

6. Mentálhigiéné és vezetői mentálhigiéné

Malét-Szabó Erika

„A vezető is ember” – gyakran elhangzik ez a mondat, de arról, hogy a vezető valóban megengedheti-e magának, hogy „ember” legyen (azaz esetenként rossz napja legyen, kiakadjon, rossz döntéseket hozzon stb.), kevesebb szó esik. A vezető oldaláról pedig az merülhet fel kérdésként, hogy képes-e a saját emberi gyengeségének megnyilvánulásait úgy megélni, mint emberi mivoltának természetes jellemzői, ami megbocsátható, avagy számára mindezen emberi jellemzők egyenlők azzal, hogy ő maga nem alkalmas a vezetői feladatok ellátására. Emellett az is kérdés, hogy képes-e a vezető környezete mindezt tolerálni. Képes-e a beosztott türelmes és megértő lenni a vezetőjével, akitől a mindennapi munkája és sok esetben az anyagi megélhetése függ? Képes-e a vezető vezetője toleráns és megértő lenni a beosztott vezetőjével, és nem azonnal felelősségre vonni a viselkedése miatt? Képes-e a vezető családja toleráns és támogató maradni, érzékelve a vezető felborzolt lelki állapotát, vagy a saját jogos igényeit előtérbe helyezve hibáztatja őt?

A felmerülő kérdések sokaságából, valamint az általuk felvetett problémák szerteágazó voltából világosan látszik, milyen sokféle elvárásnak kell megfelelnie egy vezetőnek. Ezekről szól ez a fejezet, illetve arról, hogy a vezető az önmaga felé megfogalmazott, valamint a külvilág felől irányába érkező elvárások között lavírozva miként lehet képes megőrizni a saját testi és lelki egészségét, sőt mindezen túlmutatva úgy végezni a munkáját, hogy azzal mások, különösen pedig az irányítása alá tartozó kollégák egészségének, ezen keresztül pedig hatékony munkavégzési képességük megőrzését, fejlesztését is szolgálja.

6.1. Paradigmaváltások az egészség felfogásában

6.1.1. Az egészség fogalma

Az *egészség* és a *betegség* életünk kulcsfogalmai. Az, hogy miként gondolkodunk róluk, illetve hogy aktuálisan vagy hosszú távon miként érezzük magunkat, alapvetően meghatározza életünk minőségét mind a privát szféránk, mind pedig a munkánk vonatkozásában. Ezt felismerve az utóbbi időben egyre inkább divatosá vált az egészség fogalmával és jelenségével foglalkozni, annak megszerzése és megőrzése érdekében sok mindent – esetenként akár örülségnek tűnő dolgokat is – megtenni.

Az egészség fogalmával és jelenségével való foglalkozás a tudomány világában igen fiatalnak tekinthető, bár az egészségeszmények és az egészség kialakítására vagy fenntartására vonatkozó előírások már az ókor és a középkor „tudományosságában”, sőt a Biblia

soraiban is tetten érhetők (KÁLLAI–VARGA–OLÁH 2007). Ennek ellenére az orvostudomány rohamos fejlődése a 19–20. században sokkal inkább a betegséget és az azzal való foglalkozást, azaz a gyógyítást helyezte a középpontba azzal, hogy kialakította azt a szemléletet, miszerint a test minden bajára akad gyógyír. A tudományos kutatási eredmények azonban folyamatosan olyan felismerésekhez vezettek, amelyek lehetővé tették, hogy a „*hogyan éljük túl az életet*” – azaz gyógyítsuk meg a betegséget – kérdés mellett, később pedig egyre inkább a „*hogyan élünk egészségesen*” kerüljön előtérbe.

Az egészség fogalma nem tekinthető egységesnek, felfogásában ugyanis alapvető szerepet játszanak a kulturális, történelmi, szociális, valamint az egyéni különbségek. Kezdetben az egészséget a betegség vagy más diszfunkciók hiányával azonosították (*negatív definíció*). Ezt váltották fel a 20. században az egészség úgynevezett *pozitív meghatározásai*, amelyek szerint pusztán a betegségek hiánya nem elegendő az egészség megéléséhez. Ezen szemlélet talán legnépszerűbb, sokat idézett meghatározása 1946-ból a WHO-tól származik: „*Az egészség a tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapota, és nem csak a betegség vagy fogyatékosság hiánya.*”

Ezt a meghatározást számtalan kritika érte, amelyek közül kiemelendő, hogy a *tökéletes* jelző révén szinte elérhetetlenné teszi az egészség állapotát, és nem foglalja magában a ma már szinte alapvetőnek tekinthető alkalmazkodás képességét a folytonosan változó életkörülményekhez. A kritikák hatására született meg a WHO egy újabb (2014), *mentális egészségre* vonatkozó definíciója, amelyben a hatékony munkavégzés képessége már mint a mentális egészség egyik alapfeltétele szerepel:

„*A mentális egészség a jóllétnek egy olyan állapota, amelyben:*

- *az egyén képes felismerni a saját képességeit,*
- *alkalmas az élet természetes stresszeivel való megküzdésre,*
- *hatékonyan és eredményesen tud dolgozni,*
- *illetve képes a közösségébe beilleszkedni és abban tevékenyen részt venni.*”

Az egyéni egészségen túl beszélhetünk különböző csoportok vagy akár egy-egy *munkahelyi szervezet egészségéről* vagy – ahogy manapság gyakran fogalmaznak – az *egészségbarát munkahelyről* is.

6.1.2. A klasszikus orvostudománytól az egészségpszichológiáig

Az egészséggel és a betegséggel való foglalkozás az idők folyamán számos szemléletmódbeli paradigmaváltáson ment keresztül. A klasszikus orvostudomány a *biomedikális modellre* épített, és azt hirdette, hogy az egészség egyenlő a betegség hiányával. Mindebben az első jelentős változást a pszichiátriából eredő *mentálhigiénés mozgalom* hozta, amely Clifford Beers, a mozgalom megalapítója nyomán a *gyógyítás helyett elsődleges célként a különféle betegségek és működészavarok megelőzését (prevencióját) tűzte ki célul* (BAGDY 1999).

