


Egészségügyi szakdolgozók mentális statusának vizsgálata az általános jóllét, a depresszió és a kiégés tekintetében Békés és Hargita megyei mintán

Tömő Zsolt¹  ▪ Olteanu Lucián Líviusz dr.¹
Herczeg Viktória² ▪ Beke Szilvia dr.²

¹Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar, Ápolástudományi Tanszék, Gyula

²Gál Ferenc Egyetem, Egészség- és Szociális Tudományi Kar, Egészségturisztikai Tanszék, Gyula

Bevezetés: Az egészségügyi ágazat mentális egészségének monitorozására nagyobb hangsúlyt kell fektetni a betegellátás színvonalának, minőségének biztosítása végett, figyelembe véve a pszichoszociális és szocioökonómiai hatásokat is. Az egészségügyi szakemberek mentális állapotának nagy szerepe van a betegbiztonság kérdéskörében.

Célkitűzés: Az egészségügyi szakdolgozók általános jóllétének, depresszió- és kiégésszintjének felmérése és összehasonlítása a magyar Békés vármegyei és a román Hargita megyei mintán.

Módszer: Keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálatunkat a Békés vármegyei és Hargita megyei ápolók körében végeztük, a WHO Jóllét Kérdőív, a Beck Depresszió Kérdőív, valamint a Maslach Kiégés Leltár segítségével. Válaszaink elemzéséhez khi-négyzet- és *t*-próbát, nonparametrikus mérési eszközöket, illetve Spearman-féle korrelációanalízist alkalmaztunk ($p < 0,05$) az SPSS 30.0 szoftver segítségével. A vizsgálatba 117 fő hazai és 109 fő romániai szakdolgozót vontunk be ($n = 226$).

Eredmények: Az eredmények tükrében megállapítottuk, hogy az általános jóllét ($p = 0,772$), a depresszív tünetek ($p = 0,338$), a deperszonalizáció ($p = 0,090$) és a személyes hatékonyság ($p = 0,586$) dimenzióiban nem volt bizonyítható szignifikáns összefüggés a két vizsgált csoportban. A magyarországi szakdolgozók körében az érzelmi kimerülés szignifikánsan nagyobb mértékű ($p < 0,05$), szubjektív általános és mentális egészségi állapotuk megítélése rosszabb, mint a romániai kollégáik esetében ($p < 0,05$).

Megbeszélés: Mindkét célcsoportban vizsgáltuk a depresszió és a kiégés rizikóját. A vizsgálat rámutat a hazai egészségügyi szakdolgozók mentális statusának beavatkozási szükségességére, további kutatások létjogosultságára, oksági tényezők mélyebb felderítésének jelentőségére.

Következtetés: A szakdolgozók leterheltsége a pandémiát követő időszakban is nagy, a hazai helyzetképet árnyalja az a tény is, hogy több a krónikus betegség előfordulása a magyarországi ápolók körében, ami nagymértékben befolyással bír a mentális egészséget mérő mutatóinkra. A mentális egészségi állapot javításához az ágazat reformjára, a továbbképzések gyakoriságának növelésére és a mentálhigiénés módszerek gyakorlati alapú integrálására lenne szükség.

Orv Hetil. 2026; 167(14): 547–555.

Kulcsszavak: mentális egészség, szakdolgozók, kiégés, depresszió, érzelmi kimerülés

Exploring the mental health status of healthcare professionals in terms of general well-being, depression and burnout in a sample from Békés and Hargita counties

Introduction: Greater emphasis must be placed on monitoring mental health in the healthcare sector in order to ensure the standard and quality of patient care, taking into account psychosocial and socioeconomic factors. The mental state of healthcare professionals plays a major role in patient safety.

Objective: To assess and compare the general well-being, depression, and burnout levels of healthcare professionals in a sample from Békés county (Hungary) and Hargita county (Romania).

Method: We conducted our cross-sectional questionnaire survey among nurses in Békés and Hargita counties using the WHO Well-Being Questionnaire, the Beck Depression Questionnaire, and the Maslach Burnout Inventory. We analyzed our responses using chi-square and *t*-tests, nonparametric measurement tools, and Spearman's correlation analysis ($p < 0.05$) with the help of SPSS 30.0 software. The study included 117 Hungarian and 109 Romanian professionals ($n = 226$).

Results: Based on the results, we found that there was no significant correlation between general well-being ($p = 0.772$), depressive symptoms ($p = 0.338$), and burnout in the dimensions of depersonalization ($p = 0.090$) and personal efficacy ($p = 0.586$) in the two groups studied. Among Hungarian professionals, emotional exhaustion is significantly higher ($p < 0.05$) and their subjective assessment of their general and mental health is worse than that of their Romanian colleagues ($p < 0.05$).

Discussion: We detected a risk of depression and burnout in both target groups. The study highlights the need for intervention in the mental health of Hungarian healthcare professionals and the justification for further research into the causal factors.

Conclusion: The workload of healthcare professionals remains high in the post-pandemic period, and the domestic situation is further complicated by the fact that chronic diseases are more prevalent among Hungarian nurses, which has a significant impact on our mental health indicators. Improving mental health would require reforming the sector, increasing the frequency of continuing education, and integrating practical mental hygiene methods.

Keywords: mental health, healthcare professionals, burnout, depression, emotional exhaustion

Tömő Zs, Olteanu LL, Herczeg V, Beke Sz. [Exploring the mental health status of healthcare professionals in terms of general well-being, depression and burnout in a sample from Békés and Hargita counties]. *Orv Hetil.* 2026; 167(14): 547–555.

(Beérkezett: 2026. január 13.; elfogadva: 2026. február 6.)

Rövidítések

BDI = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; EWCTS = (European Working Conditions Telephone Survey) európai munkakörülményekre vonatkozó telefonos felmérés; IKEB = Intézeti Kutatásértékelési Bizottság; MBI = (Maslach Burnout Inventory) Maslach Kiegészítő Leltár; MBI-HSS = (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey) Maslach Kiegészítő Leltár – Humán Szolgáltató Szektor Kérdőív; MeND = (Mental health of Nurses and Doctors) = orvosok és ápolók mentális egészsége; OECD = (Organisation for Economic Co-operation and Development) Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; SD = (standard deviáció) a minta szórása; WBI-5 = (Well-Being Index, 5-item) 5 tételes WHO Jólét Kérdőív

