

Dr. Hegedűs Katalin, Kovács Mariann

A munkahelyi stressz hatása az egészségügyi dolgozókra

Összefoglalás

A munkahelyi stressz számos összetevője közül az igénybevétel, terhelés mértéke, a helyzet befolyásolásának képessége és a társas támogatás jellege, erőssége hat leg-erősebben a dolgozókra. A munkahelyi stressznek számos következménye van: hatására megjelenhetnek az önkárosító magatartásformák, általában romlik az egészségi állapot: kimerültséggel, önértékelési problémákkal, ellenségeséggel, bizalmatlansággal, teljesítményromlással találkozhatunk. A munkahelyi erőfeszítések és az erőfeszítésekért kapott jutalmak nem megfelelő aránya is egészségromlást okozhat. Ha a dolgozó azt tapasztalja meg, hogy magas erőfeszítései ellenére alacsony jutalomban részesül, akkor testi és/vagy lelki betegségek jelenhetnek meg nála¹. Az egészségügyi dolgozók a fenti szempontok alapján fokozottan veszélyeztetett csoportnak tekinthetők, hiszen nagy a munkaterhelésük, a hierarchiából következően alacsony a helyzetük befolyásolásának képessége, és sajnos alacsony körükben a társas támogatás mértéke is. Kutatásainkban a munkahelyi stressz hatását vizsgáltuk egészségügyi dolgozók körében, felmérve a testi és lelki állapotukat, valamint érzelmi kimerülésüket is.

Az egészségügyi dolgozók testi és lelki állapotának vizsgálata (2002-2006)

E kutatásunk² alapját a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének átfogó Hungarostudy vizsgálata jelentette, amely az elmúlt két évtizedben több alka-

lommal felmérte a magyar lakosság egészségi állapotát országos, reprezentatív mintán, több mint 12000 fő részvételével. A felmérések során a testi és lelki egészséget, a rizikó- és védőfaktorokat és az életminőséget egyaránt vizsgálták. Számunkra a 2002-es adatok és ezek 2006-os utánkövetése szolgáltak adatbázisként. Hipotézisünk szerint az egészségügyi dolgozónál rosszabb testi és lelki állapotot, alacsonyabb társas támogatottságot, kedvezőtlenebb családi helyzetet feltételeztünk. Ezért az összehasonlításához – kontrollcsoportként – nem egészségügyi mintát használtunk. A családi és az egészségi állapot önbecslésére, valamint a betegségekre vonatkozó általános kérdések mellett mérőeszközként használtuk az életminőségre vonatkozóan a WHO Általános Jólét (Wellbeing) skálát, a Rövidített Beck depresszió skálát, a személyiségre vonatkozóan az Énhatékony-ság és az Elégedettség skálákat; az életeseményekre vonatkozóan az Életesemények skálát, valamint a Társas támogatás kérdőívet³.

Az összehasonlítás módszereként a Hungarostudy 2006 kérdőívben talál-

ható 172 egészségügyi dolgozóhoz illesztettük a korban, nemben, iskolai végzettségben megegyező, nem egészségügyi mintát. Mindkét mintában 150 nő és 22 férfi (87,2% és 12,8%) szerepel, átlagos életkoruk 47,3 év (szórás:15,6). Legmagasabb a szakközépiszkolai érettségivel rendelkezők aránya (68 fő, 39,5%), főiskolai és egyetemi végzettséggel 36 fő (20,9%) rendelkezik. Foglalkozásukat tekintve az ápolók és asszisztensek vannak túlsúlyban, de orvosok és egyéb egészségügyiiek is szerepelnek a mintában (a foglalkozások megoszlását az 1. táblázat szemlélteti). A vizsgálatban résztvevők nagy része a klinikumban (kórházban, országos intézetben, klinikán) dolgozik, és többségben vannak a belgyógyászatban dolgozók a többi osztályhoz viszonyítva.

