

Ph.D értekezés

**Pálfi Ferencné**

**ÁPOLÓI ÉS GONDOZÓI MAGATARTÁSOK  
ALAKULÁSA KÜLÖNBÖZŐ ELLÁTÁSI  
HELYZETEKBEN, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A  
KIÉGÉS JELENSÉGÉRE.**

Témavezető: Dr Kállai János PhD egyetemi docens  
Dr. Kóczán György egyetemi docens †

Programvezető: Prof. Dr Szabó Imre egyetemi tanár

Doktori Iskola Vezetője: Prof. Dr. Szolcsányi János  
akadémikus

Pécsi Tudományegyetem  
Általános Orvostudományi Kar

Pécs  
2007

## Tartalomjegyzék

<b>1. Bevezetés.....</b>	<b>3</b>
<i>1.1 A Burnout szindróma definíciója különböző szerzők alapján – irodalmi háttér .....</i>	<i>5</i>
<i>1.2 A kiégés szindróma aspektusai.....</i>	<i>8</i>
<i>1.3 A burnout kialakulásának fázisai .....</i>	<i>12</i>
<i>1.4 A Helfer-szindróma .....</i>	<i>13</i>
<i>1.5 A stressz fogalma .....</i>	<i>15</i>
<i>1.6 A kiégés okai .....</i>	<i>25</i>
<i>1.7 A kutatási tervzet elméleti kerete, a kutatás célja és főbb jellemzői.....</i>	<i>42</i>
<b>2. A kutatás módszertana.....</b>	<b>47</b>
<i>2.1 Adatforrások: a kutatási minta összetétele, nagysága és kiválasztása.....</i>	<i>47</i>
<i>2.2 A vizsgálat módszere és elemzésének stratégiai pontjai .....</i>	<i>49</i>
<i>2.3 Hipotézisek .....</i>	<i>54</i>
<b>3. A kutatás eredményei.....</b>	<b>55</b>
<i>3.1 A kutatási minták szociodemográfiai adatai és munkahelyi jellemzők szerinti     alapeloszlásai .....</i>	<i>55</i>
<i>3.2 A Burnout kérdőív eredményei .....</i>	<i>58</i>
<i>3.3 A személyes Burnout tüneti kérdőív eredményei – fizikai és lelki tünetek elemzése ..</i>	<i>71</i>
<i>3.4 A Diszfunkcionális Attitűd Skála kérdőív elemzése .....</i>	<i>78</i>
<b>4. Összegzés - Következtetés a hipotézisek tükrében.....</b>	<b>89</b>
<i>4.1 Jövőbeni feladatok.....</i>	<i>96</i>

### *Melléklet*

### *Hivatkozások*

*A PhD. értekezés alapját képező eredményekkel kapcsolatos publikációk, konferenciárészvételek.*

## **Rövidítések és idegen kifejezések gyűjteménye**

WSCI = Wholistic Stress Control Institute

BOS = Symptoms of Personal Burnout – Burnout tüneti kérdőív

BOQ = Burnout Questions - Burnout kérdőív

DAS = Diszfunkcionális Attitúd Skála

MBI = Maslach Burnout Inventory - Maslach „Kiegyensúlyozottsági Leltár”

Depersonalizáció = A személyiség funkcióinak elidegenedése

Coping = megküzdési mechanizmus

## 1. Bevezetés

Az elmúlt majd három évtized során számos kutatás irányult a burnout jelenség kialakulására, megelőzésére és gyógyítására.

Linda H.Aiken és mtsai, (2001) metaanalízise alapján, mely az USA, Kanada, Anglia és Skócia 700 kórházára, ezeken belül 43000 ápolójára terjedt ki, a következő kép tárul elénk:

- az ápolók 30-40 %-a a kiégés magas fokát mutatja
- az ápolók 60-70 %-a szerint alacsony a nővérek létszáma, ami túlterhelést okoz,
- az ápolók kevesebb, mint 50 %-a elégedett a vezetők törődésével,
- az ápolók 20-30 %-a tervezi, hogy egy éven belül elhagyja az ápolói pályát.

Ezek az adatok a vezető gazdasági hatalommal és oly sokszor irigyelt egészségügyi ellátó rendszerrel bíró országokból származnak, vagyis ezeknek az országoknak a nővérei sem érzik sokkal jobban magukat, mint hazai kollégáik, hiszen a hazai vizsgálatok eredményei is hasonlóak (Pálfi, 2003; Pikó és Piczil, 2003; Pikó, 2005).

Úgy tűnik ennek alapján, hogy az ápolói hivatás megszürkülése, kifáradása nem csak hazai jelenség, többé-kevésbé erőteljesen világszerte megfigyelhető folyamat (Sabo, 2006), ha nem kezelik, az egyén számára egy idő után lehetetlen a stresszorok leküzdése, melynek következménye a kiégés szindróma kialakulása (Cubrillo-Turek, 2006).

A kiégés-szindróma (burnout) az 1970-es években került be az egészségpszichológiai, pszichológiai és orvosi szakirodalomba Freudenbergert, (1974) nyomán, mint a „krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő emocionális és mentális kimerülés” állapota (Fekete, 1991; Gundersen, 2001). Központi motívuma a negatív beállítódás, önmagunkkal, a munkával, az élettel szemben, valamint az idealizmus, az energia és a céltudatosság elvesztése. Az emberi problémákkal való foglalkozás ára sok esetben a segítők saját pszichikai egyensúlyának felborulása. A

tapasztalatok szerint azok az emberek tartoznak a veszélyeztetett csoportba, akik viszonylag hosszú időn át emberekre irányuló, állandó koncentrációt és érzelmi igénybevételt követelő munkát végeznek, és munkájuk során nem túl gyakran számíthatnak egyértelmű, gyors, látványos eredményekre.

A probléma felismerésének és a megoldást kereső lépések megtételének sürgetésére a WHO (1996) genfi konferenciájához köthető ahol, a primer prevenció szekcióban alapvető fontosságú, kiemelten kezelt területek voltak: a mentális retardáció, a Down-szindróma, a magzati alkohol szindróma, az öngyilkosság, phenylketonuria, az epilepszia és **a Staff burnout szindróma**. Ebből a kutatási témához kapcsolódóan, kiemelném **a burnout szindrómát** az egészségügyi személyzet körében. A burnout jelenségről elmondható, hogy nagy problémát jelent nem csak a lelki egészségvédelemmel foglalkozó intézmények működésében, hanem az érintett egyén és az őket foglalkoztató szervezetek szempontjából is.

Közismert, hogy "az emberekkel foglalkozó szakmák" magukban hordozzák a kiégési szindróma veszélyét, azt az állapotot, amikor az egyébként motivált, érzelem gazdag személyiség telítődik azokkal a problémákkal, amelyekkel naponta találkozik. A kimerülés jelentkezik testi, szellemi és érzelmi területen, megnyilvánulhat szomatikus, magatartási, érzelmi és mentális tünetekben. A lelki-fizikai megterhelések, és a velük való megküzdés hiánya vezethet a pszichoszomatikus tünetek megjelenéséhez, alvászavarokhoz, krónikus fáradtságérzéshez, kóros mértékű koffein-, nikotin-, alkohol- és gyógyszerfüggőséghez, szorongáshoz, depresszióhoz, teljesítmény-csökkenéshez, valamint szakmai és önértékelési problémákhoz.

A burnout tünet-együttes kialakulásában nagy jelentőségűnek tűnik a mintegy előfeltételként jelenlevő depresszív személyiségstruktúra, amely az emocionális túlterheltséggel, a visszacsatolás hiányával, a kollegális kapcsolatok lazulásával együtt vezet a kiégéshez.

A burnout szindróma szinte minden foglalkozásnál előfordulhat. Speciális karakterű, in nízitász azonban a humán szolgáltatások, az egészségügy szférájában, melyben eleve

megtalálható a későbbi frusztráció számos beépített forrása. Így a segítők gyakori nagy lelkesedése, a magas aspirációs nívója mellett a teljesítmények mérésének hiányzó kritériumai, alacsony jövedelem, hosszú munkaidő, extra igénybevétel mellett nagy felelősség - ugyanakkor elégtelen intézményi támogatás, adminisztratív terhek, a karrier, az előrelépési lehetőségek limitjei, alacsony megbecsülés mind a kliensek, mind pedig a társadalom részéről, nagyban hozzájárulnak a nem kívánatos jelenség kialakulásához.te

A megjelent tanulmányok nagy része nemzetközi vonatkozású közlemény, Magyarországon elenyésző számú kutatás és közlemény jelent meg az említett problémáról (Pálfi, 2003; Pikó és Piczil, 2002; Pikó, 2005; Hegedűs és mtsai, 2004, 2006).

E közleményekben kiemelkedik az egészségügy, ahol számos területen a kiégettség állapota az egyik leginkább diszfunkcionális mozzanata a szervezetek működésének. A kiégés nemcsak magát a szervezet működését rontja, hanem komoly veszélyt jelent a szervezet tagjaira, az egyes egyénekre is.

Lényeges kérdés a problémakör intézményi vetülete (Cooper és Marshal, 1976; Price és mtsai, 1976) az intézményi struktúrák (Steffen és Bailey, 1979) a szervezet maga (Duxbury és Armstrong, 1984), valamint az itt dolgozók egyéni jellemzői, szerepeikkel kapcsolatos attitűdjük (Vachon, 1978; Maloney, 1982; Pines, 1986; Lazarus és Folkman, 1984; Peteet és mtsai,1989; Fong 1993).