A prevenciónak – annak függvényében, hogy valaki a betegség kialakulásának mely fázisában próbál az egészséges állapot megtartása vagy épp visszaszerzése érdekében beavatkozni – három formáját különböztethetjük meg:

- *elsődleges prevenció:* a már meglévő kockázati tényezőket igyekszik kontrollálni, megelőzendő a betegség kialakulását (például védőoltás);

- *másodlagos prevenció*: a betegségre jellemző jelek alapján, a klinikai tünetek kialakulása előtt igyekszik a korai diagnózis felállításával, a hatékony kezelés gyors megkezdésével a betegség komolyabb következményeit elkerülni;
- *harmadlagos prevenció*: a már kialakult betegség súlyosságát, illetve súlyosbodását igyekszik elkerülni, lehetővé téve a rehabilitációt.

A második paradigmaváltást a humanisztikus pszichológia ösztönözte, amelynek hatására a betegség *problémává* fogalmazódott át, amellyel az egyén képes megküzdeni. Ezt az irányzatot *pozitív mentálhigiénének* nevezzük. Már ekkor egyértelművé vált, hogy az egyén *munkahelye* is befolyásolja a mentálhigiénés állapotot.

Az újabb jelentősebb változást az egészség értelmezésében a biológiai szempontok (például sejtek, szervek, szövetek) mellett a pszichés (például érzelmek, viselkedés) és társadalmi tényezők (például család, kultúra, nemzet) figyelembevétele jelentette. Ez vezetett az *egészségpszichológia* tudományterületének megszületéséhez, amely egyre inkább meghódítani igyekszik a lét minden egyéb fontos területét, köztük a munka világát is a *munkahelyi egészségpszichológia* révén.

Az egészségpszichológia tárgykörébe tartozik minden, ami összefüggésben van az egyén egészségi állapotával. Az egyénnek a saját egészsége megőrzése érdekében tanúsított, úgynevezett *egészségviselkedésének* jellegzetességeit (például mikor fogja követni az orvos utasításait, mikor fogja abbahagyni a dohányzást, hogyan lehet meggyőzni a mozgás fontosságáról stb.) számtalan kutatásban igyekeztek feltárni. Napjainkban azonban már sokkal inkább a szintén az egészségpszichológia tárgykörébe tartozó, viszonylag új fogalom, az *egészségértés* kutatása került a középpontba, amelynek lényege, hogy a kutatási eredmények alapján az egyén objektív és szubjektív egészségi állapotát sokkal inkább képes az befolyásolni, hogy milyen módon és mértékben képes felfogni, értelmezni az egészséggel és betegséggel kapcsolatos információkat (például egy gyógyszer használati utasítását), mint az életkora, a jövedelme, a foglalkoztatási státusza, az iskolázottsága vagy az etnikai háttere (PAPP-ZIPERNOVSZKY et al. 2016).

6.1.3. Az egészségfejlesztés fogalma

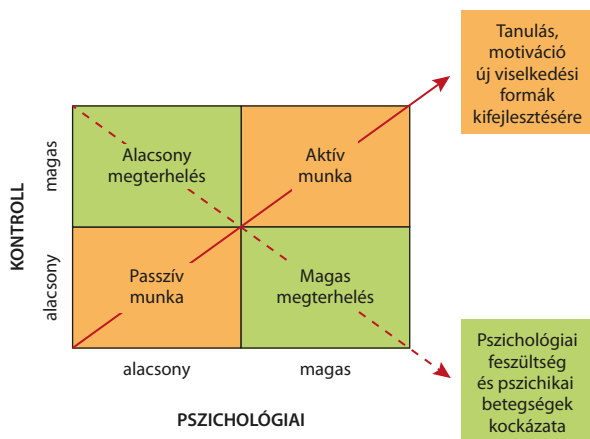
Az egészségpszichológia szemléletének gyakorlati megnyilvánulása az egészségfejlesztés, amelynek *célja az egyének, csoportok, közösségek egészségének, életminőségének fejlesztése, mégpedig az egyének saját, az egészségük javítását célzó aktivitásának serkentésével azért, hogy az egyének maguk legyenek képesek gondoskodni a saját egészségükről* (MARKS–MURRAY–ESTACIO 2000). Az egészségfejlesztés modern szemléletének gyakorlati megnyilvánulásaként tekinthető az úgynevezett *személyre szabott orvoslás*, amelyre jellemző, hogy az egyén egyedi genetikai jellemzőiből indul ki, a megelőzésen van a hangsúly, és az egyén aktív együttműködését igényli (PRAVETTONI–GORINI 2011). Ahogy azt már a mentálhigiénés mozgalmak is felismerték, a munkahely kiváló színteret tud adni minden olyan tevékenységnek, amelynek célja az egyének egészségének megőrzése. Éppen ezért az egészségfejlesztésnek is létezik egy munkahelyi változata, a *munkahelyi egészségfejlesztés*, amelynek egyik legnagyobb előnye, hogy az egyik legnehezebben elérhető réteghez, az alkalmazottakhoz lehet a segítségével eljutni.

6.2. Az egészség és a munka egymásra hatása

A képzett humán erőforrás értékét elismerve az egészség munkával való kapcsolata manapság egyre inkább előtérbe kerül, hiszen nyilvánvaló, ha egy munkahely számára az új munkaerő betanítása költségesebb, mint a meglévő munkaerő megőrzése, úgy gazdasági veszteséget jelent(het), ha a dolgozó különböző következményes okok miatt (betegsabság, személyes konfliktusok stb.) időszakosan vagy akár véglegesen kiesik a munkából.

A munka és az egészség viszonyával kapcsolatosan jelenleg talán a legtöbbet vizsgált, a WHO által is alkalmazott a Karasek–Theorell nevéhez fűződő *Job demand – Control – Support* (Megterhelés – Kontroll – Támogatás) modell (KARASEK–THEORELL 1990), amely szerint a munkahelyi stresszt a munka alábbi két alapvető jellemzőjének egymáshoz való viszonya határozza meg:

- *A pszichológiai megterhelés*, amelyhez a munkakörnyezetben jelen lévő olyan pszichológiai stresszorok tartoznak, mint például időnyomás, túlórák, személyes konfliktusok, félelem az állás elvesztésétől stb.
- *A kontroll- vagy döntési jogkör*, amelynek két fő tényezője van:
 - az egyik, hogy a dolgozónak mennyire van lehetősége arra, hogy a munkáját, aktivitását, erőforrásainak felhasználását kontrollálja;
 - a másik, hogy a dolgozó mennyire vehet aktívan részt a munkáját érintő döntésekben.