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) legfrissebb jelentései alapján az európai régióban minden harmadik orvos és ápoló tapasztal szorongást és depressziós tüneteket [1]. Magyarországon a pandémia ideje alatt az egészségügyi szakemberek 42,3%-a küzdött valamilyen mentális problémával, a kiegészítő pedig a szakemberek 64,4%-át érintette [2]. Míg az egészségügyi ágazatban az OECD európai összesített átlaga szerint 9,2 fő ápoló jut 1000 lakosra, addig Magyarországon ez az arány mindösszesen 5,5 fő/1000 lakos [3]. A WHO 2025-ben kiadott MeND-jelentése szerint Magyarországon az egészségügyi dolgozók 39%-a szenved depresszióban, míg Romániában ez a prevalenciaérték 25%. Szorongásról a magyarországi ápolók 19%-a és a romániaiak 10%-a számolt be [1]. Az egészségügyi dolgozók körében előforduló munkahelyi stressz destruktívan hat az egyének szubjektív jóllétére, és direkt módon befolyással van a munkaelégedettségre is, másrészt a munka és a magánélet egyensúlya, valamint a munkahelyi elégedettség

szintű befolyásoló tényezők a jóllét érzetét tekintve [4]. Az orvosok és ápolók jóllétének prevalenciaértékei egy korábbi, 2021-ben végzett vizsgálatához (EWCTS) viszonyítva csökkentek Európában, a 2024 és 2025 között végzett kutatásban a magyarországi egészségügyi dolgozók 46%-a, a romániai szakemberek 59%-a jelzett pozitív jólléti érzetet [1]. Az egészségügyben jellemzően jelen lévő váltott műszakrend fokozza a depresszió [5], míg a pozitív megerősítések hiánya a kiegészítő rizikóját [6]. A kiegészítő folyamatát *Christina Maslach* definiálta, amelyben az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció és a teljesítményromlás egy időben megfigyelhető [7]. A kiegészítő morbiditási és egyéb következményeit egy 2017. évi metaanalízis is megerősítette, miszerint a szív- és érrendszeri betegségek, a mozgásszervi fájdalmak, a depresszív tünetek, valamint a pszichotróp és antidepresszáns gyógyszerek használata a kiegészítő következetes hatásaként jelennek meg [8]. A krónikus stressz és a kiegészítő következménye a hangulati élet negatív irányú elmozdulása. 2022-ben a szakdolgozók szinte felénél volt kimutatható depresszió, mindezen felül Magyarországon több mint 25 000 egészségügyi szakdolgozó szorulna terápiás beavatkozásra depresszió miatt [9]. Az egészségügyi személyzet közérzete (jólléte) kiemelt szereppel bír a betegbiztonság szempontjából, ugyanis a rossz közérzet és a kiegészítő összefüggésbe hozható a betegbiztonság csökkenésével és ezáltal az ellátás minőségével is [10]. Mind ezen koncepciók tükrében felértékelődik az egészségügyi dolgozók körében az egészségfejlesztés jelentősége. Az egészségfejlesztésnek, mint folyamatnak egyik prevenció és intervenció szintere a munkahely. Ahhoz, hogy eredményeket érjünk el, megfelelő támogatás mellett elsősorban az alulról érkező közösségi szintű igényeket, szükségleteket kell biztosítani [11].

Számos kutatás fókuszál a kiégés vizsgálatára az egészségügyi dolgozók körében. *Mészáros és mtsai* tanulmányukban megállapították, hogy a jutalmazás hiánya növeli a depresszió és a kiégés megjelenésének esélyét az erőfeszítések mennyiségéhez képest [12]. Szintén az egészségügyi dolgozók (1713 fő) bevonásával készült vizsgálat rámutatott az ágazatban jelen lévő magas szintű pszichés morbiditás jelenlétére. A szakdolgozók több mint fele közepes szintű deperszonalizációban és érzelmi kimerülésben szenvedett, valamint mintegy háromnegyedik élt meg közepes mértékű teljesítménycsökkenést [13]. Romániai egészségügyi asszisztensek körében végzett elemzés arra utal, hogy leginkább a 4–11 éve pályán levők vannak kitéve a depresszió és a kiégés kockázatának, valamint a járóbeteg-szakellátásban dolgozók körében rosszabb mentális egészségi statuszt mértek más munkaterületekhez képest [14]; ugyanakkor egy portugáliai felmérés rávilágított a kórházi osztályok differenciáltságára is, ugyanis a magas szintű érzelmi kimerülés összefüggésbe volt hozható a nagy halálozási aránnyal rendelkező osztályokon végzett munkával [15]. Szülésznők körében végzett utánkövetéses vizsgálatban az emocionális kimerülés és a teljesítménycsökkenés dimenzióiban szignifikáns növekedést mutattak ki a 2014 és 2022 közötti időszakot véve alapul. Az eredmények többek közt rávilágítottak arra is, hogy a 2022-es mintában a megbecsülés hiánya majdnem háromszorosára növelte az emocionális kimerülés valószínűségét [16]. Hasonlóképpen egy, az egészségügyi ellátás speciális területén végzett vizsgálat, amely kizárólag a szülésznőket érintette, rávilágított három kiemelkedő stresszfaktorra: szingliség vagy párkapcsolat, nagyfokú munkaterhelés, munkahelyen belüli értéktelenség érzete [17]. E területhez szorosan kapcsolódnak a neonatalis intenzív ellátásban részt vevők, ahol a dolgozók kiégésszintjének felmérését célzó kutatás során azt találták, hogy az ápolók és az orvosok kiégésszintjének gyakorisága és intenzitása között nincs kapcsolat, viszont a személyes hatékonyság dimenziójának intenzitálásában szignifikánsan magasabb értéket mértek az ápolók körében [18].

Vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a pandémiát követően milyen mértékű a szakápolók mentális leterheltsége a vizsgált populációkon belül. A két vizsgált megyében dolgozók általános jólléte, depresszív tünetei és a kiégés előfordulása között mérhető-e szignifikáns különbség, valamint feltárható-e kapcsolat a szakdolgozók krónikus megbetegedése és a mentális problémák között. A jelen kutatás megkísérli két, nyelvi és kulturális szemponttól azonos, ugyanakkor eltérő egészségügyi rendszerben dolgozók mentális statusának összehasonlítását, illetve a prevalenciaadatokon felül ezeket kiegészíti a krónikus betegségek és a mentális állapot összefüggéseivel is. Ebből a szempontból vizsgálva ritkábban elemzett szakirodalmi aspektus tárulkozik elélnk.