## **1.1 A Burnout szindróma definíciója különböző szerzők alapján – irodalmi háttér**

Az elmúlt évek irodalmaiban egyre több közlemény számol be a különböző szervezetekben megjelenő „kiégés szindróma” jelenlétéről. A kiégés szindrómát a BNO-10 (2006) már betegség kategóriaként rögzíti, és az életirányítás illetve

önmenedzsment nehézségeihez kapcsolódó problémák z73 kategóriába tartozó z73.1 burnout megjelöléssel sorolja be. Ugyanebben a csoportban szerepelnek:

- z73.2 pihenés és relaxáció hiánya,
- z73.3 stressz,
- z73.4 szociális készségek alkalmatlansága,
- z73.5 szociális szerepzavar. (13)

Több szerző többféleképpen határozza meg a kiégés definícióját:

- 1974-ben jelent meg az amerikai H. J. Freudenberger tanulmánya, amelynek révén a burnout szindróma fogalma bekerült a szakmai irodalomba. Aki a kiégésről, mint a segítőfoglalkozásúak körében fellépő fizikai, emocionális és mentális kimerülés állapotáról számol be.  
Maslach és Pines, (1977) a kiégést az alábbiak szerint jellemzik: „a kiégés az érdeklődés elvesztését jelenti azok iránt az emberek iránt, akikkel az ember dolgozik. A fizikai kimerülésen kívül a kiégést az érzelmi kimerülés is jellemzi, amelynek következtében a szakember nem érez többé szimpátiát, megértést vagy megbecsülést a kliensei iránt.”
- Jones, (1980) a szakmai kiégést, úgy definiálta, mint egy negatív munka attitűd, amelyet az alacsony önértékelés és a kliensekkel kapcsolatos törődés csökkenése jellemez. A kiégés olyan adaptációs problémának tűnik, amely gátolja a megfelelő munkavégzést.
- Pines és Aronson, (1981) a kiégést a következőképpen határozzák meg: „olyan lelki állapot, amely általános rossz közérzetben és tünetek sorában nyilvánul meg, érzelmi, fizikai és lelki kimerülés, a kétségbeesés, a reménytelenség érzése és a munkával, sőt az élettel kapcsolatos lelkesedés hiánya”
- Handy, (1988) szerint a kiégés negatív tapasztalatként tekinthető, amely az egyén és a környezet kölcsönhatásából következik. Jóllehet szubjektív jelenség, de világos összefüggésben áll a szervezeti elrendezéssel, amelyben él. Ebből adódóan, a kiégés egy válasz a krónikus foglalkozási stresszre.

A fogalom számos megfogalmazásában közös, hogy tartós érzelmi megterhelés, stressz hatására a személy fizikai, lelki és érzelmi kimerülés állapotába kerül, és ezt a szokásos módon nem tudja megoldani.

A burnout rendszerint egy olyan folyamat, amelynek kiindulópontjában erősen motivált munkatársak állnak, akik a folyamat végén egykedvű, apatikus, frusztrált kollégákká válnak.

Ezen folyamat 12 fázisát írta le Freudenberg és Nort, (1992):

- Kényszer, hogy magát igazolja
- Fokozott bevetés
- Saját szükségleteit elhanyagolja
- A konfliktusok és szükségletek elfojtása
- Az értékek átrendeződése
- A jelentkező problémák tagadása
- Visszahúzódás
- Észrevehető magatartás változás
- Deperszonalizáció – saját személyiség elvesztése, elidegenedés
- Belső üresség
- Kimerültség, depresszió, teljes érzelmi kiürülés következik,
- majd kialakul a teljes kiégettség

Fontos a ciklikus elképzelés, amely arra utal, hogy a folyamat számtalanszor megismételheti önmagát. Érdeemes tisztázni, hogy hol tart az egyén ebben a folyamatban, hiszen a kiegész különböző fázisaiban különböző intervenció lépéseket lehet tenni.

Más meghatározás szerint a kiegész:

1. hosszantartó stressz során lassan kialakuló állapot,
2. kifáradás, valamint túlzott igénybevétel során létrejövő kimerültség.

Ez az igénybevétel lehet önmagunk által, vagy pedig olyan külső hatás által kiváltott, mint például család, munka, barátok, értékrendszerek vagy



társadalmak, melyek kimerítik az ember energiáját, a megfelelni vágyás és egyéb belső kiváltó okok miatt. Olyan érzelmi állapot, melyet túlzott stressz kísér és amely végül hatással lesz az egyén viselkedésére (WSCSI, 2000).

## 1.2 A kiégés szindróma aspektusai

A kiégés szindróma egy specifikus egészségi kockázat: emocionális kimerültség, deperszonalizáció, a többi embertől és azok problémáitól való eltávolodás, valamint elégedetlenség a saját teljesítménnyel, illetve csökkent teljesítőképesség, teljesítményvesztés jellemzi (Maslach és Jackson, 1981).

**Emocionális kimerültségen** azt értjük, ha valaki már a munka gondolatától is fáradt, reggeltől estig, éjjel és nappal krónikusan kimerült. Jellemzői: alvászavarok, álmatlanság, nagyobb hajlam a megbetegedésre, diffúz testi panaszok és csökkent szexuális potencia.

**A deperszonalizáció =dehumanizáció** negatív, cinikus beállítódást jelent a kollegákkal szemben, negatív érzelmeket a betegekkel, ügyfelekkel, tanítványokkal és diákokkal szemben, büntudatot, a társadalmi kontaktusok beszűkülését, hátrító magatartást, a munkának a legszükségesebbre való korlátozását.

Fontos aspektus a teljesítménnyel való elégedetlenség, a **csökkent teljesítőképesség**. A sikertelenség és tehetetlenség megélése, hiányzó elismerés, hiányos visszajelzés, elégtelenségérzés, krónikus túlterheltség.

Nyilvánvaló, hogy ez kihatással van a munka minőségére. A szindróma a vitális instabilitás állapotához vezethet, amely bizonyos értelemben a praesuicidális állapot előstádiuma.

Az előbbieken említett három komponens közül, az *emocionális kimerülés* nem más, mint az empátiás kapacitás kimerülése, amelyből a *deperszonalizáció*: az empátiás kognícióról a nem empátiás kognícióra való átváltás szükségszerűen következik. Az

empátiás törődés az a reakció, amelyben az empatizáló személy „együtt marad” a célszeméllyel. Ez a válasz szervesebben következik az empátia alapjelenségéből: az empatizáló saját szempontjait, folyamatban lévő terveit, személyes érdekét, szélső esetben testi épségét félretéve teszi magáévá a segítségre szoruló gondját (ez a másokra orientáltság lényege) „átkapcsol a másik életére”, én szolgálat helyett a segítséget kérő szolgálatába áll, úgy is mondhatnánk, hogy *megküzdő stratégiáit* nem a saját, hanem a célszemély rendelkezésére bocsátja, helyette küzd meg. Az altruista viselkedés, az önzetlen magatartás, olyan pozitív társas viselkedés, amely szándéka szerint egy másik ember javát szolgálja, és amelyet a cselekvő annak ellenére hajt végre, hogy tehetne másképpen is. A reménytelen, heroikus, elkötelezett munkát egy idő után negatív („elfojtott”) emóciók előretörése, düh, cinizmus megjelenése követi, amely gyakran vezet általános kimerüléshez, illúzióvesztéshez. A kiégés az altruizmusnak nem szükségszerű velejárója, hanem lehetséges következménye, ami csak akkor áll elő, ha a funkció kimerül (Kulcsár, 1998).

Batson (1991) szerint az altruizmus nem más, mint az empátia interperszonális kimenetele.

Az altruista élménymód - ahogyan az alkotótevékenység - nem lehet folytonos. Az emberi pszichés teljesítőképesség legmagasabb funkciójáról van szó, amelynek senki sincs állandóan a birtokában, megélésükre azonban minden embernek van esélye. E kapacitás rendkívül sérülékeny, visszaélést nem tűr, könnyen kimerül. A segítő hivatás tehát, miközben az ember legkomplexebb késztetéseit és legjobb erőit mozgósítja, egyben veszély forrása is. A genuin altruizmus kapacitásának kimerülése, e legjobb erővel való visszaélés a kiégés szindrómájához vezet. Hangsúlyozni kell, hogy a kiégés az altruizmusnak, a kreatív tevékenységnek vagy a transzperszonális élménynek nem szükségszerű utóhatása, hanem lehetséges következménye, amely akkor áll elő, ha a funkció kimerül.

A kiégés jelenségei:

- Egyéni vagy intézményi szinten jelentkeznek;
- Mély lelki összetevői az érzések, viselkedések, elvárások;

- Olyan negatív tapasztalatok, amelyek rávilágítanak a problémákra: lehangoltság, kényelmetlenség, díszfunkció, negatív következmények vagy mindezek együtt.

A kiégés egyenlő a lelki kimerültség, illúzióvesztés és elzárkózás tényével (WHO, 1996).