Eredmények az egészségügyi és nem egészségügyi dolgozók összehasonlításában (2006)

Családi állapotukat tekintve az egészségügyi dolgozói csoportban alacsonyabb a házasságban élők aránya, mint a nem egészségügyi-eknél (56%, illetve 67%), és jóval

1. táblázat

Foglalkozás	N=172
Ápoló	78
Asszisztens	45
Védőnő	11
Orvos	8
Szülész-nő	6
Gyógyszerész	3
Mentős	3
Műtős	3
Gyógytornász	2
Egyéb	13
Összesen	172

Az egészségügyi dolgozók megoszlása foglalkozás szerint (2006)

Dr. Hegedűs Katalin¹, Kovács Mariann^{1,2}

¹ Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

² Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Pedagógia és Pszichológia Tanszék, Szeged

magasabb az elváltaké (10% és 5%). Valószínűleg ezért sokkal nagyobb családi terhelés hárul rájuk, illetve a családi támogatás hiánya nagyobb ezekben a csoportokban. A hajadonok (nőtlenek) és az özvegyek aránya is magasabb az egészségügyi dolgozói csoportban (tendencia-szintű a különbség a nem egészségügyi csoporthoz viszonyítva).

Az egészségügyi dolgozók többlet dolgoznak: legalább 9 órát naponta (míg a nem egészségügyiek 8,6 órát), többnyire több műszakban ($p=0,003$ a kontrollcsoporthoz viszonyítva). Összességében az egészségügyi állapotukat mégis jobbnak ítélték, mint a nem egészségügyi dolgozók: az ötös skálán 3,6-es értéket adtak, míg a nem egészségügyiek 3,4-et ($p=0,047$). Az előző három évben – megítélésük szerint, tendenciáját tekintve – kevésbé változott az egészségügyi állapotuk, mint a nem egészségügyieké ($p=0,088$).

Az egészségi állapot további vizsgálatánál feltűnő, hogy egyes – pszichoszomatikusnak is tekinthető – betegségek aránya az előző három évben magasabb volt az egészségügyi dolgozók körében: az allergiás betegségek (12,2% - 8,7%) a magas vérnyomás betegség (26,9% - 23,8%). Ugyanakkor jelentősen kisebb a reumás megbetegedések aránya az egészségügyi dolgozóknál (11,7% - 18,6%, $p=0,074$), és szignifikánsan kisebb körükben az egyéb izom- és csontrendszeri megbetegedések (9,9% és 17,4%, $p=0,043$), a szívbetegségek (7% és 14%, $p=0,036$) aránya is.

Az életeseeményeket vizsgálva, arra a kérdésre, hogy „megtörténtek-e Önnel az alábbi események az elmúlt három év során?” az alábbi érdekes válaszok születtek: szignifikánsan kevesebben veszítették el a munkájukat az egészségügyi dolgozók körében, mint a kontrollcsoportban; jóval kevesebb nagyobb baleset vagy súlyos betegség érintette ezt a csoportot és házastársukat illetve élettársukat is. Az egészségügyi dolgozók közül kevesebben panaszkodtak az anyagi helyzetük romlására, de szignifikánsan kevesebben ítélték úgy, hogy javult az anyagi helyzetük.

A társas támogatás összességében alacsonyabb az egészségügyi dolgozóknál, mint a nem egészségügyi csoportban. Arra a kérdésre, hogy „nehéz élethelyzetében mennyire

számíthat az alábbiak segítségére”, kiderül, hogy kevésbé számíthatnak a házastársuk és gyermekeik segítségére az egészségügyi dolgozók (illetve ők így érzékelik). A család támogató funkciója ebben a csoportban kisebb, az egészségügyi dolgozók inkább a családon kívül, elsősorban a munkahelyen találják meg a támogató közösséget, közeget.

Az egészségügyi dolgozók utánkövetése, 2002–2006

Kutatásunk során felmerült, hogy a Hungarostudy 2006 vizsgálatban szereplő 172 egészségügyi dolgozó közül 161-en a Hungarostudy 2002-ben is szerepeltek, tehát a következő lépés az ő vizsgálati eredményeik összehasonlítása volt. Arra voltunk kíváncsiak, hogy az általánosan leszűrhető eredményeken túl, személy szerint hogyan változott az adott egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota, életminősége az elmúlt években. Ebben a mintában 141 nő és 20 férfi szerepelt, a koruk és iskolai végzettségük hasonló a 172 fős mintához. A kontrollcsoportos mintát is ehhez a csoporthoz igazítottuk, a kontrollcsoport tagjai is utánkövetett személyek voltak.

