

## SZICSEK MARGIT

# A kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában

**Összefoglalás** ♦ *A foglalkozási deformációval, a pszichológiai immunkompetenciával, a munkahelyi légkörrel, a munkahelyi stressz-forrással és a mentális védelemmel foglalkozó tanulmány célja, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy az egészségügyben illetve minden olyan munkahelyen, ahol a dolgozók a szakmai tudásukon túl a saját személyiségükkel is dolgoznak, számolni kell a pszichés elfáradás, telítődés, a foglalkozási deformáció jelentkezésével. A szerző krónikus betegeket ellátó kórházi illetve szociális otthoni betegosztályokon folytatott vizsgálatot (100 fő ápoló) a kiégettségi mutató és pszichológiai immunkompetencia közötti összefüggés keresésének módszerével, s elemezte statisztikailag a kapott eredményeket. Azoknál a dolgozóknál, akiknél a kiégettségi mutató magasabb volt, a pszichológiai immunkompetencia bizonyos értékei eltértek az átlagtól. A külföldi vizsgálatokkal (U.S.A., Németország) egybehangzólag arra a megállapításra jutott, hogy nem a munkából adódó stressztényezők okozzák a legnagyobb veszélyt a vizsgált területen, hanem a munkahelyi légkörnek van döntő jelentősége. Védettséget a dolgozók mentális állapotának folyamatos karbantartása adhat, így az eredmények alátámasztják, hogy sürgető és jogos igény van a pszichológus szakember mentálhigiénés tevékenységére a magyar egészségügy számos területén.*

*„Tudnunk kell megőrizni magunkat:  
ez a legerősebb próbája a függetlenségnek”  
(Nietzsche)*

## Bevezetés

Több mint húsz éve tanítok különböző iskolatípusokban ápolókat. Hat éve egészségügyi főiskolai képzés indult városunkban, ahol diplomás ápolókat készítünk fel leendő pályájukra. Ebből adódóan magam is igen sok időt töltök ápolók között, közvetlenül a betegágy mellett.

Úgy érzem elmondhatom, hogy „belülről” ismerem életüket, munkájukat. Az ELTE Pszichológia Szakára 1995-ben benyújtott szakdolgozatom a mindennapi ápolói munka kiváltotta stressz-keltő tényezőkkel foglalkozott, illetve az alkalmazott Coping-mechanizmusokat vizsgálta. Ez volt az egyik forrása mostani témaválasztásomnak, hogy feltárjam a köztudomásúlag igen nagy megterheléssel járó nővéri munka személyiségre gyakorolt hatását, esetleges kiégést okozó szerepét. A másik ok, hogy ez év elején kórházunk onkológiai osztálya jelezte felém, hogy igényt tartanának pszichológus segítségére, aki segíteni tudna a munkából adódó lelki terhek csökkentésében. Szakmai szempontból nagyon izgalmasnak, igazi kihívásnak és igen megtisztelőnek éreztem a feladatot. Amint az a tanulmányomból kitűnik, a két indíték találkozott, sőt szorosan össze is függött. Évek óta rendszeresen tanítok és vezetek csoportot szociális otthonban dolgozó ápolóknak, így szinte adott volt, hogy a vizsgálatot kiterjesszem erre a csoportra is.

A vizsgálatban 100 ápoló vett részt. 88 fő értékelhető adatát használtam fel. 64 fő szociális otthoni ápoló, 24 fő kórházi ápoló (onkológiai- és hospice osztály). A két kórházi osztályon súlyos állapotú, elsősorban daganatos betegek gyógyítása illetve ápolása történik. Tehát a munka hasonlósága illetve az ebből adódó lelki megterhelés minősége szolgáltatta a közös összehasonlítási alapot.

A szociális otthonban történő ápolásra, gondozásra jellemző, hogy a gondozottak hosszú éveket, adott esetben évtizedeket töltenek el az intézetben (pl.: Elek, Elme Szociális otthon), illetve a gondozottak fokozott állapotromlásával találkoznak (pl.: Békés, Szociális otthon, Gyula, Szociális otthon). Ebből adódóan a szakmai munka is megváltozik (a gondozásból teljes körű ápolás lesz). Miután ezen a területen az ún. szakmai sikerélmény nem látványos, más mércével mérhető, s joggal tekinthetjük ezt a munkát az egészségügy területén belül igen nehéznek. Tehát összefoglalva elmondható, hogy az egészségügy területén végzett ápolási munkából azokat a munkaköröket emeltem ki, amelyek fizikailag és lelkileg is a legmegterhelőbbek közé tartoznak, s nem csupán szakmailag, hanem lelkileg is speciális felkészültséget igényelnek, hogy jó színvonalon és hosszú távon, károsodás nélkül tudják végezni a dolgozók. A vizsgálat arra kereste a választ, hogy a kiégettségi mutatók hogyan alakulnak a krónikus betegekkel foglalkozó ápolók körében, illetve az ápolók pszichológiai immunrendszerének alkotóelemei és kiégettségi mutatói között fellelhető-e valamilyen összefüggés.

A rendelkezésemre álló külföldi vizsgálati eredmények kismérvű nemzetközi összehasonlítást is lehetővé tettek.

## I. A témával kapcsolatos tudománytörténeti áttekintés

### I.1. Az ápolói munka jellemzői az ezzel kapcsolatos vizsgálatok tükrében

#### *A nővéri pálya alakulása hazánkban*

A század első évtizedeiben az ápolóképzés szétagolt volt, a képzettségi szint igen alacsony. A fizetés a napi 14-16 óra munkaidő mellett nagyon kevés volt. 1945 után az újjáépítés időszakában a rendi ápolás felszámolásával egyidőben több kórházi ágy létesült, a nővérképzés mennyiségi oldala került előtérbe. Az '50-es években a nővéri pálya vonzása még viszonylag magas volt. Megváltozott a nővérek rekrutációs háttere, a városi munkás lányok mellett egyre több falusi parasztlány került a nővérképző iskolákba.

A '60-as években a kórházi ellátás fejlődése felgyorsult, újabb és újabb igényeket támasztott az egészségügyi szakszemélyzet tekintetében. Egyre több paramedikális szakmában kötötték érettségihez a felvételt (röntgen-, labor asszisztens stb.), így ezek presztízse nőtt, míg az ápolói pályára zömében azok a lányok mentek, akik nem tudtak továbbtanulni. Ezen a helyzeten igyekezett valamit segíteni a '60-as évek végén bevezetett egészségügyi szakközépiskolai képzés. Lassan a szakképzettség színvonala nőni kezdett, de a '70-es évek végére ismét romlott a helyzet. Az anyagi megbecsülés hiánya, a pályapresztízis alacsony volta, a nehéz munkakörülmények nagy fluktuációhoz vezettek.

#### *Hol tartunk napjainkban?*

Blasszauer Béla így ír erről: „*Felhívjuk a figyelmet egy olyan egészségügyi szakdolgozói rétegre, amelynek eddig is fontos szerepe volt, de ezután még nagyobb szerepe lesz a nemzet egészségügyi problémáinak enyhítésében. (Ha másért nem, egyre növekszik az időskorúak és a krónikus betegségben szenvedők száma, akik elsősorban ápolást igényelnek.) Az 1988-ban végzett presztízsvizsgálat szerint a »társadalom« 156 foglalkozás közül hasznosság szempontjából 11. helyre sorolta az ápolói munkát, ezzel szemben jövedelmezősége a 100.! helyre került. Itt találták a legnagyobb különbséget a hasznosság és jövedelmezőség között. A munkavégzéshez szükséges tudás, a 38. helyen áll.*” (Blasszauer, 1994. – id. Kulcsár, 1998.)

„*Örökkön örökké nem lehet hivatástudatra apellálva elvárni, hogy bárki is – végkimerülés határán innen vagy túl – nevetségesen alacsony fizetésért és megbecsülésért elkötelezettséggel és megfelelően végezze a munkáját. A sok túlóra, ügyelet és készenlét próbára teszi a nővérek idegrendszerét, állóképességét és toleranciáját.*” (Blasszauer, 1994.)

A Pándy Kálmán Megyei Kórházban Gyulán – ahol én is végeztem kutatásomat –, 1998-ban 104 nővér megkérdezésével egy szociológiai vizsgálat folyt (Kovács Erika,

Pongorné, 1998.). A dolgozat megállapítja, hogy „a kérdezettek a társadalmi és az anyagi megbecsülésük mértékét alacsonynak értékelték, szerintük a munkájuk és a felelősségük nagyságához képest nem megfelelő” a társadalmi presztízszük. A pályával való elégedetlenség mértékét jelezheti az is, hogy az életkor előrehaladtával egyre csökken azoknak az aránya, akik újra ezt a hivatást választanák.

A gyerekes nővérek fele (a megkérdezettek 52%-ának van gyermeke) nem támogatná a pályaválasztásban a gyermekét, ha az nővérként szeretne elhelyezkedni. A megkérdezett személyek középosztálybelinek tartják magukat, azonban életformájuk, kulturális preferenciájuk alapján legfeljebb az alsó középosztályba tartozhatnak.

A felmérésből viszont az a bizakodásra okot adó adat is kitűnik, hogy a megkérdezettek 72%-a rendelkezik érettséggel, háromnegyedük pedig az alapképesítésen túl, szakképesítéssel is. Az utóbbi években megfigyelhető, hogy a nővérek között jelentősen megnőtt a tanulási kedv. Egyre többen igyekeznek magasabb szakképesítést szerezni, és a főiskolai diplomás ápolói szak levelező tagozatán is egyre többen tanulnak (pl. az 1998/99-es tanévben a gyulai egészségügyi főiskola első éves levelező évfolyamára 100 hallgatót vett fel). A megnövekedett tanulási kedv, a tudás presztízsnövekedésének döntően két összetevője van: az egyik a saját egzisztenciális erősödés illetve stabilitás elérése, a másik pedig a megnövekedett szakmai elvárások a „felhasználó” – az egészségügy – oldaláról. (Levelező hallgatóink – jelenleg 160 fő – túlnyomó többségét munkahelyük támogatja a tanulásban.)