A kiégés egy tünetcsoport:

- Amely hosszan tartó stressz során lassan kialakuló állapot,
- Kifáradás, túlzott igénybevétel során létrejövő kimerültség;
- Olyan érzelmi állapot, melyet túlzott stressz kísér, amely végül is hatással lesz az egyén viselkedésére.

Fellépésének fokozatai:

- Erős bizonyítani akarás;
- Saját maga háttérbe szorítása, konfliktus elkerülésére való hajlandóság és saját értékeinek feláldozására irányuló hajlam;
- Visszautasítás, látható viselkedésbeli változások;
- Személyiségvesztés, üresség, depresszió;
- Majd legvégül a kiégés stádiumába való eljutás (WSCI, 2000).

A kiégés *fizikai, lelki, érzelmi* jelei és ismérvei:

A *fizikai kimerültség* bizonyítéka az energia hiánya, a krónikus fáradtság, gyengeség, betegségekre való hajlam növekedése, gyakori fejfájás és hányinger, izomgörcs, szomatikus zavarok, alvászavar.

Az *érzelmi kimerültség* takarhat lehangoltságot, a magárahagyatottság érzését, reménytelenséget, megnyilvánulhat az otthoni konfliktusok, feszültségek növekedésében, negatív tulajdonságok (harag, türelmetlenség, ingerlékenység) erősödésében, a pozitív személyiségjegyek (barátságosság, megértés, udvariasság) csökkenésében.

A *mentális kimerültség* elégedetlenségben, az egyénnek a munka, általában az élet egésze iránti negatív hozzáállásban nyilvánul meg. Végül a munkától való menekülés is észrevehető (hiányzások, pályaelhagyás). (WHO, 1996).

Nehéz pontosan megbecsülni, hogy milyen mértékű a kiégés. Több dimenziójú lehet, függ az egyéni, környezeti és szervezeti tényezők összjátékától.

Egyes állítások szerint az orvosoknak akár 30-40%-át érinti oly módon a kiégés (WHO, 1996), hogy az már személyes és szakmai teljesítményüket is befolyásolhatja. Az Egyesült Államokban, 2001-ben 5700 orvost vizsgáltak a kutatók, ahol a kiégés előfordulási gyakorisága 22 százalékos volt (Linzer és mtsai, 2001). Az Egyesült Államokban megvizsgált onkológus szakorvosok körében, 56%-os kiégési arányt tapasztaltak (Whippen és Canellos, 1991). Hollandiában a megvizsgált 2.400 orvos közül 11% mutatta a kiégés stádiumát (Linzer és mtsai, 2001).

Az orvosi pályát egy konfliktussal teli pályaként említi Molnár (2003), aki munkatársaival, számos tipikus probléma közül kettőt emel ki, amelyek alapvetően nehezítik, sok esetben lehetetlenné teszik az orvosi hivatás gyakorlását: ezek egyike az orvosi szereppel való valódi azonosulás képtelensége, a másik a kiégettség veszélye. A két probléma kauzális összefüggést mutat, és sok esetben mindkettő a korai pályaválasztás, a „korai zárás” eredményeképp jön létre. A segítő foglalkozásúak közül az orvosok körében a legmagasabb a deviancia jelenségek (válás, suicidum), egészségkárosító (dohányzás, helytelen táplálkozás) és addiktív (alkohol-és drogfogyasztás) viselkedésformák aránya. Mindezek háttérben álló okok a segítő foglalkozásúakat veszélyeztető kiégettségi szindrómával hozhatók összefüggésbe.

Az egészségügyi dolgozók egészségi állapotát illetően megállapítható, hogy a szakmabeliek jelentős részének pszichoszomatikus tünetei jelentkeznek. Leginkább fejfájással, hát- és derékfájással, alvási zavarokkal és kimerültséggel kell megküzdeniük. Az egészségkockázati magatartás, mely magába foglalja a dohányzást, kávé- és alkoholfogyasztást, nagymértékben része életüknek (Kurucz-Szabó, 2003; Iacovides és mtsai, 2003; Jakab és mtsai, 2006; Markovic és mtsai, 2006).

Molnár E. (2002) felméréséből kiderül, hogy a kutatásban résztvevő ápolók 42 %-a dohányos, és kétharmaduk rendszeresen kávézik. Annak ellenére, hogy az ápolók rendelkeznek elég információval az egészséges életmóddal kapcsolatosan, egészségi állapotuk nem tér el az átlag populáció egészségi állapotától (Kurucz és Szabó, 2003).

Az egészségügy területén dolgozó más képesítésű emberek is hasonló arányban szenvednek a kiégéstől, amelyet bizonyít a hiányzások magas száma, amely a betegállományok tekintetében, jelentős összefüggést mutat az egészségi állapot dimenzióival (Jakab és mtsai, 2006), valamint a fluktuáció és a pályaelhagyás arányával (Pikó, 2002; Bencés, I. 2006; Hajagos és mtsai, 2006).

A mai társadalomban az emberek akkor veszélyeztetettek, ha:

- Segítő, gondozó munkát végeznek – mások igényeit helyezik előtérbe;
- Magányosak – szükségük lenne valakire, aki segít feltöltődniük;
- Erőtlenek;
- Perfekcionista, munkamániások;
- Saját erejükkel, autonómiájukkal és identitásukkal küzdenek (WSCSI, 2000).

### **1.3 A burnout kialakulásának fázisai**

Edelwich Brodsky és Georg E. Becker (1980) a burnout kialakulását öt fázisba sorolta (Brodsky patológiás fázisai közé Becker a realizmus egészséges fázisát is becsúsztatta).

1. Az *idealizmus szakasza*: nagy lelkesedés a szakmáért, a kliensért való intenzív fáradás, a kollégákkal való élénk kapcsolattartás, amelynek során a lelkes idealista segítők a személyiségüket tekintik a legfontosabb „munkaeszköznek”. Irreális elvárások a kliens feltétlen változni akarásában, azonnali eredmények szükségletében. A túlazonosulás miatt összekeverednek a segítő saját szükségletei a kliensével, a

határok feloldódnak a kliens és a segítő élete, illetve a segítő szakmai és privát élete között

2. *A realizmus fázisa*: szakmája iránt elkötelezett, kooperatív együttműködés a kollégákkal, érdeklődik a kliens fejlődése iránt. A távolságtartás és részvét egyensúlyának megteremtésén fáradozik. Kreatív tervek, kezdeményezések iránti nyitottság jellemzi.

3. *A stagnálás vagy a kiábrándulás fázisa*: csökken a teljesítőkéesség, érdeklődés, nyitottság. A klienssel való kapcsolat a legszükségesebbekre korlátozódik. A kollégákkal való beszélgetések gyakran terhesek, vagy csupán a saját védekező viselkedés megerősítését szolgálják.

4. *A frusztráció fázisa*: szakmájukban visszahúzódnak, a klienseket becsmérik, egyre több negatív változást észlelnek rajtuk (pl.: a betegekből beteganyag, a diákokból diákanyag lesz). A kapcsolatban a megengedő és a tekintélyelvű vezetői stílus ingadozik. A szakmai, közéleti tevékenységből való visszavonulás, annak értelmetlensége és üressége miatt. Kétségbe vonódik a saját tudás és a hivatás értelme és értéke. A kliens számukra egyre idegesítőbb.

5. *Az apátia fázisa*: a minimumra korlátozódik a klienssel való interakció. A szakmai munka sematikusan történik. A kliens felé a hangulat ellenséges. A segítő a kollégákat kerüli, a helyzet megváltoztatásának lehetőségét elveti.

#### **1.4 A Helfer-szindróma**

Schmidbauer, (1977) pszichoanalitikus szerző írja le a helfer-szindrómát - a segítők tünetcsoportja jelenséget. A helfer-szindrómát a korai gyermekkorban átélt, általában nem tudatos indirekt szülői elutasítás, illetve annak érzése előzi meg, melyet a gyermek csak a szülői igényteli, felettes-énnel való különösen merev azonosulás révén tud emocionálisan feldolgozni. Ez a felettes-én, illetve énideál-identifikáció nyomán – mely voltaképpen az általában elismert társadalmi altruista normákkal való azonosulást is jelenti - az ilyen személy megbízható, önfeláldozó, de örömtelen segítővé válik.

A helper-szindrómás segítő azért segít másokon, hogy saját valódi érzéseit, szükségleteit ne kelljen észrevennie. Egy belső űrt tölt ki, mely a spontán érzésektől való félelemből származik és összefügg „az elutasított gyermek” archaikus tudattalan dühével. Az „elutasított gyermek” éniideal-identifikációja mellett a helper-szindróma további jellemzői: a saját szükséglet tagadása, az egyenrangú kapcsolatok kerülése, a nagy töbnyire rejtett, nem tudatos nárcisztikus igények, szükségletek és az indirekt agresszió a segítséget nem igénylőkkel szemben.

Kapcsolataiból a kölcsönösség hiányzik, privát emberi kontaktusait is hajlamos a segítő-kliens kapcsolat mintájára alakítani.

A helper-szindróma akut dekompenzációja az autoagresszió, szuicidum mellett súlyos pszichoszomatikus tünetben is megjelenhet (ulcus, infarktus). Itt a felettes-én által toleráltan, masszívan kifejeződik a nárcisztikus táplálás igénye. Manifesztálódhat az akut összeomlás, az addig megbízható segítőnél hirtelen agresszív viselkedés megjelenésében, „idegösszeomlásban” nyilvánulhat meg.