9. ábra

A Karasek-modell

Forrás: saját szerkesztés KARASEK–THEORELL 1990, 32. alapján

Ezen két tényező hatását egy harmadik, a *szociális támogatottság* mértéke képes módosítani, amely magában foglalja a szervezeti kultúra, a munkahelyi légkör, a vezetési stílus, a munkatársaktól kapott segítség, a csapatmunka stb. hatásait. A támogatásnak két típusát lehet elkülöníteni:

- a társas-érzelmi támogatás: a bizalom, a társas összetartozás stb.,
- a feladatvégzéshez kapott extra segítség.

Karasek alapmodellje szerint a munkaterhelés és a kontroll a kombinációi alapján a stressz-terhelés vonatkozásában négy különféle munkát lehet megkülönböztetni:

- *Passzív munkák:* a dolgozónak kevés a lehetősége a kontrollra, de a munka általi pszichológiai megterhelés is alacsony. Ez a helyzet – bár esetenként vonzónak tűnhet – könnyen a monotónia és az unalom okozta stresszhez vezethet (például szalagmunka, mechanikus adatfeldolgozás stb.).
- *Magas igénybevételt jelentő munkák:* ebben a helyzetben a dolgozónak szintén kevés a kontrollja, a megterhelés mértéke viszont igen magas, ami küzdésre ösztönzi az egyént. A munka feletti alacsony kontroll lehetősége viszont jelentősen bekorlátozza a lehetőségeit, ami a belső motivációja ellenére megélt tehetetlenség következtében feszültséget, később pedig a stressz magas szintjét generálja. (Ez a fajta munka viszonylag gyakori a közszolgálat területén.)
- *Alacsony megterhelést jelentő munkák:* ezek az úgynevezett relaxációs helyzetek, amelyekre az emberek jó része alapvetően vágyik. Az ilyen munkahelyen jellemzően alacsony a munka okozta megterhelés, miközben maximálisan biztosított az egyén számára a kontroll lehetősége. Ebben az esetben bár csak igen kisfokú a stressz, nem biztosított az egyén számára a fejlődés lehetősége.
- *Aktív munkák:* olyan helyzetek, amikor a dolgozónak magas munkaterheléssel kell szembesülnie, de emellett megvan a megfelelő kontrollja is a feladata teljesítéséhez. Ez általában egy igen aktív szituációt eredményez, amelyben az egyének azt élik meg, hogy képesek megküzdeni a felmerülő stresszel, ami pedig folyamatos fejlődési lehetőséget biztosít az egyén számára. Az ilyen munkák általában nagy presztízsűek – mint például ügyvéd, orvos, bíró stb. – és magas jövedelemmel járnak.

Fontos hangsúlyozni, hogy ezek nem statikus szituációk. Az egyén, illetve a szervezet képes a megterhelés és a kontroll szintjének a megváltoztatásával az adott helyzetet a kedvezőbb vagy éppen a kedvezőtlenebb irányba elmozdítani.

6.3. Stresszélmények, krízisek és következményeik

6.3.1. Stresszorok és krízisek munkával, munkahellyel való kapcsolata

A stresszorok kiemelt típusai az emberi tapasztalat szokásos határain kívüli úgynevezett *traumatikus események*, amelyek lehetnek:

- *egyszeri (akcidentális)*, sokkhatású események (például házastárs halála) és
- kevésbé sokkhatású, azonban *hosszan elhúzódó* események is (például a házastárs hosszú, súlyos betegsége).

A traumatikus eseményre jellemző, hogy olyan helyzettel szembesíti az egyént, amellyel kapcsolatban úgy érzi, hogy a rendelkezésére álló külső és belső erőforrások segítségével nem elegendő a megküzdéshez, amely hatására úgynevezett *krízisállapotba* kerül. A krízis görög eredetű szó, jelentése döntés, fordulat. Mindez jól példázza azt a pszichés lehetőséget, amely minden krízishelyzetben benne rejlik. Egy traumatikus eseménnyel való szembenézés ugyanis éppúgy magában rejtja a pozitív irányú fejlődés lehetőségét, mint a helyzettel

való inadekvát megküzdés esetén akár egy pszichés betegség kialakulásának veszélyét is. Egyetlen dolog tekinthető biztosnak, hogy az egyén élete megváltozik.

A *krízisben lévő személy* általában könnyen felismerhető, mivel figyelme főként a *problémára irányul*, azon gondolkodik, miközben félelmek és szorongások gyötrik, a mindennapi tevékenységeit pedig nehezen tudja elvégezni. Mindemellett jellemző, hogy másokat általában annak függvényében ítél meg, hogy kap-e tőlük segítséget. Fontos, hogy ezen jellemzők a krízisállapot természetes velejárói, és – amennyiben egy éven belül rendeződnek – nem betegség jelei. Éppen ezért a krízisben lévő személy számára sok esetben létfontosságú, hogy legyen körülötte olyan személy, aki ebben az időszakban, különösen pedig a krízis első szakaszában, figyelni tud rá, és szükség esetén gondoskodni tud róla (BAKÓ 2004).

Érdekességgként megemlítendő, hogy amennyiben egy traumatikus esemény egy egész családot érint – mint például haláleset –, és hivatalos ügyek intézésével is együtt jár, úgy általában azok a családtagok, akik felvállalják ezen hivatalos ügyek intézését, nem engedhetik meg maguknak az eseményt követően közvetlenül, hogy megéljék a krízist. Esetükben a krízisállapot valódi megélése általában ezen hivatalos ügyek intézését követően, azaz halasztva történik meg, olyankor, amikor a többi érintett már általában túl van a legnehezebb időszakon, és amikor már a külvilág sem olyan elfogadó a krízishelyzetével kapcsolatban az eltelt idő miatt. A közszolgálatban dolgozók számára ez azért is különösen fontos, mivel a családokban általában azok a személyek szokták magukra vállalni ezen hivatalos ügyek intézését, akik egyébként is jobban ismerik az ilyen ügyeket, azaz – amennyiben van a családban – jellemzően a közszolgálatban dolgozó személyek. Így esetükben különösen fontos, hogy a kollégák, vezetők odafigyeljenek rájuk az általuk megélt krízist követően is.