A tanulási kedv erősödését feltétlenül öröndetes tényként kell kezelnünk, viszont azt sem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy ez – a már a meglévők mellett – egy újabb feladatot ró a dolgozókra, az újabb elvárás pedig nem kevés terhet jelent az ápolói társadalom számára. Ezek után érdemes áttekintenünk, hogy a különböző ápolói terhelést vizsgáló felmérések milyen megállapításokra jutottak a nővéri munkát illetően. Az ápolói munkaterhelésről széles körű vizsgálat készült 1989-ben (Bán, 1989.). A vizsgálat 13 kórház 7020 betegágyára, 890 foglalkoztatott ápolóra terjedt ki, s megállapította, hogy a munkaterhelések mind szellemi-lelki, mind fizikai téren nagyok.

Bán összehasonlítást végzett a rendelkezésre álló idő, a rendelkezésre álló személyzet, a teljes ellátást igénylő betegek és a munkaidő nagy részét felölelő egyéb beavatkozások (pl. vizsgálati előkészítések stb.) viszonylatában, s megállapította, hogy a munka során háttérbe kerül illetve elmarad a beteg pszichés vezetése, mobilizálása, felkészítése az otthoni létre. Vizsgálati eredményeit aggasztónak tartja, ugyanis a fizikai terhelés figyelmenlenséget, feledékenységet, rossz hangulatot okozhat, nem beszélve a beteg ellátásának elégtelenségéről. Az egy betegre fordítható ápolói munkaperc az ápolói munkaterhelés függvénye. Ez egy

belgyógyászati osztályon: 179 perc/nap (szakirodalmi adat 210 perc/nap), egy krónikus osztályon: 98 perc/nap. Az előbb említett vizsgálaton kívül nemigen találunk az ápolói munkára vonatkozó felmérést a hazai szakirodalomban, ezért tartom indokoltnak a nemzetközi vizsgálatok említését is.

Jones (1987) pszichiátriai ápolók körében vizsgált speciális stresszkeltő tényezőket. Az empirikus vizsgálat során elsősorban azokat a lélektani stresszhelyzeteket tárta fel, amelyek főképp arra vezethetők vissza, hogy az osztályon ápolott elmebetegek veszélyesek lehetnek önmagukra és másokra nézve is. Valóban, ebben a nővéri mintában relatíve magasabb volt a stressz-szint, mint néhány más alkalmazott mintában. Jones vizsgálta a szorongást, a depressziót, továbbá a munkahely struktúráját, a követelések, támogatások, szabályok viszonyát.

A sebészeti és intenzív osztályokon dolgozó nővérek munkahelyi stresszkeltő tényezőivel, illetve az ezekkel való küzdelemmel foglalkozik munkájában Kelly (1985). Két városi kórházban 41 intenzív gondozási egységben és 61 sebészeti osztályon dolgozó nővér töltötte ki a stressz-kérdőívet, amely célja a stressz-faktorok vizsgálata volt, illetve javaslattétel a munkahelyi környezeten belüli stressz csökkentésére.

A vizsgálat ötféle stresszhelyzetet különböztetett meg: a pácienssel, a környezettel, a vezetéssel kapcsolatos, az interperszonális kapcsolatokkal és a tudással összefüggőket. Majd multivariáns analízissel mutatta be, hogy a stressz esetén a környezeti faktorok a leggazdagabbak, és pedig a kórházi környezetben és főleg az intézetben belüli speciális munkaterületen.

Norbeck J. S. (1985) 8 kórház 180 intenzív osztályon dolgozó nővéreinek küldte ki önkitöltős kérdőívet. Vizsgálatának tárgya arra irányult, hogy a munkahelyi stressz, a munkával való megelégedettség és a lelki tünetek (panaszok) milyen összefüggésben vannak egymással. A kapott eredmények alátámasztották azt a hipotézist, hogy a magasabb stressz alacsonyabb megelégedést és magas pszichológiai tüneteket okoz.

Dracup (1987) intenzív osztályon dolgozóknál végezte széleskörű összehasonlító vizsgálatát. Leírta az egység struktúráját, szervezéseinek ütközéseit, beleértve a biztosítási rendszerrel járó procedúrákat, ezek hatását a nővérré, betegre, hozzátartozókra egyaránt. Elemezte az intenzív osztályos nővéri munka folyamatát, kimenetelét, a gondosság szerepét a beteg túlélési esélyeiben, a fellépő etikai problémákat. A vizsgált területek elég különbözőek voltak, de azért sok hasonlóság is fellelhető volt közöttük. A vizsgálati megközelítés több tudományág bevonásával történt, így az orvostudomány, a pszichológia, a közegészségügy és a kórházi gazdaságtan szemszögéből bővült a jelenség ismerete, viszont néhány oldalról

hiányos a megközelítés: pl. a nővéri szemszög. Noha az intenzív ápolás területén fontos a nővéri ápolás hatékonyságát (a beteg túlélésében betöltött szerepét) mérni, viszont az ápolási erőfeszítések hatása az élet hosszabb-rövidebb idejű meghosszabbítására, ennek minőségére és az egészség fenntartásának funkcionális viszonylataira vonatkozóan, ismeretlen marad.

A cikk egyik fontos megállapítása, hogy **ápolástudományi programok** szükségesek. A vizsgálatokban a nővéri szempontú megközelítésnek is helyet kell kapnia. A korábbi vizsgálatok ugyanis egy-egy kisebb gondozási egységre terjedtek ki, elfogultak voltak, és kis mintára vonatkoztak. A vizsgálat során a kérdéskörre irányuló figyelem erősödése megtérült az eszközök pszichometriai tulajdonságainak (reliabilitás, validitás) előtérbe kerülésével.

A bevezetőben már említett dolgozatomban (*Szicsiek, 1995.*) a gyulai kórház 100 ápolója körében végeztem vizsgálatot, 5 sebészeti és 5 belgyógyászati jellegű osztályon. A vizsgálat tárgyát a mindennapi ápolói munka során fellépő feszültségek, a szorongást kiváltó tényezők, és az ezekkel való küzdelem módjai képezték. Az ápolókat írásos formában kérdeztem meg, hogy melyek azok a tényezők, amelyek a számukra leginkább feszültségkeltők a napi munkájuk során. Ezek gyakoriságát és intenzitását mindkét csoportnál (osztályok szerint) külön-külön mértem, majd a kettőt összevetettem.

Az eredményeket összefoglalva elmondható, *hogy a vizsgálatban résztvevő 100 ápoló – a munkájából adódó feszültségkiváltó tényezőként – a következőket említi a leggyakrabban:*

- a munkatársak közötti meg nem értés,
- a nővérhiány,
- a munkából fakadó lelki megterhelés,
- a gyógyíthatatlan beteg bizakodásának kezelése,
- az anyagi, erkölcsi megbecsülés hiánya,
- az orvostól való függés,
- a halál, a halott ellátása,
- a gyógyíthatatlan beteg lelki vezetése.

*A legnagyobb intenzitású feszültségkiváltó okok pedig a következők:*

- a munkával kapcsolatos kudarcélmény (pl. sikertelen újraélesztés),
- a nővér és az elvesztett beteg közötti, pozitív személyes kötődésből adódó lelki megterhelés,
- a munkatársak közötti meg nem értés,
- a gyógyíthatatlan beteg lelki vezetése,
- az anyagi, erkölcsi megbecsülés hiánya,
- a gyógyíthatatlan beteg bizakodásának kezelése,

- a megváltozott állapot elfogadtatása a beteggel,
- a beteg igazságtalan viselkedése a nővérrel szemben.

*Mindkét csoportnál közel azonos intenzitással okoznak gondot a következő tényezők:*

- a munkatársak közötti meg nem értés, türelmetlenség,
- az osztályon előforduló nővérhiány,
- a halál, a halott ellátása,
- a gyógyíthatatlan beteg lelki vezetése,
- a nővér és az elvesztett beteg közti pozitív személyes kötődésből adódó lelki megterhelés,
- a súlyos beteg ápolása,
- az éjszakai műszak utáni fáradtság,
- a magánéleti nehézségek félreállítása a munkavégzés során,
- a munkával kapcsolatos kudarcélmény,
- a sok képzetlen munkatárs.

A fenti felsoroláson végigtekintve, teljesen érthető számunkra, hogy miért épp ezeknél a problémáknál tapasztalható egybeesés.

A kérdések egy része közvetve hat a dolgozókra és osztályprofiltól függetlenül is gondot okoz. Ez érvényes a munkatársak közötti türelmetlenségre, a nővérhiányra, a képzetlen munkatársak jelenlétére, a magánéleti nehézségek félreállítására éppúgy, mint az eszköz- és pénzhiányra, az éjszakai műszak utáni fáradtságra. A munkából közvetlenül fakadó feszültségkeltő tényezők egy része is egyaránt megjelenik mindkét profilú csoport esetében, így a halálra, a halott ellátására, a gyógyíthatatlan beteg lelki vezetésére, a nővér és az elvesztett beteg közti pozitív személyes kötődésből adódó lelki megterhelésre vonatkozó problémák. Hasonlóképpen a súlyos beteg ápolása és a munkával kapcsolatos kudarcélmény is problémát okoz, amely – az összesített eredményekből is látható – minden dolgozót igen mélyen érint. A dolgozók által leggyakrabban alkalmazott Coping-mechanizmusok mérésére a szorongás leküzdési mód preferencia kérdőívet alkalmaztam (Oláh A., 1986.).

### ***Hogyan alakultak a Coping profilok a két csoport esetében?***

A standardhoz viszonyított legnagyobb eltérés mindkét csoport esetében a következőkben állapítható meg:

- a feszültségkontroll – vagyis a feszültség és közvetlen következményeinek kézbe tartása –, mint a küzdelem egyik módja nagyon gyakori,
- többször élnek figyelem-eltereléssel is,

- az emóció-fókusz – vagyis az érzelmek középpontba helyezése – viszont jóval kevésbé érvényesül,
- feltűnően magas az önbüntetés és a belenyugvás típusú megküzdés,
- az emóció-kiürítés – az érzelmek, pl. düh közvetlen kiélése – viszont jóval kisebb arányban fordul elő,
- a problémacentrikus és támaszkereső mód megfelel az átlagnak, mennyiségét tekintve az utóbbi kettő kerül túlsúlyba.

*Milyen tényezőkkel lehet magyarázni ezt az eredményt?*

A pályaszocializáció során – mintegy külső hatásra – kialakul a személyiség stabilitásának fennmaradására irányuló tendencia az adott helyzet módosítása által (hisz e nélkül nem tudnának megfelelni tartósan az intenzív igénybevételnek). A kontrolláltság igénye mind a beteg, mind a munkatársak részéről állandó elvárás. Ez okozza szerintem a *feszültségkontroll* – mint megküzdési mód – nagyszámú előfordulását.