Az eredmények szerint az egészségügyi dolgozók – a nem egészségügyi dolgozókhoz és a saját, 2002-ben adott válaszaikhoz viszonyítva – egészségi állapotukat jobbnak tartják 2006-ban. A társas támogatottságot tekintve a családi támogatás nőtt a vizsgált négy év alatt ($p=0,061$), de még mindig alacsonyabb a családon kívüli támogatottságnál. A családon kívüli támogató csoportokból csökken az egyházi csoportok és az iskolatársak szerepe körükben 2002-höz viszonyítva. A munkacsoportjukban történeteket nem tudják jobban befolyásolni az egészségügyi dolgozók, míg ez az adat javult a nem egészségügyi csoportban ($p=0,079$).

A WHO Jólét (Wellbeing) skála mindkét csoportban szignifikáns javulást mutat, és az egészségügyi dolgozóknál magasabbak az értékek. Ugyanígy jelentősen növekedtek a megbízhatósággal kapcsolatos értékek mindkét csoportban. Az

* Mennyire érezte magát az elmúlt két hétben vidámnak és jókedvűnek; nyugodtnak és ellazultnak; aktívnak és élénknek; ébredéskor frissnek és kipihentnek; és mennyire voltak tele a napjai az Ön számára érdekes dolgokkal

egészségügyi dolgozók esetében alacsony szinten maradt a depresszió a rövidített Beck Depresszió Skála alapján, és a feszültség, valamint az idegesség is kevésbé jellemző rájuk az önbevallás szerint. A fenti pozitívumoknak némileg ellentmond ugyanakkor, hogy nem növekedtek az elégedettséggel (Positive Affect) kapcsolatos értékek.

Munkahelyi stressz és kiégés

Másik kutatásunkban az egészségügyi dolgozók kiégettségének mértékét, társas kapcsolatrendszerüket és a megküzdési stratégiáikat vizsgáltuk.⁴ A kiégés az a tünetcsoport, amely tartós munkahelyi stressz hatására jelenik meg és hosszú távon az egyén testi, lelki és szellemi kimerülését eredményezi.

A vizsgálatban részt vevő egészségügyi dolgozó a pszichiátriai-pszichoterápiás (N=57), valamint kardiológiai ellátás (N=13) területről került ki, 52%-uk ápoló, 19% pszichológus, 13% orvos, 6% gyógy-pedagógus, pedagógus, 10% egyéb (ide soroltuk a beteghordókat, a foglalkoztatókat); az átlagéletkor 40 év, a pályán eltöltött idő átlagosan 15 év. A válaszadók 17,6%-a férfi, 82,4%-a nő. A kutatás során három mérőeszközt használtunk az általunk vizsgálni kívánt változók mérésére: a Maslach Burnout Inventory-t, a Ways of Coping rövidített változatát és a Társas Támogatás Kérdőívet^{3, 5-6}.

Az eredmények a kiégés legjelentősebb és legkorábban jelentkező komponensére, az érzelmi kimerültségre irányítják a figyelmünket. A vizsgálat alapján ez tűnik a leginkább problémás területnek. A válaszadók (N=61) 28,6%-a magas, 40%-a közepes érzelmi kimerültségről panaszkodott, tehát 68,6%-uk a nap végére érzelmileg kimerültnek érzi magát, elhasználódik.

A kiégés deperszonalizáció dimenziója látszólag kevésbé hozott fájdalmas eredményeket, hiszen az egészségügyben dolgozók (N=66) 8,6%-a magas, míg 12,9%-a közepes mértékben jelezte a személytelen bánásmód megjelenését munkája során. A személyes hatékonyságerzet csökkenése (N=57) közepes mértékű 25,7%-nál és magas 18,6%-uknál.

Hogyan védhetjük meg magunkat az érzelmi kimerüléstől? A

védekezés egyik romboló módja éppen a személytelen bánásmód megjelenése – vagyis amikor tárgyként kezdik el kezelni a betegeket, és „darabként” gondolnak rájuk (ld. pl. a gyakran használt „beteganyag” kifejezést). Ez 20%-ukra jellemző, vagyis a többség még nem jutott el ideig (vagy nem szívesen vallja be); az is lehetséges, hogy más módon próbál megküzdeni az érzelmi túlterheltséggel. 45%-uk pedig valamilyen formában szembesül azzal, hogy nem úgy teljesít, ahogy azt önmagától elvárja, vagy ahogy azt korábban tette.