Minta és módszer

Kvantitatív vizsgálatunkat papíralapon és online módon végeztük a 2023. 08. 17. és 2024. 08. 09. közötti időszakban a magyar Békés vármegyében és a román Harghita megyében szolgálatot teljesítő egészségügyi szakemberek körében. Békés vármegyében 150 papíralapú kérdőívet osztottunk ki a Békés Vármegyei Központi Kórház intézményein belül, és azt online egészségügyi csoportokban is terjesztettük. A Harghita megyei szakdolgozókat a Csíkszeredai Megyei Sürgősségi Kórház belső levelezési platformján keresztül értük el. Békés vármegyei szinten 117 főt, míg Harghita megyéből 109 főt sikerült bevonni a vizsgálatba ($n = 226$). A kérdőív saját strukturált kérdések mellett olyan validált mérőeszközöket tartalmazott, mint a WHO Jólét Kérdőív (WBI), a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) és a Maslach Kiégés Leltár (MBI). Mindkét csoport esetén hazai mintára adaptált kérdőívvel dolgoztunk, szem előtt tartva azt a tényt, hogy Erdélyben Harghita megyében élnek a legnagyobb számban küllhoni magyarok [19]. A 2021. évi népszámlálás adatai alapján a Harghita megyei magyar nemzetiséghez tartozott a megye lakosságának 85,6%-a, Csíkszeredában pedig 81,5%-os arányt mértek [20]. Mivel a küllhoni magyarság kétségbe nem vonható kultúr-nemzeti identifikációval rendelkezik [21], ezt az aspektust is figyelembe véve terjesztettük ki a hazai mintán validált mérőeszközök alkalmazását a vizsgálatba bevont teljes populációra. A jelen kutatás megfelelt az etikai szempontoknak, a kérdőív kitöltése, az adatfelvétel önkéntesen és anonim módon zajlott. A kitöltők személyiségi jogai nem sérültek, a válaszok nem voltak beazonosíthatók. A beérkezett adatokat összesítve dolgoztuk fel. Kutatási engedélyünket az Intézeti Kutatásetikai Bizottság (IKEB) hagyta jóvá (az engedély száma: 100-2/2023). A kutatás lefolytatása az Orvosok Világszövetségének Helsinki Deklarációjában foglaltaknak megfelelően történt.

Az alkalmazott mérőeszközök

A WBI-5 egy rövidített, 5 tételes mérőeszköz, amely az egyének általános közérzetét, a felvételt megelőző kéthetes periódust méri, a kitöltő értékelése alapján. A mérőeszköz 4 fokú skálán keresztül mér, tételenként 0 és 3 közötti pontok adhatók, és fordított tételt nem tartalmaz. A magasabb pontszám kedvezőbb pszichológiai állapotra utal [22]. A depresszió mérésére a BDI 9 tételes változatát használtuk, amelyet *Rózsa és mtsai* validáltak hazai mintán [23]. A kérdőív magas konzisztencia-mutatóval bír, az adott tételek 4 fokú skálán pontozandók. A kérdőív értékelése a következő módon történik: minél magasabb összpontszámot ad a kitöltő, annál erőteljesebb a depressziós tünetegyüttes előfordulási kockázata [23]. A kiégés vizsgálatához az MBI-HSS-t alkal-

maztuk, amelyet kifejezetten a humán szolgáltató szektorban dolgozók kiértékelésére fejlesztettek ki [7], és amelyet hazai mintán *Ádám és Mészáros* validált orvosok körében. A kérdőív 22 tételt tartalmaz, 7 fokú skála segítségével mér három dimenzió kerestül: érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és személyes hatékonyság [24].

Limitációk és torzítások

A kutatás limitációját képezte a nem egységes adatfelvételi részvételi forma, ugyanis eltérő mintaszerzési csatornákon értük el a célcsoportokat. A kérdőív terjesztése intézményi és szakmai csatornákon történt, a pontos elérési arány meghatározása azonban nem volt lehetséges. Erdélyben Hargita megyében a lakosság 85,6%-a magyar nemzetiségű [20], ezért a hazai mintán validált mérőeszközök alkalmazását a külhoni populációra is kiterjesztettük, fontos viszont szem előtt tartani, hogy a nyelvi-kulturális közelség nem egyenlő a pszichometriai ekvivalenciával.

A jelen tanulmányban nem tértünk ki az egészségügyi dolgozók életkor szerinti kategorizálására, az eltérő kórházi osztályok sajátosságaira, leterheltség szerinti osztályozására, valamint a szolgálati időre és a műszakrendekre sem, amelyek befolyásoló faktorként értelmezhetők a mérés kapcsán. A minta nagysága és a vizsgálat exploratív jellege miatt az életkori strukturáltság, a szakmai tapasztalatra utaló mérések, illetve az osztályok szerinti alcsoportok kialakítása nem biztosított volna kellő statisztikai erőt a kiértékelés során, viszont fontosnak tartjuk, hogy mindezen elemek a jövőbeli kutatások szerves részét képezzék nagyobb mintaszám elérése mellett. A kutatás alapvetően az egészségügyi szakdolgozók heterogén mintáján került felvételre, és nem korlátozódott egyetlen szakterületre vagy szakmacsoportra. Torzító tényezőként van jelen a két ország egészségügyi rendszerének különbözősége, amelyhez szervezeti és kulturális differenciák is társulnak, mindemellett a magyarországi és a romániai szakápolói feladatkörök sem egységesek, a kompetenciakörök rétegződése eltér a vizsgált országok között, azonos problémák előfordulása mellett.

Eredmények

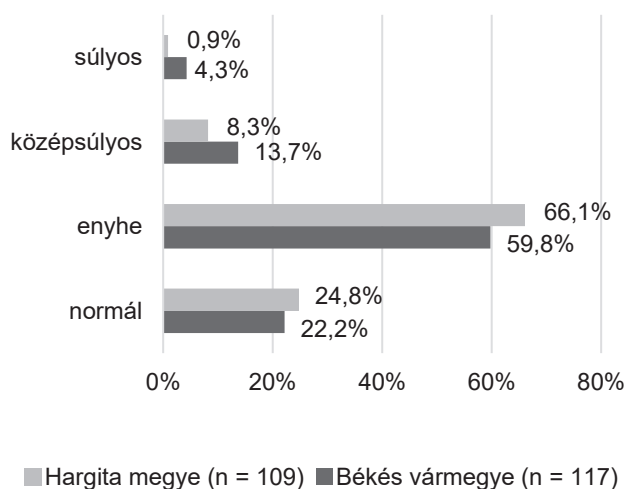
A vizsgálat 193 fő női (85,4%) és 33 fő férfi (14,6%) egészségügyi szakdolgozó részvételével történt. A mintán belüli domináns korosztály a 41 és 50 év közöttiekből tevődött össze (40,3%), az alanyok 51,8%-a a Békés Vármegyei Központi Kórház (Békés vármegye), valamint 48,3%-a a Csíkszeredai Megyei Sürgősségi Kórház (Hargita megye, Románia) alkalmazásában állt. Az általános és mentális egészségi állapot szubjektív megítélésének elemzése khi-négyzet-próbával történt. Az 5 fokú Likert-skálát három kategória szerint tagoltuk (alacsony/közepes/magas). A szubjektív mentális egészségi status megítélése terén a Hargita megyei szakdolgozók