Krónikusan is dekompenzálódhat a helper-szindrómás. A rezignált, kiégett, segítő - mintegy elővételezve a kudarcot - rejtetten maga sabotálja el a segítség lehetőségét.

Az „új típusú” segítőknél a szakmai és privát élet nehezen választható szét. Ebben a csoportban a helper-szindrómával jellemezhető segítőknél, pedig jellegzetes kölcsönhatások, sajátos torzulások érhetők tetten a két szféra között. A szakma értékei, technikái ugyanis a magánéletben is használhatók, illetve magánszükségletek a szakmában is kielégíthetők. Ez egy esélylehetőség, de veszélyforrást is jelent. Schmidbauer, (1977) négy jellegzetes viselkedést figyelt meg a helper-szindrómában.

-A „*foglalkozás áldozata*” a segítő szerepét folytatja a privát kapcsolatban: barátaival, családjával szemben is segítő pozícióból viselkedik, nála a szakmai identitás a privát életet elsorvasztja. A progresszív azonosulás a szakmai élettel a saját regresszív igényeket, élménymódokat elnyomja.

-„*Éles hasítás*” a kényszeres szétválasztás kísérlete is megfigyelhető a szakma és magánélet, a munka és privát szféra között a helper-szindrómában. Az erős, önmagát kényszeresen kontrolláló segítő otthon az álarcok lerakásával követelőző kisgyerekké válhat, sértett, gyenge, agresszív lehet, mely szakmai életében „tiltott”.

A szakmai tevékenységben teljes egészében tagadott, regresszív emocionális szükséglet a privát életben intenzíven a családtagok felé irányul.

- „*A perfekcionista attitűd*” a szakmai ideálokat a magánéletbe vinné át, itt akarja megvalósítani. Kötelező számára, a privát szférában is „szakemberhez” méltóan alakítsa kapcsolatait, és a kérdés számára: „fel tudok-e nőni személyes érdemben is ezekhez az elvekhez? „Milyen terapeuta az, aki a saját családja konfliktusait nem tudja megoldani? Nem bocsátja meg magának a kudarcot, így a belső ideáloknak, és a külső nyomásnak való megfelelés fokozott igénye nyomán az önértékelése veszélybe kerülhet, a szakmai kompetencia pedig alapvetően megkérdőjeleződhet a privát kudarc esetén. Mivel a személyiség egyben terápiás eszköz, így a szakmai kiegészítés lehetséges következményként tekinthető.

-Az ún. „*kalóz*” típusú helper-szindrómás segítők: foglalkozási szerepét használja fel arra, hogy saját elszegényedett intimszféráját ellássa, berendezze. Az előbbieknél jóval kevésbé nyomja vissza regresszív emocionális szükségletét a szakmában, s a lehetőségek - leggyakrabban a szexuális kapcsolat - kihasználása jellemzi.

A segítők túlterheltsége a saját családban, illetve a szakmában azzal is összefügg, hogy az emberi kontaktusokban a megszokott határokon át kell lépnie. Ugyanakkor korántsem biztos, hogy szakmai kapcsolati kompetenciáját otthon is elfogadják ugyanúgy, mint egy terápiás helyzetben.

## 1.5 A stressz fogalma

A stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre. (Selye,1983)

A különféle káros behatásokra fellépő szindróma első leírása 1936-ban jelent meg, később ezek a reakciók generális adaptációs szindróma, G.A.S. általános alkalmazkodási tünetcsoport, illetve biológiai stressz-szindróma elnevezéssel váltak közzismertté.

Az általános adaptációs szindróma a GAS három szakasza:



A: Alarm reakció: a szervezetben a stresszorról való találkozás jellegzetes tünetei jelentkeznek. Kezdetben az ellenálló képesség csökken, és ha a stresszor nagyon veszélyes (súlyos égés, szélsőséges hőmérséklet), bekövetkezhet a halál.

B: Ellenállási szakasz: Ha a stresszor folyamatos, hatása mellett lehetséges az alkalmazkodás, akkor kifejlődhet a megfelelő ellenállás. Az alarm-reakció jelei látszólag eltűnnek, és az ellenálló képesség a normális szint fölé emelkedik.

C: A kimerülés szakasza: Az alkalmazkodási energia kimerülhet, ha a szervezetet hosszú ideig ugyanazon stresszor hatása éri, amelyhez már alkalmazkodott. Az alarm reakció jelei újra és ez esetben véglegesen megjelennek, és bekövetkezik a halál.

Ez hívta fel a figyelmet arra, hogy a szervezet alkalmazkodó képessége, vagy adaptációs energiája véges és kimeríthető.

Adaptációs energiából öröközt készletünket egy olyan öröklött vagyonhoz lehetne hasonlítani, amelyből újabb és újabb összegeket használhatunk fel, de egyelőre semmi bizonyítékunk nincs rá, hogy gyarapítani is tudnánk újabb betétekkel.

Alkalmazkodóképességünket könnyen elherdálhatjuk, „mindkét végén égetve a gyertyát”, de azt is megtanulhatjuk, miként gazdálkodjunk okosan és takarékosan ezzel a készlettel, hogy sokáig tartson, mert csak olyan célokra használjuk fel, amelyekre érdemes, és amelyek a legkisebb distresszt okozzák.

A stressz értelmezéséhez három fogalom meghatározás szükséges, ezek a következők: Stressz, stresszor és strain Selye, (1983) meghatározása szerint a stressz az a folyamat, amelynek során valamilyen környezeti történés vagy jelenség viselkedésváltozásra készíteti az egyedet Selye, (1965). Lényegében tehát az egyén-környezet kölcsönhatásáról van szó, amely a fejlődés szükségzerű velejárója, hiszen a viselkedésváltozás - alkalmazkodás a környezethez. A stresszrel való megküzdés egyben tanulási folyamat: általa gyarapodik viselkedési és megküzdési (coping)

készletünk. Szintén Selye, (1983) nyomán nevezzük a környezeti ingereket stresszoroknak. A stresszre adott válaszreakció, a strain lényegében egy feszültségi állapot, amelynek attól függően lesznek következményei, hogy mennyire vagyunk képesek feloldani az adott történés stressztartalmát.

#### A stresszorok lehetséges csoportosításai:

Selye, (1983) a stresszorokat az általuk kifejtett hatás pozitív vagy negatív természete szerint két csoportba osztja.

-Az eustressz az önbeteljesülés stressze. Az ezt kiváltó stresszorok olyan aktivitások, melyek az általa fontosnak tartott képességei alkalmazására készítik az egyént, illetve arra, hogy új képességeket szerezzen. Az ilyen stresszorok tehát hosszabb távon építően hatnak a személyre.

-A hatásában negatív stressz a distressz. Ez akkor lép fel, ha a stresszorról való megküzdés során nincs lehetőség a meglévő képességek felhasználására, vagy újak szerzésére, s ez hosszabb távon testi-lelki károsodáshoz vezet.

#### **A munkahelyi stresszorok Cooper-Marshall, (1976) alapján:**

##### 1. A feladattal kapcsolatos stresszorok:

Gyakorlatilag minden munkaköri leírásnak vannak olyan elemei, amelyek bizonyos emberek számára, adott időpontban stressz forrásai lehetnek.

- Mennyiségi vagy minőségi túl-, vagy alulterhelés: Mennyiségi túl- vagy alulterhelésről akkor beszélünk, ha egyszerűen egy dolgozónak adott időre túl sok, vagy túl kevés munkát adnak. A mennyiségi túlterhelés káros következményei rengeteg vizsgálatnak tárgyát képezték. Egyes vizsgálatok (Van Vegchel és mtsai, 2005; Jones és Johntson, 2000) azt találták, hogy a szívinfarktus előfordulásának kockázata egyenes összefüggésben volt azzal, hogy heti hány órát dolgozott az illető. A túlvállaló személyt olyan attitűdök, érzelmek illetve viselkedéses megnyilvánulások jellemzik, mint a fokozott teljesítménykényszer, a megbecsülés utáni vágy magas szintje, a munka és a magánélet szétválasztásának képtelensége. Egy másik vizsgálat eredményei Theorell, (1996) szerint a minőségi túlterhelés, ha kiemelkedő munkát várnak el a

dolgozótól, az önértékelés csökkenéséhez vezethet. Minőségi túlterhelés akkor következhet be, ha az elvégzendő feladat túlságosan bonyolult az egyén számára. A monotónia, unalom periódusai a dolgozó éberségének, gyors reakcióképességének romlását is eredményezhetik. Az intenzív osztályon dolgozó ápolónak, például az éjszakai műszakban, teljes mértékben ébernek kell lennie, munkájában azonban az eseménytelen periódusok és gyors reagálást kívánó vészhelyzetek váltják egymást (Siegrist és mtsai, 1997; Prosser, 1997; Csabai és Molnár, 1999; Payne, 2000).

