

AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS ÉS AZ EGÉSZSÉGMAGATARTÁS-VÁLTOZÁS KVALITATÍV VIZSGÁLATA MUNKAFÜGGŐK KÖRÉBEN

KUN BERNADETTE^{1*} – HAMRÁK ANNA² – KENYHERCZ VIKTÓRIA³ –
DEMETROVICS ZSOLT¹ – KALÓ ZSUZSA⁴

¹ ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest

² ELTE PPK MA pszichológia program, Budapest

³ ELTE PPK Pszichológiai Doktori Iskola

⁴ ELTE PPK Pszichológiai Intézet, Tanácsadás és Iskolapszichológia Tanszék, Budapest

E-mail: kun.bernadette@ppk.elte.hu

Beérkezett: 2020. augusztus 20. – *Elfogadva:* 2021. január 22.

Háttér és célok: *Egyre több kutatás irányul a munkafüggőség rizikófaktorainak és következményeinek feltárására. Bár az elméleti modellek feltételezik, hogy a túlzott munkavégzés többek között az egészségi állapotra is negatív hatással van, a kutatások alapvetően kvantitatív módszerekkel vizsgálták-e kérdést; kvalitatív vizsgálatok, amelyek a munkafüggő személyek saját élményeit elemzik, alig születtek. Célunk az volt, hogy munkafüggő személyek egészségi állapotának, egészség-magatartásának, és ezek munkavégzési szokásokkal való összefüggéseit elemezzük.*

Módszer: *Egy korábbi kutatásunk alapján a munkafüggőség szempontjából rizikócsoporthoz tartozó személyeket kértünk fel a kutatásban való részvételre, és összesen 29 fővel (15 férfi és 14 nő) készítettünk félig strukturált interjúkat. Az interjúk kitértek a személyek pályaorientációjára, munkavégzési szokásaikra, munkamotivációikra, munkafüggőséggel kapcsolatos élményeikre, testi és lelki egészségükre. Az interjúkból készült átiratok elemzése deduktív és induktív szinten is zajlott, Braun és Clarke (2006) hatlépéses módszerét követve kvalitatív témaelemzéssel történt.*

Eredmények: *Az interjúalanyok a túl sok munkavégzés következtében számos szempontból tapasztalták az egészségromlás jeleit. Az általános egészségromlás mellett mozgásszervi és autoimmun betegségek kialakulásáról, kardiovaszkuláris és gyomorbetegségekről, túlsúlyról, alvászavarokról és kiegészről is beszámoltak. Az egészség-magatartásuk mentén is negatív irányú változásokat tapasztaltak: az egészségtelen táplálkozás és a kevés fizikai aktivitás mellett az alvás önmaguktól való megvonása is jellemző volt.*

Következtetések: *Kutatásunk rámutatott arra, hogy az érintettek a fizikai egészségi állapotukban megjelenő panaszukat a túlzott munkavégzés és munkafüggőség következményeként írták le. Az eredményeink arra utalnak, hogy a munkafüggőség nem „pozitív addikció”, sőt, a jelenséget addiktológiai megközelítésből érdemes tárgyalni, mivel a munkafüggőség tünettanában is rokonságot mutat más függőségekkel.*

Kulcsszavak: *munkafüggőség, testi egészség, egészség-magatartás, kvalitatív, tartalomelemzés, viselkedési addikció*

* levelező szerző

© 2021 A szerző(k)

BEVEZETÉS

Munkafüggőség

A nem pszichoaktív szerekkel kapcsolatos, úgynevezett viselkedési addikciók területe egyre nagyobb hangsúlyt kap az addiktológiában és a mentális zavarok területén (Demetrovics és Kun, 2010a; Demetrovics és Griffiths, 2012). Ezt jól érzékelteti az a két fontos változás, amelyeket a mentális zavarok kézikönyveinek (BNO és DSM) legutóbbi kiadásában láthatunk. Egyrészt, a DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) kézikönyvében új kategóriába, az ún. „Szerrel összefüggő és egyéb addiktív zavarok” csoportjába került átsorolásra a „Szerencsejáték használati zavar” (Gambling disorder). Másrészt, a BNO legújabb kiadásában új zavarként szerepel a „Videójátékhasználati zavar” is (Gaming disorder) (World Health Organization, 2018; Rumpf és mtsai, 2018), elismerve azt, hogy a videójáték használatának is lehet egy maladaptív formája, amely más függőségekhez hasonlatos. Az említett két zavaron kívül még számos viselkedési addikciót tartunk számon (Demetrovics és Kun, 2007, 2010b), ám az egyes jelenségekkel kapcsolatos bizonyítékok mennyisége nagyon változó (Brand és mtsai, 2020; Bóthe és mtsai, 2020; Müller és mtsai, 2019).

Az egyik feltörekvő terület a viselkedési addikciók kutatásán belül a *munkafüggőség*, amely bár egyre nagyobb figyelmet kap, még mindig számos megválaszolatlan kérdéssel néz szembe (Kun és Demetrovics, 2010; Atroszko, Demetrovics és Griffiths, 2020). Ugyanakkor nem elhanyagolható azon személyek aránya, akiket érint a munkafüggőség problémája: az eddigi két vizsgálatban, amelyben országos felmérést készítettek (Norvégia és Magyarország), hasonló eredményeket kaptak: a felnőtt munkavállalók kb. 8%-át érinti a probléma (Andreassen és mtsai, 2014; Kun, Magi, Felvinczi, Demetrovics és Paksi, 2020). Ez a magas érték arra hívja fel a figyelmet, hogy a jelenséggel kapcsolatosan jóval több kutatásra lenne szükség. Ez amiatt is fontos, mivel a munkafüggőségre vonatkozóan számos tévhit és mítosz él a közgondolkodásban (Griffiths, Demetrovics és Atroszko, 2018), és ezek egyike az, hogy a jelenségre mint „pozitív addikcióra” tekintenek sokan. Ez a megközelítés azonban sajnos téves, hiszen maga a probléma, a munkafüggőség definícióinak egyik legfontosabb eleme, hogy a túlzott munkavégzés miatt a személy számos kedvezőtlen, káros következménnyel néz szembe. Így a „pozitív” jelző semmiképpen sem indokolt (ahogy alapvetően egy függőség esetében sem).

A munkafüggőség problémáját először a hetvenes évek elején írták le. Oates (1971) a zavart az alkoholizmushoz hasonlította, és azt hangsúlyozta, hogy a munkafüggő („workaholic”) személynek olyan mértékben van szüksége a túlzott mennyiségű munkára, hogy az már kifejezetten káros hatással van a személy egészségi állapotára, társas kapcsolatainak minőségére és pszichés jóllétére is. A későbbiekben a munkafüggőséget különböző tényezők alapján próbálták megragadni, mint a munkával töltött idő (Mosier, 1982), a munkával kapcsolatos attitűdök (Machlowitz, 1980), a munkával kapcsolatos készletesség, involváltság és élvezet kombinációi (Spence és Robbins, 1992). Továbbá voltak, akik a munkafüggőséget egy speciális viselkedési mintázatként írták le (pl. Scott, Moore és Miceli, 1997), míg mások elsősorban a maladaptív, addiktív jellegét hangsúlyozták a jelenségnek (Porter, 1996; Robinson, 1998). A szakirodalom-

ban általánosan elfogadott az ún. „komponens modell” (Griffiths, 2005, Griffiths és Karanika-Murray, 2012), amelyet különböző problémák (pl. szerencsejáték-zavar, videójáték-függőség vagy testedzés-függőség) esetén is jól alkalmazhatunk. Ez a megközelítés az addikciók hat fő komponensét írja le, és ezeket a munkafüggőség vonatkozásában az alábbi módon érhetjük tetten: 1. *Kitűnés* (szaliencia): a személy életében a munkavégzés a legfontosabb; a munkával kapcsolatos teendők uralják a személy gondolatait, érzéseit és viselkedését is. 2. *Hangulatmódosítás*: a személy arra használja a munkavégzést, hogy általa pozitívabb hangulati, érzelmi állapotba kerüljön, és elkerülje a kellemetlen hangulati élményeket és feszültségeket. 3. *Tolerancia*: a személy egyre többet és többet dolgozik annak érdekében, hogy megfelelően érezze magát (pl. ne legyen feszült vagy ingerült). 4. *Megvonás*: ha a személy valamilyen oknál fogva nem tud dolgozni, kellemetlen – elsősorban pszichés – megvonási tüneteket él meg; feszültté és ingerültté válik, szorongást, hangulatingadozást, idegességet, büntudatot, depresszív tüneteket tapasztalhat. 5. *Konfliktus*: a túlzott mennyiségű munkavégzés a személy életében számos területen okoz konfliktusokat: rendszeresen összetűzésbe kerül hozzátartozóival (interperszonális konfliktus), a túlzott munkavégzés konfliktusba kerül az élet egyéb területeivel (pl. szabadidős tevékenységek, háztartási és családi feladatok), továbbá belső küzdelmet is megtapasztal a személy, mivel ő is érzékeli a túlzott munkavégzés káros következményeit (intrapszichés konfliktus). 6. *Visszaesés*: bár a munkafüggő személy időről időre megpróbálja csökkenteni a munkavégzését, és más tevékenységeknek is próbál nagyobb teret engedni, az ezzel kapcsolatos változtatások nem tudnak tartósak lenni, és ismételten visszacsúszik egy maladaptív munkavégzési módba. Fontos felhívunk a figyelmet arra, hogy a munkafüggőség problémáját célzó mérőeszközök alapvetően szűrő kérdőívekként működnek, és elsősorban a jelenség kockázatát tudják megbecsülni (Clark, Smith és Haynes, 2020; Urbán és mtsai, 2019). Mivel a munkafüggőségről jelenleg nem állnak rendelkezésre hivatalos diagnosztikai kritériumok és olyan pszichometriai eljárás sem, amelynek alapján egy személyről egyértelműen kijelenthető volna, hogy ő munkafüggő-e vagy sem, így – ahogy szokás ezt más problémák, akár viselkedési addikciók esetében – a kutatásokban ezeket a szűrő kérdőíveket alkalmazzák. Ezek megbízható és érvényes módszerek arra, hogy a munkafüggőség szempontjából a kockázati csoportba tartozó személyeket azonosítsuk (pl. Orosz és mtsai, 2016; Urbán és mtsai, 2019).

A munkafüggőség addiktológiai szempontú megközelítésében tehát az ártalmas következmények és a distressz megélése mindenképpen kulcsfontosságúnak tekinthetők. A kutatások többek között arra keresik a választ, hogy milyen kockázati tényezők állnak a munkafüggőség hátterében, továbbá, hogy milyen kedvezőtlen kimenetekkel járhat az, ha valaki túlzottan sokat dolgozik. A kockázati tényezők sorában több személyiségvonást – pl. alacsony önértékelés, magas perfekcionizmus, negatív affektivitás, kényszeresség – is találhatunk (Clark, Michel, Zhdanova, Pui és Baltés, 2016; Kun, Takács, Griffiths, Richman és Demetrovics, 2020), ugyanakkor egyéb tényezők és azok interakciói is igen lényegesek lehetnek (Atroszko, Demetrovics és Griffiths, 2019; Griffiths és mtsai, 2018). Ezen tényezők között érdemes megemlíteni a munkavégzés és a munkahely strukturális tényezőit (pl. az elvégzendő feladat jellege, ismerőssége vagy újdonsága; anyagi és egyéb juttatások és visszajelzések stb.), ahogy a különböző szituációs faktorok is hatással lehetnek a munkafüggőség kialakulására (Mazzetti,

Schaufeli és Gugliemi, 2014; Griffiths és Karanika-Murray, 2012). Utóbbiak közé tartozik például a munkahelyi társas környezet, a munkahelyi hangulat, a szervezeti felépítés és a szervezeti kultúra is (Griffiths, 2011). A munkahelyek között is létrejöhetnek ún. „addiktív szervezetek” (Schaef és Fassel, 1988), amelyek növelhetik a munkafüggőség kialakulásának kockázatát. Noha a területen végzett kutatások többsége keresztmetszeti jellegénél fogva nem fogalmazhat meg egyértelmű ok-okozati viszonyokat a munkafüggőség és a vele együtt járó tényezők között, számos vizsgálat arra utal, hogy a munkafüggőségnek komoly kockázata van mind a fizikai, mind a mentális egészségre nézve (Sussman, 2012).