A munkavégzés során számos olyan tényezővel találkozunk, amelyek – az egyéni és kulturális különbségek, valamint az aktuális helyzet módosító hatásainak figyelembevételével – stresszkeltek lehetnek. Mindezeket, mint a munkahelyi stresszre vonatkozó kockázati tényezőket, a munkahelyi szervezetnek fokozottan figyelemmel kell kísérnie. Ezen munkahelyi stresszorok főbb típusai Cooper és munkatársai szerint (COOPER–PAYNE 1988):

- a *feladattal kapcsolatos stresszorok* (túlterhelés, nem megfelelő munkafeltételek, technológiai változások, határidő, túlóra stb.),
- a *munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok* (zaj, hő, szennyezett levegő stb.),
- a *szervezetben betöltött szerepekkel kapcsolatos egyéni és szervezeti szintű stresszorok* (szerepkonfliktusok, csoporton belüli konfliktusok, szervezeti légkör, vezetési stílus stb.).

A stressz megjelenésének általános jelei a munkahelyen megjelenő stresszhatások következtében kiegészülhetnek még a munkavégzésre vonatkozó egyéb káros következményekkel, mint például a munkahelyi elégedettség mértékének csökkenése, amely már a stressz rövid távú hatásaként is megjelenhet. A stresszhatás tartós fennállása esetén a viselkedés megváltozása is nyilvánvalóan érzékelhetővé válik, amelynek során olyan különféle egészségkárosító magatartásformák jelenhetnek meg a munkahelyen, mint:

- dohányzás, túlzott alkohol-, kávéfogyasztás, kábítószer-használat, balesetezés;
- a munkahelyi szerep leértékelődése;
- másokra vagy tárgyra irányuló verbális vagy fizikai agresszió;
- hiányzás, kilépés vagy korai nyugdíjba vonulás (elmenekülés a munkából);
- az egyén egyéb életszerepeinek – házastársi, baráti, polgári szerepei – károsodása.

Amennyiben a szervezet több alkalmazottja is szenved munkahelyi stressztől, akkor annak hatása már globálisan, a szervezet egészére, egészségességre és teljesítményére vonatkozóan is kihatással lehet. Az egészségtelen szervezet nem kapja meg az elvárható legtöbbet a dolgozóitól, ami – a kialakuló munkahelyi feszültségen, az agresszív indulatok tárgyakon való levezetésén, valamint a hiányzásokon, elvándorláson keresztül – a teljesítmény csökkenését eredményezheti, ami egyértelműen negatív hatását a szervezetre nézve.

6.3.2. Megküzdési módok és azok ártó-védő-moderáló tényezői

Megküzdési stratégiák

A Folkman–Lazarus által megalkotott megküzdési modell (FOLKMAN–LAZARUS 1985) kulcsfogalma a kognitív (gondolati) kiértékelés, amelynek két egymáshoz szorosan kapcsolódó szakasza van:

- Az *elsődleges értékelés* hivatott tisztázni, hogy az egyén „bajban van-e”, azaz hogy mit jelent számára az adott helyzet: stresszhelyzetet vagy nem.
- Amennyiben ezen értékelés eredménye szerint az egyén bajban van, működésbe lép a *másodlagos értékelés* folyamata, amely annak megítéléséről szól, hogy az egyén képes-e megküzdeni a fenyegetőnek ítélt helyzettel, rendelkezik-e a megfelelő megküzdési stratégiával.

Megküzdési stratégia alatt olyan kognitív folyamatok, viselkedések, készségek gyűjteményét értjük, amelyeket az egyén azért alkalmaz, hogy segítségükkel elővételezzon vagy reagáljon stresszes helyzetekre. A megküzdésnek alapvetően *két fő stratégiája* különíthető el:

- A *problémaközpontú megküzdés*, amelynek célja az adott stressz-szituáció megváltoztatása a helyzet vagy az egyén átformálásán keresztül. Ennek során az egyén pontosan meghatározza a problémát, lehetséges megoldási módokat keres, majd pedig kiválasztja a megfelelő megoldást.
- Az *érzelmközpontú megküzdés* akkor kerül előtérbe, amikor az adott stresszkeltő helyzet megváltoztatására nincs lehetőség (például veszteség). Ekkor az egyén a saját érzelmein igyekszik változtatni, amihez különféle viselkedéses (például testmozgás, ivás, társas támasz keresése stb.) és gondolkodási stratégiák (például figyelemelterelés, tagadás, humor, hit stb.) állnak rendelkezésére.

Bár a copingkutatók kezdetén a kutatók egy része igyekezett megtalálni a leghatékonyabb copingstratégiát, az eredmények szerint a különféle stresszhelyzetekhez való leghatékonyabb alkalmazkodás akkor várható az egyéntől, ha minél többféle megküzdési stratégiával rendelkezik, és az adott helyzet körülményeihez igazítva rugalmasan tudja ezeket alkalmazni, szükség esetén akár többet is egyszerre. Oláh Attila feltételezése (OLÁH 1992) szerint léteznek olyan személyiségtényezők, amelyek képesek hozzájárulni az egyén megküzdési hatékonyságának erősítéséhez, ilyen például az egyén saját életének irányítására vonatkozó kontrollképessége, a viselkedés folyamatosságát biztosító tanult leleményesség, a küzdőképesség háttérében álló lelki edzettség, az összefüggések megértéséért felelős koherenciaérzék, valamint az éntudatosság, amely az egyén saját viselkedésének tudatos

belátását, kontrollálását és irányítását jelenti. Ezek együttesen alkotják az egyén úgynevezett *pszichológiai immunrendszerét*.