- Munkafeltételek: Az is jelentős stresszor lehet, ha a munkafeltételek nem biztosítják a megfelelő munkavégzés háttérét (például nem állnak rendelkezésre a hatékony, gyors munkát lehetővé tevő eszközök). A munkafeltételek akkor is stressz forrásai lehetnek, ha tizenkét órában, vagy három műszakban kell dolgozni. Az utóbbi a napszaki biológiai ritmus felborulása miatt közvetlenül is kiváltója lehet a különböző betegségeknek, illetve pszichés stresszorként közvetett módon is vezethet betegségekhez, amennyiben például a beosztás a dolgozó társas életből való kizáródását hozza magával (Rice, 1984; Mastreson és Allen, 1985; Payne, 2000).

- Változások a munkában: A munkafeladatok, értékelési kritériumok, eszközök gyakori változásai elbizonytalanítják az embert saját szakértelmében, kompetenciájában, így stresszt jelentenek (Pikó, 1995; 2001).

- Lépést tartani a gyors technológiai változással: amely a jelen korunk egyik tipikus stresszora, a dolgozóktól állandó tanulást, alkalmazkodást kíván. Az intenzív osztályon dolgozó ápolóktól színvonalas felkészültséget és állandó készenlétet várnak el, az itt kezelt betegek kritikus állapota és a beteg megfigyeléshez használt monitorok megfigyelése miatt (Hays és mtsai, 2006).

A munkafeladattal kapcsolatos stresszorok között a fent felsoroltakon kívül olyan tényezőket szoktak vizsgálni, mint a fizikai igénybevételből eredő fáradtság, túlórázás (Pikó, 1999; Pálfi, 2003). A nyugat-európai és amerikai ápolók esetében is hasonló a helyzet, csaknem kétharmaduk azt jelezte, hogy az egészségükre a legnagyobb veszélyt

a munkahelyi stressz és a túlórázás jelenti, s emiatt sokan úgy érzik, ha nem javulnak a munkakörülmények, nem szeretnék folytatni a pályát (Coomber és mtsai, 2007).

A kilátástalan jövő, az erkölcs és anyagi megbecsülés hiánya sokszor arra kényszeríti a diplomás szakembereket, hogy külföldön vállaljanak munkát, így szakértelmüket is ott fogják kamatoztatni (Pikó, 2002; Hajagos és mtsai, 2006).

## 2. Szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok:

Egyéni szinten

- Szerep kétértelműség: ez akkor állhat elő, ha a dolgozó inadekvát információkkal rendelkezik a munkáját illetően. Amikor nem világos számára, hogy melyek a szerepével kapcsolatos munka-célok, melyek a munkatársai elvárásai az ő szerepére vonatkozóan, s mire terjed ki a felelőssége. A szerep kétértelműség többek között csökkent munkahelyi elégedettséghez, önértékeléshez vezet. Kahn, (1994) azt találta, hogy azok a munkavállalók, akiknek feladata nem volt tisztázott, szorongást és feszültséget éreztek, elégedetlenek voltak munkájukkal. Margolis és Kroes, (1974) fedezte fel az összefüggést a mentális tünetek és a testi egészség között. Azt találták, hogy a kettő között a munkahelyi szerepbizonytalanság a kapocs. Ezek az emberek a munkahelyükön depressziósak voltak, elégedetlenek a munkájukkal, alacsony volt a munkakedvük.

- Szerep konfliktus: amikor egy dolgozóval szemben támasztott különböző követelmények egymásnak ellentmondóak, olykor egyenesen egymást kizáróak (Pines, 1986).

- Túl sok vagy túl kevés felelősség más dolgozókért. Autonómia a munkavégzésben: Stresszkeltő lehet valaki számára, ha túl nagy felelősséggel bír más dolgozók előléptetéséért, jutalmazásáért, elbocsátásáért, de az is stresszkeltő lehet, ha valaki igazán összetett munkát végez, mégis minden apró döntéssel a feletteséhez kell fordulnia. Az intenzív osztályon dolgozó ápolók, nagyobb autonómiával bírnak, mint a nem intenzív osztályon dolgozók (Boumans és Landeweerd, 1994; Gladys és mtsai, 2002).

- Karrierfejlődés: túlzott ütemű vagy nem elégséges előléptetés szintén stressz forrása lehet. A középkorúak esetében illetve a középvezetői szint elérése után a karrierfejlődés lelassul, akár le is áll. A régi tudás és régi módszerek elavulttá válnak, a családi feladatok, tevékenységek jelentős energiát köthetnek le, és ráadásul állandóan versenyezni kell a fiatal energikus, feltörekvő új kollegákkal (Appelbaum, 1980; Maddi és Kobasa, 1984; Hegney és mtsai, 2006).

#### Csoport szinten

- Összetartás hiánya: Ha az azonos munkacsoportban dolgozók egymás segítése helyett egymás ellen dolgoznak, jelentősen megnehezíti a munkavégzést, a csoportcélok elérését, és rossz munkahelyi hangulatot eredményez (Theorell, 1996; Lambert és mtsai, 2004). Egy következő kutatásban, az interperszonális kapcsolatokról származó problémákat jelölték meg a nővérek, úgy mint az egymás közötti nézeteltérések, az orvos-nővér kapcsolat, kommunikációs zavarok, információ hiány (Pikó és Piczil, 2000).

#### - Jó munkatársi kapcsolatok hiánya.

A szociális kohézió szociológiai fogalmában a bizalom képessége központi jelentőségű. Az utóbbi évtizedben a magatartástudományi irodalom egyik kulcsfogalmává vált az ellenségesség, mint egészségügyi rizikófaktor. Az ellenségesség, több faktorból tevődik össze. Az elemzések alapján, a cinizmus faktort találták különösen veszélyeztető faktornak. A cinizmus központi változója a bizalom hiánya, az az állítás, hogy legbiztosabb nem bízni senkiben.

Barefoot, (1983) orvostanhallgatókat vizsgált végzés után, majd 25 éven keresztül követte őket. Az orvosokat magas és alacsony ellenségességgel jellemezhető alcsoportokba sorolta. 25 év múlva a kevésbé ellenséges csoportból 3 %, az ellenséges kategóriába tartozó orvosok közül 13 % halt meg, elsősorban szív-érrendszeri megbetegedésekben.

Rossz munkahelyi kapcsolatok azok, amelyekben kevés a bizalom, a támogatás és az érdeklődés mások problémái és azok megoldása iránt. A stresszel való megküzdésre

jelentősen kihat a társas támogatás milyensége, valamint az, hogy az adott osztályon mekkora a munkaterhelés (Pikó, 2001; Pikó és Piczil, 2002).

- Csoporton belüli konfliktusok extra figyelmet, energiát követelnek a dolgozóktól, növelve a rájuk ható megterhelést. A csoporton belüli konfliktusok egy speciális esetének tekinthető az ún. munkahelyi pszichoterror jelensége. Ez egy olyan konfliktusfolyamat, amelynek során egyeseket a vezetők gyakran és hosszabb időn át, különböző támadásoknak, fenyegetőzéseknek tesznek ki és a munkahely elvesztésével, fenyegetnek meg.

Szervezeti szinten:

- Szervezeti légkör. Kellemetlen lesz a szervezeti légkör, ha dolgozónak nincs lehetősége részt venni a döntésekben, ha hiányzik a szervezethez tartozás érzése, gyenge a szervezeten belüli kommunikáció (Pikó és Piczil, 2000).

- Vezetési stílusok: A felettes vezetési stílusa megfelel-e a dolgozók személyiségének, elvárásainak, az elvégzendő feladat természetének. Ha nem, az stresszort jelent a beosztottak számára (Kelly és Cross, 1985).

- Ellenőrzési rendszerek is stressz forrásai lehetnek, amennyiben igazságtalanok, vagy a dolgozó számára nem világosak az elvárások, illetve csak negatív visszajelzéseket adnak. Azok az emberek, akikkel szemben magas igényeket támasztanak, úgy érezhetik, hogy gyors iramban kell dolgozniuk, semmire nincs idő- munkavégzésüket kemény munkának ítélik. Azok az emberek, akiknél a kontroll alacsony, azok a döntési képességeiket, hatáskörüket érzik nem megfelelőnek (Theorell, 1996).

- Túlságosan alacsony fizetés, a főálláson túl végzett melléktevékenység, valamint az állás bizonytalansága, szintén jelentős stresszorok a dolgozók számára. Túlságosan alacsonynak tartják fizetésüket, így az anyagi megbecsülés hiánya jelentős stresszorként merül fel a kiegészítő szempontjából (Masterson-Allen, 1985; Power és Sharp, 1988; Seymour és Buscherhof, 1991; Pikó és Piczil, 2000; Pálfi, 2002; Piczil és mtsai, 2005; Bencés, I. 2006).

### 3. Szervezeten kívüli stresszorok

- Családi kapcsolatok, anyagi problémák, társadalmi problémák szintén okozhatnak stresszt.