körében 25%-kal nagyobb relatív gyakoriságot mértünk a magas egészségi mutató kategóriájában a Békés vármegyei egészségügyi dolgozókhoz képest. A khi-négyzet-próba értelmében a vizsgált változók között szignifikáns különbség mutatkozott ($p < 0,001$, gamma: 0,524). Hasonló eredményekhez jutottunk a szubjektív általános egészségi állapot mérésekor, ugyanis a határon túli szakdolgozók 20,5%-kal nagyobb relatív gyakoriságot képviseltek a magas egészségi mutató kategóriájában, szignifikáns különbséggel ($p < 0,05$, gamma: 0,437). Az egészségügyi szakemberek 31,4%-a küzd valamilyen krónikus betegséggel: a Békés vármegyei szakdolgozók 43,6%-a, míg a Hargita megyeiek 18,3%-a számolt be valamilyen kórkép meglétéről. A két minta khi-négyzet-próbával történő összevetése során a betegségek előfordulása között szignifikáns különbséget mértünk ($p < 0,001$, Cramér-féle V: 0,272). A krónikus betegségben szenvedők körében (71 fő) jellemzően előforduló kórképek relatív gyakoriság szerinti megoszlása a következőképpen alakult: 40,8% hypertonia, 15,5% pajzsmirigy-rendellenesség, 15,5% mozgásszervi betegség, 12,7% diabetes mellitus, 11,3% gastrointestinalis rendszeri megbetegedés, 11,3% cardialis eredetű zavar (tachycardia, szívelégtelenség, ischaemiás szívbetegség, mitralis prolapsus), 5,6% depresszió, szorongás és asztma. Allergiás jellegű kóros állapotot jeleztek 4,2%-ban, míg 2,8%-ban jelent meg a cataracta, a glaucoma és a migrén. További betegségek 1,4%-ban fordultak elő: lymphoedema, melanoma malignum, stroke, psoriasis, myoma, polycystás ovarium szindróma, antifoszfolipid-szindróma.

A szakdolgozók általános közérzetének megítélésére a WBI kellő belső megbízhatóságának mutatkozott a mintán (Cronbach- $\alpha = 0,88$). A mérőeszköz pontszámösszegzése során kapott változói a normalitásvizsgálat értelmében, kutatói döntés alapján normál eloszlásúnak tekintendők (Q-Q 'plot' mérés). A két vizsgált csoport általános jólléti statusának kiszámításához független mintás t-próbát alkalmaztunk. A Levene-teszt szerint a varianciák homogenitásának feltétele teljesült ($F = 1,321$; $p = 0,252$), a független mintás t-próba értelmében a két csoport átlaga között nem volt kimutatható szignifikáns különbség ($t[224] = 0,29$; $p = 0,772$). A Békés vármegyei ($n = 117$) átlag (9,32) (SD = 3,070) csak kismértékben tért el a Hargita megyei ($n = 109$) átlagtól (9,19) (SD = 3,340). Az átlagok között mindösszesen 0,124 egység eltérés volt megfigyelhető, és a 95%-os konfidenciaintervallum 0 értéket is tartalmazott. A mérőeszköz összesített pontszámainak átlaga 9,26, szórása = 3,197. Hasonló mintaszámmal ($n = 224$) 2024-ben az egészségügyi szakdolgozók körében végzett kutatás jólléti skáláján 7,69 átlagpontszámot mértek 3,467 szórás mellett [25]. Elvonatkoztatva a hazai validációtól, a depresszív állapot szűrésére a WBI-5 kérdőív esetében nemzetközi vizsgálatokban standard 'cut-off' (vágó) értékek mentén kategorizálnak, a változók pontszámait 4-es szorzóval növelik (0–100) [26], így a ≤ 50 pontérték

csökkent jóllétet/nagy depressziókockázatot jelöl, míg a ≤ 28 pontszámmal a klinikai depresszió százalékos határértékét határozták meg [27–29]. Exploratív jelleggel történő rizikóbecslés alapján, alkalmazkodva a nemzetközi standard 'cut-off' értékekhez, a Békés vármegyei szakdolgozók ($n = 117$) 83,8%-a, míg a Hargita megyeiek ($n = 109$) 83,5%-a esetében mértünk csökkent jóllétet. Nagyon alacsony szintű szubjektív jóllétet, nagy depressziókockázatot a hazai dolgozók 25,6%-a, a romániai szakdolgozók 26,6%-a mutatott (≤ 28). Azon egészségügyi szakemberek, akik valamilyen betegségben szenvednek, alacsonyabb szintű általános jóllétről számoltak be, mint azok, akik egészségesnek ítélték meg magukat. Mindezt az elvégzett független mintás t-próba vizsgálata igazolta. A két csoport átlagai közötti különbség $-1,237$ egység volt, miszerint az egészségesek átlaga $9,65$ ($SD = 3,114$), míg a betegek átlaga $8,41$ ($SD = 3,232$) értéket hozott ($t(224) = -2,74, p < 0,05$). A hatásméret nagyságát vizsgálva, gyenge-mérsékelt hatást állapítottunk meg ($r = 0,18$). A depressziós tünetek azonosítása a 9 tételes BDI eredményei alapján történt, amelynek belső konzisztenciája a jelen mintán megfelelő volt (Cronbach- $\alpha = 0,88$). Összességében nézve négy kategóriába soroltuk az eredményeket: a pontozás értelmében a 0–9 pont között a normál, a 10–18 pontos intervallumban az enyhe, 19–25 pont között a közepsúlyos és 26 pont felett a súlyos depressziós állapot valószínűsége szerint csoportosítottunk.

A vizsgált kategóriák alapján a súlyos, valamint a közepsúlyos depresszió rizikója nagyobb relatív gyakorisági százalékos eloszlást mutat a Békés vármegyei szakdolgozók esetében (1. ábra). A két vizsgált csoport BDI-pontszámainak átlaga kisebb mértékben, de eltér egymástól, ugyanis a magyarországi szakemberek esetében $13,64$ ($SD = 5,189$), a romániai szakdolgozóknál $12,58$ ($SD = 3,760$) értéket mértünk. A munkavégzés helye és a dep-

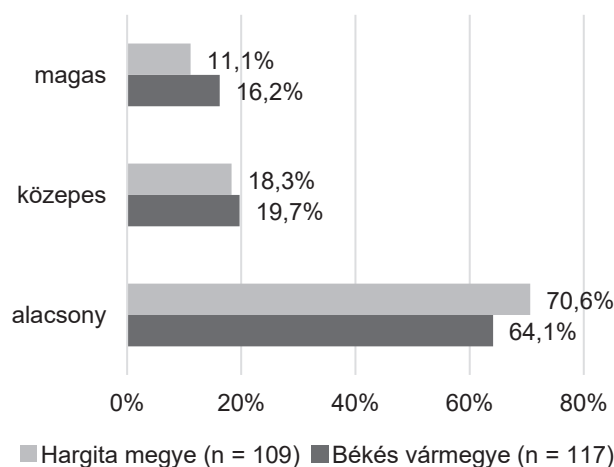


1. ábra A depresszió rizikójának azonosítása a BDI kategóriái szerint (%) ($n = 226$)
BDI = Beck Depresszió Kérdőív