Munkafüggőség és fizikai egészség

A globalizáció térnyerésével, a kommunikáció és a technológia elmúlt évtizedekben lezajlott rohamos fejlődésével, a fogyasztói társadalom eluralkodásával párhuzamosan egyre több változás zajlik le a munkahelyek világában. A cégek alkalmazkodva ehhez az új környezethez egyre több és gyorsabb munkát várnak el a dolgozóktól (Porter és Kakabadse, 2006). A technikai fejlődéssel együtt bizonyos mozgásszervi és mentális betegségek korábbi életkorban jelennek meg. Ehhez hozzájárulhatnak az olyan tényezők is, mint a fizikai munka és a napi testmozgás lecsökkenése, az ülőmunka elterjedése vagy a tömegközlekedés kockázatai (Borbély és Pecze, 2006).

A munkahelyi stressznek, azok összetevőinek és következményeinek igen széles a szakirodalma, ahogy arról is igen sok kutatás született, hogy a munkahelyi stressz számos közvetett és közvetlen módon tehet kárt az egészségi állapotban (Ganster és Rosen, 2013). Munkahelyi stresszt okozhat például, ha a személy azt éli meg, hogy a munkaadó részéről túlzottan nagy a kontroll, ha túlzottan alacsonyak/magasak a felé támasztott követelmények, ha szerepkonfliktussal vagy szerep-kétértelműséggel kell szembenéznie, vagy ha nagyon alacsony munkahelyi társas támogatást tapasztal (Cooper és Davidson, 1987; Ganster és Perrewé, 2011; Karasek, 1979; Karasek és Theorell, 1990). Ezek a tényezők egyértelmű pozitív kapcsolatot mutatnak a szív-érrendszeri betegségekkel és az abból fakadó mortalitással is (Belkic, Landsbergis, Schnall és Baker, 2004; Kristensen, 1996). A munkahelyi stressz emellett kedvezőtlenül befolyásolja az egészség-magatartást is (Salavecz, 2008, 2011). A túlzott munkahelyi stressz például növeli a dohányzás és az alkoholfogyasztás kockázatát (Frone, 1999; Peter, Alfredsson, Hammar, Siegrist, Theorell és Westerholm, 1998), az egészségtelen táplálkozási szokások jelenlétét és az elhízás kialakulását (Kivimaki és mtsai, 2006), illetve az alvási szokások megváltozásához és alvászavarokhoz is vezethet (Kecklund és Akerstedt, 2004). Mind ezen egészség-magatartási tényezők pedig káros hatással vannak a személy testi és lelki egészségére egyaránt (Siegrist és Rödel, 2006).

Maga a túlzott mennyiségű munka is kifejezetten veszélyeztető tényező lehet a stressz és azzal összefüggő betegségek kialakulása és a kiégés szempontjából. Japánban olyan súlyos népegészségügyi problémát jelentenek a túlzott munkavégzés okozta egészségügyi ártalmak, hogy 1982-ben külön kifejezést hoztak létre a jelenség leírására: a „karoshi” szó azt jelenti, hogy „túlzott munkavégzés miatt bekövetkezett halál”. A halál oka általában szív- és érrendszeri betegségekhez köthető. Egyes kutatók szerint

pedig a japán lakosság szív- és érrendszeri problémákkal kapcsolatos elhalálozásainak körülbelül egyharmadában karoshi-ról van szó, azaz a túlzott munkavégzés és az ahhoz köthető stresszes életmód eredményezi a halált (Nishiyama és Johnson, 1997).

A munkafüggők esetében, akik rengeteget dolgoznak, emellett saját magukkal szemben túlzottan magas elvárásokat támasztanak, folyamatosan megerősítésre és elismerésre vágnak (Porter, 1996; Robinson, 1998), illetve szoronganak attól, hogy eleget dolgoznak-e, és kellőképpen jól teljesítenek-e, könnyen elvárható a magasabb stressz-szint jelenléte. Ez azzal is összefügg, hogy a munkafüggők nagyon nehezen tudnak kikapcsolódni és elszakadni a teendőiktől: gondolatban még akkor is dolgoznak, vagy a feladataikon jár az eszük, amikor fizikailag valamilyen más tevékenységet végeznek (Fassel, 1992; Porter, 1996). Ahogy Ng, Sorensen és Feldman (2007) modelljében felvázolja, a munkafüggőség során mind közvetlen tényezők – mint a kevesebb kikapcsolódás és testmozgás –, illetve közvetett tényezők – mint a kedvezőtlenebb egészség-magatartási formák (kevesebb alvás, gyakoribb dohányzás és egészségtelenebb táplálkozás) – hozzájárulhatnak az egészségügyi problémák kialakulásához. A munkafüggőséggel kapcsolatos kutatások egy részében arra keresték a választ, hogy a zavarban szenvedők között miként tapasztalhatók a különböző egészségügyi panaszok és betegségek. Önjellemzéses kérdőíves módszertanú kutatások keretében többen is azt találták, hogy a munkafüggőség tünetei együtt járnak az emelkedett szintű munkahelyi stresszel (Spence és Robbins, 1992; Kanai, Wakabayashi és Fling, 1996), és ezt egy átfogó metaanalitikus tanulmány is alátámasztotta (Clark és mtsai, 2016). Emellett szintén keresztmetszeti, kérdőíves kutatások bizonyítják azt, hogy a munkafüggőség szempontjából kockázati csoportba sorolt személyek között gyakrabban jelentkeznek alvászavarok és kimerültség, több alkoholt fogyasztanak, gyakrabban panaszkodnak hátfájásra, többet hiányoznak munkahelyükről egészségügyi okok miatt, és kedvezőtlenebb pszichés jólléttel jellemezhetők (Salanova és mtsai, 2016; Matsudaira és mtsai, 2013; Avanzi, Van Dick, Fraccaroli és Sarchielli, 2012; Yang, Qiu, Lau és Lau, 2020). Egy hazai reprezentatív lakossági felmérés szerint azok a személyek, akik magasabb munkafüggőség-pontszámot kaptak, elégedetlenebbek voltak a saját egészségi állapotukkal (Kun, Magi és mtsai, 2020). Mindezek mellett a munkafüggőség egyértelmű együtt járást mutat a kiegészéssel is: nem csupán a túlhajszolt munkavégzés, a sok munkahelyi stressz, hanem a munkafüggőség jelenléte is növeli a kiegész kialakulásának kockázatát (Clark és mtsai, 2016).

Kvalitatív kutatások a munkafüggőség területén

A munkafüggőséggel kapcsolatos, eddig összefoglalt kutatási eredmények alapvetően kvantitatív módszertanon alapultak, és rendkívül kevés kvalitatív kutatás készült eddig a területen, és azon belül igen kevés adattal rendelkezünk az egészségi állapotra vonatkozóan. Porter és Kakabadse (2006) sokat dolgozó informatikusokkal és menedzserekkel készítették interjúkat és fókuszcsoportos beszélgetéseket. Ezek elemzése során azt találták, hogy a munkafüggőként jellemzett személyek nagyon nehezen tudnak kikapcsolni, relaxálni, és akár még a nyári vakációjuk idején is folyamatosan a számítógépük előtt ülnek és dolgoznak. Kirrane, Breen és O'Connor (2017) írországi menedzserek

kel végzett interjúk alapján azt állapították meg, hogy a munkafüggő személyek magasabb distresszt élnek meg, emellett türelmetlenebbek, impulzívabbak, és többször kerülnek konfliktusba munkatársaikkal. Ezek a jellemzések párhuzamba állíthatók az ún. „A típusú személyiség”-gel (Kuiper és Martin, 1989), amelyről pedig számtalan kutatás bizonyította, hogy összefüggést mutat a kedvezőtlenebb egészségi állapottal, pl. szív- és érrendszeri betegségek kialakulásával (Booth-Kewley és Friedman, 1987). Végül Russell (2013) tanulmányát is érdemes megemlítenünk, amelyben a szerző az amerikai Névtelen Munkafüggők (Workaholics Anonymous) közösség által írt sajátélményű szövegek tartalomelemzését végezte el. Az érintettek úgy írtak problémájukról, mint ami egy progresszív betegség, és amelyet csak akkor vesz észre a személy, ha már nagy a baj: például egészségügyi problémák jelentkeznek vagy társas kapcsolatai romlottak meg súlyosan. Az élettörténeti leírásokban volt, aki azt emelte ki, hogy az intenzív munkavégzés közben nem vett tudomást sem a fáradtságról és kimerültségről, sem pedig a testi vagy érzelmi fájdalomról.

A kutatás célja

A fentiek alapján megállapíthatjuk, hogy az eddigi néhány, elsősorban kérdőíves módszertanú, kvantitatív kutatás arra utal, hogy a munkafüggőség esetében mind kedvezőtlen egészség-magatartási szokások, mind pedig az egészségromlás tünetei is tapasztalhatók. Ezek az összefüggések bár érvényesek, nem kellőképpen árnyaltak abból a szempontból, hogy *milyen módon* kapcsolódnak egymással az egészségügyi problémák és a munkafüggőség tünetei. Úgy véljük, az érintettek személyes tapasztalatai jóval árnyaltabbá tehetik az eddigi tudásunkat erről a területről. A kutatás célja tehát egyrészt a munkafüggőség és a fizikai egészség közötti összefüggések feltárása, másrészt az egészség-magatartási szokások megismerése munkafüggőségben érintett személyek beszámolóí, saját értelmezésük alapján. Tudomásunk szerint hasonló, fenomenológiai megközelítésű kutatás eddig nem készült Magyarországon.

MÓDSZER

Eljárás és vizsgálati személyek

A vizsgálati személyeket egy 2018 tavaszán lezajlott kvantitatív vizsgálat (Kun, Urbán, Bóthe, Griffiths, Demetrovics és Kökönyei, 2020) alanyai közül toboroztuk. Ezen online vizsgálatban aktív munkaviszonnyal rendelkező, felnőtt személyek vettek részt, a kutatás fő célja pedig a munkafüggőség háttérdimenzióinak, pszichológiai jellemzőinek feltárása volt. A munkavégzési szokásokra vonatkozó kérdések mellett számos különböző skálát töltöttek ki, melyek személyiségdimenziókra, munka- és teljesítménymotivációkra és társas kapcsolati tényezőkre irányultak. A résztvevők az online adatfelvétel során kitöltötték a WART-R kérdőívet is (Munkafüggőség Rizikója Teszt [Work Addiction Risk Test], Robinson, Post és Khakee, 1992; Urbán és mtsai, 2019), amelynek segítségével meghatározhatók voltak a munkafüggőség szempontjából magas rizikójúnak tekinthető személyek (minimum 67 pontot szereztek a maximális

100 pontból). A kérdőív végén valamennyi résztvevő nyilatkozott arról, hogy megkereshetjük-e jövőbeli kutatásunk során, és e célból megadhatta az e-mail-címét. A 1743 pozitív választ adó közül választottuk ki a magas rizikójú személyeket (716 fő), akik közül véletlen kiválasztással, több körben kerestünk meg összesen 150 személyt.

