Étkezés előtt/alatt/után          |
| <input type="checkbox"/> Sportolás előtt /közben/utána | <input type="checkbox"/> Szórakozóhelyen                   |
| <input type="checkbox"/> Sportműsor nézése közben      | <input type="checkbox"/> Étteremben/ presszóban/<br>bárban |
| <input type="checkbox"/> Helyszíni szurkolás közben    | <input type="checkbox"/> Koncerten                         |
| <input type="checkbox"/> Zenehallgatás közben          | <input type="checkbox"/> Más alkalommal:<br>_____          |
| <input type="checkbox"/> Olvasás közben                |  |
| <input type="checkbox"/> Barátokkal beszélgetve        |  |
| <input type="checkbox"/> Szülőkkel beszélgetve         |  |
| <input type="checkbox"/> Utazás közben                 |  |
| <input type="checkbox"/> Utcán, parkban                |  |

**Az alábbi állítások az általános egészségi állapottal kapcsolatosak. Kérem, olvassa el figyelmesen a tételeket és jelölje be az Önre leginkább jellemző válaszlehetőséget az alábbiak szerint:**

1 = egyáltalán nem jellemző rám

2 = kicsit jellemző rám

3 = inkább jellemző rám

4 = meglehetősen jellemző rám

5 = teljesen jellemző rám

1. Jól tudom, hogy mennyire vagyok egészséges.	1	2	3	4	5
2. Néha eltöprengek azon, vajon mit gondolhatnak mások az egészségi állapotomról.	1	2	3	4	5
3. Szorongok, ha az egészségemre gondolok.	1	2	3	4	5
4. Magabiztos vagyok az egészségi állapotomat illetően.	1	2	3	4	5
5. Olyan dolgokat teszek, amelyek megakadályozzák, hogy megbetegedjek.	1	2	3	4	5
6. Késztetést érzek arra, hogy egészséges legyek	1	2	3	4	5
7. Úgy érzem, saját magam vagyok felelős az egészségi állapotomért.	1	2	3	4	5
8. Egészségi állapotom leginkább véletlen eseményektől függ.	1	2	3	4	5
9. Úgy érzem, az egészségem a jövőben kitűnő lesz.	1	2	3	4	5
10. Jó fizikai egészségnek örvendek.	1	2	3	4	5
11. Azonnal észreveszem, ha a testem nem érzi magát egészségesnek.	1	2	3	4	5
12. Nagyon érdekel, hogyan értékelik mások a testi egészségemet.	1	2	3	4	5
13. Aggódok a testem egészségéért.	1	2	3	4	5
14. Néha elbizonytalanodom az egészségemmel kapcsolatban.	1	2	3	4	5
15. Késztetést érzek arra, hogy elkerüljem a fizikai betegséget.	1	2	3	4	5
16. Erős késztetést érzek arra, hogy időt és energiát szánjak az egészségemre.	1	2	3	4	5
17. Az egészségemért egyedül én vagyok a felelős.	1	2	3	4	5
18. Egészségi állapotomat véletlenszerű történések befolyásolják.	1	2	3	4	5
19. Azt hiszem, az egészségi állapotom az elkövetkező időben jó lesz.	1	2	3	4	5
20. A testem fizikailag jó állapotban van.	1	2	3	4	5
21. Érzékeny vagyok az egészségemmel kapcsolatos belső jelzőingerekre.	1	2	3	4	5
22. Tudatában vagyok mindannak, amit mások gondolnak a saját egészségi állapotomról.	1	2	3	4	5
23. Rosszul érzem magam, ha az egészségi állapotomra gondolok.	1	2	3	4	5
24. Meg vagyok elégedve az egészségi állapotommal.	1	2	3	4	5