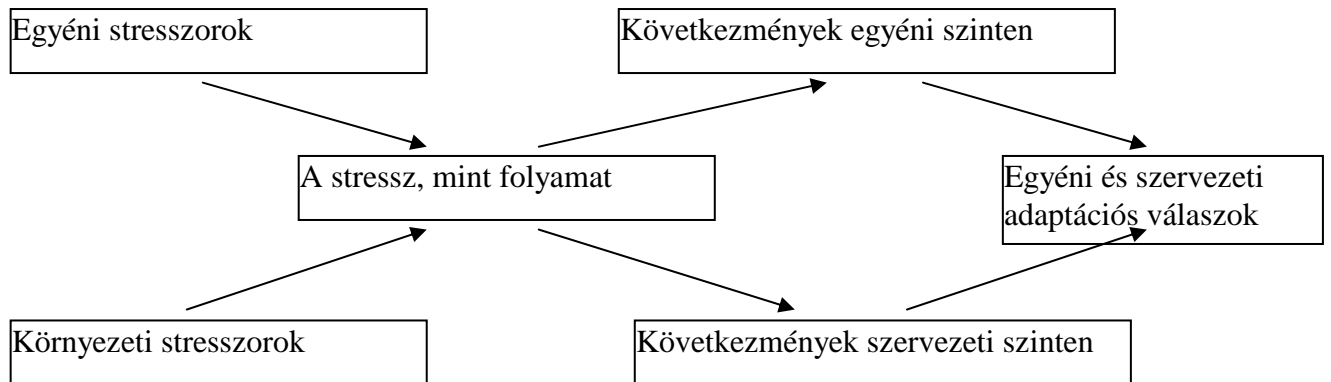
- Családi és munkahelyi szerepek összeegyeztethetőségének nehézségei, különösen a családos nők esetében. Karasek és Theorell, (1990) a kutatásukban azt találták, hogy a munkahelyi faktorok (munkahelyi megterhelés, kontroll lehetősége, szerepkonfliktus) jobb előrejelzői voltak a pszichés stressznek, mint az otthoni stresszorok. Több vizsgálat is azt találta, hogy a munkahelyi és nem munkahelyi stressz kapcsolatban vannak egymással: az otthoni konfliktusok fokozhatják a munkahelyi stresszt, illetve fordítva: a munkahelyi problémák növelhetik az otthon átélt stresszt (Klitzman és mtsai, 1990).

A súlyos betegekkel (onkológia, hospice) foglalkozó dolgozók családi állapota rendezetlenebb, sok köztük az egyedülálló, így kevesebb segítségre számíthatnak. Jellemző viselkedési formájuk az önkizsákmányolás. Pihenésre, kikapcsolódásra nincs idejük. Egészségi állapotukat rosszabbnak ítélik meg, mint a kontroll csoportok. Több az alkoholhoz, droghoz, cigarettához és kávéhoz menekülő (Hegedűs és Riskó, 2006). Az ápolók stressz-veszélyeztetettsége erősen összefügg azzal, hogy melyik osztályon dolgoznak. Rognstad és munkatársai (2004) által készült felmérés szerint a norvég nővér tanulók kevésbé választanak olyan szakterületet, amely lelkiileg és fizikailag kimerítő, inkább a szülészetén, közegészségügy területén helyezkednek el, mint a krónikus vagy geriátriai jellegű osztályokon.

Életünk jelentős részét munkával töltjük, nem mindegy tehát, hogy milyen munkahelyünk fizikai és pszichoszociális környezete. Vizsgálatok sora igazolta, hogy a munkahely többszörösen is potenciális stresszforrás (Goodfellow és mtsai, 1997).

A munkahelyi stressz jelenségének tanulmányozásához kiváló koncepcionális keretet biztosít a Beehr-Newman-modell (Beehr és Newman, 1978). A modell négy szinten elemzi a munkahelyi stresszt. Egyrészt a hagyományos stresszdefiníciónak megfelelően magában foglalja a stresszorként ható egyéni és a munkahelyi környezeti tényezőket. Másrészt magát a folyamatot veszi nagytit alá. Harmadrészt a

következményekkel számol mind egyéni, mind pedig környezeti (szervezeti) szempontból. Végül, pedig az adaptáció lehetőségeire koncentrálnak.



**1. ábra: A munkahelyi stressz monitorizálásának Beehr-Newman-féle modellje (Beehr és Newman, 1978).**

A munkahelyeken igen sok lehetőség van stressz helyzetek kialakulására.

Ezek egy része a munka jellegéből fakad, mint pl.: a több műszak szükségessége, nagyfokú felelősség, gyakori utazás, fizikai vagy pszichikai szempontból megerőltető munka.

Más részük a formális és informális személyközi kapcsolatokról ered. A formális kommunikációs csatornák zavarai, a szerepkonfliktusok, szereptúlterhelések mellett az informális kapcsolati háló legalább ilyen jelentékenyen hozzájárul a stressz helyzetek kirobbanásához.

Végül pedig a szervezet jellegzetességei is közvetíthetnek stresszt. Ezen tényezők lehetnek: a szervezet strukturális viszonyai és kultúrája, irányítási politikája és a menedzsment viselkedése.

Az egyéni személyiség jellemzők és viselkedési formák jelentik az egyén-munkahelyi környezet kapcsolatának másik pólusát. Az egyén motivációi, képességei, szociális késztetései, konfliktus megoldási stratégiái, értékrendszere, céljai nagyban meghatározzák a stresszre adott reakciójának válaszmintázatait (Kobasa, 1982).



Nemcsak a munkához való hozzáállást befolyásolja az, hogy pl.: valaki sikerorientált vagy inkább kudarckereső, hanem a stresszel való megbirkózás módzatait is.

A stressz következményeit a modell szintén két szempontból elemzi. Az egyénben igen sokféle pszichikai, magatartási és egészségi állapotbeli változást idézhet elő a stressz.

A stressz reakció megnyilvánulhat:

- Rövid ideig tartó szubjektív tünetekben, mint pl.: a szorongás, koncentráció csökkenés, elkeseredettség, harag.
- Hosszabb távon különböző pszichikai jelek utalhatnak a stressz meglétére. Előtérbe helyeződik a depresszió, a rezignáltság, az elidegenedés, és különféle pszichoszomatikus tünetek jelentkezése, vagy magatartási szinten az agresszió, a mértéktelen dohányzás, illetve az alkoholfogyasztás és a társas kapcsolatok megromlása.
- A szomatikus struktúrán belül, megnyilvánulhat bizonyos fiziológiai változásokban, vérnyomás emelkedésben, gyomorfekélyben, koronáriás szívbetegségekben.

Végül, de nem utolsó sorban a feldolgozatlan problémák kumulálódásaként a munkateljesítmény romlása következik be, amely már a szervezeti szintű következmények világába vezet át.

A modell utolsó eleme az adaptív mechanizmusokat foglalja magába, amelyeket az egyén és a szervezet alkalmazhat, mint stresszcökkentő technikákat.

Melamed és munkatársai (1999) által végzett tanulmány kapcsolatba hozta a kiégést a kardiovaszkuláris betegségek kockázati tényezőivel. A kutatás folyamán megvizsgálták egy high-tech cég egészséges alkalmazottjait, akik nehézgépezők voltak. Azt találták, hogy a kiégés nagyban korrelált a feszültség növekedésével. Azoknál, akiknél magas volt a kiégés és a feszültség pontszáma, magas szinten álltak, a kardiovaszkuláris betegségek kockázati tényezői is, beleértve az összkoleszterin, lipoprotein, glükóz, triglicerid, húgysav szintet és a jelentős elektrokardiográfiai eltéréseket is.

Azt feltételezték, hogy ha a kiégés a tartósan fennálló stresszorokkal szembeni sikertelen megbirkózást tükrözi, akkor kapcsolata lesz az emelkedett kortizol szinttel. Az utóbbi időben a nyálkortizol népszerű mérője lett a hipotalamusz-agyalapi adrenális aktivitásnak (HPA), a stressz kutatás során több okból is. A plazmában közvetlenül lévő kortizol és a nyálkortizol, nagymértékben korrelálnak. Eltérően a húgyutakon történő kortizol kiválasztástól, a plazma kortizolban és a nyálkortizolban bekövetkező változások közti idő nagyon rövid (1-2 perc), így a nyáltermelésnek nincs hatása a nyálkortizol szintre. Nyál mintát pedig könnyen vehetünk, komolyabb beavatkozás nélkül is, míg a plazma kortizol eredményt befolyásolhatja a vénaszekciós stressz.

A tanulmány célja volt meghatározni azt, hogy vajon a krónikus kiégés jelzi-e a késleltetett izgatottsági állapotot, melyet a munkahelyi feszültség, alvászavar illetve a nyálkortizol szintemelkedés tükröz.

A tanulmányban közölt eredmények, vagyis, hogy kapcsolat van a krónikus kiégés és az emelkedett kortizol szint között, nemcsak a szomatikus izgatottságról szóló interjúk érvényességét erősíti, de segít feltárni, a kiégés és a kardiovaszkuláris betegségek kockázati tényezőit is. Az emelkedett kortizol szint kapcsolatban állt a fáradtsággal, a munka utáni irritáltsággal, idegességgel, alvászavarral és a kardiovaszkuláris betegségek alapját képező patofiziológiai változásokkal.

## **1.6 A kiégés okai**

Ezen kérdések felvetése azért is fontos, mert a jelenség vizsgálata meglehetősen későn kezdődött Magyarországon és a rendelkezésre álló adatok nem nyújtanak kellő bizonyítékot a kiégés jelenségére vonatkozóan. Noha a jelenségről szakirodalmi szinten megjelentek leírások (Fekete, 1991, 2000), részletes empirikus kutatások csak nagyon szűk körben zajlottak.