A vizsgálati személyekkel előre egyeztetett időpontban készítettünk interjút a kutatást lebonyolító intézményben, 2019. október és 2020. január között. A tájékoztatás és az adatkezelés ismertetése mind szóban, mind írásos formában megtörtént, ezeket az interjúalanyok aláírták. Az interjút minden alkalommal egy fő készítette, összesen 8 fő. Az interjúerekek között 6 fő viselkedéselemző BA-diplomával rendelkezett, és pszichológia mesterképzésben vett részt, 1 fő pszichológia doktori program hallgatója volt, és 1 fő pszichológia PhD-fokozattal rendelkezett. Az interjút készítő személyek egy 3 alkalmas felkészítő programban vettek részt, melyet a kutatás két vezetője tartott. A felkészítés során a személyek részletes útmutatást kaptak a kutatás célját, elméleti alapjait és módszerét illetően. Ezen felkészítés során a kollégák lépésről lépésre vonatkozó tájékoztatást kaptak az interjújuk menetéről, ezzel biztosítva, hogy minden kolléga pontosan ugyanúgy valósítsa meg az interjú felvételét. Az interjújuk 60–90 percet vettek igénybe, ezeket hangfelvevő eszközökkel rögzítettük, és elektronikus leirat készült belőlük. Minden személyes adatot szigorúan bizalmasan kezeltünk, kizárólag a kutatócsoportban részt vevők között osztottuk meg. A kutatásban a résztvevők önként vettek részt, a folyamat bármikor szüneteltethető vagy megszakítható volt. Az interjúalanyok a kutatásban való részvételért motivációs ajándékot kaptak. A kutatást a kutatóhely etikai bizottsága jóváhagyta, továbbá a kutatás során végig a helsinki nyilatkozat alapelveit követtük.

A célszemélyek felkérése több körben történt, mivel a személyek többsége nem reagált a megkeresésre. Egy-egy körben 30 főnek küldtünk ki felkérő levelet, ezt összesen 5 körben tettük, 150 fő meghívásával. A megkeresett személyek közül a többség ($n = 118$) nem reagált az e-mail-ünkre, néhány személy esetében ($n = 3$) pedig valamilyen technikai okból kifolyólag nem tudott létrejönni a találkozás (pl. nem találtunk megfelelő időpontot, vagy a személy másik országban élt, így nem tudott személyesen megjelenni az interjúján). Összesen 29 interjú készült (15 férfi és 14 nő). A legfiatalabb résztvevő 27 éves, a legidősebb 56 éves, a minta átlagéletkora 37 év. Végzettségüket tekintve 6 fő (21%) rendelkezett érettségivel mint legmagasabb iskolai végzettség, a többi 23 főnek (79%) főiskolai, egyetemi vagy doktori fokozatuk volt. Foglalkozásukat tekintve az alábbi területekről érkeztek a résztvevők: pénzügy (5 fő), informatika (5 fő), menedzsment (4 fő), mérnök, technikus (3 fő), kereskedelem (3 fő), tudomány (3 fő), magáncégvezető (3 fő), rendezvényszervezés (1 fő), oktatás (1 fő) és segítő szakma (1 fő). Beosztásukat tekintve volt alsó- (7%), középső- (31%) és felsővezető (10%), diplomához kötött szellemi munka (35%), közvetlen termelésirányító (3%), alkalmazott (3%) és vállalkozó (10%) is. A mintánkból ketten (7%) élnek községben, hárman (10%) egyéb városokban, és 24-en (83%) a fővárosban.

Az adatgyűjtés módja

Az interjú megkezdése előtt a vizsgálati személyek az alábbi szociodemográfiai és munkavégzéssel kapcsolatos kérdésekre válaszoltak: nem, születési idő, lakóhely, legmagasabb iskolai végzettség, foglalkozás és munkahelyi beosztás. A vizsgálatban fé-

lig strukturált interjút használtunk, amelyben az interjúalanyokat megkérdeztük a munkájukkal kapcsolatos körülményeikről, szokásaikról és motivációikról, személyiségbeli és társas jellemzőikről, pályaorientációjukról, karrierjükről, szabadidős tevékenységeikről, egészség-magatartásukról és testi és lelki egészségükről, illetve a munkafüggőséggel kapcsolatos vélekedéseikről (l. 1. táblázat). A félig strukturált interjú a definíciója (Kvale, 1996; Szokolozsky, 2004) szerint a leggyakrabban használt forma a tematikus-kvalitatív interjúkban. Az interjút előre kidolgozott interjúterv alapján végezzük, tehát egy konkrét téma áll a középpontjában (jelen esetben a munkavégzés, munkafüggőség). Ugyanakkor nyitottság van a válaszoló gondolataira, így lehet előcsalogatni a tapasztalatok egyéni megélését, személyes jelentését. Tehát van egy terv, de fontos, hogy az interjúkészítő hagyatkozzon az interjúalanyra is. A kérdéseket egyrészt a munkafüggőséggel kapcsolatos legismertebb elméletek és a rendelkezésre álló kutatási eredmények alapján állítottuk össze (lásd pl. Clark és mtsai, 2016; Griffiths és mtsai, 2018), továbbá nagymértékben figyelembe vettük az általunk lefolytatott korábbi, online kérdőíves kutatást (Kun, Urbán és mtsai, 2020) is: olyan témakörök mentén szerettünk volna személyes, saját élményen alapuló ismereteket szerezni, amelyek majd kiegészíthetik, árnyalhatják a kvantitatív adatfelvétellel kapott eredményeinket. Jelen elemzés során elsődlegesen a testi egészséggel és stresszel kapcsolatos témákra fókuszáltunk. Az interjúkészítő először helyet kínálta az interjúalanyt, majd a tájékoztatást és a szociodemográfiai kérdéseket követően az előre meghatározott nyitott kérdéseket a megadott sorrendben feltette az interjúalanynak. Ha szükségesnek látta, pontosító kérdéseket is alkalmazhatott. Az utolsó kérdést követően megköszönte a részvételt, átadta a motivációs ajándékot, majd a felek elbúcsúztak egymástól. Az interjúkról hangfelvétel, majd szó szerinti átirat készült. A teljes adatbázis nagysága: 217 982 szó.

1. táblázat. Az interjúk során alkalmazott kérdések főbb témakörei, példákkal illusztrálva

<i>Témakör</i>	<i>Példakérdések</i>
Karrierút bemutatása	Mióta dolgozik ebben a pozícióban, és hogyan alakult a karrierje, míg jelen munkaköréhez ért?
Munkakörülmények bemutatása	Mennyire jellemző önre, hogy otthon is dolgozik? Mennyire rugalmas a munkaideje?
A munkavégzés intenzitása	Általában mennyit dolgozik egy átlagos munkanapon? Mennyi szabadideje van, és mivel szereti azt tölteni?
Önjellemzés	Hogyan jellemezné önmagát? Mennyire elégedett az életével?
Testi és lelki jóllét	Összességében hogyan érzi magát a bőrében? Használ-e rendszeresen valamilyen szert, amivel fokozhatja aktivitását, frissességét?
Társas kapcsolatok	Van-e olyan a környezetében, aki arról panaszkodott, hogy túl sokat dolgozik? Milyen a kapcsolata a kollégáival?
Munkafüggőség és tünetei	Milyen az önnek, ha dolgozni szeretne, de valaki/valami akadályozza ebben? Hogyan írná le azt a személyt, aki munkafüggő?

Adatelemzés

Az átiratok elemzése kvalitatív tartalomelemzéssel, ezen belül pedig témaelemzéssel (Braun és Clarke, 2006) készült. A tematikus tartalomelemzés egy tág fogalom, amely egy ritkán elismert, mégis széles körben alkalmazott kvalitatív elemzés módszer a pszichológián belül (Braun és Clarke, 2006). Braun és Clarke (2006) cikkükben felvázolják, hogy mi a témaelemzés, elhelyezve más kvalitatív módszerek mellett, illetve támpontként egy saját tapasztalataikra épülő iránymutatót írnak le, szorgalmazva ezzel a témaelemzés mint önálló kvalitatív módszer létjogosultságát. A módszer hat lépésből áll, ezek közül azonban több megegyezik más kvalitatív módszertan lépéseivel. 1. Az első lépés az adatok megismerése. Az elhangzott interjúk szó szerinti átírása a rengeteg idő, ezzel járó frusztráció és nehézség ellenére kitűnő kezdőlépése az adatok megismerésének. Fontos a gyűjtött anyagok teljes ismerete, mélységeinek feltárása, ami a teljes anyag többszöri részletes, aktív elolvasását jelenti. Ezen folyamat során érdemes a főbb benyomásokat, mintázatokot, gondolatokat gyűjteni. Bár ez a rész nagyon időigényes, mégis fontos alapot biztosít az elemzés további részében, ezért elmaradhatatlan lépése a folyamatnak. 2. A második lépés a kezdeti kódok generálása. Az átírást, átolvasást és az ötletlista létrehozását követően kódok alkotása következik, melyek segítségével az adatokat értelmezhető csoportokba tudjuk rendezni. A kódokat a teljes adatállományon végighaladva lehet csoportosítani, akár manuálisan, akár szoftveres programmal, ami megkönnyíti a címkézést, a kódok rendszerezését, átláthatóságát és a visszakeresést is a kódcsoportok között. Érdemes annyi témát kódolni, amennyit csak lehet, mert sosem tudhatjuk, mire lesz később szükségünk, vagy mi válik hangsúlyossá. Kivonatokat készítünk a kódokból, amit később át is lehet nevezni és csoportosítani, több vagy más csoportba beletenni, hiszen különféle témákban is előkerülhetnek bizonyos kódok. 3. A harmadik lépés a témák keresése. Miután megneveztük, csoportosítottuk és listáztuk a kódokat, egy szélesebb értelmezési szintre lépve keressük a témákat, amelyeket ezek a kódok lefednek és kirajzolnak. Ebben a szakaszban hasznos lehet vizuális ábrázolások használata a különböző kódok témákba rendezésében. Ekkor kezdünk el gondolkodni a kódok, a témák és a témák különböző szintjei közötti kapcsolaton. Ennél a szakasznál rajzolódni ki a leghangsúlyosabb témák, amelyekkel a későbbiekben szeretnénk foglalkozni. 4. Negyedik lépésként áttekintjük a témákat. Itt tisztul le, hogy melyek azok a témák, amelyek igazán jelen vannak. Lesznek témák, amelyeket elvethetünk, és lesznek, amelyek akár további témákra bonthatók. A témákon belüli adatoknak értelmesen össze kell kapcsolódnuk, miközben világos és azonosítható különbségeknek kell lenniük a témák között. 5. Az ötödik lépésben kerül sor a témák definiálására és elnevezésére. Ezen a ponton meghatározzuk és tovább finomítjuk azokat a témákat, amelyeket bemutatunk az elemzésben, és vizsgáljuk a hozzájuk tartozó adatokat. Ez alatt azt értjük, hogy megfogalmazzuk az egyes témák lényegi részét, és meghatározzuk, hogy az egyes témák milyen szempontból rögzítik az adatokat. A témáknak címeket adunk, melyeknek tömörnek és hatásosnak kell lenniük, hogy azonnal át tudják adni az olvasónak a téma esszenciáját. 6. Végző lépésként elkészítjük a jelentést. A témaelemzés elkészítésének feladata az, hogy elmondja az adatok bonyolult történetét oly módon, hogy az olvasót meggyőzze elemzésünk érdeméről és érvényességéről. A jelentés tömör, koherens, logikus, nem ismétlődő,

és érdekes beszámolót ad az adatokról. Olyan adatkivonatokat kerülnek kiválasztásra, amelyek jól bemutatják az adott témát. A kivonatokat be kell ágyazni egy elbeszélésbe, amely meggyőzően szemlélteti azt a történetet, amelyet az adatokról mesél, ezenfelül párhuzamba kell állítani a kutatási kérdéssel (Braun és Clark, 2006).