*A figyelemelterelésre* a munka változatossága, a szinte pillanatok alatti váltási lehetőség és/vagy kényszer is jó lehetőséget biztosít.

Az *önbüntetés* magas értéke számomra is meglepő volt (az ápolóképzés során a későbbiekben fontos kérdésnek tartom). Véleményem szerint abból adódhat, hogy a pályán maradó, elkötelezett ápolók szemléletében (a képzés miatt is) fontos helyen állt a karitatív, altruista attitűd, egy kicsit omnipotens szemlélettel. Így a napi munka során adódó számtalan kudarc, negatív élmény, mintegy táptalajául szolgálhat az önvádlásnak. (Megtettem-e mindent...?)

Az előzőekben kifejtett önvédelem másik pólusa a *belenyugvás* („tőlem függetlenül alakulnak így a dolgok”) szintén magas értéket mutat.

***Miért kevésbé preferált az emóció-fókusz?***

A munkavégzés során elsősorban a beteg emócióival (érzelmeivel) „dolgozunk”. Mint láttuk, az ápoló inkább más módokat keres stabilitása fenntartására, nem a saját érzelmeit állítja a fókuszba. (Ezt nem is tanulhatta meg a képzés során, erre vonatkozóan semmi segítséget nem kapott.)

Az *érzelem-kiürítést* mint megküzdési módot alkalmazni igen ellenindikált lenne az egészségügyi munkában, de minden közvetlenül emberekkel való foglalkozási területen is. Tehát érthető, hogy akik e pálya mellett köteleződtek el, ezt a módot elutasítják.



A nebraskai Gyógyító Központban Barbara Bené és M. Foxáll egy általam igen érdekesnek talált vizsgálatot végzett. (Bené B. – Foxáll, 1991.) A szerzők a halál miatti szorongást és a munkahelyi stresszt vizsgálták 30 hospice ápoló és 40 intenzív ápoló körében. A munkahelyi stresszkeltő tényezők közül mindkét csoportnál ugyanazokat találták:

- orvosokkal való kapcsolat,
- érzelmi követelmények/bizonytalanságok,
- munkahelyi megterhelés/ellátottság.

A legkevésbé stresszkeltőnek a következők bizonyultak:

- szupervízió,
- vándorlás az ápolási egységek között, vagyis az egyes egységek közötti forgórendszerű munkavállalás.

A *hospice ápolók* esetében a halál miatti szorongás nem mutat kapcsolatot sem a frekvenciával, sem a súlyosság összpontszámával. Az *intenzív ápolók* esetében a halál miatti szorongás pontszámai szignifikánsan korreláltak mind a frekvenciával, mind a súlyossággal, sőt a halál miatti szorongás szignifikánsan korrelált az intenzíves ápolók körében.

Amennyiben a halál miatti szorongást a hospice ápolók és a hagyományos helyen (nem intenzív osztály) dolgozó ápolók között vizsgáljuk, azt látjuk, hogy az szinte azonos, a normál értéken belül mozog. Az összevetett adatok nyomán megállapítható, hogy sem a terminális állapotú betegekkel, sem ezek hozzátartozóival való foglalkozás speciális környezete nem emeli és nem csökkenti a halál miatti szorongást. A munkahelyi stressz az intenzív ápolók körében szignifikánsan nagyobb volt, mind a hospice ápolóknál, mind az összpontszám tekintetében, mind a súlyosság, mind a frekvencia vonatkozásában. A frekvencia skálán a hospice ápolók esetében találtak a halál, haldoklás miatt növekvő értéket. Ennek oka, hogy az itt dolgozók állandóan törekednek arra, hogy a hospice ápolási szellemének megfeleljenek, és e megfelelésből adódik ez a magasabb érték. A súlyosság tekintetében a hospice ápolók alacsonyabb értékét a következőkkel magyarázzák:

- jobb, alaposabb képzést kapnak a halállal kapcsolatban,
- speciális képzettséggel rendelkeznek,
- jobb a kollegális kapcsolat körükben.

Az intenzív ápolók magasabb értékei mögött a következők feltételezhetőek:

- kevesebb képzést kapnak a halállal kapcsolatban,
- nagyobb a nyomás, a feszültség a munkahelyi környezetben.

Feltétlenül említésre méltó, hogy az intenzív nővér nem akar hospice-ben dolgozni, és ez fordítva is igaz.

## **I.2. Az ápolói szerepviselkedés jellemzői – a kiegészítés lehetősége**

A személyiségnek a környezethez való alkalmazkodására kifejlesztett „szervét”, mintegy külső burkát nevezi Jung perszónának „szerepszemélyiségnek” (Süle, 1996.). Tartalmazza azokat a kívánatos szerepeket, amilyenek szeretnénk lenni, amilyenek a külvilág felé szeretnénk magunkat mutatni. Része van a környezethez való viszonyulásban, ezen kívül a külső és belső világunk közti információcserét ellenőrzi és szabályozza. A perszónába három tényezőt kell integrálnunk:

1. Saját vágyainkat, törekvésünket, én-ideálunkat.
2. A külvilág elvárásait, realitásait.
3. Saját testi-lelki, szellemi lehetőségeinket.

### ***Az ápolói szerep sokrétűsége, összetett volta***

Elmondhatjuk, hogy a foglalkozási szerepek közül az egyik legösszetettebb – legsokrétűbb – az ápolói szerep. Napi munkájuk során a nővérek számtalan szereppartnerrel találkoznak, s mindenki a saját szempontrendszerét, elvárásrendszerét tartja a legfontosabbnak.

Az *orvos* precízen mindent végrehajtó, semmit el nem mulasztó, jól felkészült, tisztelettudó, gyors, akár a gondolataiban is olvasó nővért kíván. A *kolléga* együttérző, megértő, rugalmas, együttműködő, toleráns, segítőkész munkatársat szeretne maga mellé. A *beteg* mindig mosolygó, türelmes, megértő, a kívánságait azonnal teljesítő, mindig segítőkész, elegendő ráfordítható idővel rendelkező nővérkét igényel.

Az igen intenzív fizikai és lelki megterhelés után a családhoz hazatérő anya, feleség sokszor a feszültségét otthon vezeti le, próbálja letenni terheit. Ez egy idő után nyomasztóvá válik a család számára, viszont ha kíméli őket, egyedül marad a problémákkal. Mindez visszafelé is nehezen működik, amikor az otthoni problémák, nehézségek (pl.: a gyermekek elhelyezése, három műszak stb.) félreállítása lenne kívánatos.

### ***Mi történik akkor, ha a belső erők fogytával a telítettség érzése lesz úrrá az emberen?***

*Foglalkozási deformáció* lép fel, amely meghatározza a munkakörnyezet és az egyén kapcsolatának alakulását. A foglalkozási deformáció egy kétes értékű és veszélyes fejlődési folyamat eredménye, az egyénen kívüli és belső, pszichikai tényezők együtthatása által alakul ki. A túleröltető célok, normák elérésére való folyamatos törekvés, a társadalmi elvárás idővel felmorzsolja az érintettek testi és lelki erejét.

## **ELŐJELEK**

### ***Az elkötelezettség csökkenése***

- klienssel
- másokkal
- a munkával

### ***Destruktív, negatív érzelmi reakciók***

- önmagával
- klienssel
- munkahellyel szemben

### ***Leépülés***

- csökken a kognitív teljesítőképesség
- csökken a munka iránti motiváció

### ***Felszínessé válás***

- érzelmi téren
- szociális segítő kapcsolatokban

### ***Pszichoszomatikus tünetek:***

#### ***Kétségek és kétségbeesés***

- a munka és az élet értelmének elvesztése
- „belső felmondás”
- lelki összeomlás

### ***A szindróma különböző pszichológiai elméletek együttesével közelíthető meg:***

#### **a. Hatásfokozódás elmélete**

Általános érvényű ideáloknak a munkaterületre való differenciálatlan alkalmazása.

#### **b. Állandó kimagasló teljesítményre való törekvés.**

#### **c. Az érzékelés professzionalizálása (mindig szakemberként reagál).**

#### **d. Szociális tanulási folyamat elakadása (rutinosodás veszélye).**

#### **e. A szakmai környezet destruktív befolyása (negatív szakmai szocializáció).**

#### **f. A személyiségfejlődésből eredő hajlamok.**

#### **g. A munkaterület struktúrájából adódó faktorok (pl. munkatempó és életritmus, létszámhiány, több műszak, diffúz elvárások).**

#### **h. Diffúz szerepkörök.**

### ***Kik a fokozottan veszélyeztetettek?***

- akiket munkájuk érzelmileg erősen érint,
- akik túlzott idealizmussal álltak munkába,
- nyugdíj előtt állók.

(ld. bővebben: Hézszer G., 1996.)

Kulcsár Zsuzsanna (1998) hiánypótló könyvében külön fejezetet szentel a segítő hivatások pszichológiájának. Részletesen elemzi a gyógyító-beteg kapcsolatot és azokat a veszélyforrásokat, amiket ez a kapcsolat magában rejt. A segítő hivatások sajátos személyiségalkatot igényelnek, ennek egyik igen fontos alkotóeleme az ún. genuin altruizmus (eredeti ösztönös), amelyet a következő kritériumok alkotnak: a figyelem iránya (az empátiás aggodalom, a másakra irányuló figyelem), a gondolkodás rugalmassága és a kreativitás.

Kohut (idézi Kulcsár, 1998: 210.) az empátiát az érett személyiség, a transzformált nárcizmus (átalakított nárcizmus) jellemzőinek körében tárgyalja. Ebbe a körbe tartozik a végesség elfogadása, a bölcsesség, a kreativitás és a humor is. Mindezeket egyúttal az eredményes segítő személyiségével szemben támasztott követelmények mércéjének is tekinti. Kulcsár megközelítésében az altruizmus az alkotóképességgel rokon funkciónak tekinthető. Mint ilyen, kiemel a hétköznapiaságból, az általuk keltett élmény – az altruista részéről – az alkotás öröméhez, kedvezményezettje számára pedig a katarzishoz hasonlítható. Az altruista élménymód – hasonlóan az alkotó tevékenységhez – nem lehet folytonos, e kapacitás rendkívül sérülékeny, visszaélést nem tűr, könnyen kimerül.