25. Megpróbálom elkerülni az egészségemre káros helyzeteket.	1	2	3	4	5
26. Nagyon szeretném magam egészségesnek megőrizni.	1	2	3	4	5
27. Egészségi állapotom nagyban függ attól, hogy én mit teszek (vagy mulasztok el).	1	2	3	4	5
28. A jó egészség szerencse kérdése.	1	2	3	4	5
29. Nem hiszem, hogy egészségügyi problémáim lennének a jövőben.	1	2	3	4	5
30. Fizikailag jó kondícióban vagyok.	1	2	3	4	5
31. Azonnal tudom, ha nem vagyok teljesen egészséges.	1	2	3	4	5
32. Fontos számomra, hogy milyenek tűnik mások előtt a saját egészségi állapotom.	1	2	3	4	5
33. Általában aggódok azért, hogy vajon egészséges vagyok-e.	1	2	3	4	5
34. Pozitívan gondolok az egészségi állapotomra.	1	2	3	4	5
35. Mindenáron megakadályozom, hogy kiessek a legjobb formámból.	1	2	3	4	5
36. Nagyon fontos számomra, hogy milyenek tűnik mások előtt a saját egészségi állapotom.	1	2	3	4	5
37. Saját ügyem, hogy mi történik az egészségemmel.	1	2	3	4	5
38. A kitűnő fizikai állapotnak nem sok köze van a szerencsééhez.	1	2	3	4	5
39. Valószínű, hogy lesznek egészségügyi problémáim a jövőben.	1	2	3	4	5
40. A testem sok munkával tudnám jó formába hozni.	1	2	3	4	5
41. Mindig tudatában vagyok a fizikai egészségemmel kapcsolatos változásoknak.	1	2	3	4	5
42. Fontos számomra, hogy mit gondolnak mások a saját egészségi állapotomról.	1	2	3	4	5
43. Feszült leszek, ha a fizikai egészségi állapotom eszembe jut.	1	2	3	4	5
44. Úgy érzem, jól kezelem az egészségemmel kapcsolatos kérdéseket.	1	2	3	4	5
45. Késztetést érzek arra, hogy elkerüljem a rossz fizikai állapotomat.	1	2	3	4	5
46. Sokat dolgozok azért, hogy mindig a legjobb formámat hozzam.	1	2	3	4	5
47. A jó fizikai egészség saját képességeinkből és erőfeszítéseinktől függ.	1	2	3	4	5
48. Nem hiszem, hogy a véletlen vagy a szerencse bárhogyan befolyásolná egészségi állapotomat.	1	2	3	4	5
49. Úgy gondolom, az egészségem a jövőben romlani fog.	1	2	3	4	5
50. A fizikai egészségem több figyelmet érdemelne.	1	2	3	4	5

**Néhány olyan megállapítást olvashat az alábbiakban, amellyel az emberek önmagukat szokták jellemezni. Figyelmesen olvassa el valamennyit és karikázza be a megfelelő számot attól függően, hogy általában hogyan érzi magát. Nincsenek helyes vagy helytelen válaszok. Ne gondolkodjon túl sokat, hanem a jelenlegi érzéseit legjobban kifejező választ jelölje meg.**

1 = egyáltalán nem

2 = valamennyire

3 = eléggé

4 = nagyon/teljesen

1. Jól érzem magam.	1	2	3	4
2. Gyorsan elfáradok.	1	2	3	4
3. A sírás ellen küszködnöm kell.	1	2	3	4
4. A szerencse engem elkerül.	1	2	3	4
5. Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam.	1	2	3	4
6. Kipihentnek érzem magam.	1	2	3	4
7. Nyugodt, megfontolt és tetterre kész vagyok.	1	2	3	4
8. Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk.	1	2	3	4
9. A semmiséget is túlzottan a szívemre veszem.	1	2	3	4
10. Boldog vagyok.	1	2	3	4
11. Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat.	1	2	3	4
12. Kevés az önbizalmam.	1	2	3	4
13. Biztonságban érzem magam.	1	2	3	4
14. A kritikus helyzeteket szívesen kerülöm.	1	2	3	4
15. Csüggedtnek érzem magam.	1	2	3	4
16. Elégedett vagyok.	1	2	3	4
17. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak és nem hagynak nyugodni.	1	2	3	4
18. A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket.	1	2	3	4
19. Kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4
20. Feszült lelkiállapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira gondolok.	1	2	3	4

**Az alábbiakban olyan állításokat olvashat, amelyet az emberek akkor mondanak vagy gondolnak magukkal kapcsolatosan, amikor stresszes helyzetben vannak vagy frusztráltak. Kérem, olvassa el figyelmesen a tételeket és jelölje be az Önre leginkább jellemző válaszlehetőséget az alábbiak szerint:**