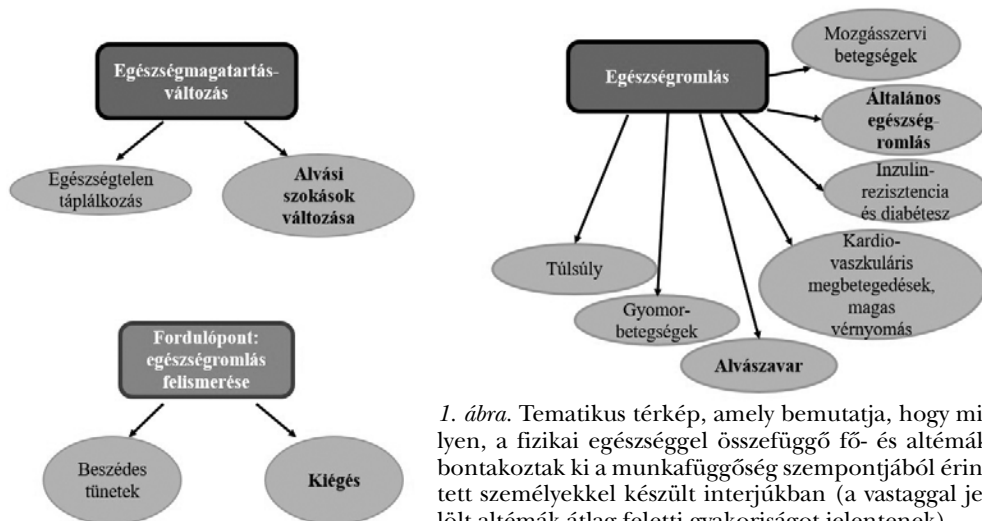
Az adatokat a kutatócsoport tagjai vették fel, az adatelemzést egymástól függetlenül a második és a negyedik szerző végezte el. Az elemzők számára a hatlépéses módszer során számos választási, döntési lehetőség merül fel, ezekre még az elemzés előtt válaszolni kell. Ez a módszer folyamatos reflektivitást és egyfajta dialógust igényel a kutatók részéről, továbbá fontos, hogy a kutatók közös elméleti keretben szemléljék és vizsgálják a megismerni kívánt adatokat. Az első ilyen dilemma, hogy mi számít témának. Téma az, ami megjelenik a kutatási kérdésünkben, és ami az adatok ismeretében folyamatosan fejlődhet és finomodhat. A második dilemma az elemzés induktív vagy deduktív megközelítésére vonatkozik. Jelen adatelemzés deduktív és induktív szinten is zajlott. Deduktív módszer alatt egy elméleti elemzést értünk, ahol felhasználunk valamilyen feltárt tudásrendszert, amelybe próbáljuk beilleszteni a kapott adatokat. Az induktív elemzés pedig egy adatvezérelt módszer, amikor nincs még kutatás az adott témában, hanem az adatok jelenítik meg magát az új témát, új kutatási eredményt. A harmadik dilemma az elemzés szemantikus vagy látens szintjére vonatkozik. Szemantikus szintű elemzésnél a felszíni tartalmakat vizsgáljuk, ahol elfogadjuk, hogy amit az interjúalany mond, az reprezentálja a valóságot, míg látens szintű elemzésnél mögöttes tartalmakat vizsgálunk. A témaelemzés során e három dilemma mentén olyan mintázatokat keresünk a kódok között, amelyek nem lennének láthatók egy kérdőíves kutatás eredményeiből.

A szakirodalmi eredmények alapján a deduktív elemzéshez 1. az egészségmagatartás-változás és 2. az egészségromlás témaköröket határoztuk meg. Az egészségmagatartás-változás kategóriájába olyan témákat soroltunk, amelyeket a vizsgálatban részt vevők olyan tevékenység- vagy viselkedésváltozásként írnak le, amely összefüggésben van a túlzott munkavégzéssel, és negatív hatással jár az egészségükre nézve. A szakirodalom szerint ilyen az egészségtelen táplálkozás, mozgáshiány, alvással kapcsolatos magatartások (Frone, 1999; Peter és mtsai, 1998; Salavecz, 2008, 2011). Az egészségromlás alatt a túlzott munkavégzés következtében létrejött testi következményeket, betegséget értettük, mint például az alvászavart és elhízást (Kecklund és Akerstedt, 2004; Kivimaki és mtsai, 2006). Az induktív adatelemzés lehetővé tette, hogy a túlzott munkavégzés és a fizikai egészség témakörében megjelenő további felbukkanó tartalmakat is elemezzük. Az elemzést a szövegek szemantikus rétegének vizsgálatával végeztük, és arra fókuszáltunk, hogy az interjúalanyok mit mondanak. Az elemzéshez a teljes korpuszt felhasználtuk, de azokat a részeket elemeztük részletesen, amelyek a túlzott munkavégzés és a fizikai egészség összefüggéseit mutatták be. A két elemző egymástól függetlenül végezte az elemzést, majd konszenzusra jutottunk a vizsgálati tárgyra vonatkozó szövegrészletekről. Az adatelemzésnél alapvetően Braun és Clarke (2006) hatlépéses módszerét követtük, amely egy nemlineáris folyamatként írható le, tehát a lépések nem szigorúan követik egymást, hanem dinamikusán változnak. A szövegek megismerése már a beszélgetésekkor kialakított személyes hangvételben megkezdődött, amit aztán az újrhallgatás és gépelés követett. Az interjúk többszöri elolvasását és nyílt elemzését kiegészítette a fizikai egészségromlás és az egészségmagatartás-változás témaköreinek feltárása. A kódolás elvégzése után az első és a negyedik szerző össze-

gezte a kódokat. A kódolási folyamathoz az Atlas.ti Cloud Beta programot használtuk (Atlas.ti, 2018). Az Atlas program nagymértékben segíti, gyorsítja és átláthatóbbá teszi a sokszor nagy méretű kvalitatív adatkorpuszok feldolgozását. Lehetővé tette számunkra a szövegszerű kódolási munkát, illetve vizualizációs elemei segítették az adatok feldolgozását. Végül arra is használtuk, hogy az adatokat kategóriákba rendezzük, és azokon elvégezhesük az összehasonlító elemzést is (Sántha, 2017). Az elemzés során a Document Manager menüpontot az elkészült átiratok feltöltésére és áttekintésére, a Code Manager menüpontot a kódok megalkotására és csoportosítására használtuk, és végül a Quotation Manager menüpont az idézetek áttekinthetőségében, szövegekben való előfordulásuk közötti könnyű eligazodásában és visszakeresésükben nyújtott segítséget.

EREDMÉNYEK

A vizsgálatban előzetesen meghatározott két témakörben, vagyis az 1. egészségmagatartás-változás témakörében az egészségtelen táplálkozás és az alvás önmaguktól megvonása jelent meg, a 2. egészségromlás témájában az általános egészségromlás mellett konkrétan beszámoltak: mozgásszervi betegségekről, inzulinrezisztencia kialakulásáról, kardiovaszkuláris és gyomorbetegségekről, alvászavarról, valamint túlsúlyról. Az alvás témája tehát mind a két fő témakörben megjelent: az egészségmagatartás-változás esetében olyan tartalmakat soroltunk az „alvási szokások megváltozása” kategóriába, amelyeknél az alvási magatartás közvetlen (szándékos) vagy közvetett megváltozása jelent meg, ezzel szemben az egészségromlás kategóriánál az „alvászavar” azt jelöli, ahol az érintetteknek már egyértelműen kialakult egy egészségügyi probléma, és tartós zavarról beszélhetünk. Ezekon kívül az elemzés feltárta az egészségromlás mint fordulópont és a kiégés mint az egészségromlás tünete témakörét. Eredményeinket az illusztratív



1. ábra. Tematikus térkép, amely bemutatja, hogy milyen, a fizikai egészséggel összefüggő fő- és altémák bontakoztak ki a munkafüggőség szempontjából érintett személyekkel készült interjúkban (a vastaggal jelelt altémák átlag feletti gyakoriságot jelentenek)

2. táblázat. Az interjúkban megjelenő fő- és altémák előfordulásainak száma

Fő- és altémák	Előfordulások száma az interjúkban
Egészségmagatartás-változás	63
alvási szokások változása	51
egészségtelen táplálkozás	12
Egészségromlás	188
általános egészségromlás	42
alvászavar	51
kiégés	22
kardiovaszkuláris betegség, magas vérnyomás	19
beszédes tünetek	15
gyomorbetegségek	13
inzulinrezisztencia, diabétesz	9
túlsúly	9
mozgásszervi megbetegedés	8

bemutató eszközével, idézetek segítségével mutatjuk be, illetve tématerkép (1. ábra) segítségével illusztráljuk a főbb témákat és altémákat. A 2. táblázatban pedig összefoglaljuk, hogy az egyes témákhoz és altémákhoz tartozó kódok hány alkalommal fordultak elő a 29 interjúban.

A továbbiakban részletesen bemutatjuk az interjúk elemzésének eredményeképpen meghatározott fő témákat és altémákat. A témák rövid bemutatása mellett a résztvevőktől vett idézetekkel illusztráljuk az eredményeket, így hangot adva az élményeknek, amelyeket a résztvevők az egészségmagatartás-változással, valamint az egészségromlással átélnek a beszámolóik szerint.

Egészségmagatartás-változás

Az interjúalanyok a túlzott munkavégzéssel összefüggő egészségmagatartás-változásról, azon belül pedig főként a táplálkozás és az alvási szokások megváltozásáról számoltak be.

Egészségtelen táplálkozás

„Hát az, hogy mondjuk átlag havi 400 órát dolgozik egy ember, ha nem többet. Nagyjából. És hát a kóla, energiatital, hamburger és egyéb más 'junk food'-ok az ételmezési forrás.”

„Mindig ott bent kellett lenni, de amúgy este 11 az halál. Ugye ott normális vacsorák is kimaradnak, meg hasonlók.”

Alvási szokások megváltozása

Jelentős témaként jelent meg az alvási szokások megváltozása, amire az érintettek számos indokot neveztek meg. Az interjúkból négy csoport mintázata rajzolódott ki. Az egyik csoport, akik szeretnének aludni, de nem tudnak, mert a munkahelyi dolgok mennek a fejükben, „folytatják álmunkban a munkát”, „agyalnak tovább”, „stresszelnek a munkán”, ezért ők „rettenetes alvók”, és volt, aki rémálmokkal küzdött.

„Tehát én mindig híres voltam arról, hogy lefekszem, kikapcsolom az agyamat és úgy alszom, mint a bunda reggelig. Az elmúlt időben, években nem nagyon, ahogy ugye erősödik a versenyhelyzet satöbbi. Az elmúlt időben ez nem nagyon megy, és ha nem elégedetten fekszem le, akkor nem tudok aludni.”