*„A segítő hivatás, tehát miközben az ember legkomplexebb késztetéseit és legjobb erőit mozgósítja, veszélyforrása is. A genuin altruizmus kapacitásának kimerülése, a legjobb erővel való visszaélés a kiégés szindrómájához vezet.” (Kovács, 1998.)*

H. Freudenberger (1974) révén került a szakirodalomba a burnout (kiégési szindróma) kifejezés. *„Ez a szindróma krónikus emocionális megterhelésnek, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.” (Fekete S., 1991.)*

Freudenberger és munkatársai e jelenséget többek között egészségügyi intézmények dolgozóinál is megfigyelték. Schmidtbauer (1997) (idézi Fekete S., 1991.) Helyer-szindrómáról – mint a segítőknél megjelenő kóros tünetcsoportról – beszél. Kialakulása a segítő saját, ingatag pszichés egyensúlyának fenntartásával hozható összefüggésbe.

A kiégés nemcsak az egyénre, hanem a közösségre is – melyben dolgozik –veszélyes. Ugyanis nemcsak a lelkesedés, de a frusztráció, a stagnálás, az apátia állapota is fertőző. Modellt nyújt, attitűdöket befolyásolhat. (Gondoljunk csak el, mi történik, ha egy pályakezdő ápoló, egy olyan nővéri gárdában kezdi pályafutását, ahol ilyen modellekkel találkozik, hogyan alakul pályaszocializációja?)

A burnout kifejlődése ciklikus, a főbb állomások általában a következők:

1. Kezdeti nagy lelkesedés (benne nem reális elvárások, túlzott azonosulás a klienssel).

2. Stagnáció.
3. Frustráció fázisa (a hivatás értéke is megkérdőjeleződik).
4. Az apátia fázisa (mintegy a frustráció elleni védekezésként jelenik meg).
5. Intervenció, mely megtöri a ciklust, bármely fázisban előfordulhat.

E ciklusok még részletesebb bontását és jellemzését adja Hézsér (már idézett művében), s kibővíti a beavatkozás lehetőségével. E kitűnő könyv egy Németországban élő magyar pasztorál-pszichológus munkája, aki rendszerszemléletű megközelítésével nagymértékben gazdagította és árnyaltabbá tette a kiégés oki és fogalmi megközelítését. E témakörben feltétlenül meg kell még említeni Tomcsányi Teodóra munkásságát, aki értékes publikációival gyarapította a segítő szindrómával foglalkozó hazai szakirodalmat (*Tomcsányi, 1990.*). Idézett írásában részletes képet nyújt az ún. szindrómás segítsérről, ami igen jelentős akadálya a hatékony kapcsolat kialakításának. Ennek ellenpólusaként viszont megismerkedhetünk a segítő identitás kialakulásával, követve az Erikson-i fejlődési fázisokat.

A kiégés mérésében mérföldkő volt a Maslach és Jackson (1981) által kidolgozott Maslach Burnout Inventory (MBI kiégettségi kérdőív) publikálása. A jelenség három összetevőt tesztel:

- az emocionális kimerültséget,
- a deperszonalizációt,
- a személyes hatékonyság csökkenését.

(Részletes leírás *Fekete, 1991., Molnár – Csabai, 1994.*)

Maslach és munkatársai 1978-ban, Amerikában nagy formátumú vizsgálatot végeztek a kiégettségi szindrómával kapcsolatban. Több ezer amerikai és külföldi segítő foglalkozású személyre terjedt ki a kutatás. Az intézményi feltételekre vonatkozóan, a burnout-tal kapcsolatban lényegesnek tartják:

- a személyzet – páciens arányt,
- a munkafeltételeket,
- a munkaórát,
- a szabadidő mennyiségét,
- a közvetlen kliens-kapcsolatban eltöltött idő tartamát.

Az egyes személyekre vonatkozóan pozitív korreláció mutatkozott a burnout és a kiégettség foka, az önkiteljesedés vágya, mint a foglalkozás választás motivációja és az ezzel járó nagyfokú elvárások között. Összefüggést találtak a pályán eltöltött időtartam közt is. A szerzők a burnout leküzdési technikáira is javaslatot tettek:

- egészséges távolságtartás – a problémák objektív láttatása,

- a stressz-teli helyzetek intellektuális, racionális megközelítése,
- a túlzott bevonódás csökkentése a stressz-teli interakciókban,
- a személyzetten belüli támogató, feszültségcsökkentő, felelősség megosztásra lehetőséget adó kapcsolatok.

Az utóbbi években – a tágabban értelmezett segítő szakmákon túl – a nővéri munkában megjelenő burnout-tal kapcsolatos publikációk száma is megsaporodott, melyek szemléltetésére néhányat bemutatok.

Boyle (1991) 103 nővér kiégettségét vizsgálta. Szempontjai az alábbiak voltak:

- személyi nehézségek – ezzel való megbirkózás,
- szociális segítség, támogatás – a kiégés viszonya.

Megállapításai szerint a munkából adódó illetve munkán kívüli nehézségek esetén kapott szociális támogatás negatívan viszonyul a kiégéshez, viszont az emóció fókuszú Coping- pozitívan (tehát segíti a kiégést). A nehézség az emóció fókuszú védelemmel negatív viszonyban áll, viszont pozitívan függ össze mind a munkahelyi, mind a magánéleti támogató segítséggel.

Jenkins (1986) onkológiai osztályon dolgozó nővérek körében vizsgálta a kiégés jelenségét. Foglalkozási stressz-faktorokkal dolgozott, amelyek a kiégés szindrómáját okozhatják. Az Onkológiai Nővér Társaság 152 tagjának randomizált mintájával dolgozott, a kiégés mérésére kérdőívet használva. Viszonyításként gyakorló egészségügyieknek szóló munkahely-listáját használta – 52,7 pont értéket kapott (a potenciális érték a legkedvezőbb 20-140 között van). A specialistáknak készült Joyce Yaska kérdőíven 51,1 pontot kapott.

Korrelációt fedezett fel:

- a pszichológiai segítség elérhetőségével,
- az észlelt munkahelyi stressz és feszültség számával,
- a munkával való elégedettséggel,
- a munkával kapcsolatos pozitív és negatív érzésekkel,
- a szervezési problémákkal,
- az orvosokkal (mint munkatársakkal).

Az életkor és a pályán eltöltött évek száma enyhén korrelált.

Bram (1989) szociális otthonban és onkológiai osztályon dolgozók közt végzett összehasonlítást, független változónak a kiégést tekintette. Mindkét munkahelyen terminális stádiumban lévő betegek ellátása folyt. Hat, munkával kapcsolatos változót feltételezett, amely a kiégéssel lehet kapcsolatos. Három kérdőívére 50 nővér válaszolt.

Szignifikáns különbség mutatkozott a szociális otthon és az onkológiai osztály dolgozói között a kiégési skála tekintetében. (A szociális otthoniak értéke volt magasabb!) A különböző munkahellyel kapcsolatos változók korreláltak a kiégéssel minden csoportban, kivéve a munkahelyi segítséget, amely viszont mindkét munkahelyen negatívan korrelált a kiégéssel.

A továbbiakban egy német vizsgálatot ismertetetek, amely Nordhausenben készült a Maxim-Zetkin kórházban, ahol 203 osztályos nővért kérdeztek meg. A vizsgálat célja kideríteni, hogy milyen pszichikai és szociális megterhelések hatnak a szakmai megelégedettségre (*Hannelore Heck – Gisella Ehle, 1990.*).

A kutatók hipotézise szerint az alábbi tényezők befolyásolják a szakmai követelmények átélését és feldolgozását:

- a szakképzettség,
- a munkával eltöltött idő,
- a közösségben elfoglalt hely és elégedettség,
- szakmai motiváció,
- munkán kívüli hatások.

A vizsgálat tapasztalata: ha a szakmai elképzelések és a ténylegesen átélt tapasztalatok eltérnek egymástól, az különösen nagy megterhelést jelent. Leginkább megterhelők lehetnek:

1. A haldoklók ápolása	71%
2. A munkából származó családi konfliktusok	65%
3. A közösségen belüli kevés kommunikáció	59%
4. Az osztályos orvos csekély hatása a csoport hangulatára	55%
5. A fizikai megterhelés	54%
6. Túl sok, szakmától idegen tevékenység	51%
7. Túl kevés szabadidő a szolgálatok között	46%
8. Nincs elegendő példakép az osztályon dolgozó nővérek között	31%
9. Az idő nyomása alatti munka	30%
10. Nem megfelelő szolgálati beosztás	29%

Különösen jelentősek a negatívan átélt orvos-nővér-beteg kapcsolatok. Pl.: beleszólási jog, információk, megfelelő hangnem és elismerés a kollégák között. A jó ápoló személyzet minőségi jegyeit a válaszadók az alábbiak szerint határozták meg:

- 56% tudás,
- 18,7% megbízhatóság,
- 9% empátia,
- fontos még az érettség.

A válaszadók többsége kiemelte, hogy fontosnak tartja azt az érzést, hogy tehet valamit, ha tudja irányítani a dolgokat; ha viszont csak passzív végrehajtó, akkor sokkal inkább megterhelőnek érzi a feladatait.

A kutatók faktoranalízist végeztek arra vonatkozóan, hogy milyen mértékben gyengítik illetve erősítik egymást a különböző hatások.

I. Az osztály hangulata (17,5%):

- hangnem,
- javaslatok figyelembevétele,
- az orvosok nyitottsága az ápolói problémákra,
- a haldoklók ápolásáról folytatott beszélgetések,
- továbbképzés.

II. A szakmával való azonosulás (8%):

- kor,
- a szakmával szembeni elvárások beteljesülése,
- a hozzátartozókkal való bánásmód,
- a szakma újraválasztása.

III. Túlterhelés (6%):

- három műszak,
- az éjszakai műszaktól való félelem,
- a magánélet megzavarása.

IV. Szociális támogatás (5,5%):

- a hozzátartozók megértése,
- a szabadidő,
- a családi munkamegosztás.

V. Munkaszervezés (4%):

- takarítási munkák,
- információ,
- a dolgozók száma.

VI. Szerepbizonytalanság (4%):

- a beteg kérdéseinek megválaszolásánál fellépő bizonytalanság,
- a betegszobák területi beosztása,
- a haldoklók ápolására való felkészítés.