1 = nem jellemző rám

2 = kis mértékben jellemző rám

3 = átlagosan jellemző

4 = eléggé jellemző rám

5 = nagyon jellemző rám

1. Egy probléma megoldásához a legkönnyebb utat választom: ki nem állhatom a fáradságos munkát.	1	2	3	4	5
2. Utálok várni, nekem minden <u>most</u> kell.	1	2	3	4	5
3. A zavaró, kellemetlen érzésektől igyekszem minél hamarabb megszabadulni, nem tudnám elviselni, ha folytatódnának.	1	2	3	4	5
4. Ki nem állhatom, amikor meggátolnak abban, hogy elérjem a teljesítőképességem csúcsát.	1	2	3	4	5
5. Utálok túl bonyolult feladatokat csinálni.	1	2	3	4	5
6. Ki nem állhatom, ha az emberek nem a kívánságaim szerint cselekednek.	1	2	3	4	5
7. Utálok azt érezni, hogy elvesztem az eszem.	1	2	3	4	5
8. Nem bírom elviselni a feszültséget, amit akkor érzek, ha nem érem el a kitűzött céljaimat.	1	2	3	4	5
9. Ha nincs hozzá hangulatom, utálok bármit is csinálni.	1	2	3	4	5
10. Nem tudom elviselni, ha más emberek az akaratom útjába állnak.	1	2	3	4	5
11. Bizonyos gondolatokat utálok.	1	2	3	4	5
12. Nem tudom elviselni, ha igényeimből alább kell adnom, még akkor sem, ha hasznosabb lenne így tennem.	1	2	3	4	5
13. Utálok, ha rá kell kényszerítenem magam, hogy megtegyek dolgokat.	1	2	3	4	5
14. Nem tudom elviselni, ha mások biztosra veszik, hogy megteszek bizonyos dolgokat.	1	2	3	4	5
15. Ki nem állhatom azokat a helyzeteket, amelyekben kellemetlenül érezhetem magam.	1	2	3	4	5
16. Utálok, ha abba kell hagynom egy olyan feladatot, amelyet még nem teljesen fejeztem be.	1	2	3	4	5
17. Nem bírom, ha most azonnal meg kell csinálni valamit.	1	2	3	4	5
18. Utálok, ha figyelembe kell vennem más emberek szükségleteit.	1	2	3	4	5
19. Nem tudom elviselni a kellemetlen, zavaró érzéseket.	1	2	3	4	5
20. Ki nem állhatom, ha olyan munkát kell végezni, amelyet képtelen vagyok jól végezni.	1	2	3	4	5
21. Nem tudok olyan dolgokat csinálni, amelyek átláthatatlanok, zűrzavarosak.	1	2	3	4	5
22. Utálok, ha más hibáit miatt változtatnom kell.	1	2	3	4	5
23. Nem tudom folytatni vagy nem lehetek boldog, ha a dolgok nem változnak meg.	1	2	3	4	5
24. Utálok, ha nem vagyok a munkámban a csúcson.	1	2	3	4	5
25. Nem tudom elviselni, ha a kellemetlen feladatokat még tovább kell végezni.	1	2	3	4	5
26. Nem bírom a kritikát, különösen akkor, amikor tudom, hogy nekem van igazam.	1	2	3	4	5
27. Utálok elveszíteni az érzéseim feletti irányítást.	1	2	3	4	5
28. Az önfegyelemben semmilyen apró megingást vagy botlást nem tudok eltűnri.	1	2	3	4	5

### III. A KORONAVÍRUS MIATT KIALAKULT JÁRVÁNYHELYZETTEL KAPCSOLATOS RENDŐRI TEVÉKENYSÉGRE VONATKOZÓ KÉRDÉSEK

(1) Részt vett-e Ön a koronavírus okozta járványhelyzettel kapcsolatos rendőri tevékenységben?

Igen  Nem

(2) Amennyiben igen, milyen jellegű feladatokban vett részt?

	Nem	Igen
Hatósági házi karantén ellenőrzése	0	1
Határátkelőhelyeken ellátott szolgálat	0	1
Kijárási korlátozással kapcsolatos közterületi tevékenységek	0	1

(3) Mennyire érezte megterhelőnek ezt a tevékenységet? (1= egyáltalán nem érezte megterhelőnek, 5= nagyon megterhelőnek érezte)

1 2 3 4 5

(4) Szolgálati helye milyen távolságra van lakóhelyétől?

- 1-25 km  151-200 km  
 26-50 km  201-250 km  
 51-100 km  251 km vagy több  
 101-150 km

(5) Amennyiben lakhelye nagy távolságra van szolgálati helyétől, szolgálati helyén volt-e lehetőség a járványhelyzet idején szállás igénybevételére?