„Ha udvariatlan vagyok a kollégákkal az is, napokig nem alszom utána.”

A második csoportba tartoztak azok, akik azért nem aludtak, mert éjszaka dolgoztak különféle okokból, különböző intenzitással: például ilyen volt a munka jellege, vagy az, hogy éjszaka volt idejük elvégezni a napközben elmaradó feladatokat.

„Ahogy abbahagytam az éjszakázást, ez helyreállt [az egészségügyi problémája]. Én ezt az éjszakázásnak tulajdonítom be.”

„Volt amikor tényleg... A rekordom az, hogy 4 napig nem aludtam. Nem volt jó. És ha egyszer nem alszom, akkor utána rosszabb, szóval kivagyok egy-két napig legalább, és az úgy rossz.”

A harmadik csoportba tartoztak azok az interjúalanyok, akik nem a munka miatt nem tudtak aludni, hanem egyéb tevékenységek végzése állt a háttérben, felvetve más viselkedési addikciók jelenlétét:

„Volt egy időszakom, hogy elég sokáig is dolgoztam, aztán hazamentem, és akkor éppen nem volt párom, és pókeréztem. Beiratkoztam egy versenyre este 8-kor, és mondjuk nem estem ki, csak hajnal 3-kor. És másnap mentem reggel dolgozni, tehát az iszonyatosan fárasztó volt.”

„Számítógéppel játszottam nagyon sokat, és akkor az elég erőteljes volt. Volt olyan, hogy leültem és akkor órákat. Volt olyan, hogy nem lehetett hozzám szólni, mert azt sem vettem észre. [...] Éjszaka, na meg napközben is.”

A negyedik csoportba pedig azok kerültek, akik nem is szerettek volna aludni, mert haszontalan időnek tartották, vagy úgy gondolták, a munka miatt muszáj ébren vagy félig ébren tölteniük az éjszakát, hogy azonnal tudjanak reagálni. Többen megvonták maguktól az alvást.

„Volt egy idő, amikor csökkenteni próbáltam az alvásomat, hogy hány óra az, amit bírok. És akkor kitaláltam, hogy nagyjából mennyi, de aztán az felborul és most már nem figyelek én így erre ennyire tudatosan.” [Kérdező: „Tehát azért jelölte ki, hogy minél kevesebbet aludjon?”] „Igen, hogy a többit azt aktívan tudjam tölteni. Igen.”

„Azt kívánom, hogy legyen valami szer, ami segít, hogy ne kelljen aludni. Tehát, hogy így napokat ne kelljen aludni, és akkor így utolérném magam. Szeretnék mondjuk egy 52 órás napot, amikor nem kell aludni, és akkor megcsinálom mindent.”

Egészségromlás

A túlzott munkavégzés és egészségromlás témaköre általánosan vagy specifikusan is megjelent a 29 résztvevő beszámolójában a végzett munka jellegétől, nemtől és életkortól függetlenül. A beszámolókból megjelentek specifikus betegségek: inzulinrezisztencia, cukorbetegség, alvászavar, kardiovaszkuláris és gyomorbetegségek, elhízás. Az egészségromlást már meglévő betegség súlyosabbá válásában vagy új betegségek kialakulásában észlelték magukon. Ha nem csak az önmaguknak szabott mérce, de külső tényezők, mint munkahelyi problémák, átszervezés vagy túlkontrolláló főnök is szerepelt a történetben, akkor az egészségromlást a munkatársaikon is megfigyelték.

Általános egészségromlás

Az általános egészségromlást a már meglévő betegségek kiújulásában, intenzitásának növekedésében (szemek fáradása, migrén) vagy gyorsabb öregedésként élték meg. „Hát... átlagban úgy érzem magam, mint egy 200 éves ember. Tehát gyakorlatilag [nevet] mindig mindenem fáj.”

Mozgásszervi betegségek

A meglévő vagy kialakuló mozgásszervi betegségeket a túlzott stresszel és a nem megfelelő munkakörülményekkel hozták összefüggésbe.

„Így a gerincservemre is nagyon csúnyán ráment ez a sok stressz.”

„Mert nyilván a hátam az fáj, előtte is volt már gerincferdülésem. El se merek menni röntgenre, hogy most hogy néz ki a gerincem, mert ugye nincs hely a lakásban. Tehát vagy ágyon ülve dolgozom, vagy egy nagyon kényelmetlen étkezőasztalnál. Tehát az nagyon fáj, tehát azzal biztosan kellene foglalkoznom.”

Inzulinrezisztencia és diabétesz

Az inzulinrezisztencia jeleinek megtapasztalása, valamint a diagnózis a túl sok munka vagy a túl sok stressz okozta egészségromlás élményével társult. A betegség következményeit fizikai tünetekben és a viselkedésváltozásban (pl. türelmetlenség) is megfigyelték önmagukon, amelyet a munkahely tényezőivel (pl. stresszes környezet, főnök) hoztak összefüggésbe.

„És hát az összes többi kollégánál inzulinrezisztencia, cukorbetegség, magas vérnyomás, tehát így kérdezte is az üzemorvos, hogy én a névsor végén, hogy «mit csinálnak itt magukkal?»”

Kardiovaszkuláris megbetegedések, magas vérnyomás

„Hát a vérnyomásom az elég magas. Most is küzdök amúgy vele. Egyrészt szerintem a munkából adódik a stressz, tehát az iszonyatosan nagy nyomás. A másik meg örökletes tényező. Ez a kettő. És nekem ezért is muszáj, hogy sportoljak.”

Alvászavar

„Most ez már jó pár hónapja tart, belecsúsztam egy [...], most már alvászavarnak hívnam [...], tehát nagyon nehezen alszom el. És hogy ez most már kezd ilyen extrém mértéket ölteni, hogy tényleg éjjel három, fél négy, hogy még látom az órát, megnézem az órát.”

Gyomorbetegségek

Az interjúalanyok közül sokan szenvedtek gyomorgyulladásban, gyomorfájdalomban vagy akár gyomorfekélyben is.

„Hát most nem tudom, hogy ettől-e, de úgy tényleg gyomorfájdalmak, ami akkor múlt el, amikor vége lett a projektnek, akkor így szinte pillanatok alatt elmúlt. Tehát én is elmentem vele orvoshoz, meg gyomorfekély, már nyilván mindenre gondoltam, tehát az volt.”

„Hát ez már így jelzés, hogy a gyomorgyulladás mitől alakulhat ki egy embernél, ha túltolja ezeket a dolgokat, meg ugye a stressz még rámegey.”

Túlsúly

Sokan szerettek volna megszabadulni túlsúlyuktól, terveznek fogyókúrába fogni, vagy azt sikernek megélni, ha vékonyabbak lehetnének. Volt, akinek a súlycsökkenés sokat segített az alvásminőségén vagy az egészségi állapotán.

„Hát a [cégnev]-nél volt ez a súlygyarapodásom, úgyhogy igen, az egyértelmű, hogy az egészség rovására ment.”

Fordulópont: az egészségromlás felismerése

Az egészségromlás felfedezését mintegy fordulópontként írták le a személyek, amikortól elgondolkodtak a munkatempó csökkentésén, munkahelyváltáson, attitűdváltoztatáson. A fordulópontra úgy is utaltak az elbeszélésekben, hogy „elhasználódtak” a túlzott munkavégzésben. Ez némely esetekben elvezetett egyfajta önismereti felismeréshez, ami a saját munkához, eredményhez, teljesítményhez fűződő viszonyukat és a saját határaik, idejük, egészségük védelmét idézte elő. Ugyanakkor többen úgy számoltak be erről a fordulatról, mint amely által jobban megismerték a saját magukat kizsákmányoló „személyiségüket”.

Beszédes tünetek

Olyan, számukra figyelemfelkeltő tüneteket meséltek el, amelyeket különösnek és „beszédesnek” értékeltek. Mintha a semmiből érkeztek volna, minden előjel nélkül. Nem kapcsolták össze semmilyen egyéb betegséggel, ezeket pszichoszomatikus tüneteknek élték meg, ami később arra ösztönözte őket, hogy a túlzott munkavégzés és az egészségromlás között összefüggést keressenek.

„Egyszer volt egy nagyon beszédes betegségem vagy nem is tudom, hogy mi. Hiszek benne, hogy minden ilyet magunknak generálunk. Semmi nem történt, nem voltam se megfázva, semmi, és elment a hangom. Nem tudtam beszélni, akármit tettem, nem tudtam és az egy nagyon tanulságos dolog volt, mert saját magamat próbáltam leállítani, hogy szünet legyen, mert munkaképtelenné tettem magamat azzal, hogy elment a hangom. Pedig nem volt semmi sem, se hangszálglyulladás, se megfázás, semmi, csak egyszerűen elment a hangom.”

„Körülbelül 4 évvel ezelőtt volt egy rosszullétem, amikor úgy döntött a cégvezetés velem közösen, meg a nejemmel [nevet], hogy akkor változtatni kell az életmódon. Elájultam, fekédttem a földön, és úgy találtak meg. Senki nem tud róla semmit. Elvittek a kórházba. Először azt hitték, hogy stroke-ot kaptam, aztán elvittek az amerikai útra, ott vizsgálgattak két hétig, aztán megsimogatták a buksimat, és hazaküldtek, hogy akkor most én kipihentem magam.”

Arról is beszámoltak az érintettek, hogy amiatt kezdtek észrevenni, hogy valami gond van a munkavégzésükkel, mert romlott az egészségük.

„És volt egy pillanat, amikor olyan szinten romlott le az egészségügyi állapotom, hogy ez így már nem ment tovább.”

Kiegész mint az egészségromlás tünete

A kiegész gyakori téma az interjúkban, akár az „emberekkel való kommunikáció” miatt, akár mentális és fizikai fáradtság miatt. Többen utánaolvastak a témában, és így állapították meg, hogy vélhetően ezen tünetek alapján ők is kiegész. Nem kevesen fiatalokorokban tapasztalták meg a kiegész.

„Észleltem magamon tüneteket, amik, miután elkezdtem erről olvasni, rájöttem, hogy a kiegészzel álllok szemben.”

DISZKUZZSIÓ

Jelen kutatás célja a munkafüggőség fizikai egészséggel, egészségromlással, stresszel és egészség-magatartással való kapcsolatának vizsgálata volt. Ehhez olyan személyeket kérdeztünk félig strukturált interjú segítségével, akik egy előzetes felmérés alapján munkafüggőség szempontjából a kockázati csoportba kerültek. Kutatásunk egyik fő újdonsága és eredménye így abban mutatkozott meg, hogy a korábbi, elsődlegesen kvantitatív kutatásokkal szemben lehetőségünk nyílt validált mérőeszközök alapján toborozni a résztvevőket, akik a probléma szempontjából érintettek.