A társas kapcsolatok szerepe a megküzdésben

A copingkutatók már a kezdetektől fogva egyértelműen felhívták a figyelmet a társas kapcsolatok fontosságára. Számos bizonyítékát találták ugyanis annak, hogy a társas támasz jelensége valódi védőburokként öleli körbe az egyént, megvédve őt a súlyos stresszhatásoktól, illetve ösztönözve őt arra, hogy igyekezzon minél több erőforrását mobilizálni annak érdekében, hogy sikeresen legyen képes megküzdni az őt érő stresszhatásokkal. Amennyiben ezen társas támasz nem áll az egyén rendelkezésére – elmagányosodott, elszigetelődött, elveszítette a családját, vagy egyszerűen csak nem képes a rendelkezésére álló társas kapcsolatokat megfelelően kezelni –, jelentősen csökkenhet az egyén stresszrel való megküzdésének képessége.

Megjegyzendő azonban, hogy az egyén társas környezete negatívan is befolyásolhatja az egyén stresszrel való megküzdési képességét, ha például biztatás helyett a tehetetlenségét erősíti, esetleg túlságosan bagatellizálja vagy épp eltúlozza a kialakult helyzet súlyosságát stb. A stresszrel való megküzdés szempontjából tehát elsődlegesen nem a társas támasz megléte, hanem annak minősége az, ami mérvadó. Érdekes kivételnek tekinthető az a kutatási eredmény, amely szerint a házasságban élők halálozási statisztikái sokkal kedvezőbbek az egyedülállókénál, függetlenül a kapcsolat minőségétől és a személy azzal kapcsolatos értékelésétől (KOPP–SKRABSKI–SZÉKELY 2006). Különösen igaz ez a férfiak esetén, akik a női párjuktól nagyobb valószínűséggel kapnak a stresszrel való megküzdésben nagy segítséget jelentő érzelmi támogatást, mint a nők a férjüktől.

Tudományosan bizonyított összefüggésnek tekinthető, hogy amennyiben a munka és a magánélet között sikerül az egyénnek egyfajta dinamikus egyensúlyt kialakítania és fenntartania, úgy az mind a magán-, mind pedig a munkahelyi életére pozitív hatással lehet. Amennyiben azonban ezen egyensúlyi állapot valamilyen oknál fogva sérül, úgy az egyértelműen negatívan befolyásolhatja mindkét életterületet.

6.3.3. A kiégés

A Freudenbergertől származó *burnout* (kiégési) szindróma fogalma olyan állapotot jelent, amely tartós érzelmi megterhelés, stressz hatására alakul ki, és a személy fizikai, lelki és érzelmi kimerülésének állapotával jellemezhető, amelyet a szokásos módon nem tud kezelni (KOVÁCS 2006).

A burnout elnevezésű szindróma szinte minden foglalkozás esetén előfordulhat. Az úgynevezett segítő foglalkozásoknál azonban – mint amilyen a humán szolgáltatások, az egészségügy vagy akár a hivatásos állományú rendőri munka – speciális jellegzetességei vannak, mivel ezen foglalkozásokba szinte eredendően beépülnek olyan tényezők, mint a teljesítménymérés hiányzó kritériumai, az alacsony jövedelem, a hosszú munkaidő, az adminisztratív terhek, a kétséges megbecsülés, a klienssel való érzelmileg megterhelő kapcsolat stb., amelyek későbbi frusztrációhoz vezethetnek (FEKETE 1991).

A burnout kialakulása és fejlődése ciklikus, egy cikluson belüli főbb állomások a következők:

1. *a kezdeti nagy lelkesedés*, amelyet túlzott elvárások jellemeznek;
2. *a realizmus fázisa*, amelyben az egyén még elkötelezett, de már igyekszik némi távolságot tartani;
3. *a stagnálás fázisa*, amelyre a kiábrándulás és a csökkenő teljesítőképesség jellemző;
4. *a frusztráció fázisa*, amelyben a hivatás hatékonysága és értéke megkérdőjeleződhet, egyre idegesítőbbek a munkával kapcsolatos terhek;
5. *az apátia fázisa*, amelyben a szakmai munka rutinszerűvé válik.

A burnout megelőzési lehetőségeiben számos intézményi és egyéni lehetőség adódik, amelyek között a munkahelyi egészségfejlesztési törekvéseknek is fontos szerepe lehet. Ezeket foglalja össze az alábbi táblázat (CSABAI–MOLNÁR 2009).

5. táblázat
A kiégés megelőzésének lehetőségei

A kiégés megelőzésének lehetőségei	
Szervezeti szinten	Egyéni szinten
• képzések, továbbképzések, tréningek; • támogató munkahelyi kapcsolatok; • pozitív visszajelzések; • autonómia biztosítása; • az adott foglalkozással és munkával kapcsolatos reális lehetőségek és elvárások megismerése.	• az egyéni motivációk tisztázása és tudatosítása; • a reális énkép kialakítása.

Forrás: CSABAI–MOLNÁR 2009

6.3.4. Pszichoterror – negatív társas kapcsolati hatás

Az egy csoporton belül megjelenő személyes konfliktusok vagy mások ellen irányuló támadások a csoportfolyamatok természetes kísérőjelenségeinek tekinthetők. Amennyiben azonban mindez átlép egy bizonyos határt, és akadályává válik a csoporton belüli hatékony munkavégzésnek, akkor már nem természetes jelenségről, hanem *pszichoterrorról*, más néven *mobbingről* beszélünk. A mobbing definíciója szerint olyan konfliktust jelöl, amelynek során egyeseket a kollégáik és/vagy vezetőik gyakran és hosszabb időn át különböző inzultusoknak, zaklatásoknak, molesztálásoknak tesznek ki, és amelyek következményeként az érintetteknél akár pszichikus megbetegedések is felléphetnek.

A pszichoterror kiváltó okai között ugyan szerepelnek az egyének különböző negatív személyiségtulajdonságai, a vonatkozó kutatási eredmények szerint azonban a valódi kiváltó okok a *munka*, illetve a *szervezet különféle viszonyaiban* keresendők, mint például a túlzott felelősséggel járó beosztás, támadó nagy tekintélye és erős pozíciója, a vezetők elméleti és gyakorlati ismereteinek a hiánya, aminek következtében a fellépő pszichoterrort nem képesek a korai szakaszukban leállítani (KAUCSEK–SIMON 2001).