Igen  Nem

(6) Amennyiben igénybe vett ilyen szálláslehetőséget, mennyire volt elégedett a szálláshelyével? (1= teljes mértékben elégedetlen, 5=teljes mértékben elégedett)

1 2 3 4 5

(7) Milyen időtartamú volt átlagosan egy szolgálat? (Csak számmal válaszoljon!)

\_\_\_\_\_ óra

(8) Szolgálati helyén rendelkezésre álltak-e az alábbi védőfelszerelések:

	Nem	Igen
szájmaszk	0	1
gumikesztyű	0	1
kézfertőtlenítő	0	1

(9) Értékelje, mennyire volt elégedett a védőfelszerelések minőségével az alábbi skálán:

1= teljes mértékben elégedetlen

2 = kicsit elégedetlen

3 = elégedett is, meg nem is

4 = kicsit elégedett

5 = teljes mértékben elégedett

	1	2	3	4	5
szájmaszk					
gumikesztyű					
kézfertőtlenítő					

**(10) Mennyire félt az alábbiaktól? (1= egyáltalán nem, 5= nagyon féltem tőle)**

	1	2	3	4	5
fertőzöttel találkozok					
Ön is megfertőződik	1	2	3	4	5
családjában valaki megfertőződik	1	2	3	4	5
kollégája megfertőződik	1	2	3	4	5

**(11) A koronavírus-járvány kezdete óta eltelt időszakban milyen mértékben tapasztalta magán az alábbiakat? Értékelje az alábbi skálán:**

A korábbiakhoz képest...

1 = nem változott

2 = néha

3 = gyakran

4 = rendszeressé vált

	1	2	3	4
alvási nehézségeim voltak				
fáradékonyabb lettem	1	2	3	4
ingerültté, feszültté váltam	1	2	3	4
megváltozott a viselkedésem másokkal szemben	1	2	3	4
türelmetlenebb lettem	1	2	3	4
aggódtam	1	2	3	4
állandóan a vírus körül forogtak a gondolataim	1	2	3	4

**(12) Az Ön számára megterhelőbbé vált-e a szolgálatellátás a veszélyhelyzet kihirdetése (2020. március 11.) óta...**

	Nem	Igen
... érzelmileg?	0	1
... fizikálisan?	0	1

**(13) Ön szerint milyen mértékben befolyásolták az alábbiak a szolgálatellátását a veszélyhelyzet kihirdetése (2020. március 11.) óta?**

1= egyáltalán nem befolyásolta

2= inkább nem befolyásolta

3= befolyásolta is, meg nem is

4= befolyásolta

5=teljes mértékben befolyásolta

	1	2	3	4	5
alvási nehézségek					
fáradtság	1	2	3	4	5
ingerültség, feszültség	1	2	3	4	5
aggódalmaim a családom miatt	1	2	3	4	5
állandóan a vírus körül forgó gondolataim	1	2	3	4	5
félelem a fertőzöttté válástól	1	2	3	4	5
egyéb:					
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5
_____	1	2	3	4	5

**(14) Értékelje az alábbi skálán, mennyire változott meg az egészséggel kapcsolatos viselkedése a járvány kezdete óta:**

- 1 = egyáltalán nem jellemző rám  
2 = inkább nem jellemző rám  
3 = jellemző is rám, meg nem is  
4 = jellemző rám  
5 = teljes mértékben jellemző rám

Kevesebb alkalommal edzettem.	1	2	3	4	5
Gyakrabban fogyasztottam alkoholt	1	2	3	4	5
Egészségesebben étkeztem.	1	2	3	4	5
Több cigarettát szívtam el egy nap alatt, mint korábban.	1	2	3	4	5
Több alkoholt fogyasztottam el egyszerre, mint korábban.	1	2	3	4	5
Rövidebb időtartamban tudtam csak edzeni, mint korábban.	1	2	3	4	5

## **KÖSZÖNJÜK SEGÍTSÉGÉT!**

Amennyiben a kérdőívben felmerülő kérdések felzaklatták, s úgy érzi, szükséges erről beszélgetnie egy szakemberrel, kérjük, forduljon bizalommal a szakgimnázium állományilletékes pszichológusához, vagy a kutatást végző pszichológushoz a [borbely.zsuzsanna@hallg.uni-nke.hu](mailto:borbely.zsuzsanna@hallg.uni-nke.hu) címen.