A korábbi – kvantitatív – kutatások ugyan megállapították, hogy a munkafüggőség számos kedvezőtlen testi és lelki egészségmutatóval jár együtt (Clark és mtsai, 2016), de nem derült ki belőlük, hogy a két tényező között milyen irányú és mintázatú összefüggés mutatkozik. Jelen interjúk tematikus elemzése ugyanakkor egyértelműen rámutatott, hogy az érintett személyek a fizikai egészségi állapotukban megjelenő panaszait a túlzott munkavégzés és munkafüggőség *következményeként* írták le. A testi tüneteknek és fizikai megbetegedéseknek széles palettája jelent meg a beszámolók során. Tartalomelemzéssel (kvalitatív témaelemzéssel) végzett elemzésünkben két fő témát azonosítottunk, majd azon belül tártuk fel az egyes, konkrétabb témákat

az egészségre vonatkozóan. Már a témák elnevezése is utal az időbeli tényezőre, a hosszmetzeti jellegre: arra, hogy a munkafüggőség miként *hatott* a személyek egészségi állapotára. A válaszok alapján ugyanis az derült ki, hogy a maladaptív munkavégzési mintázat negatív hatással volt a személyek egészségi állapotára, így az egyik fő témát *egészségromlás* kategóriaként azonosítottuk. Ennek keretében számos panasz és betegség fogalmazódott meg az interjúk során. Az érintettek azt élték meg, hogy általánosságban rosszabb fizikai állapotba kerültek a túlzott munkavégzés következtében, illetve magas vérnyomásról, szív- és érrendszeri tünetekről, gyomor- és emésztési problémákról, migrénes tünetekről, hátfájásról és gerincproblémákról, autoimmun betegségek (inzulinrezisztencia és diabétesz) kialakulásáról és igen gyakran alvással kapcsolatos problémákról számoltak be, és mindezt a munkával kapcsolatos túlzott elköteleződés eredményeként. Ezek az eredmények tehát egyrészt párhuzamba állíthatók más kutatások eredményeivel, hiszen különösen, ami a szív- és érrendszeri betegségeket (Salanova és mtsai, 2016), a hátfájást (Matsudaira és mtsai, 2013) és az alvászavarokat (Salanova és mtsai, 2016) illeti, más országokban és más módszertanú kutatásokban is feltárták az együtt járást a munkafüggőséggel kapcsolatosan. Eredményeink azonban felhívják a figyelmet arra, hogy a fizikai egészségi panaszok egy még szélesebb körét érintheti a maladaptív munkavégzés: mind emésztési és neurológiai panaszok, mind pedig autoimmun betegségek kockázatának fokozódásával is járhat a munkafüggőség. Mindezek mellett az érintettek olyan megmagyarázhatatlan, „beszédes” tüneteket is tapasztaltak, amelyeket egyértelműen a túlzott munkavégzés számlájára írtak, és amelyek egy későbbi kényszerpihenő hatására el is múltak. Ezen pszichoszomatikus tünetek a munkafüggőség szakirodalmában ez idáig nem kerültek a vizsgálatok fókuszába, ám a jövőbeli kutatásokban mindenképpen érdemes lenne alaposabban megvizsgálni őket.

Az alvászavar és a munkafüggőség szoros együtt járását bár több kutatás is bizonyította (Salanova és mtsai, 2016; Kubota és mtsai, 2010, 2014), a mi eredményeink azzal árnyalják az eddigi tudásunkat, hogy jobban megérthetjük: milyen különböző *okai* lehetnek annak, hogy a munkafüggő személyek alvási nehézségekkel küszködnek. Az egyik megfogalmazott oka az alvásproblémáknak, hogy az érintettek nehezen tudnak éjszaka kikapcsolni, és gondolatban félretenni a munkájukat. A teendőkön és munkahelyi gondokon való folyamatos „agyalás” megakadályozza őket abban, hogy kellő mennyiségben és minőségben aludjanak. Emellett a nagymértékű stressz és a túlhajszoltság rémálmokat is okoz számukra, ami szintén rontja az alvásminőséget. Egy másik gyakori jelenség, hogy az érintettek alvás helyett is dolgoznak. Ennek hátterében sokszor az áll, hogy a személyek addig nem képesek lazítani, amíg nyomasztja őket a sok feladat. Ez a mintázat jól kapcsolódik ahhoz a kutatási eredményhez, miszerint a munkafüggő személyek magas perfekcionizmussal jellemezhetők (Clark, Lelchook és Taylor, 2010; Girardi és mtsai, 2015). Ugyanakkor azt is megfogalmazták, hogy sokszor sajnálják is az időt alvással tölteni, mivel a munkához viszonyítva haszontalan dolognak tartják. Végül az is visszatérő élmény volt, hogy az alvászavar és a munkafüggőség kapcsolatát valamilyen egyéb, harmadik tényező is befolyásolta, pl. szerencsejáték vagy videójáték-használat: a túlzott munkavégzés és munkahelyi stressz levezetésére egyéb, akár viselkedési addikciókba is „belecsúszhat” a személy, és ez is akadályozza őt abban, hogy éjszaka kellő mértékben kipihenhesse magát. A munkafüggőség egyéb

viselkedési addikciókkal való kapcsolatát eddig még csupán néhány kutatás vizsgálta (Laconi, Trichard és Chabrol, 2015; Villella és mtsai, 2011), ám ezek szignifikáns pozitív kapcsolatokról számoltak be mind a problémás internethasználat, mind pedig a szerencsejáték-zavar vonatkozásában. Ezen a téren mindenképpen több kutatásra lenne szükség, hogy mélységében megismerhessük ezen viselkedési problémák összekapcsolódásának okait.

Az interjúkból arra is fény derült, hogy az egészségügyi panaszok és testi tünetek megjelenésének hátterében nem megfelelő egészség-magatartási szokások is fellelhetők. Idetartozik a rendszertelen és egészségtelen táplálkozás, az ebből és az ülőmunkával töltött idő dominanciájából fakadó súlygyarapodás, illetve a megfelelő mennyiségű pihenés és alvás hiánya. A tartomelemzésünk során azonosított másik fő téma szintén implikálja a munkafüggőség és az egészségi állapot közötti kapcsolat folyamat jellegét: az *egészségmagatartás-változás* mint kategória azt fejezi ki, hogy az érintettek egyrészt azt is megélték, hogy a túlzott munkavégzés miatt kedvezőtlen irányba változott az egészség-magatartásuk, másrészt, egy fordulópontot követően arra jöttek rá, hogy saját érdekükben változtatniuk kell életmódjukon. Ezek az eredmények felhívják a figyelmet a más kémiai és viselkedési addikciókkal kapcsolatos hasonlóságokra: az adott tevékenység – jelen esetben a munka, míg más esetekben a drog, a játék vagy egyéb magatartásformák – annyira eluralkodnak a személy életén, hogy annak káros következményeit az élet különböző területein, így testi és lelki egészség állapotán is megtapasztalja. Másrészt az is igen gyakori más addiktív zavarokban is, hogy a személynek valamilyen krízishelyzetet kell megélnie ahhoz, hogy észlelje az adott magatartás maladaptív jellegét. Hasonló eredményeket talált Russell (2013) is amerikai munkafüggők körében: ők akkor ismerték el a munkafüggőség jelenlétét, amikor valamilyen szembetűnő negatív változás történt az életükben, például tönkrement a párkapcsolatuk.

Kutatásunk újszerűsége, hogy a munkafüggőség szempontjából érintett személyeket a kvalitatív témaelemzés módszerével vizsgáltuk. Ezen módszertan hazánkban kevéssé használt eljárás, holott számos különböző jelenség megismerésére alkalmazható, különböző populációkban. A témaelemzés módszerével vizsgáltak már többek között szexuális erőszakot elszenvedő hetero- és biszexuális személyeket (Braun, Terry, Gavey és Fenaughty, 2009), policisztás ovarium szindrómában szenvedő nőket (Kitzinger és Willmott, 2002), illetve fiatal egyedülálló nőket a rájuk nehezedő, nemi szerepekkel kapcsolatos elvárásokról (Pickens és Braun, 2018). Olyan kutatás azonban ez idáig még nemzetközi szinten sem történt, amelyben munkafüggőség szempontjából érintett személyekkel készített interjúkat elemeztek a témaelemzés módszerével. Kutatásunk összességében rávilágított arra, hogy a munkafüggőség szempontjából érintett személyek számos fizikai problémáról, testi panaszról és betegségről számolnak be, melyet egyértelműen a túlzott munkavégzésnek tulajdonítanak. Ez egyértelmű bizonyítéka annak, hogy a munkafüggőség nem egy „pozitív addikció”, ahogy ezt laikus körökben tévesen hiszik (Robinson, 1998; Kun, 2018), és ahogy erre egyes szakemberek utalnak (Buelens és Poelmans, 2004). Maga a „pozitív addikció” fogalma önmagában is egy téves megközelítés, hiszen az addiktív zavarok egyik kulcsjellemzője, hogy az adott tevékenység már káros hatással van a személyre és környezetére nézve. Ez a munkafüggőség esetében is igaz, így ezt a megközelítést mindenképpen szükséges

elvetnünk. Eredményeink pedig aláhúzzák a munkafüggőség addiktológiai megközelítését, hiszen a túlzott munkavégzés ártalmas következményeit maguk az érintettek is érzik. Jelen kutatásban csupán a fizikai egészséggel kapcsolatos tényezőkre fókuszáltunk, ám számos vizsgálat mutatja azt is, hogy a munkafüggőség párkapcsolati és családi konfliktusokkal (Flowers, Robinson és Carroll, 2000; Balducci, Avanzi, Consiglio, Fraccaroli és Schaufeli, 2017), illetve munkahelyi konfliktusokkal és kontraproduktív munkahelyi viselkedéssel jár együtt (Balducci, Cecchin, Fraccaroli és Schaufeli, 2012; Clark és mtsai, 2016). Eredményeink tehát további bizonyítékként szolgálnak azon mítosz ledöntésével kapcsolatosan, hogy a munkafüggőségnek nincsenek negatív következményei, és ha vannak, azok legfeljebb pszichoszociális természetűek (Griffiths és mtsai, 2018; Kun, 2018).

A kutatás korlátai

Jelen kutatás több limitációval is jellemezhető. Egyrészt, az interjúk kb. 1,5 évvel az azt megelőző, kvantitatív kutatás után készültek, és ennyi idő alatt a résztvevők munkavégzésében történhetek változások. Ugyanakkor az interjúk általános retrospektív jellege miatt ez nem jelentett kiemelt problémát. Bizonyos esetekben ez még pozitív hozadékat is jelenthetett, mivel volt olyan interjúalany, aki időközben már kilábalta munkafüggő időszakából, így már a változás élményeiről is be tudott számolni. Ezzel együtt természetesen az emlékezeti folyamatok mindenképp torzíthatták a válaszokat. Másrészt a vizsgálat külső validitása korlátozott az alacsony elemszám miatt. Harmadrészt a kutatásunkban olyan személyeket kérdeztünk, akik egy megbízható és valid szűrőteszten munkafüggőség szempontjából a veszélyeztetett csoportba kerültek – ugyanakkor a mérőeszköz elsősorban csak a magas kockázatot jelöli, a tényleges addikciót diagnosztikus értékkel nem állapítja meg (amiatt sem teheti, mivel a munkafüggőségnek jelenleg nincsenek hivatalos diagnosztikus kritériumai). A magas kockázat/veszélyeztetettség pedig nem feltétlenül jelenti, hogy valaki ténylegesen munkafüggőségben szenved. Jövőbeli kutatásoknak érdemes volna olyan módszereket alkalmazniuk, amelyben még pontosabban megállapítható a zavar aktuális jelenléte. Az interjúink során ugyanakkor megerősítést nyert, hogy minden résztvevőnek vagy aktuálisan vagy a közelmúltban volt problémája ezzel a jelenséggel. Negyedrészt, az interjúkat több (összesen nyolc) személy vette fel, ez pedig torzításokat okozhatott a kérdéses technikában való homogenitásban. Azonban a kvalitatív módszertanú vizsgálatok esetén az érvényesség és megbízhatóság biztosításának más eszközei vannak, mint egy kvantitatív vizsgálatban (Franbach, Van der Vleuten és Durning, 2013). A külső érvényességet a kvalitatív vizsgálatokban a hitelesség növelésével érjük el, amelynek eszközei lehetnek a különböző triangulációk (adat-, módszertani, elméleti vagy kutatói triangulációk). A vizsgálatban a kutatói triangulációt alkalmaztuk, vagyis két kutató is elemezte az adatokat. A külső validitás a kvantitatív és a kvalitatív vizsgálatokban a bizonyítékok alkalmazhatóságát jelenti, míg ez a kvantitatív vizsgálatokban az általánosíthatóságban és a reprezentativitásban jelenik meg, a kvalitatív vizsgálatokban a transzferábilis jellemző az antropológiai sűrű leírásokban vagy azzal érhető el, ha az eredményeket az ismert szakirodalommal összevetve részletes diszkusszióban jelenít-

jük meg. A vizsgálat az utóbbit választotta. A reliabilitás fogalma a kvalitatív vizsgálatokban a szaturáció, az iteratív adatgyűjtés vagy -elemzés eszközével ragadható meg. A mi vizsgálatunk az ismételt adatelemzést választotta. A kvantitatív vizsgálatoktól elvárt objektivitás a kvalitatív módszertannal végzett vizsgálat jellegéből adódóan nem elvárható, ezért a kvalitatív vizsgálatok bizonyíthatóságát a folyamatos reflexivitás jellemzi. Vizsgálatunkban a folyamatos elméleti és a módszertani reflexivitást a heterogén kutatócsoport munkája biztosította.