Fontos eredmény, hogy érzelmi- leg minél kimerültebb valaki, annál inkább választja az érzelme-központú megküzdési stratégiákat ($r=0,421$, $p=0,001$), és annál kevésbé a problémaközpontú (tervszerű problémamegoldás, konfrontatív) megküzdési módokat ($r= -0,327$ $p=0,017$). Ez azt jelenti, hogy hajlamosabbak kimerültség esetén feszültségcsökkentő megoldásokat választani. A stresszhelyzethez kapcsolódó érzelmi reakciók megváltoztatásának vannak adaptív (figyelem elterelése, testmozgás, társas támogatás keresése) és nem adaptív (evés, ivás, alkohol, droghasználat, dohányzás, veszélykeresés) formái. Az általunk használt megküzdés kérdőív inkább a nem adaptív érzelme-központú megküzdési módokat tárja fel. Ezek választása kevésbé „hasznos”, hiszen evéssel, ivással, dohányzással nyugtatják meg magukat. Ez az összefüggés a kiégés deperszonalizáció dimenziója kapcsán is fellelhető, ami arra enged következtetni, hogy azok, akik saját bevallásuk szerint tárgyként kezelik betegeiket, gyakrabban használják az érzelme-fókuszú megküzdést ($r=0,519$ $p=0,000$), mint a problémafókuszút ($r= -0,296$ $p=0,027$). Érdekes, hogy sem nemek között, sem életkorhoz, illetve pályán eltöltött időhöz kapcsolódó különbségeket nem találtunk. Egyedül a munkaóra bizonyult lényeges változónak, minél többet dolgozik valaki naponta, annál kimerültebb ($r=0,322$ $p=0,013$) és annál inkább hajlamos tárgyként kezelni a betegeket ($r=0,286$ $p=0,022$).

A társas kapcsolati hálón belül egyedül a munkatársaktól kapott támogatásnak volt jelentős szerepe: az érzelmi kimerültséggel ($r=-0,298$ $p=0,021$) és a személytelen bánásmóddal ($r=-0,300$ $p=0,015$) közep-

sen erős fordított, míg a személyes hatékonyságérzettel ($r=0,323$ $p=0,015$) közepesen erős egyirányú kapcsolatot mutatott. Azok tehát, akik úgy érezték, hogy nehéz élethelyzetükben számíthatnak a munkatársaik, a kollégáik támogatására, kevésbé voltak érzelmileg kimerültek, kevésbé bántak személytelen módon a betegekkal és hatékonyabbnak érezték magukat a munkájukban.

Az érzelmi kapcsolatokra is rákérdeztünk (Hány emberrel foglalkozik érzelmi kapcsolatban?), ez a személytelen bánásmóddal ($r= -0,391$ $p=0,004$) és az érzelme-központú megküzdéssel ($r= -0,317$ $p=0,022$) hozható összefüggésbe. Hogyan értelmezhető ez az összefüggés? Úgy tűnik, hogy minél több beteggel foglalkozik valaki érzelmi kapcsolatban, annál kevésbé jelenik meg a személytelenség. Akkor az érzelmi kapcsolat vajon ártó és/vagy védő funkciót tölt be a segítők munkája során? Ezek az eredmények mintha az érzelmi kapcsolatok védő szerepét igazolnák, a dolgozó kevésbé választ destruktív megküzdési stratégiát, ha a munkájában több érzelmi kapcsolattal rendelkezik, ugyanakkor az is elképzelhető, hogy az képes érzelmi kapcsolatot kiépíteni, aki nem alkalmaz nem adaptív érzelme-központú megküzdési stratégiákat. A változók közötti összefüggés ténye bizonyos, ám a továbbiakban érdemes vizsgálni az összefüggés irányát is.

A pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók mutatói

A kiégés három komponense kapcsán hasonló mintázat rajzolódik ki a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók esetében, mint a minta egészének vizsgálatkor. Ezúttal is legszembetűnőbb probléma az érzelmi kimerültség – a százalékos arányokat tekintve még súlyosabb képet kapunk (72%-uk jelez kimerülést). A személytelen bánásmód 12%-uknál jelent meg – ezt azzal magyarázhatjuk, hogy a pszichés problémák gyógyítását felvállalók jól tudják, hogy a személyes oda- fordulás, az átfogó biztosságot adó tartás a gyógyulás záloga. A lélek gyógyítása nem történhet személytelen módon. A személyes hatékonyságérzet csökkenése kevésbé jellemző (a kérdőívkitöltők 26%-a

érez némi csökkenést). Úgy tűnik, hogy a hatékonyságérzetük nem sérült, próbálják tartani magukat. Az érzelmi kapcsolatok szerepe a kiégés alakulásában nem egyértelmű, lehetséges, hogy foglalkozásonként eltérő. A pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozóknál egyedül a hatékonyságérzés szempontjából volt fontos, hogy hány emberrel foglalkoznak érzelmi kapcsolatban.

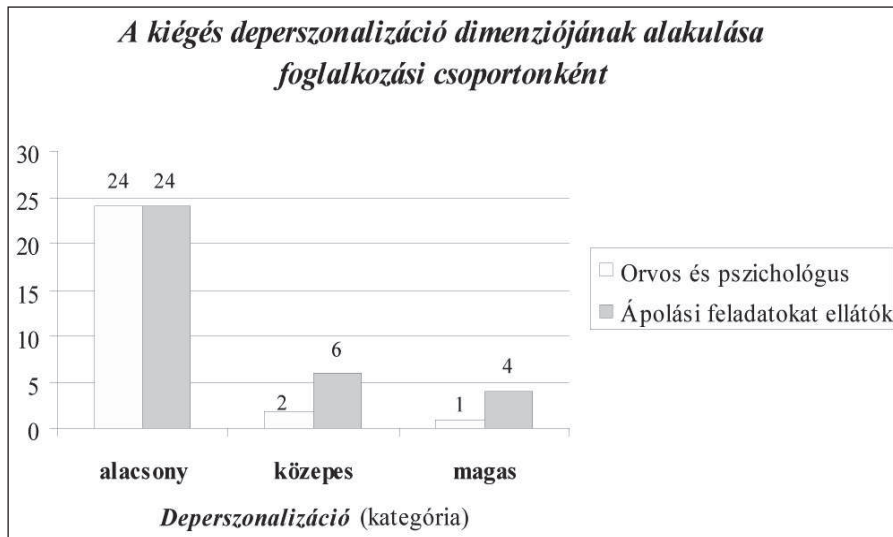
Az ápolók és orvosok mutatóinak összevető elemzése

A szakma, a foglalkozás jellege is befolyásolhatja a kiégés alakulását. Az ápolók és az orvos-pszichológus csoport összehasonlításakor több szignifikáns különbséget is találtunk. A kiégés komponensei közül egyedül a személytelen bánásmód bizonyult jelentősnek: jelen vizsgálatban az ápolók inkább hajlottak ennek alkalmazására ($p=0,017$). (1. ábra) Az ápolók a klasszikus pszichiátriai osztály dolgozói közül kerültek ki, vagyis nem szabad elfelejtenünk az osztályos ellátásból adódó többletterheket; gondoljunk csak a betegekkel, és hozzátartozóikkal való folyamatos kapcsolattartásra, az adminisztratív teendőkre, a három műszakos munkabeosztásra. Ezek mind hozzájárulhatnak ahhoz, hogy így védik magukat a terhektől. Érzelmileg nem kimerültebbek, mint az orvos-pszichológus csoport és a hatékonyságérzetben sincs különbség.

A munkatársaktól kapott támogatás védő hatását – saját megítélésük szerint – kevésbé élvezhetik az ápolók, összevetve az orvos és pszichológus kollégáikkal ($p=0,013$). Míg az orvos-pszichológus csoportból egyetlen személy sem érezte úgy, hogy nehéz élethelyzetében egyáltalán nem számíthat munkatársai segítségére, addig az ápolók közül a 36 főből öten így nyilatkoztak, 14 fő, vagyis majdnem 40%-uk pedig kevés támogatást remélhet a kollégáitól. Ezzel szemben az orvos-pszichológus csoport 51%-a átlagosan számíthat kollegiális segítségre.