# Függelék

A statisztikai elemzések összegző eredménytáblái

A dolgozatban szereplő statisztikai elemzések SPSS output táblázatai különálló Függelékben, a táblázatok kiterjedt mérete miatt elektronikus formában kerülnek csatolásra a disszertáció CD-mellékletén:

I. függelék – A vizsgált minták leíró adatai

1. A 2016-ban és 2018-ban végzettek leíró adatai
2. A 2018-2020-as évfolyam leíró adatai az egyes adatfelvételi pontokon

II. függelék - A vizsgált változók leíró adatai és eloszlása a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében

III. függelék – Egészségmagatartási változók és kiégés kapcsolatának vizsgálata a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében

1. Testedzés rendszeressége és a kiégés

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

2. Testedzés heti gyakorisága és a kiégés

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a kiégés

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

4. Dohányzási státusz és kiégés

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése

7. Alkohol fogyasztás gyakorisága és kiégés

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

8. Nagyívás gyakorisága és a kiégés

Egyszempontos ANOVA

## Kruskal-Wallis próba

### 9. Egészségorientáció (HOS) és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése

#### IV. függelék – Egészségmagatartási változók és a munkahelyi stressz, illetve az észlelt stressz kapcsolatának vizsgálata a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében

##### 1. Testedzés rendszeressége és a stressz

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

##### 2. Testedzés heti gyakorisága és a stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

##### 3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

##### 4. Dohányzási státusz és stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

##### 5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

##### 6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a stressz kapcsolatának korrelációs elemzése

##### 7. Alkohol fogyasztás gyakorisága és stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

##### 8. Nagyívás gyakorisága és a stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

### 9. Egészségorientáció (HOS) és a stressz kapcsolatának korrelációs elemzése

#### V. függelék – Egészségmagatartási változók és a mentális egészséggel kapcsolatos skálák összefüggéseinek vizsgálata a 2016-ban és 2018-ban végzettek körében

##### 1. Testedzés rendszeressége és a mentális egészség

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

##### 2. Testedzés heti gyakorisága és a mentális egészség

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a mentális egészség

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

4. Dohányzási státusz és mentális egészség

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a mentális egészség kapcsolatának korrelációs elemzése

7. Alkohol fogyasztás gyakorisága és mentális egészség

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

8. Nagyívás gyakorisága és a mentális egészség

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

9. Egészségorientáció (HOS) és a mentális egészség kapcsolatának korrelációs elemzése

VI. függelék – A 2016-ban és 2018-ban végzetek eredményeinek összehasonlítása

1. A kiégés szintjének összehasonlítása a két évfolyam körében

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

2. A munkahelyi stressz és az észlelt stressz mutatóinak összehasonlítása a két évfolyam körében

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

3. A mentális egészséggel kapcsolatos mérőskálák összehasonlítása a két évfolyam körében

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

4. Az egészségmagatartási szokások összehasonlítása a két évfolyam körében

- a) A testedzés rendszerességének vizsgálata Khi négyzet próbával a két évfolyam körében

- b) A testedzés heti gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- c) A testedzés alkalmankénti időtartamának vizsgálata Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- d) A teljesítmény- és/vagy izomtömeg növelő szerek használati gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- e) Más típusú táplálékkiegészítő szerek használati gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- f) Dohányzási státusz összehasonlítása Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- g) Dohányzásra rászokás kezdete óta eltelt idő összehasonlító vizsgálata a két évfolyam körében
- h) A dohányosok körében a naponta elszívott cigaretta mennyiségének összehasonlítása Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- i) A leszokáshoz való viszonyulás összehasonlítása a dohányzók körben Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- j) A dohányzási motivációk összehasonlítása a két évfolyam körében a két évfolyam körében
  - Független kétmintás t-próba
  - Mann-Whitney-féle U-próba
- k) Az alkoholfogyasztás gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- l) A nagyívás gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a két évfolyam körében
- m) Az egészségorientáció mutatóinak összehasonlítása a két évfolyam körében
  - Független kétmintás t-próba
  - Mann-Whitney-féle U-próba

VII. függelék - A vizsgált változók leíró adatai és eloszlása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

VIII. függelék – Egészségmagatartási változók és kiegészítés kapcsolatának a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