A fenti vizsgálatot azért idéztem ilyen részletesen, mert ismételten megdöbbentő volt találkozni azzal a ténnyel, amit megfigyeléseim és vizsgálataim során magam is tapasztaltam:



azaz hogy az egészségügy az az „üzem”, ahol az ember nap mint nap a tudásán kívül a személyiségét is beleadja a munkába, amely – éppen ebből adódóan – elhasználódik, karbantartást igényel. Ehhez pedig a legfőbb segítséget a munkahelyi kollektíva kell, hogy adja, kezdve az osztály főorvosától az ápolószemélyzeten át, a takarítókig, segédápoló személyzetig bezárólag.

Ha ez a kollektíva megfelelő a lelki regenerálódás elősegítésére, jócskán lecsökken a munkahelyi stressz mennyisége és intenzitása, viszont ha nem, nő a kifáradás, vagy épp a kiégés veszélye is. A nemzetközi tanulmányok megerősítették bennem azt, hogy ez mindenütt így működik, akár Amerikában, akár Németországban vagy épp Magyarországon áll az ember a betegágy mellett. Egyszerűen azért, mert emberek vagyunk és a betegágyban is emberek, mégpedig kiszolgáltatott, beteg emberek fekszenek. A következő két hivatkozás is a fentieket támasztja alá.

Browner (1987) a munkahelyi stressz egészségre gyakorolt hatását, továbbá a szociális támogatás munkában betöltött szerepét vizsgálta. 26 pszichológus asszisztens esetében tanulmányozta a szociális támogatásnak (erőforrás) a munkahelyi stressz csökkentésére gyakorolt hatását. A vizsgált a munkahelyen különböző mélységben retardált embereket gondoztak. Browner az adatokat a következő módon nyerte:

- a résztvevők megfigyeléseiből,
- félstrukturált interjúkból
- és a Cornell Medical indexből.

Megállapította, hogy a stresszt nem annyira a retardáltakkal való foglalkozás jelentette, mint inkább a stábtagnak képtelensége arra, hogy kontrollálják, elviseljék mások kritikai nézőpontját saját munkájukról. Hatékony szociális támogatásnak tűnt viszont egy olyan hálózat létrehozása, mely mindenki részére, minden fontosat visszajelez. Úgy tűnik, hogy ettől a rendszertől a munkahelyi közérzet javulása várható.

Wadsworth és munkatársai (1986) egy hatékony módszert mutatnak be a nővéri munkában adódó stressz kezelésére. A program két részből áll:

- az első rész a nővéri vezetőképesség nevelésére (tanítására) összpontosít, és rámutat arra, hogy hogyan lehet minimalizálni a stresszt,
- a másik az intervenciók hatékonyságának mérésével foglalkozik.

### **I.3. Az eredményes küzdelem személyiség tényezői**

Az előzőekben igen részletesen tárgyaltuk azokat a – különösen a munkából adódó – stressz tényezőket, amelyek foglalkozási deformációhoz, kiégéshez vagy ezen túlmenően akár betegséghez is vezethetnek.

Mi az, ami védettséget adhat?

A stresszorról szembeni lehetséges válaszolási módok:

- a. Biológiai, fiziológiai válaszok
- b. Elhárító mechanizmusok – tudattalan működés.  
(Tartós működése éppen a burnout veszélyét rejti magában.)
- c. Pszichológiai immunrendszer működésbe lépése.

A pszicho-neuroimmunológia igen fiatal kutatási terület, megszületése Robert Ader nevéhez köthető, és 1981-re tehető. A pszichológiai, idegrendszeri, hormonális és immunfolyamatok egymásra hatásával, kölcsönös kapcsolatával foglalkozik (*Kulcsár, 1993.*).

Ma már ismerünk egy sor olyan stressz tényezőt – pl. ide tartoznak a nagy életesemények, a szeretett személy elvesztése stb. – amelyről bebizonyosodott, hogy az immunrendszer működését gátolja. Témánk szempontjából ide sorolhatók a tartósan fennálló munkahelyi, illetve munkából adódó stresszek is.

Szerencsére akadnak szép számmal olyan tényezők is, amelyek erősítik a védekező rendszerünket. A pszichológiai immunrendszer kutatásával hazánkban – igen eredményesen – Oláh Attila foglalkozik. A továbbiakban az ő vizsgálati anyagára támaszkodom.

*„A pszichológiai immunrendszer fogalma azoknak a személyiség forrásoknak a megjelölésére szolgál, amelyek képessé teszik az egyént a stresszhatások elviselésére, a fenyegetésekkel való eredményes megküzdésre úgy, hogy a személyiség integritása, működési hatékonysága és fejlődési potenciálja ne sérüljön, inkább gazdagodjon, a stresszel való aktív foglalkozás során szerzett tudás, élményanyag és tapasztalat interiorizációja következtében.”*  
(Oláh, 1995.)

Az egyén megküzdési forráskapacitását alkotó személyiség tényezők egy integrált személyiségen belüli rendszerként foghatók fel, amely pszichológiai immunrendszerként definiálható. Fő összetevőit képezik az ún. Coping potenciálok (kontroll képesség, tanult leleményesség, lelki edzettség, optimizmus, koherencia érzék).

Hatásmechanizmusuk közös vonása, hogy a személy és környezet interakciókban erősíti a személy pozícióját a megküzdési folyamat kezdeti pontjától az ellenálló képesség növeléséig, és irányt szab a megküzdési folyamatnak a fenyegetések értékelésétől kezdve egészen az adekvát viselkedési stratégiák megválasztásáig, illetve azok működésbe helyezéséig.

A tanulmány vizsgálati részében lesz nyomon követhető, hogy a pszichológiai immunrendszert demonstráló ún. pszichológiai immunkompetencia miképp alakult a vizsgált egyéneknél illetve csoportoknál, és ez hogyan befolyásolta állapotukat a munkahelyi stresszel kapcsolatosan.

## II. Vizsgálat a kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összehasonlítására vonatkozóan

### II.1. A vizsgálat tárgya és kérdései, vizsgálati terület

<i>A vizsgálat helye:</i>	<i>Részvevők száma (fő):</i>	<i>Nembeli megoszlás</i>		<i>Átlag életkor (év):</i>	<i>Pályán eltöltött idő (év):</i>	<i>Az intézményben töltött idő (év):</i>	<i>Megjegyzés:</i>
		<i>Nő:</i>	<i>Férfi:</i>				
Megyei Kórház, Gyula Onkológia	11	11	-	30	13,7	10,2	
Hospice Osztály	13	11	2	23,6	5,7	3,6	a felvételtkor 4 éves az osztály
Szociális Otthon, Elek	20	16	4	33,6	10,3	8,9	
Szociális Otthon, Békés	33	26	7	33,6	9,7	8,1	
Fővárosi Szociális Otthon, Gyula	11	9	2	40,1	16,1	13,7	
<b>Összesen:</b>	<b>88</b>	<b>73</b>	<b>15</b>	<b>32,1</b>	<b>11</b>	<b>8,74</b>	

A vizsgálat tárgya: a kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései a napi ápolói munkában.

#### *A vizsgálatban az alábbi kérdésekre kerestem a választ:*

1. Jelentős-e a kiégési mutató a krónikus betegekkel foglalkozó ápolók körében?
2. Magasabb-e a kiégési mutató a szociális otthonokban dolgozók esetében, mint a kórházi krónikus osztályon dolgozóknál?
3. Fellelhető-e valamilyen összefüggés a kiégettség és a pszichológiai immunrendszer alkotóelemei között?

## II.2. A vizsgálat módszerei, menete

Felhasznált mérőeszközök:

- Burnout Öndiagnózis Kérdőív (B. I.)
- Maslach Burnout Kérdőív (M. B. I.)

Elemzés a Maslach Burnout Kérdőív által mért értékekről: a kérdőív a kiégés három összetevőjének:

- az emocionális kiürülésnek,
- az elszemélytelenedésnek (deperszonalizációnak)
- és az egyéni teljesítmény csökkenésének

gyakorisági és intenzitásbeli előfordulását méri.

A vizsgálat során azt tapasztaltam, hogy az emocionális kiürülés értéke igen közel esik a Burnout Öndiagnózis (ld. Burnout I.) kérdőív által mért értékhez. Ez érthető, hiszen a Burnout I. is ezt az összetevőt méri elsősorban.

Az elszemélytelenedés és különösen az egyéni teljesítmény csökkenési értékei nem mutattak a vizsgálati személyeknél igazán értékelhető emelkedést. Ennek egyik okát abban látom, hogy a munka jellegzetessége ezt nem igazán engedi meg. Lehet, hogy az ápoló elfáradt, adott esetben kedvetlenül kezdi meg munkáját, de azt rutinszerűen elvégzi, teljesítménye nem csökken (ellátja a beteget, legfeljebb kevesebbet beszélget vele).

A másik ok – ami a tanulmányból ki is fog derülni –, hogy a Burnout I. értékek sem voltak kiugróan magasak az egyes osztályoknál, tehát ennek következményeként is értékelhetjük az MBI alacsony értékeit. Azoknál a vizsgálati személyeknél, akiket a tanulmányban külön kiértékeltem az emelkedett B.I. miatt, ott külön is elemeztem az MBI értékeket.

Felhasznált kérdőívek továbbá:

- Pszichológiai Immunkompetencia Kérdőív (80 ítemes, 16 skálás: *Oláh A.*, 1997.)
- Eysenk EPQ Személyiség Kérdőív (eredményeit nem használtam fel a dolgozatban).

Oka: a vizsgálat tárgya szempontjából nem szolgált informatív adatokkal. A vizsgálati személyek döntő százaléka minden területen a normál övezetben volt. Csak egy-egy kritikus személynél utalok az EPQ által mért adatra.

A vizsgálat után az onkológiai osztályon csoportot vezettem, tehát sok személyes tapasztalatszerzésre is volt módom. A Hospice osztályon pedig szintén rendszeres pszichológusi munkát végzek. Mind az öt munkaterületet felkerestem, és átadtam a kitöltendő kérdőíveket. Összesen 100 kérdőív került kiosztásra, ebből 88 értékelhető érkezett vissza.

### II.3. Statisztikai elemzés

- A kérdőíveket az adekvát értékelési módnak megfelelően értékeltem személyenként, majd munkaterületenként (osztályonként) összesítettem.
- A kapott adatokból átlag, szórás számításra került sor.
- A kiégés viszonyítási etalonja mindig az adott csoport átlag kiégési mutatója volt.
- A pszichológiai immunkompetencia értékeknél a megfelelő magyar átlaghoz viszonyítottam a vizsgálati személyeket egyenként, majd az egyes munkahelyek dolgozóinak összesített átlagát viszonyítottam a magyar standardhoz.