KÖVETKEZTETÉSEK

Kutatásunkban egy olyan területtel foglalkoztunk, amelyet számos tévhit, vita és fenntartás övez laikus és szakmai körökben egyaránt (Billieux, Schimmenti, Khazaal, Maurice és Heeren, 2015; Kardefelt-Winther és mtsai, 2017). Azonban magukkal az érintettekkel, azaz a munkafüggőség szempontjából kockázati csoportba tartozó személyekkel készített interjúk azt mutatták, hogy a probléma nemcsak hogy létezik, hanem a túlzott munkavégzés számos kedvezőtlen tényezővel, köztük egészségromlással, fizikai panaszokkal és betegségekkel jár együtt. Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a munkafüggőség egy olyan probléma, amely sokkal több figyelmet érdemelne – mind a felismerés és szűrés, mind az intervenciók és a prevenció területén. Mindehhez azonban még több kutatásra lenne szükség, hiszen az okokat és a kezelési lehetőségeket illetően rendkívül keveset tudunk a zavarról. A jövőben érdemes volna még több olyan – kvalitatív és kvantitatív – kutatást megvalósítani, amelyben munkafüggő személyek vesznek részt, hogy még mélyebben feltárjuk a jelenség mögöttes mozgatórugóit is.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Kun Bernadette a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János Kutatási Ösztöndíjában és az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-19-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának szakmai támogatásában részesült. A tanulmány elkészítését a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal támogatta (FK134807, KKP126835, Tématerületi Kiválósági Program 2020 – Intézményi Kiválósági Alprogram: TKP2020-IKA-05)

IRODALOM

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., Hetland, J., Kravina, L., Jensen, F., & Pallesen, S. (2014). The prevalence of workaholism: a survey study in a nationally representative sample of Norwegian employees. *PLoS One*, 9(8), e102446. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0102446>
- Atlas.ti. (2018). *ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH. Qualitative Data Analysis. Version 8.0*. Berlin.

- Atroszko, P. A., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2019). Beyond the myths about work addiction: Toward a consensus on definition and trajectories for future studies on problematic overworking. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(1), 7–15. <https://doi.org/10.1556/2006.8.2019.11>
- Atroszko, P. A., Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2020). Work addiction, obsessive-compulsive personality disorder, burn-out, and global burden of disease: Implications from the ICD-11. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 660. <https://doi.org/10.3390/ijerph17020660>
- Avanzi, L., Van Dick, R., Fraccaroli, F., & Sarchielli, G. (2012). The downside of organizational identification: Relations between identification, workaholism and well-being. *Work & Stress*, 26(3), 289–307. <https://doi.org/10.1080/02678373.2012.712291>
- Balducci, C., Avanzi, L., Consiglio, C., Fraccaroli, F., & Schaufeli, W. B. (2017). A cross-national study on the psychometric quality of the Italian version of the Dutch Work Addiction Scale (DUWAS). *European Journal of Psychological Assessment*, 33, 422–428. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000300>
- Balducci, C., Cecchin, M., Fraccaroli, F., & Schaufeli, W. B. (2012). Exploring the relationship between workaholism and workplace aggressive behaviour: The role of job-related emotion. *Personality and Individual Differences*, 53, 629–634. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.05.004>
- Belkic, K. L., Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., & Baker, D. (2004). Is job strain a major source of cardiovascular disease risk? *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 30(2), 85–128. <https://doi.org/10.5271/sjweh.769>
- Billieux, J., Schimmenti, A., Khazaal, Y., Maurage, P., & Heeren, A. (2015). Are we overpathologizing everyday life? A tenable blueprint for behavioral addiction research. *Journal of Behavioral Addictions*, 4(3), 119–123. <https://doi.org/10.1556/2006.4.2015.009>
- Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101, 343–362.
- Borbély, T. Ö., & Pecze, M. (2006). A munkafüggőség (workaholism) szakirodalmának áttekintése. *Addiktológia*, 5(4), 359–381.
- Böthe, B., Potenza, M. N., Griffiths, M. D., Kraus, S. W., Klein, V., Fuss, J., & Demetrovics, Z. (2020). The Development of the Compulsive Sexual Behavior Disorder Scale (CSBD-19): An ICD-11 Based Screening Measure Across Three Languages. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 247–258. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00034>
- Brand, M., Rumpf, H.-J., Demetrovics, Z., Müller, A., Stark, R., King, D. L., et al. (2020). Which conditions should be considered as disorders in the International Classification of Diseases (ICD-11) designation of “other specified disorders due to addictive behaviors”? *Journal of Behavioral Addictions* [Epub ahead of print]. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00035>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., Terry, G., Gavey, N., & Fenaughty, J. (2009). 'Risk' and sexual coercion among gay and bisexual men in Aotearoa/New Zealand-key informant accounts. *Culture, Health & Sexuality*, 11(2), 111–124. <https://doi.org/10.1080/13691050802398208>
- Buelens, M., & Poelmans, S. A. (2004). Enriching the Spence and Robbins' typology of workaholism: Demographic, motivational and organizational correlates. *Journal of Organizational Change Management*, 17(5), 440–458. <https://doi.org/10.1108/09534810410554470>
- Clark, M. A., Lelchook, A. M., & Taylor, M. L. (2010). Beyond the Big Five: How narcissism, perfectionism, and dispositional affect relate to workaholism. *Personality and Individual Differences*, 48, 786–791. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.013>

- Clark, M. S., Michel, J. S., Zhdanova, L., Pui, S. Y., & Baltes, B. (2016). All work and no play? A meta-analytic examination of the correlates and outcomes of workaholism. *Journal of Management*, 42, 1836–1873. <https://doi.org/10.1177/0149206314522301>
- Clark, M. A., Smith, R. W., & Haynes, N. J. (2020). The Multidimensional Workaholism Scale: Linking the conceptualization and measurement of workaholism. *Journal of Applied Psychology*, 105(11), 1281–1307. <https://doi.org/10.1037/apl0000484>
- Cooper, C. L., & Davidson, M. (1987). Sources of stress at work and their relation to stressors in non-working environments. In: Kalimo, R., ElBatawi, M. A. E., & Cooper, C. L. (Eds.), *Psychological factors at work and their relation to health* (pp. 99–123). Geneva: World Health Organization.
- Demetrovics, Z., & Griffiths, M. D. (2012). Behavioral addictions: past, present and future. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(1), 1–2. <https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.1.0>
- Demetrovics, Zs., & Kun, B. (2007). Viselkedési addikciók. In: Demetrovics, Zs (szerk.), *Az addiktológia alapjai I.* (pp. 133–225). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics, Zs., & Kun, B. (2010a). *Az Addiktológia alapjai IV. Viselkedési függőségek.* Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Demetrovics, Zs., & Kun, B. (2010b). A viselkedési függőségek és az impulzuskontroll egyéb zavarainak helye az addikciók spektrumán. In: Demetrovics, Zs., & Kun, B. (szerk.), *Az Addiktológia alapjai IV. Viselkedési függőségek* (pp. 29–40). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Fassel, D. (1992). *Working ourselves to death.* London: HarperCollins.
- Flowers, C., Robinson, B. E., & Carroll, J. J. (2000). Criterion-related validity of the Marital Disaffection Scale as a measure of marital estrangement. *Psychological Reports*, 86(3), 1101–1103. <https://doi.org/10.2466/pr0.2000.86.3c.1101>
- Frambach, J. M., Van der Vleuten, C. P. M., & Durning, S. J. (2013). AM Last Page: Quality Criteria in Qualitative and Quantitative Research. *Academic Medicine*, 88(4), 552. doi: 10.1097/ACM.0b013e31828abf7f
- Frone, M. R. (1999). Work stress and alcohol use. *Alcohol Research & Health: the Journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(4), 284–291.
- Ganster, D. C., & Perrewé, P. L. (2011). Theories of occupational stress. In: Quick, J. C., & Tetrick, L. E. (Eds), *Handbook of Occupational Health Psychology* (pp. 37–53). 2nd ed. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ganster, D. C., & Rosen, C. C. (2013). Work stress and employee health: A multidisciplinary review. *Journal of Management*, 39(5), 1085–1122. <https://doi.org/10.1177/0149206313475815>
- Girardi, D., Falco, A., Piccirell, A., Dal Corso, L., Bortolato, S., & De Carlo, A. (2015). Perfectionism and presenteeism among managers of a service organization: The mediating role of workaholism. *TPM-Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22(4), 507–521. <https://doi.org/10.4473/TPM22.4.5>
- Griffiths, M. D. (2005). A ‘components’ model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance Use*, 10, 191–197. <https://doi.org/10.1080/14659890500114359>
- Griffiths, M. D. (2011). Workaholism: A 21st century addiction. *The Psychologist: Bulletin of the British Psychological Society*, 24, 740–744.
- Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Atroszko, P. A. (2018). Ten myths about work addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 7, 845–857. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.05>
- Griffiths, M. D., & Karanika-Murray, M. (2012). Contextualising over-engagement in work: Towards a more global understanding of workaholism as an addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 1, 87–95. <https://doi.org/10.1556/JBA.1.2012.002>
- Kanai, A., Wakabayashi, M., & Fling, S. (1996). Workaholism among employees in Japanese corporations: An examination based on the Japanese version of the Workaholism Scales.