1. Testedzés rendszeressége és a kiegészítés

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

2. Testedzés heti gyakorisága és a kiégés
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a kiégés
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  4. Dohányzási státusz és kiégés
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése
  7. Alkoholfogyasztás gyakorisága és kiégés
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  8. Nagyívás gyakorisága és a kiégés
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  9. Egészségorientáció (HOS) és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése
- IX. függelék – Egészségmagatartási változók és a munkahelyi stressz, illetve az észlelt stressz kapcsolatának vizsgálata a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
1. Testedzés rendszeressége és a stressz
    - Független kétmintás t-próba
    - Mann-Whitney-féle U-próba
  2. Testedzés heti gyakorisága és a stressz
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a stressz
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  4. Dohányzási státusz és stressz
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba

5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)
  - Egyszempontos ANOVA
  - Kruskal-Wallis próba
6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a stressz kapcsolatának korrelációs elemzése
7. Alkoholfogyasztás gyakorisága és stressz
  - Egyszempontos ANOVA
  - Kruskal-Wallis próba
8. Nagyívás gyakorisága és a stressz
  - Egyszempontos ANOVA
  - Kruskal-Wallis próba
9. Egészségorientáció (HOS) és a stressz kapcsolatának korrelációs elemzése
- X. függelék – Egészségmagatartási változók és a mentális egészséggel kapcsolatos skálák összefüggéseinek vizsgálata a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
  1. Testedzés rendszeressége és a mentális egészség
    - Független kétmintás t-próba
    - Mann-Whitney-féle U-próba
  2. Testedzés heti gyakorisága és a mentális egészség
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a mentális egészség
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  4. Dohányzási státusz és mentális egészség
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a mentális egészség kapcsolatának korrelációs elemzése
  7. Alkoholfogyasztás gyakorisága és mentális egészség
    - Egyszempontos ANOVA
    - Kruskal-Wallis próba
  8. Nagyívás gyakorisága és a mentális egészség

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

9. Egészségorientáció (HOS) és a mentális egészség kapcsolatának korrelációs elemzése
- XI. függelék – A 2018-2020-as évfolyam első két mérési ponton elért eredményeinek összehasonlítása
1. A munkahelyi stressz és az észlelt stressz mutatóinak összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - Egymintás t-próba
    - Wilcoxon-próba
  2. A mentális egészséggel kapcsolatos mérőskálák összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - Egymintás t-próba
    - Wilcoxon-próba
  3. Az egészségmagatartási szokások összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - a) A testedzés rendszerességének vizsgálata Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - b) A testedzés heti gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - c) A testedzés alkalmankénti időtartamának vizsgálata Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - d) A teljesítmény- és/vagy izomtömeg növelő szerek használati gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - e) Más típusú táplálékkiegészítő szerek használati gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - f) Dohányzási státusz összehasonlítása Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - h) A dohányosok körében a naponta elszívott cigaretta mennyiségének összehasonlítása Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - i) A leszokáshoz való viszonyulás összehasonlítása a dohányzók körben Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton
    - j) A dohányzási motivációk összehasonlítása a két évfolyam körébe a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

Egymintás t-próba

Wilcoxon-próba

k) Az alkoholfogyasztás gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

l) A nagyivás gyakoriságának vizsgálata Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

m) Az egészségorientáció mutatóinak összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, az első két mérési ponton

Egymintás t-próba

Wilcoxon-próba

XII. függelék - A vizsgált változók leíró adatai és eloszlása a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzéskor (2020. február és 2020. június)

XIII. függelék – Egészségmagatartási változók és kiégés kapcsolatának a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzéskor (csak 2020. február)

1. Testedzés rendszeressége és a kiégés

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

2. Testedzés heti gyakorisága és a kiégés

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a kiégés

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

4. Dohányzási státusz és kiégés

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése

7. Alkoholfogyasztás gyakorisága és kiégés

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

8. Nagyivás gyakorisága és a kiégés



Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

9. Egészségorientáció (HOS) és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése

XIV. függelék – Egészségmagatartási változók és a munkahelyi stressz, illetve az észlelt stressz kapcsolatának vizsgálata a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzéskor (csak 2020. február)

1. Testedzés rendszeressége és a stressz

Független kétmintás t-próba

Mann-Whitney-féle U-próba

2. Testedzés heti gyakorisága és a stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

4. Dohányzási státusz és stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a stressz kapcsolatának korrelációs elemzése