Az egyik legnagyobb problémát a pszichoterror hatékony kezelésével kapcsolatban az jelenti, hogy ilyen helyzetekben általában maguk az áldozatok sincsenek tisztában a valódi kiváltó okokkal. Éppen ezért a helyzet elmérgesedésének elkerülése érdekében elsődleges fontosságú a vezetés beavatkozása. Ez a tevékenység a rizikómenedzsment (*risk management*), amelynek lényegi eleme a vezetők képzése, valamint a dolgozók tájékoztatása a pszichoterror létezésének tudatosítása érdekében.

6.4. A vezetők szerepe a szervezet „egészségi állapotában”

A szervezet „egészségi állapotában” a vezetőknek kiemelt fontosságú szerepük van. Egyrészt ők azok, akik szinte a legtöbbit tehetnek az alkalmazottak lelki egészségéért azáltal, hogy viselkedésük alapvetően meghatározza a munkahelyi légkört. Másrészt, mivel általában tudatosan megélik az alkalmazottaikért való felelősségérzetüket, saját lelki egészségük is fokozottan veszélyeztetett helyzetben van.

6.4.1. A vezetőket érő munkahelyi stresszhatások jellegzetességei

A vezetőket feladataikból, kötelezettségeikből és felelősségükből következően specifikus stresszhatások érik. Ezek vizsgálata először az 1940-es és 1950-es években, a pszichoszomatikus betegség koncepciójának divattá válásakor került előtérbe. A pszichoszomatikus tünetekkel jelentkező betegek között gyakran fordultak elő vezetők, s ez szinte kézenfekvően vont maga után azt az elképzelést – amelyet „*menedzserbetegségek*” elméletének is neveznek –, amely szerint a vezetői munkakör hajlamosít a szomatikus betegségekre, különösen pedig a magas vérnyomásra, a gyomor- és nyombélfekélyre és az infarktusra (VALLÓ–NEMES 2000).

Az 1950-es évek végén kezdődött széles körű vizsgálatok azonban nem találták lényegesebben gyakoribbnak a pszichoszomatikus betegségeket a vezetők körében. Mindezek ellenére meg kell említeni, hogy a vezetőket a rájuk jellemző specifikus *vezetői életmód* (BUDA 2002) is – kevés mozgás, hajszolt élet, túlmunka, pihenésre való képtelenség, fokozott mértékű dohányzás és alkoholfogyasztás stb. – hajlamosíthatja különböző pszichoszomatikus eredetű betegségekre. Újabban a vezetői életmód jellegzetességei közül leginkább a hajszoltság és a túlmunka áll a figyelem középpontjában; egyfajta extrém megnyilvánulásként tekinthető a *workaholics* (munkamánia) jelensége.

A kutatási eredmények alapján azonban sokkal inkább a vezetői szerepek pszichológiai túlterhelése (meghatározhatatlansága, tisztázatlansága) és a *szerepkonfliktusok* (a vezetői szerepnek más, például családi szerepekkel való összeütközésével kapcsolatos konfliktusok) azok, amelyek a legtöbb specifikus vezetői stresszt szolgáltatják. Mindennek a hatékony kezeléséhez pedig elengedhetetlen, hogy a vezető jó kommunikációs és empátiás képességű legyen, olyan, aki képes és tud is élni a rendelkezésére álló különféle pszichológiai eszközökkel annak érdekében, hogy hatékonyan kezelje az őt érő munkahelyi stresszhatásokat.

Ez utóbbi különösen igaz a *középvezetők*re. Ők azok ugyanis, akik beosztásuknál fogva kettős szerepben vannak. Egyrészt beosztott vezetőként nekik a feladatuk a felsővezetés – esetenként általuk sem támogatott – döntéseit közvetíteni és végrehajtani a saját

alkalmazottjaikkal. Másrészt eközben rájuk nehezedik a saját csoportjuk, osztályuk személyi kérdéseiben való döntési felelősség is.

6.4.2. A „szívós” vezető

Fiedler vizsgálatai szerint, amelyeket például Arnold igazolt (ARNOLD et al. 2005):

- ha nincs stressz, a teljesítmény negatívan korrelál a vezető tapasztalatával (a sok tapasztalat gátolja a jó teljesítményt),
- erős stresszhelyzetben viszont a teljesítmény az intelligenciával korrelál negatívan (az intelligencia gátolja a jó teljesítményt).