### II.4. A vizsgálat ismertetése

II.4.1. Elsőként megnéztem az egyes osztályok Burnout Öndiagnózis Kérdőívvel (Burnout I. a táblázatban) mért kiégési mutatóit.

#### *A vizsgálatban résztvevő csoportok adatai*

<i>1. Szociális Otthon, Elek</i>					
<i>Vizsgált személyek Burnout öndiagnózis értékei</i>	<i>Mért adat:</i>	<i>Burnout I. átlag:</i>	<i>Burnout I. átlag eltérés:</i>	<i>Burnout I. relatív szórás:</i>	<i>Megjegyzés:</i>
4,70 2,09 3,60 3,00 1,95 2,97 1,76 2,23 2,60 2,70 2,57 1,70 2,66 2,00 3,80 2,52 2,40 1,80 2,90 2,09	<i>n = 20</i>	<i>2,602</i>	<i>0,5514</i>	<i>0,738</i>	<i>28,3% = erős szórás</i>

#### *2. Fővárosi Szociális Otthon, „Unicum” Osztály, Gyula*

<i>Vizsgált személyek</i>	<i>Mért adat:</i>	<i>Burnout I.</i>	<i>Burnout I. átlag</i>	<i>Burnout I.</i>	<i>Megjegyzés:</i>
---------------------------	-------------------	-------------------	-------------------------	-------------------	--------------------

<i>Burnout öndiagnózis értékei</i>		<i>átlag:</i>	<i>eltérés:</i>	<i>relatív szórás:</i>	
2,60 1,30 1,60 3,20 2,80 2,10 2,40 1,04 2,10 2,90 3,66	<i>n = 11</i>	<i>2,33636</i>	<i>0,64397</i>	<i>0,76945</i>	<i>32,9% = erős szórás</i>

### 3. Szociális Otthon, Békés

<i>Vizsgált személyek Burnout öndiagnózis értékei</i>	<i>Mért adat:</i>	<i>Burnout I. átlag:</i>	<i>Burnout I. átlag eltérés:</i>	<i>Burnout I. relatív szórás:</i>	<i>Megjegyzés:</i>
2,09 3,80 2,20 2,17 2,04 3,09 2,70 2,90 2,52 2,42 1,60 2,52 3,28 1,60 2,80 2,28 2,76 2,28 1,80 2,66 1,66 2,28 2,57 3,14 3,33 2,14 1,95 2,57 2,04 2,38 2,00 1,80 2,66	<i>n = 33</i>	<i>2,45545</i>	<i>0,44804</i>	<i>0,54503</i>	<i>22,19% = közepes szórás</i>

### 4. Hospice Osztály, Gyula

<i>Vizsgált személyek Burnout öndiagnózis értékei</i>	<i>Mért adat:</i>	<i>Burnout I. átlag:</i>	<i>Burnout I. átlag eltérés:</i>	<i>Burnout I. relatív szórás:</i>	<i>Megjegyzés:</i>
2,09 2,60 2,80 3,60 4,09 1,50 3,70 1,90 2,47 3,76 2,42 3,90 3,95	<i>n = 13</i>	<i>2,98308</i>	<i>0,78485</i>	<i>0,85169</i>	<i>28,55% = erős szórás</i>

**5. Onkológia, Gyula**

<i>Vizsgált személyek Burnout öndiagnózis értékei</i>	<i>Mért adat:</i>	<i>Burnout I. átlag:</i>	<i>Burnout I. átlag eltérés:</i>	<i>Burnout I. relatív szórás:</i>	<i>Megjegyzés:</i>
2,10 3,33 3,90 3,60 3,10 2,04 2,40 2,10 2,76 2,90 4,10	<i>n = 11</i>	<i>2,93</i>	<i>0,6889796</i>	<i>0,92597</i>	<i>31,6% = erős szórás</i>

Látható, hogy az *eleki szociális otthon* csoportjában a 20 főből 5 fő értéke emelkedik ki az átlaghoz viszonyítva, ez a dolgozók 25%-a.

Sokkal árnyaltabb képet kapunk azonban, ha megnézzük közelebbről ezt az öt főt. A legmagasabb értéket produkáló dolgozó csupán másfél éve! dolgozik a nevezett intézményben, és a pályán is összesen 9 éve van. Az EPQ skálán neurotikus pontértéket találtam nála, az MBI Burnout kérdőíven az összérték szintén emelkedett, a Pszichológiai Immunkompetencia értékei közül pedig az országos átlaghoz viszonyítva a következő skála értékek tértek el jelentősen (alacsonyabbak) az esetében:

- pozitív gondolkodás,
- öntisztelet (a legalacsonyabb volt a csoportjában!),
- empátia (az egyik legalacsonyabb a csoportban),
- leleményesség (legalacsonyabb a csoportban),

- érzelmi kontroll (legalacsonyabb a csoportban).

A többi négy vizsgálati személy közül háromnál szintén emelkedettek voltak a csoportátlaghoz viszonyított MBI értékek, és a Pszichológiai Immunkompetencia skálák közül az érzelmi kontroll és az ingerlékenység, gátlás skálán feltűnően alacsony értékeket értek el.

Érdeemes megnézni a nagyon alacsony B I. értéket adó vizsgálati személyeket is. Három fő, ebből egy fő két hónapja dolgozik az intézetben, két főnél pedig az immunkompetencia skála értékei közül a következők *haladják meg* számottevően a magyar átlagot:

- pozitív gondolkodás,
- koherencia érzés,
- öntisztelet,
- rugalmasság – lelki edzettség,
- én-hatékonyság érzés,
- társas mobilizálás képessége,
- impulzus kontroll,
- érzelmi kontroll,
- az ingerlékenység gátlás.

Az utóbbi három, mint kritikusnak tűnő skálaérték az átlagértékhez közelít, illetve kissé fölötte helyezkedik el.

A *Fővárosi Szociális Otthon, Gyula, Unicum Osztálya* esetében 11 főből 4 fő Burnout I. értéke volt magasabb az osztályos átlagnál, ez a dolgozók 36%-a. Ők 9, 23, 6 és 10 éve dolgoznak az osztályon. Mind a négy fő esetében emelkedett MBI értékeket kaptam elsősorban az emocionális kiürülésre nézve, de a három skála összértékére vonatkozóan is.

A pszichológiai immunkompetencia profil-lapjaik igen érdekesen alakultak, igen tanulságos voltak miatt mind a négyet ismertetem:

Az első vizsgálati személy 9 értéke „balra tolódott” az átlaghoz\* képest, tehát értéke alul maradt az alábbi skálákon:

- pozitív gondolkodás,
- kontroll képesség,
- növekedés érzés,
- rugalmasság,
- szinkron képesség (6 – országos átlag 12),

---

\* Oláh Attila által végzett országos vizsgálat eredményeiből született a 16 faktorra vonatkozó standard, ez képezte a viszonyítási alapot.



- impulzus kontroll (9 – országos átlag 15),
- érzelmi kontroll (5! – országos átlag 12),
- ingerlékenység gátlás (9 – országos átlag 13).

A második vizsgálati személy 3 értéke maradt el számottevően az országos átlaghoz képest:

- növekedés érzés (8! – 16 az országos átlag),
- szinkronképesség (9 – 14 az országos átlag),
- érzelmi kontroll (5! – 12 az országos átlag).

A harmadik vizsgálati személy esetében 3 érték maradt alul:

- koherencia érzés,
- rugalmasság (7 – országos átlag 14),
- szinkronképesség,
- kiugróan magas az empátia érték (20! – országos átlag 13).

A negyedik vizsgálati személynél három érték maradt alul:

- pozitív gondolkodás,
- rugalmasság,
- a szociális alkotóképesség.

A pszichológiai immunkompetencia skálák közül melyik az, amely a leggyakrabban fordult elő a négy fő vizsgálati személy esetében úgy, hogy az átlaghoz viszonyítva alacsony értéket produkáltak?

- rugalmasság, lelki edzettség (3 x),
- szinkronképesség (3 x),
- érzelmi kontroll (2 x),
- növekedés érzés (2 x),
- pozitív gondolkodás (2 x).

Az eredmények kiértékelése nélkül is észrevehető bizonyos összefüggés a kiégés és egyes személyiségjellemzők között. Feltételezhető, hogy a rugalmasság, a lelki edzettség, a világ dolgainak kihívásként való értékelése védettséget jelent az egyén számára, biztosítja az „együttlevést” – a szinkronitást önmagával és a környezetével.

Elmondhatjuk, hogy azok esetében, akiknél ez a két skála összetevő számottevően alacsony értéket mutat, veszélyeztetettebbek a kiégésre vonatkozóan.

*Érdemes megnézni a két legalacsonyabb Burnout I. értéket adó vizsgálati személyeket is.* Az első hat hónapja dolgozik az osztályon, 24 éves fiatalember, jelenleg szociális gondozói két éves tanfolyamra jár. A pszichológiai immunkompetencia kérdőívén minden értéke jóval meghaladja az átlagot. Egy erősen optimista, igen pozitív világszemlélettel rendelkező ember.

A második személy tíz éve dolgozik az otthonban, jelenleg másodéves a szociális otthoni ápolói képzésen (erre nagyon büszke), a pszichológiai immunkompetencia skálák közül igen magasak az alábbi értékei:

- pozitív gondolkodás,
- kontrollképesség,
- öntisztelet,
- rugalmasság,
- empátia,
- leleményesség.

A *békési Szociális otthon* esetében 33 főből 7 főnél (21%) volt a Burnout I. érték magasabb az országos átlagnál. Ez a csoport elég homogénnek tűnik a kiegészítő mutatókat tekintve, az átlagértékek is csak közepes szórást mutatnak.

A 7 vizsgálati személy közül 5 esetében találtam magasabb emocionális kiürülést mutató értéket, illetve az MBI gyakorisági és intenzitási skálán az ő összesített értékük meghaladta a csoport összesített átlagértékeit. Miután a Burnout Öndiagnózis Kérdőíven mutatott értékük nem volt az átlaghoz képest kiugróan magas, így a többi kérdőíven sem találtam számottevő eltéréseket.