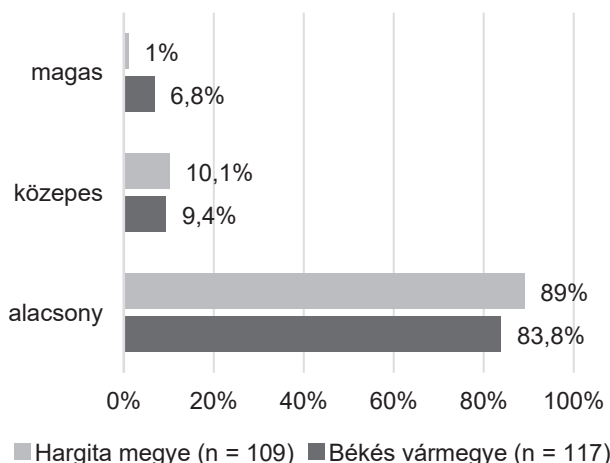
resszió pontszámai közötti összefüggések feltárására, mivel a mérőeszköz folytonos változói kutatói döntés értelmében (Q-Q 'plot' mérés) nem tekinthetők normál eloszlásúnak, nonparametrikus Mann-Whitney-féle U-tesztet végeztünk. Az eredmények értelmében nem találtunk statisztikailag szignifikáns különbséget a BDI-pontszámok tekintetében a hazai és a romániai szakemberek között ($U = 5910,500, p = 0,338$). A csoportok rangátlagainak megoszlását nézve a Békés vármegyei csoportban $117,48$ ($n = 117$), a Hargita megyei csoportban $109,22$ ($n = 109$) értéket kaptunk.

A betegség megléte és a depressziós tünetek előfordulása közötti összefüggések elemzését is Mann-Whitney-féle U-tesztel végeztük. A teszt eredményei alapján szignifikáns különbség mutatkozott a BDI-pontszámok és a már meglévő betegség előfordulása között ($U = 6652,000, p = 0,011, r = 0,168$). A kiegészítés méréséhez, az MBI-HSS kérdőívet felhasználva, az elemzések három dimenzió mentén történtek: emocionális kimerülés, deperszonalizáció és személyes hatékonyság, amelynek belső megbízhatósága elfogadható mértékű volt (Cronbach- $\alpha = 0,78$). A mérőeszköz 'cut-off' pontjainak megállapításához empirikusan alkalmazott kategorizálási modellt vettünk figyelembe [30]. Az érzelmi kimerülés dimenziójában alacsony ≤ 21 , közepes >21 és ≤ 32 , magas >32 ; a deperszonalizáció dimenziójában alacsony ≤ 6 , közepes >6 és ≤ 12 , magas ≥ 13 ; és a személyes hatékonyság dimenziójában magas ≥ 30 , közepes $23-30$, alacsony ≤ 23 értékek alapján végeztük a számításokat. A két csoportban a kiegészítő dimenziók kategóriái szerinti relatív gyakorisági százalékos eloszlásokat (a 'cut-off' értékek mentén) a 2., 3. és 4. ábra szemlélteti.

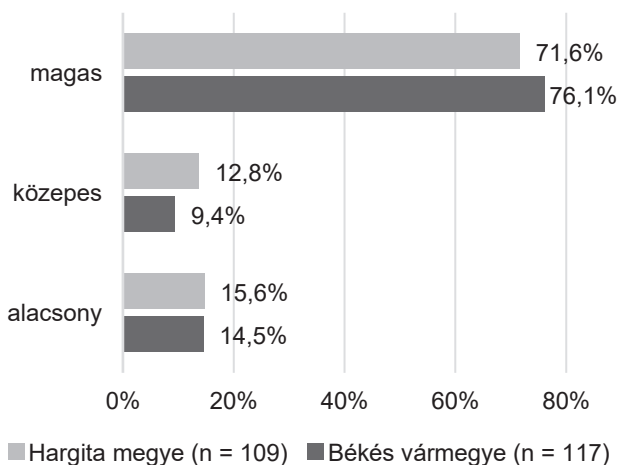
Az érzelmi kimerülés pontszámainak átlaga $17,84$ ($SD = 11,47$), a deperszonalizációé $5,46$ ($SD = 5,94$), míg a személyes hatékonyságé $34,35$ ($SD = 11,16$) volt a teljes mintára nézve. A vizsgált dimenziók folytonos



2. ábra Az MBI-HSS érzelmi kimerülés dimenziójának eredményei (%) ($n = 226$)
MBI-HSS = Maslach Kiegészítő Leltár – Humán Szolgáltató Szektor Kérdőív



3. ábra Az MBI-HSS deperzonalizáció dimenziójának eredményei (%) (n = 226)
 MBI-HSS = Maslach Kiegészítő Leltár – Humán Szolgáltató Szektor Kérdőív



4. ábra Az MBI-HSS személyes hatékonyság dimenzió eredményei (n = 224)
 MBI-HSS = Maslach Kiegészítő Leltár – Humán Szolgáltató Szektor Kérdőív

változói nem mutattak normáleloszlást (Q–Q 'plot' mérés), ezért ebben az esetben is nonparametrikus eszközzel dolgoztunk. A munkavégzés helye szerint meghatározott két csoport (Békés vármegye, Hargita megye) MBI-dimenziók szerinti rangátlagait vetettük össze Mann–Whitney-féle U-teszttel. Az érzelmi kimerülés dimenziójában szignifikáns különbséget mértünk a vizsgált csoportok rangátlagai között (U = 5373,000, 'mean rank' Békés vármegye = 122,08, 'mean rank' Hargita megye = 104,29, p < 0,05, r = 0,14). A deperzonalizáció dimenziójában a két vizsgált csoport rangátlagai között (U = 5551,500; Békés vármegye 'mean rank' = 120,55 [n = 117], Hargita megye 'mean rank' = 105,93 [n = 109], p = 0,090) nem volt szignifikáns összefüggés, csakúgy, mint a személyes hatékonyság dimenziójában

(U = 6109,500; Békés vármegye 'mean rank' = 115,78 [n = 117], Hargita megye 'mean rank' = 111,05, [n = 109], p = 0,586).

A BDI összesített változóinak kategóriái és az MBI összesített változóinak dimenziói közötti összefüggések feltárása Kruskal–Wallis-teszttel történt a normalitásvizsgálat eredményét figyelembe véve, míg a vizsgált csoportok közötti összefüggések bemutatásához Dunn-tesztet, a korrigált p-értékek megjelenítéséhez pedig Bonferroni-korrekciót alkalmaztunk. A depresszió kategóriái és az érzelmi kimerülés terén a teljes modell esetén szignifikáns összefüggést mértünk (p < 0,001). A BDI-kategóriák esetén a Dunn-teszt alapján csoportonként is szignifikáns különbség mutatkozott a normál-enyhe (p < 0,001), normál-súlyos (p = 0,002), normál-középsúlyos (p < 0,001), enyhe-középsúlyos (p < 0,001) csoportok között, de kivételt képeztek az enyhe-súlyos (p = 0,473), illetve a súlyos-középsúlyos (p = 1,000) kategóriák a korrigált p-értékek alapján. Ebben a számításban $\epsilon^2 = 0,29$, ami csoportok közötti erős különbséget mutat. A depresszió kategóriái és a deperzonalizációs dimenzió a tesztben a modellre nézve szignifikáns összefüggést mutatott (p < 0,001). A Dunn-teszt segítségével a BDI-kategóriák esetében csoportonként szignifikáns különbségeket mértünk korrekciót követően a normál-enyhe (p = 0,001), normál-középsúlyos (p < 0,001), normál-súlyos (p < 0,001), enyhe-középsúlyos (p < 0,001), enyhe-súlyos (p = 0,008) csoportok között, kivételt képezett a középsúlyos-súlyos csoport (p = 1,000). A hatásméret-vizsgálat ebben az esetben is erős hatást jelzett ($\epsilon^2 = 0,25$). A BDI-kategóriák és az MBI személyes hatékonyság dimenziójának esetén a teljes modell szintén szignifikánsnak bizonyult. A súlyos-normál (p = 0,013), középsúlyos-enyhe (p = 0,002), középsúlyos-normál (p < 0,001), enyhe-normál (p = 0,026) kategóriák szignifikánsnak bizonyultak a Dunn-teszt alapján. Nem volt szignifikáns eltérés a súlyos-közép-