7. Alkoholfogyasztás gyakorisága és stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

8. Nagyívás gyakorisága és a stressz

Egyszempontos ANOVA

Kruskal-Wallis próba

9. Egészségorientáció (HOS) és a stressz kapcsolatának korrelációs elemzése

XV. függelék – Egészségmagatartási változók és a mentális egészséggel kapcsolatos skálák összefüggéseinek vizsgálata a 2018-2020-as évfolyam körében, a végzéskor (csak 2020. február)

1. Testedzés rendszeressége és a mentális egészség

Független kétmintás t-próba

- Mann-Whitney-féle U-próba
2. Testedzés heti gyakorisága és mentális egészség  
Egyszempontos ANOVA  
Kruskal-Wallis próba
  3. Testedzés alkalmankénti időtartama és a kiégés  
Egyszempontos ANOVA  
Kruskal-Wallis próba
  4. Dohányzási státusz és kiégés  
Egyszempontos ANOVA  
Kruskal-Wallis próba
  5. Dohányzás intenzitása (naponta elszívott szálak)  
Egyszempontos ANOVA  
Kruskal-Wallis próba
  6. Dohányzási motivációk (WISDM-37) és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése
  7. Alkoholfogyasztás gyakorisága és kiégés  
Egyszempontos ANOVA  
Kruskal-Wallis próba
  8. Nagyívás gyakorisága és a kiégés  
Egyszempontos ANOVA  
Kruskal-Wallis próba
  9. Egészségorientáció (HOS) és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése
- XVI. függelék – A 2018-2020-as évfolyam három mérési ponton elért eredményeinek összehasonlítása (2018. szeptember – 2019. június – 2020. február)
1. A kiégés szintjének és RMSK munkaterheléssel kapcsolatos skáláinak összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, a második és harmadik mérési ponton  
Egymintás t-próba  
Wilcoxon-próba
  2. A munkahelyi stressz egyénnel kapcsolatos skáláinak és az észlelt stressz mutatóinak összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, két, illetve három mérési ponton  
Egymintás t-próba és összetartozó mintás ANOVA  
Wilcoxon-próba és Friedman teszt
  3. A mentális egészséggel kapcsolatos mérőskálák összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, három mérési ponton  
Összetartozó mintás ANOVA

Friedman teszt

4. Az egészségmagatartási szokások összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, három mérési ponton

a) A testedzéssel, dohányzással és alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések vizsgálata

Khi négyzet próbával a 2018-2020-as évfolyam körében, három mérési ponton

b) A dohányzási motivációk összehasonlítása a két évfolyam körébe a 2018-2020-as évfolyam körében, három mérési ponton

Friedman teszt

c) Az egészségorientáció mutatóinak összehasonlítása a 2018-2020-as évfolyam körében, három mérési ponton

Friedman teszt

XVII. függelék – A koronavírus okozta járványhelyzettel kapcsolatos leíró eredmények

XVIII. függelék – A koronavírussal kapcsolatos félelmek együttljárásának vizsgálata korrelációs eljárással

1. A kiégéssel és a munkahelyi stresszel

2. A mentális egészséggel kapcsolatos mutatókkal

XIX. függelék – A koronavírussal kapcsolatosan a válaszadók által saját magukon tapasztalt változások együttljárásának vizsgálata korrelációs eljárással

1. A kiégéssel és a munkahelyi stresszel

2. A mentális egészséggel kapcsolatos mutatókkal

XX. függelék – A koronavírussal kapcsolatosan a válaszadók által szolgálatellátás közben saját magukon tapasztalt változások együttljárásának vizsgálata korrelációs eljárással

1. A kiégéssel és a munkahelyi stresszel

2. A mentális egészséggel kapcsolatos mutatókkal

XXI. függelék – A hatósági házi karantén ellenőrzésében való részvétel kérdésének összehasonlító vizsgálata Mann-Whitney U-próbával

1. A kiégés és a munkahelyi stressz kapcsán

2. A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók esetében

XXII. függelék – A határátkelőhelyeken ellátott szolgálatban való részvétel kérdésének összehasonlító vizsgálata Mann-Whitney U-próbával

1. A kiégés és a munkahelyi stressz kapcsán

2. A mentális egészséggel kapcsolatos mutatók esetében