Egy fő (a legmagasabb B I. értékű) ért el magas pontszámot az EPQ kérdőív neurotikusságot vizsgáló faktorában. A többiek a normál övezetben voltak. A pszichológiai immunkompetencia skálán a 7 fő esetében a

- rugalmasság,
- az érzelmi kontroll,
- az ingerlékenység – gátlás
- és a koherencia érzék volt átlag alatti.

Kiugróan alacsony B I. értéket 4 fő mutatott. Náluk a MBI értékek is alacsonyak voltak. A pszichológiai immunkompetencia profiljuk az országos átlag körül mozgott, illetve azt meghaladta a következő skálákon:

- kihívás, rugalmasság,
- én-hatékonyság érzés.

A *gyulai kórház hospice osztályán* az osztályos Burnout Öndiagnózis (B.I.) átlag 2,98, fölötte 6 fő értéke áll, ez a dolgozók 46%-a. Közülük 3 főnél az MBI értékek is emelkedettek voltak, leginkább az emóció kiürülés illetve a gyakorisági és az intenzitás összátlagértéke ugrott ki.

Három éve rendszeresen részt veszek az osztály munkájában, s igen jól ismerem a kollégákat, ezért itt részletes képet tudok adni a 6 főről. Az ő esetükben a szubjektív tapasztalatok is alátámasztják, hogy a kérdőív jól mér. A kapott értékek megegyeznek személyes tapasztalataimmal.

Az első vizsgálati személy B.I. értéke 3,6. 4 éve dolgozik az osztályon, 27 éves, nővérszállón lakik. Kissé negativisztikus, pesszimista beállítottságú. Nála a

- pozitív gondolkodás értéke igen alacsony,
- a rugalmasság,
- az én-hatékonyság érzés,
- az ingerlékenység – gátlás,
- az érzelmi kontroll értékei is alacsonyak.

(Az utóbbi időben sokat van táppénzen!)

A második vizsgálati személy B.I. értéke 4,09. Egy éve dolgozik az osztályon, 22 éves. A felmérést megelőzően volt egy öngyilkossági kísérlete. Öt hónapja táppénzen van, kismama. Magánélete (ami válságban volt) most rendeződni látszik. Ebben a stádiumban töltötte ki az immunkompetencia kérdőívet, így érthető, hogy a skálaértékei az országos átlagával párhuzamosan futnak, illetve fölötte vannak.

A harmadik vizsgálati személy B.I. értéke 3,7. Négy éve dolgozik az osztályon, ebből 2 évet gyeseen töltött, egy éve jött vissza. Gyermeke kicsi, szívesen maradt volna még egy évet vele. Állandóan délelőttös (ekkor van a legtöbb munka az osztályon), emiatt adódnak kollégáival összeütközései. Ebben látom időnkénti elégedetlenségének okát. Immunkompetencia skálája az átlaggal megegyező. Magasabb szakképesítést nyújtó tanfolyamot kezdett, amire igen büszke.

A negyedik vizsgálati személy B.I. értéke 3,76. 21 éves, 4 év óta dolgozik. Nővérszállón él, másodállásban háziápolóként dolgozik, esti gimnáziumba jár. Több sikertelen partnerkapcsolat nehezítette az életét az elmúlt 2 évben. Az immunkompetencia kérdőívén igen alacsony értékeket mutatnak:

- pozitív gondolkodás,
- leleményesség,
- én-hatékonyság érzés,
- társas mobilizálás,
- szociális alkotóképesség,
- érzelmi kontroll.

Az ötödik vizsgálati személy B.I. értéke 3,9. 24 éves, 4 évig dolgozott az osztályon. Másodállásban háziápolóként dolgozott, egy éve érettségizett, és ebben az évben fejezte be a magasabb szakképesítést nyújtó tanfolyamát. Esete tipikus példája az elfáradásnak. Igen lelkiismeretes, jó nővér. Úgy érezte a 4 év alatt megért a váltásra, s aktív belgyógyászati osztályra ment. Már ott töltötte ki a pszicho-immunkompetencia kérdőívet, amelynek értékei az átlagövezetben helyezkednek el.

A hatodik vizsgálati személy B.I. értéke 3,95. 30 éves, két főiskolai diplomája van. Az ő irányításával jött létre az osztály, 4 évig volt az osztály vezetője (itt nincs főállású orvos). Igen széleskörű tevékenységet végzett, tanított, háziápolásban dolgozott. A sokirányú tevékenységben elfáradt. „Megérett a váltásra.” Ő lett a háziápolás kórházi koordinátora. Az immunkompetencia kérdőíven alacsony értéket mutatott:

- pozitív gondolkodásban,
- impulzus kontrollban,
- érzelmi kontrollban,
- ingerlékenység – gátlás viszonylatában.

A *gyulai kórház onkológiai osztályának* átlag B.I. értéke 2,93. Öt fő mutat ennél magasabb értéket, ez a dolgozók 45,4%-a. Négy fő értékei voltak emelkedettek az MBI kérdőív emocionális kiürülést jelző faktorában illetve az összesített átlagokban is.

Négy főnél *egyaránt* az átlagnál alacsonyabb értéket mutat:

- az impulzus kontroll,
- az érzelmi kontroll,
- az ingerlékenység – gátlás,

egy főnél pedig az előbbieken említett 3 skála normál tartományba esik, viszont

- a koherencia,
- az öntisztelet,
- a növekedés érzés skála értékei alacsonyak.

## **II.5. Az eredmények összefoglalása**

*A vizsgálat első kérdésköre arra vonatkozott, hogy jelentős-e a kiégettségi mutató a krónikus betegekkel foglalkozó ápolók körében?*

Mint a vizsgálatból kiderült, erre a kérdésre nem lehet egy konkrét, kategorikus igen vagy nem választ adni. Minthogy a munka jellege is igen sokrétű, az azt végző emberek személyiségstruktúrája is igen eltérő. Ezért konkrétan csak egy osztályra vonatkozóan

érdeemes nyilatkozni ebben a kérdésben, ahol is az illető kollektíva kiégettségi mutatóját kell összehasonlítási (etalon) értéknek venni, és ehhez képest lehet megállapítani, hogy a dolgozók %-os aránya hogyan oszlik meg. Tanulmányomban ezekhez a szempontokhoz igazodtam magam is.

*A második kérdés: Magasabb-e a kiégettségi mutató a szociális otthoni ápolók esetében, mint a krónikus osztályon dolgozóknál?*

Nem – a szociális otthonokban dolgozók közül:

Eleken: 25%

Békésen: 36%

Gyulán: 21%.

Az értékek (B.I.) meghaladták az országos átlagot. Ez a kórházi osztályok esetében a hospice-ban dolgozók 46%-ánál, az onkológián pedig 45%-nál fordult elő.

*Mi lehet a magyarázat?*

A két kórházi osztályon sok a fekvő illetve az ágyhoz kötött beteg (különösen a hospice-ban), igen elesettek, ápolásuk erős fizikai igénybevétellel jár. A fokozatos állapotromlásukkal nap mint nap szembe kell néznie a nővérnek, ami újabb terheket ró rá. Ezen túlmenően a kórházi osztály munkarendje igen „feszés”, pl. az ambuláns ellátás, a vérvétel, a gyógyszerelés, a vizitek rendje állandó. Az idő feszességének nyomása alatt dolgoznak a nővérek, ami igen megterhelő (ld. Heck, 1990.).

Az eleki és a gyulai szociális otthon vizsgált ápolóinak betegei nem fekvők, csupán a békési mintában voltak fekvőbeteg osztályon dolgozó ápolók (10 fő). Itt viszont a munkarend kevésbé „feszés”, nincs orvostól és sürgető tényezőktől (pl. beavatkozások) való függés. Az idő nyomása nem érvényesül, így – tapasztalatom szerint – a kollégáknak több idejük van egymásra. Jobban tudnak figyelni a másokra, többet tudnak beszélgetni. Kevesebb az ún. egymásra mutogatás, egymás felelőssé tétele, pl. az elmaradt munkák miatt. Igen jó kollegiális légkört, kedvező kapcsolati rendszert tapasztaltam az otthonokban.

*Harmadik kérdés: Fellelhető-e valamilyen összefüggés a kiégettség és a pszichológiai immunrendszer, az immunkompetencia között?*

A vizsgálat végére ez vált a legizgalmasabb kérdéssé. A válasz az, hogy feltétlenül van összefüggés, viszont ennél a kérdéskörnél is igaz a tétel, hogy egyenként érdemes illetve kell megnézni a dolgozók profilját, mert csak így juthatunk felelősségteljes eredményre.

Oláh Attila (1995) már idézett művében kiemeli a Coping-potenciál dimenziók szerepét, amelyek az elsődleges és másodlagos értékelés közvetlen befolyásolásán keresztül járulnak hozzá az egyén megküzdési hatékonyságának erősítéséhez. Ezek a Coping-potenciál dimenziók a következők:

- kontroll képesség,
- tanult leleményesség,
- lelki edzettség,
- optimizmus,
- koherencia érzék,
- én-tudatosság.

E dimenziók megfeleltethetőek a pszichológiai immunkompetencia kérdőív alábbi skáláinak:

- pozitív gondolkodás,
- kontroll képesség,
- koherencia érzés,
- öntisztelet,
- rugalmasság – lelki edzettség,
- leleményesség,
- én-hatékonyság érzés,
- kitartás.

A 88 profil-lap elemzése során az alábbi megállapítás tehető:

- Ha az országos átlaghoz képest az egyén megküzdési potenciál értékei (fenti 8 skála) felfelé vagy lefelé eltérnek, a többi skála (maradék 8) pedig az előzőkhöz képest ellentétesen tér el, kiégési veszélyeztetettségre utal.
- Kiégési veszélyeztetettség áll fenn továbbá, ha az alábbi skálaértékek az átlagtól lefelé térnek el:

- érzelmi kontroll,
- impulzus kontroll,
- ingerlékenység – gátlás.

(E három általában együttesen alacsony értéket mutatott a magasabb B.I. értéket produkálóknál.)

A Coping potenciál dimenziók közül különös jelentőséggel bíróknak bizonyultak:

- a kontroll képesség,
- a koherencia érzék,
- az öntisztelet,

- a rugalmasság – lelki edzettség,
- a szinkron képesség.