A megküzdés tekintetében pedig azt láthatjuk, hogy az ápolók ritkábban választják a problémaközpontú stratégiákat ($p=0,001$), vagyis nehéz helyzetekben nem annyira a probléma átgondolása, következtetések levonása a cél, hanem – tendenciáját

1. ábra



A kiégés deperszonalizáció dimenziójának alakulása foglalkozási csoportonként

tekintve ($p=0,055$) – a problémából adódó feszültségek, érzelmek kezelése.

Megbeszélés

A nemzetközi szakirodalomban kevés az egészségügyi dolgozók testi és lelki állapotát vizsgáló felmérés a nem egészségügyiek összehasonlításában. Általában a munkastresszel illetve a kiégéssel kapcsolatban jelennek meg tanulmányok, amelyek veszélyeztetett csoportnak minősítik az egészségügyi dolgozók körét, illetve bizonyos egészségügyi dolgozói csoportokat – orvosokat ápolókkal vagy különböző szakmák képviselőt egymással – hasonlítanak össze. A testi-lelki állapot szempontjából fontos tényezőnek bizonyul: a társas támogatás, a munkahelyi légkör, a szerepkonfliktusok, a pszichoszomatikus panaszok, a kórházi osztály típusa, valamint a coping források⁷⁻¹³.

Kutatásunk eredményeinek egy része igazolta hipotézisünket, hogy a nem egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva bizonyos mutatókban rosszabb a testi és lelki állapot, a családi helyzet, illetve nem igazán valósul meg a család támogató funkciója. Ennek oka lehet a kifejezetten nagyobb munkaterhelés, a több műszak, ami nem kedvez a családi kapcsolatok ápolásának, és általában a kiegyensúlyozott magánélet lehetőségének. Bizonyos pszichoszomatikusnak is tartható betegségeknek – allergiás megbetegedések, magas

vérnyomás – a kontrollcsoporthoz viszonyított magasabb aránya is a családi és munkahelyi túlterheltségre utal, illetve arra, hogy az egészségügyi dolgozók, akik mintánkban túlnyomó többségben középkorú nők, nehezen tudnak megbirkózni az ebből fakadó terhekkkel. Nem szabad elfelejtenünk, hogy a gyerekevelés mellett az idős szülők gondozása is erre a korcsoportra hárul. Ugyanakkor a különböző szív- és rákbetegségek alacsonyabb aránya arra utalhat, hogy az egészségi állapotra való nagyobb odafigyelés (pl. helyben vannak a diagnosztikai eszközök) eredményes. Valószínűleg a családtagok egészségi állapotára is jobban odafigyelnek az egészségügyi dolgozók, hiszen nagyobb betegség jóval kisebb mértékben érintette őket az elmúlt években, mint a kontrollcsoport tagjait és családjait. A reumatikus és egyéb izom- és csontrendszeri megbetegedések alacsonyabb aránya viszont meglepetés, hiszen a nemzetközi szakirodalomban az egészségügyi dolgozók nagyobb veszélyeztetettsége, és ezzel kapcsolatos rossz eredmények hangsúlyozottan jelennek meg, elsősorban az izom- és csontrendszeri betegségek vonatkozásában. Ennek oka a nagy fizikai megterhelésben kereshető, amely magában foglalja a betegrendszeres emelését, mozgását is¹⁴.

Bizonyos mutatókban jelentős javulás észlelhető, és ez összefügghet azzal a ténnyel, hogy a felmérés időpontjában (2006-ban) még

nem jelentkezett az egészségügyben jelenleg általánossá vált létbizonytalanság. Viszonylagos kiegyensúlyozottságban dolgozhattak az egészségügyi dolgozók, amit a jelentős közalkalmazotti béremelés is alátámasztott. Az egészségügyi dolgozók így nagyobb biztonságban érezhették magukat. Emellett a privatizációval megkezdődött az önállósodás, lehetővé vált a „több lábbon állás”, ilyen pl. a kórházi állás mellett a házi szakápolásban végzett, nagyobb döntési lehetőséggel járó munka (amely persze ugyanakkor nagyobb önkiszákmányolással járt együtt). Erre utal az a válasz is, hogy szignifikánsan kevesebben veszítették el a munkájukat ebben az időszakban az egészségügyi dolgozók közül, mint a kontrollcsoportban, és jóval kevesebben panaszkodtak az anyagi helyzetük romlására (igaz, hogy jelentős javulást sem észleltek). Egészségi állapotukat jobbnak ítélték, mint 2002-ben, és a kontrollcsoporthoz viszonyítva is, a WHO Jólét skála, valamint a megbízhatósággal kapcsolatos értékek növekedése is erre utal.