- Japanese Psychological Research*, 38, 192–203. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5884.1996.tb00024.x>
- Karasek, R. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285–306. <https://doi.org/10.2307/2392498>
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books, Harper Collins Publishers.
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction*, 112(10), 1709–1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>
- Kecklund, G., & Akerstedt, T. (2004). Apprehension of the subsequent working day is associated with a low amount of slow wave sleep. *Biological Psychiatry*, 66, 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.10.004>
- Kirrane, M., Breen, M., & O'Connor, C. (2017). A qualitative study on the consequences of intensive working. *Human Resource Development Quarterly*, 28(2), 227–268. <https://doi.org/10.1002/hrdq.21284>
- Kitzinger, C., & Willmott, J. (2002). 'The thief of womanhood': Women's experience of polycystic ovarian syndrome. *Social Science & Medicine*, 54(3), 349–361. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00034-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00034-X)
- Kivimäki, M., Head, J., Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Brunner, E., Vahtera, J., & Marmot, M. G. (2006). Work stress, weight gain and weight loss: evidence for bidirectional effects of job strain on body mass index in the Whitehall II study. *International Journal of Obesity*, 30(6), 982–987. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803229>
- Kristensen, T. S. (1996). Job stress and cardiovascular disease: A theoretic critical review. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1(3), 246–260. <https://doi.org/10.1037//1076-8998.1.3.246>
- Kubota, K., Shimazu, A., Kawakami, N., Takahashi, M., Nakata, A., & Schaufeli, W. B. (2010). Association between workaholism and sleep problems among hospital nurses. *Industrial Health*, 48(6), 864–871. <https://doi.org/10.2486/indhealth.ms1139>
- Kubota, K., Shimazu, A., Kawamaki, N., & Takahashi, M. (2014). Workaholism and sleep quality among Japanese employees: a prospective cohort study. *International Journal of Behavioral Medicine*, 48(6), 864–871. <https://doi.org/10.1007/s12529-012-9286-6>
- Kuiper, N. A., & Martin, R. A. (1989). Type A behavior: A social cognition motivational perspective. In: Bower, G. H. (Ed.), *The psychology of learning and motivation: Advances in research and theory*, Vol. 24. (pp. 311–341). New York: Academic Press.
- Kun, B. (2018). Ten myths and twenty years: What we know and what we still do not know about work addiction. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 863–866. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.125>
- Kun, B., & Demetrovics, Zs. (2010). Munkafüggőség. In: Demetrovics, Zs., & Kun, B. (szerk.), *Az Addiktológia alapjai IV. Viselkedési függőségek* (pp. 307–329). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kun, B., Urbán, R., Bóthe, B., Griffiths, M. D., Demetrovics, Z., & Kökönyei, G. (2020). Maladaptive rumination mediates the relationship between self-esteem, perfectionism, and work addiction: A largescale survey study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7332.
- Kun, B., Magi, A., Felvinczi, K., Demetrovics, Zs., & Paksi, B. (2020). A munkafüggőség elterjedtsége, szocio-demográfiai és pszichés háttere a hazai felnőtt lakosság körében: egy országos reprezentatív felmérés eredményei. *Psychiatria Hungarica*, 35(3), 289–306.
- Kun, B., Takács, Zs. K., Richman, M. J., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2020). Work addiction and personality: A meta-analytic study. *Journal of Behavioral Addictions*, 2020 Dec 23. Online ahead of print. doi: 10.1556/2006.2020.00097.

- Kvale, S. (1996). *Interview Views: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Laconi, S., Tricard, N., & Chabrol, H. (2015). Differences between specific and generalized problematic internet uses according to gender, age, time spent online and psychopathological symptoms. *Computers in Human Behavior*, *48*, 236–244. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.02.006>
- Machlowitz, M. (1980). *Workaholics: Living with them, working with them*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Matsudaira, K., Shimazu, A., Fujii, T., Kubota, K., Sawada, T., Kikuchi, N., & Takahashi, M. (2013). Workaholism as a risk factor for depressive mood, disabling back pain, and sickness absence. *PLoS One*, *8*(9), e75140. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0075140>
- Mazzetti, G., Schaufeli, W. B., & Guglielmi, D. (2014). Are workaholics born or made? Relations of workaholism with person characteristics and overwork climate. *International Journal of Stress Management*, *21*(3), 227–254. <https://doi.org/10.1037/a0035700>
- Mosier, S. K. (1982). *Workaholics: An analysis of their stress, success and priorities*. Austin, USA: University of Texas at Austin.
- Müller, A., Brand, M., Claes, L., Demetrovics, Z., De Zwaan, M., Fernández-Aranda, F., et al. (2019). Buying-shopping disorder – Is there enough evidence to support its inclusion in ICD-11? *CNS Spectrums*, *24*(4), 374–379. <https://doi.org/10.1017/S1092852918001323>
- Ng, T. W. H., Sorensen, K. L., & Feldman, D. C. (2007). Dimensions, antecedents, and consequences of workaholism: A conceptual integration and extension. *Journal of Organizational Behavior*, *28*, 111–136. <https://doi.org/10.1002/job.424>
- Nishiyama, K., & Johnson, J. V. (1997). Karoshi – death from overwork: occupational health consequences of Japanese production management. *International Journal of Health Services*, *27*(4), 625–641. <https://doi.org/10.2190/1JPC-679V-DYNT-HJ6G>
- Oates, W. E. (1971). *Confessions of a workaholic: The facts about work addiction*. New York: World Publishing.
- Orosz, G., Dombi, E., Andreassen, C. S., Griffiths, M. D., & Demetrovics, Z. (2016). Analyzing models of work addiction: Single factor and bi-factor models of the Bergen Work Addiction Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, *14*(5), 662–671. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9613-7>
- Peter, R., Alfredsson, L., Hammar, N., Siegrist, J., Theorell, T., & Westerholm, P. (1998). High effort, low reward, and cardiovascular risk factors in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *52*(9), 540–547. <https://doi.org/10.1136/jech.52.9.540>
- Pickens, C., & Braun, V. (2018). “Stroppy Bitches Who Just Need to Learn How to Settle”? Young Single Women and Norms of Femininity and Heterosexuality. *Sex Roles*, *79*(7–8), 431–448. <https://doi.org/10.1007/s11199-017-0881-5>
- Porter, G. (1996). Organizational impact of workaholism: Suggestions for researching the negative outcomes of excessive work. *Journal of Occupational Health Psychology*, *1*, 70–84. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.1.1.70>
- Porter, G., & Kakabadse, N. K. (2006). HRM perspectives on addiction to technology and work. *Journal of Management Development*, *25*(6), 535–560. <https://doi.org/10.1108/02621710610670119>
- Robinson, B. E., Post, P., & Khakee, J. F. (1992). Test-retest reliability of the Work Addiction Risk Test. *Perceptual and Motor Skills*, *74*(3), 926. <https://doi.org/10.2466/pms.1992.74.3.926>
- Robinson, B. E. (1998). *Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their partners and children and the clinicians who treat them*. New York: New York University Press.

- Rumpf, H. J., Achab, S., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carragher, N., Demetrovics, Z., et al. (2018). Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 556–561. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.59>
- Russell, L. D. (2013). Reconstructing the “work ethic” through medicalized discourse on workaholism. *Journal of Applied Communication Research*, 41(3), 275–292.
- Salanova, M., López-González, A. A., Llorens, S., Del Líbano, M., Vicente-Herrero, M. T., & Tomás-Salvá, M. (2016). Your work may be killing you! Workaholism, sleep problems and cardiovascular risk. *Work & Stress*, 30(3), 228–242. <https://doi.org/10.1080/02678373.2016.1203373>
- Salavecz, Gy. (2008). Munkahelyi stressz és egészség. In: Kopp, M. (szerk.), *Magyar Lelkiállapot 2008* (pp. 288–297). Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Salavecz, Gy. (2011). *A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései hazai és nemzetközi viszonylatban*. Doktori értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola.
- Sántha, K. (2017). Számítógéppel támogatott kvalitatív adatelemzés a hazai neveléstudományi PhD-képzésben. *Képzés és Gyakorlat*, 15(1–2), 159–173.
- Schaef, A. W., & Fassel, D. (1988). *The addictive organization*. San Fransisco, USA: Harper & Row Publishers.
- Scott, K. S., Moore, K. S., & Miceli, M. P. (1997). An exploration of the meaning and consequences of workaholism. *Human Relations*, 50, 287–314. <https://doi.org/10.1177/001872679705000304>
- Siegrist, J., & Rödel, A. (2006). Work stress and health risk behavior. *Scandinavian Journal Work Environmental Health*, 32(6), 473–481. <https://doi.org/10.5271/sjweh.1052>
- Spence, J. T., & Robbins, A. S. (1992). Workaholics: Definition, measurement, and preliminary results. *Journal of Personality Assessment*, 58, 160–178. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5801_15
- Sussman, S. (2012). Workaholism: A review. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 10(Suppl 6), 4120. <https://doi.org/10.4172/2155-6105.S6-001>
- Szokolszky Á. (2004): *Kutatómunka a pszichológiában*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Urbán, R., Kun, B., Mózes, T., Soltész, P., Paksi, B., Farkas, J., et al. (2019). A Four-Factor Model of Work Addiction: The Development of the Work Addiction Risk Test Revised (WART-R). *European Addiction Research*, 25(3), 145–160. <https://doi.org/10.1159/000499672>
- Villella, C., Martinotti, G., Di Nicola, M., Cassano, M., La Torre, G., Gliubizzi M. D., et al. (2011). Behavioural addictions in adolescents and young adults: Results from a prevalence study. *Journal of Gambling Studies*, 27(2), 203–214. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9206-0>
- World Health Organization (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- Yang, X., Qiu, D., Lau, M., & Lau, J. (2020). The mediation role of work-life balance stress and chronic fatigue in the relationship between workaholism and depression among Chinese male workers in Hong Kong. *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 483–490. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00026>

DETERIORATION OF HEALTH AND CHANGE IN HEALTH BEHAVIOR AMONG
INDIVIDUALS AT RISK OF WORK ADDICTION:
A QUALITATIVE STUDY

KUN, BERNADETTE – HAMRÁK, ANNA – KENYHERCZ, VIKTÓRIA –
DEMETROVICS, ZSOLT – KALÓ, ZSUZSA

Background and aims: An increasing amount of studies examine the risk factors and outcomes of work addiction. Several theories posited that work addiction associates not only to negative psychological and social consequences but work addiction leads to deterioration of health status. Most of the studies explore the relationship between work addiction and physical health by using cross-sectional quantitative methods and only a few amounts of qualitative studies analyzed the personal experiences of individuals with work addiction. The aim of the current study was to explore and analyze the associations between working habits, physical health status, and health behaviors among individuals at risk of work addiction.

Methods: In our previous study, applying a valid work addiction measure, we have identified a group of individuals who showed a high risk of work addiction and we asked them to participate in the current study. Finally, 29 individuals (15 males and 14 females) have been asked by a semi-structured interview. Topics of career orientation, working habits, work motivations, experiences of work addiction, and physical and mental health have been involved in the interviews. The texts of the interviews have been analyzed by qualitative content analysis, by using both deductive and inductive methods. We applied the six steps of thematic analysis by Braun and Clarke (2006).

Results: Individuals with a high risk of work addiction have reported several negative signs of deterioration of physical health as a consequence of excessive work, such as motoric diseases, autoimmune diseases, cardiovascular and gastrointestinal diseases, obesity, sleep disorders, and burnout. They have experienced negative changes in their health behavior too: unhealthy eating behaviors, lack of physical activity, and a lower need for sleep have been reported.

Conclusion: Our results have indicated that at-risk population considered physical health symptoms as consequences of excessive work and work addiction. Considering our results, work addiction is not a “positive addiction”, moreover, the problem has to be conceptualized as a behavioral addiction because the negative consequences of overwork have been experienced by these individuals.

Keywords: work addiction, workaholism, physical health, qualitative, content analysis

A cikk a Creative Commons Attribution 4.0 International License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) feltételei szerint publikált Open Access közlemény, melynek szellemében a cikk bármilyen médiumban szabadon felhasználható, megosztható és újraközölhető, feltéve, hogy az eredeti szerző és a közlés helye, illetve a CC License linkje és az esetlegesen végrehajtott módosítások feltüntetésre kerülnek. (SID_1)