### *Mi ad védettséget?*

A választ egyértelműen, receptszerűen nem lehet megadni. Viszont a 88 vizsgálati személyre vonatkozóan az mindenképpen elmondható, hogy akik

- a rugalmasság,
- az én-hatékonyság,
- az öntisztelet skálán magasabb értéket adtak,

illetve akiknek

- az impulzus kontrollja,
- az érzelmi kontrollja,
- és ingerlékenység-gátlás mutatói a normál tartományban voltak,

igen alacsony burnout értéket adtak.

A vizsgálat eredményei alátámasztják, hogy Oláh Attila országos átlagértéke igen gondosan készült és jól használható. A korrekt értékelés érdekében pedig – azt elkerülendő, hogy az átlagszámítás során kiegyenlítődnek az extrém magas illetve alacsony értékek –, az egyes skálákat külön-külön kell megnézni és kigyűjteni az alacsony értékeket, majd csak ezek után lehet a következtetéseket levonni.

### **III. Megbeszélés**

Összefoglalásképp elmondható, hogy a kiégés mint pszichológiai fogalom igen sok összetevőből áll. Véleményem szerint szerencsésebb lenne a – hézseri – foglalkozási deformáció fogalom használata, mely már megfogalmazásában is finomabb, kevésbé ijesztő a dolgozó számára, és ezen túlmenően jobban is jelzi, hogy itt – több tényező – olyan árnyalt, együttes jelenlétéről van szó, melyet egy számmal, index-szel nem lehet pontosan megjeleníteni.

Aki tájékozódni szeretne – akár diagnosztikus akár terápiás céllal – egy munkahelyi közösség ilyen irányú állapotáról, annak szem előtt kell tartania, hogy a személyiség igen összetett, több faktorú integrált rendszer, és csak egyénre szabottan tudjuk megállapítani, hogy az illető hajlamos-e a kiégésre, illetve a munkában eltöltött évek számának növekedésével várható-e nála egy esetleges foglalkozási deformáció.

Mint a bevezetőben említettem, „diagnosztikus” céllal az első méréseket a gyulai onkológiai osztályon végeztem. Tudni szerettem volna, mi indokolja azt a kérést, hogy pszichológus segítségét szeretnék igénybe venni. A fent leírtakat erre a közösségre vonatkozóan igazolódni látom.

A vizsgált 11 főből 9-en 6-17 éve dolgoznak itt. A munka mennyisége évről évre nő, a finanszírozási rendszer összes terhét érzik. Elfáradtak, és úgy érezték, hogy jó lenne, ha velük is foglalkozna végre valaki.

Terjedelmi okok miatt nincs lehetőség arra, hogy az ott végzett munkámat részletesen ismertessem (ez egy másik tanulmány megírását tenné szükségessé), ezért csak röviden utalok tevékenységemre. A három műszakos munka miatt két csoportban találkoztam a nővérekkel heti egy alkalommal. Egy-egy csoportra így kéthetente került sor, s az öt hónapos munka végtelenül érdekes – és a visszajelzésekből következően – kölcsönösen hasznos volt.

Az osztályra vonatkozó alábbi táblázatot mindkét csoporttal külön-külön elkészítettem:

ERŐSSÉGEK	VESZÉLYEK
GYENGESÉGEK	LEHETŐSÉGEK

Majd – zárásképpen – a két csoport együtt a saját táblázatából megalkotott egy harmadik, közös táblát.

A csoportmunka hasznosságát a következőkben látom:

- megerősödött a dolgozóknak, hogy milyen előnyökkel jár az itt végzett munka,
- milyen tartalékok vannak az osztályközösségben, s ezek milyen módon mobilizálhatóak,
- nőtt a tolerancia egymás iránt, el tudják fogadni csoport keretben az egymás személyiségéből eredő különbözőségeket (ún. „hangadók” és a „csendesebbek”),
- hangsúlyt kapott az egymás iránti felelősség, s az egyébként jó kollektívában megerősödött a „mi”-tudat, ami által tudatosult az is, hogy az osztályon uralkodó légkörért döntően ők tehetnek a legtöbbet, és ez védelmet is biztosít a számukra.

Hozzá tartozik az igazsághoz az is, hogy egy rendkívül rugalmas, demokratikus osztályvezető főorvos áll az onkológiai osztály élén, aki a nővéreket partnerként tiszteli, s az osztályon dolgozó többi orvos is mindvégig hasonlóképp segítette a munkámat. Mindenben



partnerek voltak, s ezt az osztályvezető főnövről is kell mondani. Tehát minden körülmény ideális volt egy pszichológus számára. Az elért eredményekről itt valóban elmondható, hogy team-munkában születtek.

#### **IV. Következtetések, javaslatok**

Az egészségügyben illetve minden olyan munkahelyen, ahol a dolgozó a szakmai tudásán túl a saját személyiségét is beleadja munkájába, nap mint nap számolnia kell a pszichés elfáradás, a telítődés vagy akár a foglalkozási deformáció jelentkezésével. Ezért ezeken a munkahelyeken rendkívül fontos a lelki egészségvédelem, amelyben *elsődleges* szerepet játszik a munkahelyi kollektíva.

*Mit tehet a tanácsadó szakpszichológus mindezek érdekében?* Mindenekelőtt tisztelettel és megbecsüléssel közelítse meg a dolgozókat. Fogadtassa el velük, hogy a kollektíva minden tagja külön-külön értéket képvisel, s az egymás iránti toleranciával, az egymáshoz való felelősségteljes hozzáállással sokat tehetnek azért, hogy a légkör jó legyen, amely által erősödik a valahová való tartozás fontos érzése.

A fentebb ismertetett nemzetközi és honi kutatási eredmények azt igazolták, hogy a munkahelyi kollektíva mint legfontosabb stresszkeltő tényező kivétel nélkül megjelent a hazai és külföldi gyakorlatban is. A kollektíva viszont védelmet is nyújthat, ha tagjai vigyáznak egymásra.

*Javaslataim a következők lennének:*

- Az egészségügyi dolgozók képzési rendszerében nagy hangsúlyt kellene fektetni a mentálhigiénés önvédelmi módszerek megtanítására.
- Az intézményi vezetők figyelmét fel kellene hívni (akár a továbbképzések alkalmával) saját felelősségükre a beosztottaik mentálhigiénés állapotára vonatkozóan.
- A szakemberek minden alkalmat ragadjanak meg a témára vonatkozó tájékoztatásra, beszélgetések kezdeményezésére (pl. tömegkommunikáció, konferenciák stb.).

#### **IRODALOM**

BÁN MÁRIA: AZ ápolónői munkaterhelések vizsgálata a Budapesti Tanács kórházainak belgyógyászati osztályain. *Népegészségügy*, LXX. (1989) 348-352.

- BENÉ, BARBARA – FOXALL, J. MARTHA: Death Anxiety and Job stress in Hospice on Medical-Surgical Nurses. *The Hospice Journal*, Vol 7. (1991) 3.
- BLOSSZAUER BÉLA – JAKAB TIBOR: Az egészségügy cselédjei. *Valóság*, 5. (1994) 68-78.
- BOYLE, A., – GRAP, M. J., – YOUNGER, J., – THORNBYS, D.: Personality heridiners, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16. jul. 1991. 850.
- BRAM, P. J., – KATZ, L. F.: A study of burnout in nurses working in hospice and hospital oncology settings. *Oncology Nursing Forum*, 16. jul-aug. 1989. 555-560.
- BROWNER, C. H.: Job stress and health: the role of social support at work. *Research in Nursing and Health*, 10. (1987) 93-100.
- DRACUP, K.: Critical care nursing. *Annual Review of Nursing Reserach*, 5. (1987) 107-133.
- FEKETE SÁNDOR: Segítő foglalkozások kockázatai. Hefter szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, VI. (1991) 1. 17-29.
- HECK, HANNELORE – EHLE, GISELA: Belastungen bei Krankenschwestern (Heft 3.). *Psychische und soziale Heilberufe*, 42. (1990)
- HÉZSER GÁBOR: *Miért? Rendszerszemlélet és lelki gondozói gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok*. Budapest, Kálvin Kiadó, 1996.
- JENKINS, I. F. – OSTCHEGA, Y.: Evaluation of burnout on oncology nurses. *Cancer Nursing*, jun. 1986. 108-116.
- JONES, J. G. – JANMAN, K. – PAYNE, R. L.: Some determinants of stress in psychiatric nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 24. (1987) 129-144.
- KELLY, J. G. – CROSS, D. G.: Stress coping behaviors and recommendations for intensive care and medical surgical ward registered nurses. *Research in Nursing and Health*, 4. (1985) 8. 321-328.
- KOVÁCS ERIKA, PONGORNÉ: *Nővérek*. Szakdolgozat. Szeged, JATE Szociológia Szak. 1998. Kézirat.
- KULCSÁR RÓZSA – KISDI JÁNOS: *Foglalkozások presztízse*. Társadalomstatisztikai Közlemények. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal, 1990. I. sz. tábla
- KULCSÁR ZSUZSANNA: *Egészségpszichológia*. Budapest, ELTE Eötvös Kiadó, 1998.
- KULCSÁR ZSUZSANNA: *Pszichoszomatika*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 1993.
- MOLNÁR PÉTER – CSABAI MÁRTA: *A gyógyítás pszichológiája*. Budapest, Springer Hungarica, 1994.
- NORBECK, J. S.: Perceived job stress, job satisfaction, and psychological symptoms in critical care nursing. *Research in Nursing and Health*, 3. (1985) 8. 253-259.

- OLÁH ATTILA: *Szorongás leküzdési mód preferencia kérdőív*. Egyetemi előadás. 1986.
- OLÁH ATTILA: *Szorongás, megküzdés és megküzdési potenciál*. Kandidátusi értekezés. 1995.  
Kézirat.
- SÜLE FERENC: *A Jungi mélylélektan napjainkban*. Szokolya, Gyúró Technik Kiadó, 1996.
- SZICSEK MARGIT: *A szorongás megjelenése a mindennapi ápolói munkában és az alkalmazott Coping-mechanizmusok*. Szakdolgozat. Budapest, ELTE BTK Pszichológia Szak. 1995.  
Kézirat.
- TOMCSÁNYI TEODÓRA – FODOR LÁSZLÓ – KÓNYA OLGA: Altruizmus, segítő szindróma, érett segítő identitás. *Psychiatria Hungarica*, V. (1990) 3. 213-222.
- WADSWORTH, N. S. – CLARK, N. – HOLLEFREUND, B.: Managing organizational stress in nursing. *Journal Nursing Adm.*, 12. (1986) 16. 21-28.