1. táblázat A Spearman-féle rangkorrelációs analízis a vizsgált mintán (n = 226)

Spearman-féle ρ	BDI	WBI-5	MBI, érzelmi kimerülés	MBI, deperzonalizáció	MBI, személyes hatékonyság
BDI		-0,574	0,581	0,537	-0,385
WBI-5	-0,574		-0,515	-0,391	0,480
MBI, érzelmi kimerülés	0,581	-0,515		0,659	-0,318
MBI, deperzonalizáció	0,537	-0,391	0,659		-0,370
MBI, személyes hatékonyság	-0,385	0,480	-0,318	-0,370	

BDI = Beck Depresszió Kérdőív; MBI = Maslach Kiegészítő Leltár; WBI-5 = 5 tételű WHO Jólét Kérdőív

súlyos ($p = 1,000$) és a súlyos-enyhe kategóriában ($p = 0,229$) a korrigált p -értékek szerint. A csoportok közötti hatásméret nagysága $\varepsilon^2 = 0,12$, ami közepes hatásnak felel meg.

A validált mérőeszközök összpontszámváltozóit Spearman-féle rangkorreláció segítségével elemeztük az összefüggések feltárására. Az adott elemzési módszert a korábbi normalitásvizsgálatokra alapozva választottuk. Az eredmények tekintetében minél nagyobb az általános jóllét megítélése, annál kevésbé jellemző a depresszív tünetek jelenléte ($r = -0,574$), valamint a kiégés terén az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció előfordulása ($r = -0,515$; $r = -0,391$) is kisebb rizikóval jár. A magasabb szintű általános jóllét nagyobb személyes hatékonysággal társul ($r = 0,480$). A depresszív tünetek és az érzelmi kimerülés, deperszonalizáció között közepesen erős, egyenes irányú kapcsolatot mértünk. A személyes hatékonyság dimenziója fordított irányú negatív korrelációt mutatott a depresszióval, az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció dimenzióival. A kapott eredményeket az 1. táblázat interpretálja.

Megbeszélés

A vizsgálat célkitűzése volt az egészségügyi szakemberek általános jóllétének, depresszió- és kiégésszintjének hazai és romániai mintán keresztüli feltárása. A kutatás nem reprezentatív volta és a relatíve kis mintaszám nem biztosította a mélyebb következtetések levonásának lehetőségét, de a tanulmány számos olyan eredményt jelenít meg, amelyek igen informatívak, és további kutatások alapját képezhetik. A két célcsoport (Békés vármegye, Hargita megye) szakdolgozói körében nem találtunk szignifikáns eltérést az általános jóllét megítélése, a depresszív tünetek előfordulása, valamint a kiégés egyes dimenziói esetén (deperszonalizáció, személyes hatékonyság). Szignifikanciát ugyan nem minden esetben tudtunk igazolni, viszont hangsúlyos, hogy az emocionális kimerülés és a deperszonalizáció dimenziójában magasabb gyakorisági mutatókat mértünk, míg a személyes hatékonyság dimenziójában alacsonyabb szintet a hazai szakdolgozók körében. Az MBI-HSS érzelmi kimerülést mérő dimenziójában a két vizsgált csoport között szignifikáns különbség mutatkozott, amely a magyarországi szakemberek jelentősebb mértékű kimerültségére utal. Magyar szülész-nőköri körében végzett kutatás is rávilágított a nagy érzelmi megterhelés jelenlétére az ágazatban, ugyanakkor az érzelmi kimerülés összefüggésbe volt hozható a nagyfokú munkaterheléssel [31]. A vizsgálatban mért magasabb emocionális kimerültségi szint szinkronban van *Fejes és mtsai* eredményével [32], amelyben megállapították, hogy az egészségügyi szolgálatot teljesítők körében különösen magas szintű volt az érzelmi kimerülés jelenléte. A hazai egészségügyi rendszerben a szakszemélyzet jellemzően túlterhelt, az ágazatban jelenleg is problémát okoz a humán erőforrás-deficit. Az egészségügyi szakdolgozók hiányának hátterében jel-

lemzően a pályaelhagyás és az elvándorlás emelendő ki [33], valamint további aggodalomra ad okot a vizsgált mintában részt vevők egészségi statusa. A romániai egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva, a hazai szakemberek kevésbé érzik egészségesnek magukat, szubjektíve mind az általános, mind a mentális egészség szempontjából nézve, ugyanakkor a krónikus betegségek előfordulási aránya is nagyobb esetükben. Fontos megemlíteni, hogy a romániai mintán mért kisebb krónikus betegségek arány kulturális sajátosság is lehet (önbevallásnál: aluljelentés). Összességében a meglévő helyzetképet árnyalja mindaz, hogy azon szakdolgozók körében, akik krónikus betegséggel küzdenek, nagyobb a hangulatzavarok, a depressziós szimptomák előfordulási aránya. A depresszív tünetek megléte szignifikáns összefüggést mutat a kiégés mindhárom dimenziójával. Az egészségügyi munkavégzés során fontos a bizalmon alapuló kapcsolat a team tagjaival. A munkahelyi közösség igen jelentős erőforrásnak számít a mentális egészség megőrzése, a kiégés rizikójának csökkentése kapcsán. Hasonló, orvosok körében végzett kutatás is megerősíti mindezt, ahol erőforrásrangsor alapján a barátok után a vezető és a munkatársak voltak a leghangsúlyosabbak [34].

A jelen tanulmányban mindkét vizsgált célcsoportban kimutattuk a depresszió és a kiégés rizikóját és szoros összefüggéseit. A vizsgálat rámutat a hazai egészségügyi szakdolgozók mentális statusának beavatkozási szükségességére, további kutatások létjogosultságára, oksági tényezők mélyebb felderítésének jelentőségére. Az egészségügyi szakdolgozók mentális statusának vizsgálatához a depresszió és a kiégés vonatkozásában témánkban a következő oksági tényezők további, mélyebb tanulmányozása lenne fontos: nagyfokú munkaterhelés, értéktelenségérzés a munkahelyen belül [17], a munkahelyi jutalmazás hiánya [12], az erőforráshiány, bizonytalan szerepelvárások [35], kiegészítő képzések, mentális egészségügyi erőforrások, egészségügyi dolgozók családjainak támogatása [36], barátok-család-munkatársak-vezetők szerepe [34], eredményes szakmai együttműködések, mint teammunka, közös szakmai felelősségvállalás, strukturált információcsere [37]. Az anyagi kompenzáción túlmenően morális átstrukturálásra is szükség volna az ápolói szakma szintlépése, megítélése és választása miatt, ugyanis a jelenlegi, kifelé sugárzott kép a további erőforráshiányt mutatja, amely ördögi körként van jelen.