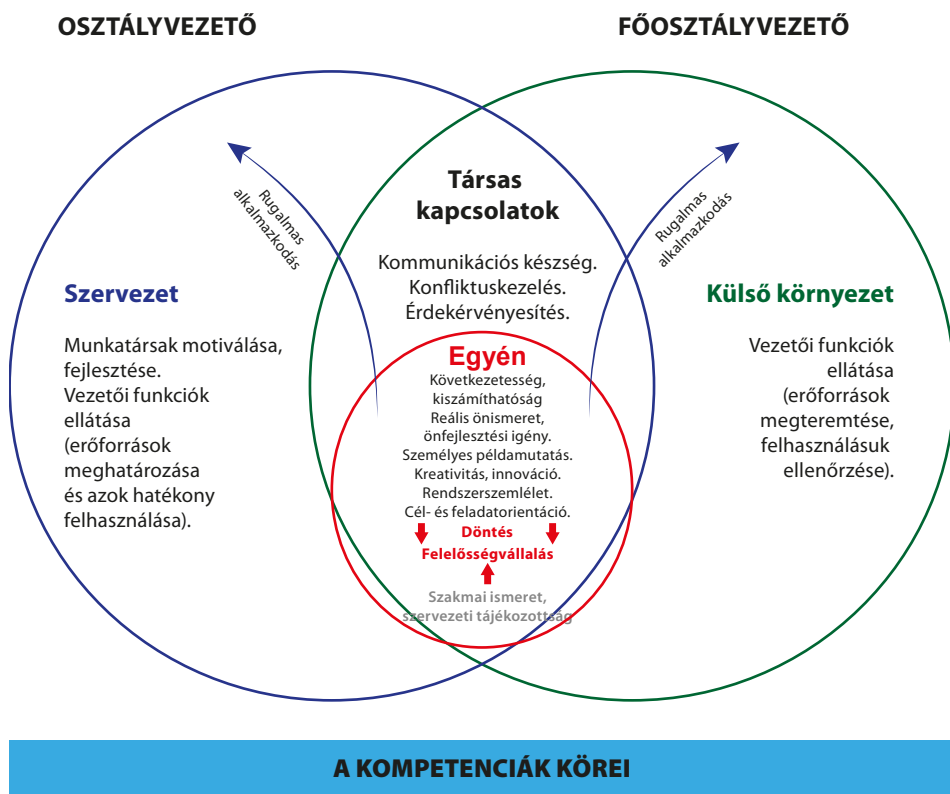
Ennek megfelelően, ha egy cég vezetése ki akarja használni a különlegesen intelligens vezetők kapacitásait, akkor intellektuális konfliktusoktól, valamint bizonytalanságból fakadó stressztől viszonylagosan mentes környezetet kell teremtenünk számukra. Amennyiben mindenképpen stresszes, bizonytalan környezetben kell dolgozniuk, úgy nem a vezetők értelmi képességeire, hanem tapasztalataikra kell építeni. Szintén ezen kísérletekből következik, hogy a stresszcsökkentés hatékonyságát fokozni hivatott tréningek elősegíthetik a vezetők intellektuális és kreatív képességeinek felszabadítását.

A vezetőket érő fokozott stresszhatással való megküzdés kapcsán az utóbbi időben egyre inkább előtérbe kerül a *vezetői alkalmasság* kérdése is. Egy vezető ugyanis csak akkor tudja kihozni magából és csapatából a legtöbbet, ha testileg és lelkileg is egészséges. Azaz egy szervezet számára alapvető érdek, hogy olyan vezetőket alkalmazzon, akik már a felvételükkor jellemzően harmonikus személyiséggel rendelkeznek, valamint birtokában vannak olyan kompetenciáknak, amelyek lehetővé teszik, hogy hatékonyan legyenek képesek megküzdenni az őket érő munkahelyi stresszhatásokkal.

A közszolgálatban jelenleg egyedül a belügyi szervek vezetői állománya vonatkozásában létezik tudományos kutatás keretében kifejlesztett komplett vezető kiválasztási rendszer, amely háromféle vizsgálati módszer (tízmodulos tesztrendszer; egyéni, páros és csoportos AC-feladatok, valamint strukturált vezetői interjú) segítségével, informatikailag támogatottan komplex módon képes felmérni a 13 egységes belügyi vezetői kompetenciát. Ezen rendszeren belül is egyértelműen megjelenik a vezetőkkel szembeni, fentiekben megfogalmazott alkalmassági kritériumoknak való megfelelés szükségessége a „*rugalmas alkalmazkodóképesség*” kompetenciáján keresztül, míg a „*következetesség, kiszámíthatóság*”, a „*személyes példamutatás*”, valamint a „*reális önismeret*” kompetenciái a harmonikus és önmaga képességeivel tisztában lévő személyiség biztosítékai (MALÉT-SZABÓ 2014).

Maddi és Kobasa (KOBASA–MADDI–COURINGTON 1981) kutatásukban azt találták, hogy a stresszt kiváltó események tartós betegségeket eredményezhetnek a vezetőknél is, amelyekkel szemben védőfaktor lehet a jó fizikai erőnlét, valamint a társas támogatás. Leírták a stresszt hatékonyan kezelő, úgynevezett „*szívós*” vezetőt, akit a következő jellemzők mentén mutatnak be:

- Elidegenedés helyett *odaadás, eltökéltség*: érdekli, amit csinál, és teljes odaadással foglalkozik vele, tudja, hogy mit kell csinálnia.
- Tehetetlenségérzés helyett *aktív befolyásolás*: hisz abban, hogy hatással van a körülötte zajló eseményekre.
- *Kihívásként*, nem fenyegetésként tekint a problémákra: az élet természetes részeként tekint a változásokra, amelyek nagyobb teljesítményre sarkallják.



10. ábra

Az egységes belügyi vezetői kompetenciák rendszere

Forrás: saját szerkesztés HORVÁTH – MALÉTSZABÓ 2014, 15. alapján

Az intelligensnek vagy az egészségesnek tűnő vezető a hatékonyabb?

Számos kutatás készült arra vonatkozólag, hogy egy vezetőnek milyen belső tulajdonságokkal, vonásokkal és személyiséggel kell rendelkeznie annak érdekében, hogy eredményes és hatékony legyen. Azonban a belső értékeken kívül úgy tűnik, a külsőség is befolyással van. Egy Spisak és munkatársai által végzett kutatás (SPISAK et al. 2014) kimutatta, hogy a vezetői pozíciókat betöltő személyek kiválasztásánál fontosabb, ha az illető egészségesebbnek néz ki, mint hogy intelligensnek tűnjön. 148 férfit és nőt megkértek, hogy képzeljék azt, hogy egy vállalat vezérigazgatóját választják ki arc alapján, majd kettesével mutattak nekik képeket férfiakról. A fotópárokon ugyanaz a férfi szerepelt, azonban a képeket digitálisan manipulálták: az egyik képen intelligensebbnek tűnik a személy, a másik képen pedig egészségesebbnek. A megkérdezettek 69%-a az egészségesebbnek tűnő embert mutató fotót választotta.

Összességében elmondható, hogy a viszonylag harmonikus, egészséges személyiségű vezetők hatékonyabban képesek megküzdeni a munka és a munkahely okozta stresszel, így a szervezetek alapvető érdeke, hogy a vezetők személyiségének fejlesztésével, gondozásával kiemelten foglalkozzanak. Ebben fontos szerepe lehet a kommunikációs, konfliktuskezelési, érzékenyítő tréningek mellett a lelki egészség fejlesztését szolgáló egyéni módszereknek (az önismeret, az egyéni stresszkezelés hatékonyságának fejlesztése relaxáció, imagináció segítségével, a testi erőnlét fokozása, életvezetési tanácsadás, súlyosabb egyéni probléma esetén pedig a pszichoterápia lehetőségének biztosítása).