A kiégést tanulmányozó kutatásunk az általunk vizsgált egészségügyi dolgozók magas érzelmi kimerültségére irányította a figyelmet. Bár a nemzetközi irodalomban is leírták azt a jelenséget, hogy ebben a foglalkozási csoportban magas az érzelmi kimerülés, mégis az általunk megkérdezettek válaszai alapján hazánkban kiugróan tűnik ez a probléma. A gyógyító tevékenység középpontjában, különösen a pszichiátria és a kardiológia területén a beteggel való hosszú távú kapcsolat áll. A dolgozók érzelmi kimerültségének oka éppen ez a hosszú távú, intenzív, érzelmi odafordulás lehet, ugyanakkor azt is tudjuk, hogy azok égnék ki, akik szívvel-lélekkel szeretnék végezni munkájukat, vagyis a legérzékenyebbek, akik a legtöbbet szeretnék adni. Rájuk kellene a legtöbb figyelmet fordítani. Aki a legnagyobb empátiával veti bele magát a gyógyító-beteg kapcsolatba, az meríti ki leggyorsabban empátiás kapacitását és juthat a kiégés állapotába. A nem-adaptív érzelmközpontú megküzdési stratégiákat gyakrabban választják azok, akik érzelmileg kimerültebbek, illetve azok, akik személytelenül bánnak a betegekkel. A társas kapcsolatok szerepét illetően vizsgálatunkban

az körvonalazódott, hogy a társas kapcsolati hálón belül egyedül a munkatársaktól kapott támogatásnak volt jelentős szerepe – ez pedig tovább erősíti azt a feltételezést, hogy a kiégés erősen a munkahelyhez kötődő tünetcsoport.

Milyen megoldási módok lehetnek? Hogyan védhetjük meg magunkat a munkahelyi stressz káros hatásaitól, az érzelmi kimerüléstől? Elsősorban a tudatosítás, a képzés fontos, amelynek során felhívjuk a figyelmet a kimerülés veszélyeire. Stresszkezelő, problémamegoldó módszerek elsajátításával is sokat segíthetünk magunkon. (Ilyen pl. a Williams Életkészségek Program.)¹⁵ Emellett a támogató csoportok – család, munkahely, szomszédság – erősítése nyújthat segítséget, valamint a saját mentálhigiéné ápolása. Sokszor napi 10–15 perc saját magunkra fordított idő elegendő lehet arra, hogy regenerálódjunk és a kellő energiával és empátiával fordulhassunk újra a betegeink felé.

Irodalomjegyzék:

1. Siegrist J: *Adverse health effects of high-effort/*

low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology 1996. 1:27-41

2. Hegedűs K, Szabó N, Szabó G: *Az egészségügyi dolgozók életminősége, testi és lelki állapota.* In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. (pp. 335-340) Semmelweis Kiadó, Budapest 2008.

3. A Hungarostudy felmérésben használt kérdőívek. In: Kopp M, Kovács M (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* (pp 539-550) Semmelweis Kiadó, Budapest 2006.

4. Kovács M, Hegedűs K: *Érzelmi megterhelődés az egészségügyben – esélyek, veszélyek, lehetőségek.* In: Kopp Mária (szerk.): Magyar lelkiállapot 2008. (pp. 347-355) Semmelweis Kiadó, Budapest 2008.

5. Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory: Manual* (2nd ed). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1993.

6. Rózsa S, Purebl Gy, Susánszky É, Kő N, Szádóczky E, Réthelyi J, Danis I, Skrabski Á, Kopp M: *A megküzdés dimenziói: A konfliktus-megoldó kérdőív hazai adaptációja.* Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2008. 9 (3): 217-241.

7. Gyórfy Zs, Ádám Sz: *Az életminőség alakulása az orvosnői hivatásban.* In: Kopp M -Kovács M (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* (pp 314-323) Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.

8. Hegedűs K, Riskó Á, Mészáros E: *A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és*

lelkiállapota. Lege Artis Medicinae, 2004. 14 (11): 786-793.