Következtetés

Vizsgálatunkban kitértünk a mentális egészségi status több aspektusból való elemzésére, a krónikus betegségek előfordulásának és a mentális zavarokkal való összefüggéseinek feltárására. A kiégés megelőzésére és korai felismerésére nagyobb hangsúlyt kellene fektetnünk az egészségügyi szférában. Fontos lenne figyelembe venni e koncepciók mentén a kiégés befolyásoló és nem befolyásoló tényezőit, valamint a megfelelő munkahelyi atmoszféra megteremtésének fontosságát [38]. A magas

munkaóraszám nagyobb érzelmi kimerülést von maga után [39], ugyanakkor a stressz és a kiégés jeleit mutató dolgozók körében nagyobb az esélye a kompetenciahátrások átlépésének is [40]. A kapott eredményeink a magyarországi ápolók nagyobb mértékű érzelmi kimerülését és rosszabb szubjektív egészségi és mentális állapotát mutatják. A két ország egészségügyi rendszerének különbözősége, az ápolói munkakörök országokénti diverzitása, az eltérő kulturális közeg hatása befolyással lehet a kapott eredményeinkre. Fontos kiemelni, hogy két kiégésszintben, a depresszió és az általános jóllét mérése során a két vizsgált mintán nem tudtunk szignifikáns eltéréseket kimutatni, ezért érdemes lenne kiterjeszteni az adott vizsgálatot nagyobb mintára, több régióra és betegellátó osztályok, műszakrendek, szolgálati idő szerint kategorizálva, valamint a párkapcsolati status mentén is vizsgálni a mentális leterheltség előfordulásának kockázatait. A mentálhigiénés programoknak kulcsfontosságú szerepük van a megelőzésben, ezért érdemes lenne munkáltatói szinten már a munkavállalás kezdetén felajánlani az egészségügyi szakemberek számára ezeket a lehetőségeket, mivel mindez csökkentheti a distresszt és a kiégésből eredő pályaelhagyási gyakoriságot [41], szem előtt tartva azt a tényt is, hogy a kiégés prevalenciájának csökkentése, illetve a hatékony intervenció alapfeltétele a bizonyítékokon alapuló módszertan alkalmazása, amelyet individuális és szervezeti szinten is implementálni szükséges [42].

Anyagi támogatás: A dolgozat megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka nem részesült anyagi támogatásban.

Szerzői munkamegosztás: T. Zs.: Adatgyűjtés, irodalomkutatás, a kutatás végzése, statisztikai elemzés, a tanulmány elkészítése és véglegesítése. O. L. L.: Szakértés, a kézirat véleményezése, szerkesztése, közreműködés a tanulmány írásában és véglegesítésében. H. V.: Részt vett a tanulmány írásában és véglegesítésében. B. Sz.: Közreműködött a kutatás szervezésében, a vizsgálat megtervezésében, a tanulmány írásában és véglegesítésében, és véleményezte a kéziratot. A közlemény végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Ézúton szeretnénk megköszönni a kérdőívet kitöltők és a kutatócsoport segítségét és támogatását.

Irodalom

- [1] World Health Organization. Mental Health of Nurses and Doctors survey in the European Union, Iceland and Norway. MeND. Available from: <https://www.cpme.eu/api/documents/adopted/2025/10/who-euro-2025-12709-52483-81031-eng.pdf> [accessed: January 3, 2026].
- [2] Németh A, Papp K. Depression and burnout among Hungarian health workers during the COVID-19 pandemic. *Kontakt* 2024; 2: 120–125.
- [3] Organisation for Economic Co-operation and Development. Health at a Glance 2025. OECD Indicators. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/11/health-at-a-glance-2025_a894f72e/8f9e3f98-en.pdf [accessed: January 3, 2026].
- [4] Deutsch Sz, Fejes E, Kun Á, et al. Determinants of well-being among health care professionals. [A jóllétet meghatározó tényezők vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében.] *Alkalm Pszichol.* 2015; 15(2): 49–71. [Hungarian]
- [5] Terebessy A, Matyasovszky M, Horváth F, et al. The role of physical activity in health promotion of healthcare workers. [A testmozgás szerepe az egészségügyi dolgozók egészségfejlesztésében.] *Orv Hetil.* 2016; 157: 1563–1570. [Hungarian]
- [6] Petróczi E. Burnout – Inevitable? [Kiégés – Elkerülhetetlen?] Eötvös József Könyvkiadó, Budapest, 2007. [Hungarian]
- [7] Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occupat Behaviour* 1981; 2: 99–113.
- [8] Salvagioni DA, Melanda FN, Mesas AE, et al. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: a systematic review of prospective studies. *PLOS ONE* 2017; 12: e0185781.
- [9] Irinyi T, Németh A. Burnout and depression among healthcare nursing staff. [Kiégés és depresszió az egészségügyi szakdolgozó társadalomban.] *Nővér* 2022; 35(2): 38–40. [Hungarian]
- [10] Hall LH, Jonson J, Watt I, et al. Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: a systematic review. *PLoS ONE* 2016; 11: e0159015.
- [11] Beke S. Modelling possibilities of health as a concept and the change of the special pedagogical tool of health promotion. [Az egészségre nevelés speciális pedagógiai eszköze.] *Deliberationes* 2022; 15(1): 22–33. [Hungarian]
- [12] Mészáros V, Cserhádi Z, Oláh A, et al. Coping with work-related stress in health care professionals – strategies for prevention of burnout and depression. [A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében – lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában.] *Orv Hetil.* 2013; 154: 449–454. [Hungarian]
- [13] Ádám Sz, Nistor A, Nistor K, et al. Facilitating the diagnosis of depression and burnout by identifying demographic and work-related risk and protective factors among nurses. [A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő és kockázati tényezők feltáráásával egészségügyi szakdolgozók körében.] *Orv Hetil.* 2015; 156: 1289–1297. [Hungarian]
- [14] Sántha Á, Lukács-Márton R, Vingender I. Burnout and depression in medical assistants in state-owned healthcare institutions in Romania. *Acta Univ Sap Soc Anal.* 2020; 10: 115–138.
- [15] Sacadura-Leite E, Sousa-Uva A, Ferreira S, et al. Working conditions and high emotional exhaustion among hospital nurses. *Rev Bras Med Trab.* 2020; 17: 69–75.
- [16] Lipienné Krémer I, Dió M, Vitrai J, et al. Burnout syndrome among Hungarian midwives in 2014 and 2022. [Kiégésszindró-