Hazai vonatkozású kutatás orvostanhallgatók (Kuntár, 1995), védőnők (Mátrai, 1997), pedagógusok (Petróczi, 1999), ápolók (Pikó és Piczil, 2002; Pálfi, 2003) és orvosok körében (Györffy és Ádám, 2004) készült.

Bőséges nemzetközi irodalom több megközelítési módot sorakoztat fel a kiégéssel kapcsolatosan, amelyek mind az egészségügyi, mind pedig a szociális szférát felölelik. Azon kutatók, akik a munka stresszorok természetét tanulmányozták, azt találták, hogy a kiégés összefügg a munkaterheltséggel (Maslach és Pines, 1977; Duxbury, 1984; Pines és Aronson, 1981, 1986) és a bizonytalan szereppel. Ezenkívül összefüggést mutattak ki az idő- és személyzeti korlátokkal, a kevés előrelépési lehetőséggel, szegényes munkatársi kapcsolatokkal (Maddi és Kobasa, 1984), a vezető és beosztott rossz kapcsolatával, a páciensek és család elvárásaival (De Jonge, 1994; Prosser és mtsai, 1996, 1999), a halál és haldoklás gyakoriságával (Edelwich és Brosky, 1980; Simendinger és Moore, 1985; Crawford, 1993; Duquette és mtsai, 1995; Payne, 2000; Demerouti, 1999, 2000), valamint a krízisben lévő betegekkel foglalkozó pszichiátriai ápolók érzelmi leterheltségével (Jones és mtsai, 1987).

A megnövekedett stressz gyakran hozzájárul a burnout kialakulásához, de ez nem szükségszerű következmény. A kiégés kialakulása számos faktortól függ, amelyek magukban foglalják a genetikai fogékonyságot, a környezetet, tapasztalatot, a szervezeti formákat és azok menedzsmentjeit és az egyén életstílusát.

A stressz mértéke és a kiégés közötti kapcsolat, bár nem lineáris, mégis igen szoros. Az alapmechanizmus a következő: a környezeti stresszorok olyan rizikófaktorokat jelentenek, amelyek a kiégéshez és/vagy szomatikus panaszokhoz vezetnek. A legtöbb esetben a kiégés a szomatikus tünetek mediátorának látszik (Simendinger és Moore, 1985; Belcastro és mtsai, 1993).

Több kutatás felhívta a figyelmet arra, hogy az ápolók kiégettségét elősegítő tényezők között specifikus munkakörnyezeti jellemzők találhatók, amelyek lehetnek a nem megfelelő munkafeltételek, az alacsony fizetés, valamint az alacsony munkahelyi támogatás. (Masterson-Allen, 1985; Power és Sharp, 1988; Seymour és Buscherhof, 1991; Pálfi, 2002).

Az ápolói hivatás fő jellemzői közé tartozik a korrekt ápolás. Az ápolók munkájuk során az emberekkel a legsérülékenyebb időszakukban találkoznak, az ápoló - beteg kapcsolat az ápolókra is kihatással van, hiszen a beteg lelki vezetése stresszel járó folyamat (Gelsema és mtsai, 2006).

Az ápolók hivatása, az általuk végzett munka jellegéből adódóan igen sok stressz helyzet lehetőségét rejt magában. A fizikai stresszorokon túlmenően nélkülözhetetlen a pszichoszociális stresszorok monitorizálása is, mivel ez utóbbiakra kevés figyelmet szenteltek.

Az egyéb teóriák az egyén szerepét hangsúlyozzák. A megtapasztalt kiégés foka a személyes jellemzőkön múlik, mint például az egyén kognitív értékelése, személyiség szerkezete, előrelépési lehetőség, betegekkel–kollégákkal való kapcsolat, valamint az otthoni és munkahelyi konfliktusok (Vachon, 1978; Lazarus és Folkmann, 1984; Boumans, 1990; Boyle és mtsai, 1991; Papadatau és mtsai, 1994; Duquette és mtsai, 1994). Ha az egyén könnyen frusztrálódó, nem pozitív gondolkodású és állandó szorongás jellemzi, még sérülékenyebb (Pikó és Piczil, 2000).

Az eddig felvázolt kiégés kutatások nagy része a munkahely, a társas környezet, a segítő és segítséget kérő személy közötti kapcsolat, a munka, illetve a szervezet specifikumai oldaláról vizsgálódik, amely inkább szervezeti-szociálpszichológiai megközelítést jelent. A munkahely kapcsán a munkastressz került a vizsgálatok fókuszába. Nem meglepő, hogy a kiégés és a stressz között kapcsolatot találtak, hiszen a tartós stressz nyomán fellépő jelenségről van szó.

A kutatások másik csoportja a személyiség oldaláról próbálja vizsgálni a témát, arra fókuszálva, hogy milyen hajlamosító tényezők vannak a személyiségjegyek szintjén, milyen tünetei vannak a jelenségnek, ez egyfajta klinikai-személyiségpszichológiai látásmódot igényel.

Egyes kutatókat leginkább az érdekelte, hogy milyen összetett kapcsolat lehet a kiégés egyes komponensei, a szervezeti és a személyi tényezők között. Ez az érdeklődés vezetett el néhány kiégéssel kapcsolatos modell megszerkesztéséhez és a következményváltozók meghatározásához.

Az ápolók kiégésével kapcsolatos modellek:

Pines, (1986) alkotott egy szociálpszichológiai modellt, amely felsorolta a specifikus munkakörnyezeti jellemzőket, mint meghatározó kiégéshez vezető faktorokat.

E szerint a modell szerint a szakmabeli, egy magas szintű motivációval el tudja érni teljesítménye csúcsát is, ha pozitív környezetben dolgozik. Egyénileg eltérő, hogy a kiégés milyen hamar és mennyire extrém mértékben fejlődik ki.

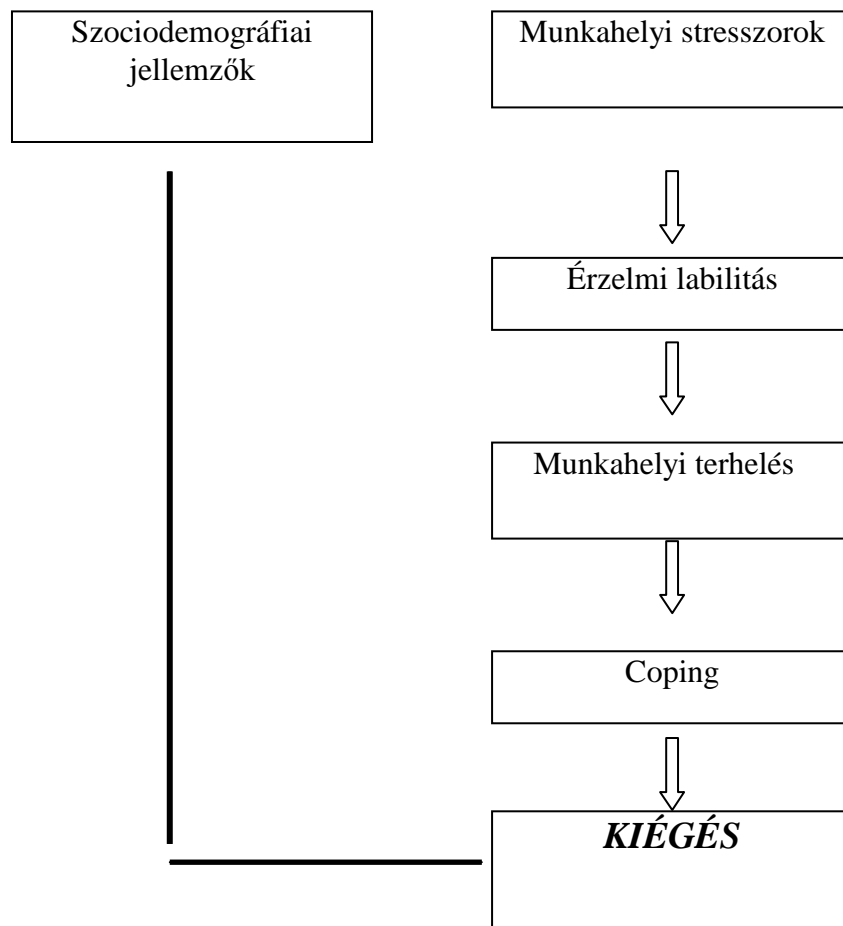
Pertmann és Hartmann, (1982); Maddi és Kobasa, (1984); Freudenberger, (1989) egy sokkal átfogóbb modell kifejlesztését hangsúlyozzák, amely segít a kiégés kutatásában, segít azonosítani a személyes és környezeti változók mértékét és kölcsönhatását. Kutatásaikban függő változónak a kiégés fokát, független változónak, pedig a környezeti és személyes változókat sorolja be.

Ezek közül kiemelendő Maddi és Kobasa, (1984) modellje, amely az ápolói kiégést, befolyásoló faktorokat írja le.

A modellben a kiégés szempontjából meghatározó tényezőként szerepelnek a szociodemográfiai tényezők. Vizsgálták a kort, a nemet, munkában töltött éveket, a műszak beosztást, valamint a gyermekek számát is. A kutatásban résztvevők többsége nő volt (92,7%), átlagéletkor 41 év volt. A munkában töltött évek száma, 7,5 év volt. A többség (46%) három műszakban, (21%) állandó éjszakai műszakban, a beosztottak 33%-a egyműszakos munka beosztásban dolgozott. A változó számú gyerekek kivételével, minden szociodemográfiai elem szignifikáns különbséget mutatott, egy vagy több változóval. Így a munkahelyi stresszorokkal, az érzelmi labilitással, a munkahelyi terheléssel és a kiégéssel. A modellt a 2. sz. ábra szemlélteti.