9. Kovács M: *A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében.* Lege Artis Medicinae, 2006. 16 (11): 981-987.

10. Major J, Rész K, Hulesch B, Túry F: *A kiégés jelensége az orvosi hivatásban.* LAM 2006. 16(4):367-73.

11. Pikó B: *A női munka magatartástudományi vizsgálata.* Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. Lege Artis Medicinae, 2001. 11: 318-325.

12. Szabó N, Szabó G, Hegedűs K: *Interdiszciplinaritás - munkahelyi stressz - holisztikus szemléletű ellátás.* Lege Artis Medicinae, 2007. 18 (3): 243-249.

13. Szicsek M: *Kiégés és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában.* Kharón Thanatológiai Szemle 2004. 8(1-2): 88-131.

14. Heponiemi T, Elovainio M, Manderbacka K, Aalto A, Kivimäki M, Keskimäki I: *Relationship between unemployment and health among health care professionals: Health selection or health effect?* Journal of Psychosomatic Research, 2007. 63: 425-431.

15. www.selyesociety.hu

A tanulmány a Magyar lelkiállapot 2008 (szerk. Kopp Mária, Semmelweis Kiadó, 2008) c. kötetben megjelent két fejezetünk rövidített változata.



Magyar Lelkiállapot 2008 Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban

Szerk.: Kopp Mária
Semmelweis Kiadó,
Budapest, 2008
619 oldal. Ára: 3600 Ft.
ISBN: 978 963 9879 16 4

A magyar népesség életminőségét, a testi és lelki egészség összefüggéseit vizsgálja Kopp Mária orvos, pszichológus, egyetemi tanár, MTA doktora

Skrabski Árpád szociológussal. A szerkesztő interdiszciplináris témákban a társadalomtudomány és természet-tudomány határterületein végeznek nagy populációban reprezentatív vizsgálatokat.

A most megjelent hatalmas, számos fejezetben részletezett, átfogó helyzetkép a magyar népesség lelkiállapotának jellemzőiről, 1992 után második alkalommal készült el. A így összegyűlt adatok tehát előző vizsgálatokkal jól összevetethők. Vizsgálták az egyén, a közösségi és populációs szintjeinek jellemzőit.

A könyv 8 fejezetből és alfejezetekből áll. Az esélyerősítés magatartási modelljeit a szerző bevezetőjében tárgyalja, mert ma Magyarországon az egyenlőtlenségek az élet csaknem minden területét átfogják, miközben egyre reménytelenebbé vált a legsúlyos, legkevésbé iskolázott rétegek helyzete, az igen alacsony foglalkoztatási arány mellett. A magatartástudományi esélyerősítési modell

Könyvismertetés

érvényesítésével a hátrányos helyzetű társadalmi rétegek között a pszichológiai készségek, a társadalmi tőke, a stresszel való megbirkózási képesség meghatározó jelentőségű. Saját vizsgálati eredményei 12.640 személy otthoni interjúján alapult, 2002-ben, majd 2006-ban 4524 személy újbóli kikérdezését magába foglaló Hungarostudy követéses vizsgálat eredményein alapulnak. A vizsgálati kérdőívek alkalmaztak és elemezték az életcélokkal szoros összefüggésben a társadalmi tőke és anómia /érték- és normavesztés/ folyamatának alakulását. Ezen kívül vizsgálták az étellel való elégedettség, a boldogság kérdéseit mind az egészségi állapot, mind a gazdasági fejlődés szempontjából.

Vizsgálták a társas kapcsolatok alakulását, a vallásosság, a rítusok változásának egészségre való hatásait, a munkahelyi stresszel való megküzdés elemeit, a cigány/roma népesség helyzetét, és a beavatkozás lehetséges útjait. Értékes adatokhoz jutottak a krónikus betegek és a fogyatékkal élők helyzeteinek vizsgálatánál.

Az érdeklődő olvasók számára a teljesség igénye nélkül, de a fontossági sorrendet figyelembe véve az alábbiakat emeljük ki:

Alacsonyabb a stressztűrő képessége azoknak, akik hátrányos szociális, gazdasági vagy egészségi állapotuknál fogva eleve több stresszt élnek át. Vizsgálataik alapján törekedni kell egyrészt a stressz források csökkentésére, másrészt a megbirkózási képesség javítására.

A Hungarostudy felmérések lehetővé teszik a nép-