- ma a magyar szülész-nőköri körében 2014-ben és 2022-ben.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1592–1599. [Hungarian]
- [17] Soós Zs, Vitrai J, Dió M, et al. High prevalence of burnout among midwives in Hungary: High job demands and low resources as potential persistent stressors, a focus on prevention. *Heliyon* 2024; 10: e24495.
- [18] Lipienné Krémer I, Harmath Á, Dió M, et al. Burnout syndrome among healthcare professionals of neonatal intensive care units. [A kiégési szindróma vizsgálata neonatalis intenzív osztályok szakápolói és orvosai körében.] *Orv Hetil.* 2022; 163: 1268–1274. [Hungarian]
- [19] György O, Csata A. The competitiveness of Hargita County within the Central Region. [Hargita megye versenyképessége a Központi régió területén.] *Köz Fórum* 2009; 12: 39–50. [Hungarian]
- [20] Recensământul Populației și Locuitorilor. Available from: <https://www.recensamantromania.ro/rezultate-rpl-2021/rezultate-definitive/> [accessed: December 11, 2025].
- [21] Veres V, Papp ZA. (eds.) Sociological patterns. Hungarians in Transylvania based on the Carpathian Panel surveys. [Veres V, Papp ZA (szerk.) Szociológiai mintázatok. Erdélyi magyarok a Kárpát Panel vizsgálatai alapján.] Max Weber Társadalomkutatási Alapítvány, Kolozsvár, 2012. [Hungarian]
- [22] Susánszky É, Konkoly Therge B, Stauder A, et al. Validation of the short (5-item) version of the WHO Well-Being Scale based on a Hungarian representative health survey, Hungarostudy 2002. [A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján.] *Mentálhigiéné Pszichoszom.* 2006; 7: 247–255. [Hungarian]
- [23] Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. Psychometric properties of the Hungarian version of the shortened Beck Depression Inventory. [A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.] *Psych Hung.* 2001; 16: 379–397. [Hungarian]
- [24] Ádám S, Mészáros V. Psychometric properties and health correlates of the Hungarian version of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) among physicians. [A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében.] *Mentálhigiéné Pszichoszom.* 2012; 13: 127–143. [Hungarian]
- [25] Hirdi LR, Balogh Z. Work-life balance among healthcare professionals. [Munka és magánélet egyensúlya az egészségügyi szakdolgozók körében.] *Nővér* 2024; 37(3): 26–34. [Hungarian]
- [26] World Health Organization. Five Well-Being Index (WHO-5). Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/WHO-UCN-MSD-MHE-2024.01> [accessed: December 17, 2025].
- [27] Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, et al. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychother Psychosom.* 2015; 84: 167–176.
- [28] De Wit M, Pouwer F, Reinoud JB, et al. Validation of the WHO-5 Well-Being Index in adolescents with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30: 2003–2006.
- [29] Halliday JA, Speight J, Bennet A, et al. Psychometric and screening properties of the WHO-5 well-being index in adult outpatients with type 1 or type 2 diabetes mellitus. *Diabet Med.* 2006; 23: 1136–1142.
- [30] Lee HF, Kuo HT, Chang CL, et al. Determining cutting points of the Maslach Burnout Inventory for nurses to measure their level of burnout online. *History Res.* 2017; 5: 1–8.
- [31] Lipienné Krémer I, Rados M, Pálvölgyi M, et al. A highly demanding profession: midwifery. Do the midwives who provide sensitive support for birthing women feel satisfied and appreciated? *New Med.* 2016; 20: 19–26.
- [32] Fejes É, Mák K, Pohl M, et al. The examination of burnout among healthcare workers. [A kiégés vizsgálata egészségügyi dolgozók között.] *Ideggyógy Szle.* 2021; 74(9–10): 337–347. [Hungarian]
- [33] Czeglédi E, Tandari-Kovács M. Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses. [A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében.] *Orv Hetil.* 2019; 160: 12–19. [Hungarian]
- [34] Soós Zs, Feith HJ, Szabó M, et al. The professional and family characteristics, difficulties, contentment and resources of physicians working at level 3 neonatal intensive care centres. General overview in Hungary. [A III. szintű neonatalis intenzív centrumokban dolgozó orvosok szakmai és családi jellemzői, nehézségei, elégedettsége, erőforrásai. Magyarországi helyzetkép.] *Orv Hetil.* 2018; 159: 628–635. [Hungarian]
- [35] Bakker AB, Demerouti E. Job demands–resources theory: taking stock and looking forward. *J Occup Health Psychol.* 2017; 22: 273–285.
- [36] Morgantini LA, Naha U, Wang H, et al. Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: a rapid turnaround global survey. *PLoS ONE* 2020; 15: e0238217.
- [37] Soós Zs, Szabó-Németh P, Horváth K. Cooperation between the health visitor and the physician as one of the pillars of the 108-year-old Hungarian Health Visitor Service. [A védőnő-orsos együttműködés mint a 108 éves sikeresen működő Magyar Védőnői Szolgálat egyik alappillére.] *Orv Hetil.* 2023; 164: 1311–1318. [Hungarian]
- [38] Mák K, Fejes É, Pohl M, et al. Burnout among social workers. [A kiégés előfordulása szociális munkások körében.] *Orv Hetil.* 2020; 161: 1884–1890. [Hungarian]
- [39] Stankovic M, Törckei A, Lázár G, et al. Investigation of the burnout syndrome among the employees of the Department of Surgery at the University of Szeged and comparison with the results of the Department of Emergency Medicine. [A kiégésszindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikájának dolgozói körében és összehasonlítása a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon kapott eredményekkel.] *Orv Hetil.* 2019; 160: 784–791. [Hungarian]
- [40] Molnár L, Svraka B, Zana Á. Lessons regarding work-related competence transgression among acute psychiatric professionals in Hungary in the context of the COVID-19 pandemic. [A magyarországi akut pszichiátriai ellátásban dolgozók munkaköri kompetenciahatár-átlépésének tanulságai a COVID-19-világjárvánnyal összefüggésben.] *Orv Hetil.* 2025; 166: 469–477. [Hungarian]
- [41] Ferkai LA, Schiszler B, Bánfai B, et al. Effectiveness of stress management strategies and preventive measures in Hungarian emergency medical care. [Stresskezelési stratégiák és prevenciók lehetőségei hatékonysága a magyar sürgősségi betegellátásban.] *Orv Hetil.* 2025; 166: 183–194. [Hungarian]
- [42] Balog B, Palotai G, Szijjártó L, et al. High prevalence of burnout among physicians in Győr-Moson-Sopron County, Hungary. [Győr-Moson-Sopron vármegye orvosainak körében gyakori a kiégés.] *Orv Hetil.* 2024; 165: 822–831. [Hungarian]

(Tömő Zsolt,
Gyula, Szent István u. 17–19., 5700
e-mail: tomo.zsolt@gfe.hu)

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)