Összefoglalás

A munkahelyi egészségfejlesztési programok célja a dolgozók egészségességének megőrzése. Ezek az USA-ból indultak, de már Nyugat-Európában is egyre több helyen megtalálhatók. A munkahelyi egészségfejlesztés fókuszában a dohányzás, a mozgásszegény életmód, az egészségtelen táplálkozás, az alkoholfogyasztás, a kábítószer-használat és a stressz kezelése áll.

Magyarországon 2003 óta, amikor az országgyűlési határozattal elfogadott Nemzeti Népegészségügyi Program *Egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein* című alprogramjának egységeként működő *Egészséges Munkahelyekért* program elindult, egyre több „egészségbarát munkahely” van, ahol a dolgozók egészségét megőrzésre érdemes értéknek tartják, és ahol mindent meg is tesznek azért, hogy ezt az értéket védjék.

A munkahelyi egészségfejlesztő programoknak sok pozitív következménye lehet a dolgozó és a munkahelyi szervezet szempontjából egyaránt. A munkahelyi szervezet számára hasznos pozitív következmények közül kiemelendő, hogy hatásukra általában javul a szervezet megítélése, nő a termelékenység, csökkennek a hiányzások, csökken a fluktuáció, valamint javul a munkahelyi légkör. Az egyének e programok révén könnyen hozzájuthatnak bizonyos egészségi szolgáltatásokhoz, és ezzel időt és pénzt takarítanak meg.

Irodalomjegyzék

- ARNOLD, J. – RANDALL, J. R. – PATTERSON, F. – ROBERTSON, T. I. (2005): *Work Psychology: Understanding Human Behaviour in the Workplace*. Harlow, Pearson Education.
- BAGDY E. (1999): A mentálhigiéné főbb irányzatai és a hazai mentálhigiénés program. In BAGDY E. szerk.: *Mentálhigiéné, elmélet, gyakorlat, képzés, kutatás*. Budapest, Animula. 35–40.
- BAKÓ T. (2004): *Verem mélyén – könyv a krízisről*. Sorsfordító könyvek 1. Budapest, Psycho Art.
- BUDA B. (2002): *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései*. Budapest, Animula.
- COOPER, L. – PAYNE, R. (1988): *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. New York (US-NY), Wiley.
- CSABAI M. – MOLNÁR P. (2009): *Orvosi pszichológia és klinikai egészségpszichológia*. Budapest, Medicina.
- FEKETE S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – helper szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6. évf. 1. sz. 17–29.

- FOLKMAN, S. – LAZARUS, R. S. (1985): If It Changes it Must be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 48, No. 1. 150–170. DOI: <https://doi.org/10.1037//0022-3514.48.1.150>
- HORVÁTH F. – MALÉT-SZABÓ E. (2014): A vezető-kiválasztás biztonsági kockázatai. In GAÁL Gy. – HAUZINGER Z. szerk.: *Tanulmányok a „Biztonsági kockázatok – rendészeti válaszok” című tudományos konferenciáról*. (Pécsi Határőr Tudományos Közlemények, 15.) Pécs, Magyar Hadtudományi Társaság Határőr Szakosztály Pécsi Szakcsoport. 325–331.
- KÁLLAI J. – VARGA J. – OLÁH A. (2007): *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina.
- KARASEK, R. – THEORELL, T. (1990): *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York (US-NY), Basic Books.
- KAUCSEK Gy. – SIMON P. (2001): Pszichoterror a munkahelyen. In KLEIN S. szerk.: *Vezetés-és szervezetszichológia*. Budapest, SHL.
- KOBASA, S. C. – MADDI, S. R. – COURINGTON, S. (1981): Personality and Constitution as Mediators in the Stress-Illness Relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 22, No. 4. 368–378. DOI: <https://doi.org/10.2307/2136678>
- KOPP M. – SKRABSKI Á. – SZÉKELY A. (2006): Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In KOPP M. – KOVÁCS M. E. szerk.: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Budapest, Semmelweis. 84–105.
- KOVÁCS M. (2006): A kiegészítés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 16. évf. 11. sz. 981–987.
- MALÉT-SZABÓ E. (2014): Az új belügyminisztériumi vezető-kiválasztási eljárás rövid bemutatása. In HEGEDŰS J. szerk.: *Tanulmánykötet a belügyi vezető-kiválasztási eljárásról*. Budapest, Belügyminisztérium. 60–66.
- MARKS, D. F. – MURRAY, M. – ESTACIO, V. E. (2000): *Health Psychology*. London, SAGE.
- OLÁH A. (1992): *Szorongás, megküzdés és a megküzdési potenciál*. Kandidátusi értekezés.
- PAPP-ZIPERNOVSZKY O. – NAFRADI L. – CSABAI M. – SCHULZ P. J. (2016): „Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 157. évf. 23. sz. 905–915. DOI: <https://doi.org/10.1556/650.2016.30412>
- PRAVETTONI, G. – GORINI, A. (2011): A P5 Cancer Medicine Approach: Why Personalized Medicine Cannot Ignore Psychology. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 17, No. 4. 594–596. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2011.01709.x>
- SELYE J. (1983): *Stressz distressz nélkül*. Budapest, Akadémiai.
- SPISAK, B. R. – BLAKER, N. – LEFEVRE, C. E. – MOORE, F. R. (2014): A Face for All Seasons: Searching for Context-specific Leadership Traits and Discovering a General Preference for Perceived Health. *Frontiers in Human Neuroscience*, No. 8. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2014.00792>
- SZABÓ E. (2006): Munkahelyi egészségpszichológia a megváltozott munkaképességű személyek alkalmazásában. In MÜNNICH Á. szerk.: *Pszichológiai szempontok a megváltozott munkaképességű emberek munkaerőpiaci integrációjának elősegítéséhez*. Debrecen, Didakt. 159–224.
- VALLÓ Á. – NEMES J. (2000): *Menedzserbetegségek*. Budapest, B+V.