Meghatározó jelleggel bírnak a szociodemográfiai faktorok (Duquette, 1995; Jones és Johnston, 2000) tanulmányában is. Szignifikáns különbség volt kimutatható, a kor, a nem, a munkában töltött évek és a kiégés között. Az egészségügyben munkával töltött éveket összevetve a kiégés mértékével Bencés, (2006) azt tapasztalta, hogy akik 0-5 éve vannak az ápolói pályán (az összpopuláció 17%-a) magas fokú kiégettséget mutatnak, a legmagasabb azonban a kiégés foka (az összpopuláció 38%-a) akik több mint 15 éve vannak az egészségügyben. Az eredmények szerint a frissen pályára lépők kezdeti, talán sokszor irreális lelkesedése mennyire hamar összeütközésbe kerülhet a realitásokkal.

Payne, (2000); Iacovides és Fountoulaki, (2003); Pálfi, (2003) tanulmányában nem talált kapcsolatot a szociodemográfiai faktorkok és a kiégés között.



**2. ábra: Az ápolói kiégést befolyásoló faktorok (Maddi és Kobasa, 1984).**

Az egyén számára az ismétlődő stressz fenyegetettséget, feszültséget eredményez, amely fizikai jelekben manifesztálódhat, jelentkezhet a tenyérizzadás, tachycardia, mellkasi fájdalom. Ezenkívül pszichológiai tüneteket is eredményezhet, úgy mint izgatottság, ingerlékenység, étvágycsökkenés.

Az a személy, aki gyakran találja magát szemben ilyen helyzetekkel, csökkent ellenállást mutat a stresszel szemben, amely fiziológiai és pszichológiai kiégéshez vezethet.

Az érzelmi stabilitás nemcsak az effektív coping mechanizmusokat befolyásolja, de szintén befolyásolja az olyanfajta szociális támogatást, amelyet az egyén a stressz idején használna.

Számos tanulmány igazolta, hogy a munkával való elégedetlenség kiégést indukálhat (Hackman és Oldham, 1980; McGrath és mtsai, 1988; Karasek és Theorell, 1990; Boumans, 1990; Seymour és Buscherhof, 1991; Whippen és Canellos, 1991; Blegen, 1993; Wade, 1993; Blegen, 1993; Parahoo és Barr, 1994; Papadatou, 1994).

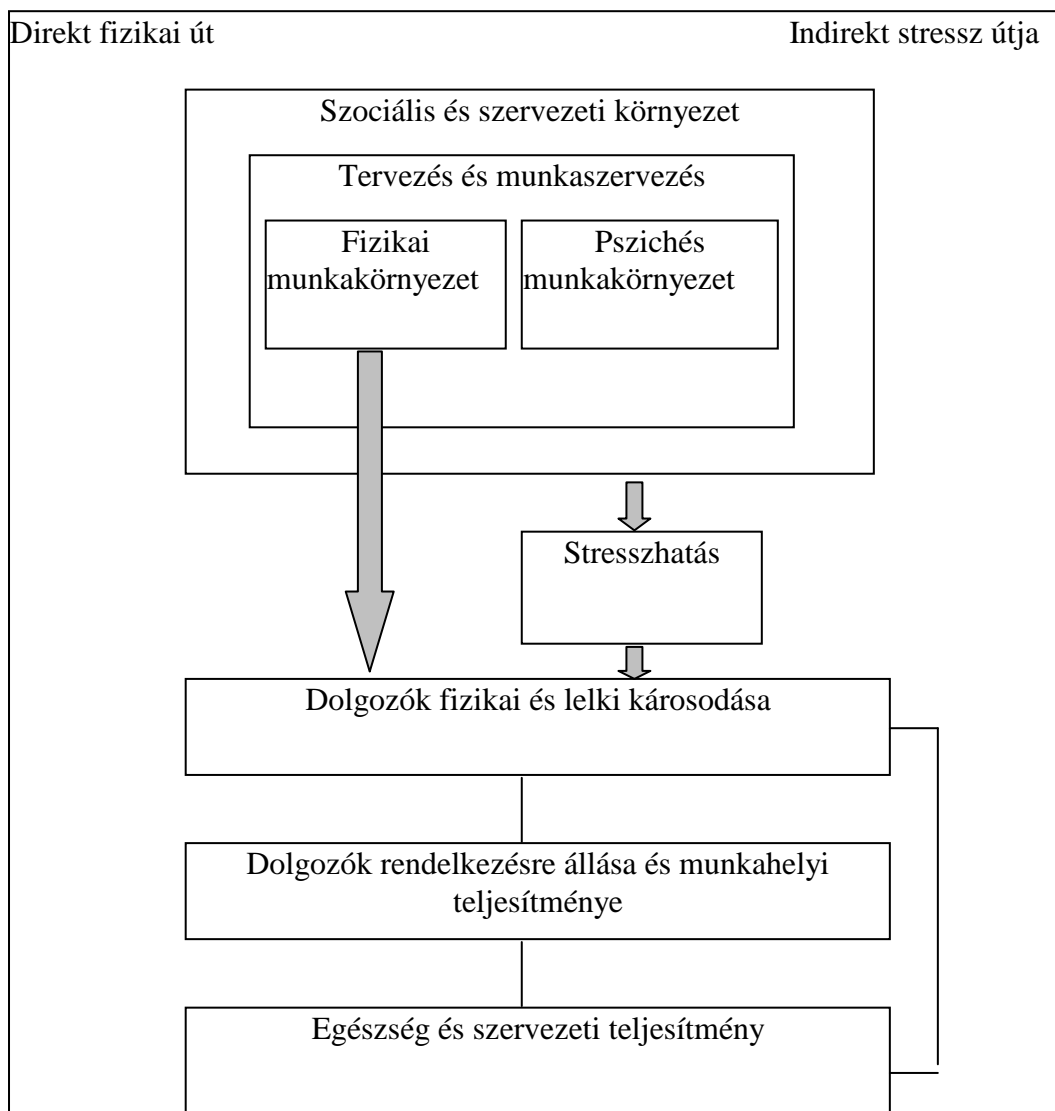
A munka jellege, az ellátási forma is meghatározó tényező a kiégés kialakulásában. Intenzív osztályon, anesztheziológián, geriátrián illetve onkológián dolgozók körében emelkedik a kiégés aránya (Keane és mtsai, 1985; D' Ambrosia, 1987; Jama, 1987; McCraine és mtsai, 1987; Rich és Rich, 1987; Toft, 1989; Boyle és mtsai, 1991). Intenzív terápiás ápolók körében végzett kutatások igazolták, hogy a megfeszített munkatempó, az állandó stressz szituáció, az ápolói kiégés fontos faktorát képezte (Power és Sharp, 1988; Bauser, 1992; Buran, 1992; Smoczek, 1993, Morisette, 1993; Schaefer és Moos, 1993; Duquette és mtsai, 1999; Decker, 1997; Pálfi, 2001a; 2001b; 2003).

Bizonyos kliens-típusok (geriátria, pszichiátria, onkológia) szintén meghatározó tényezői lehetnek a kiégésnek, ha az ellátottak problémái lehangolóak és érzelmileg megterhelők (haldokló betegek, öngyilkosok, mentális és agresszív betegek). Az olyan munka, mint a krízishelyzetekre való reagálás, gyakrabban eredményez reménytelenséget, csüggedést, mint az olyan munkák, melyek egy egyértelmű cél elérésére irányulnak (Maslach és Pines, 1977; Chung és Corbett, 1988; Toft, 1989; Papadataou, 1994; Pálfi, 2003; Hegedűs és Riskó, 2006).

Wynne és munkatársai (1996) „Út a veszélyektől a károsodásig” – modellben (3.számú.ábra) írják le, hogy mi okozza a munkahelyi stresszt:

- munkahelyi feltételek: több műszakos munkavégzés, hétvégi munka, nem megfelelő bérezés (Seymour és Buscherhof, 1991; Demerouti, 2000; Pikó és Piczil, 2000; McGraith és mtsai, 2003; Pálfi, 2003), a munkaórák magas száma, konfliktusok, diszkrimináció, munkahelyi környezet veszélyei ( Siegrist és mtsai; 1997; Masterson és Allen, 1985)

- munkahelyi kapcsolatok: kapcsolatok minősége a kollégákkal, felettesekkel és beosztottakkal.
- szerepkonfliktus és szerepzavar: rosszul meghatározott feladatok és hatáskör, elvárások és kötelességek.
- szervezeti struktúra és környezet: kommunikációs kultúra és gyakorlat, nagyobb változások a munkahelyen, szervezési politika, döntésekben való részvétel hiánya.
- munkahely-otthon ellentét: idő és elvárások versengése.
- munkahelyi előmenetel problémája: képességek nem megfelelő hasznosítása, bizonytalan munkahelyi elvárások, munkahelyi bizonytalanság.
- a munka természete: kellő fizikai és lelki állóképesség, munka mennyisége és üteme.

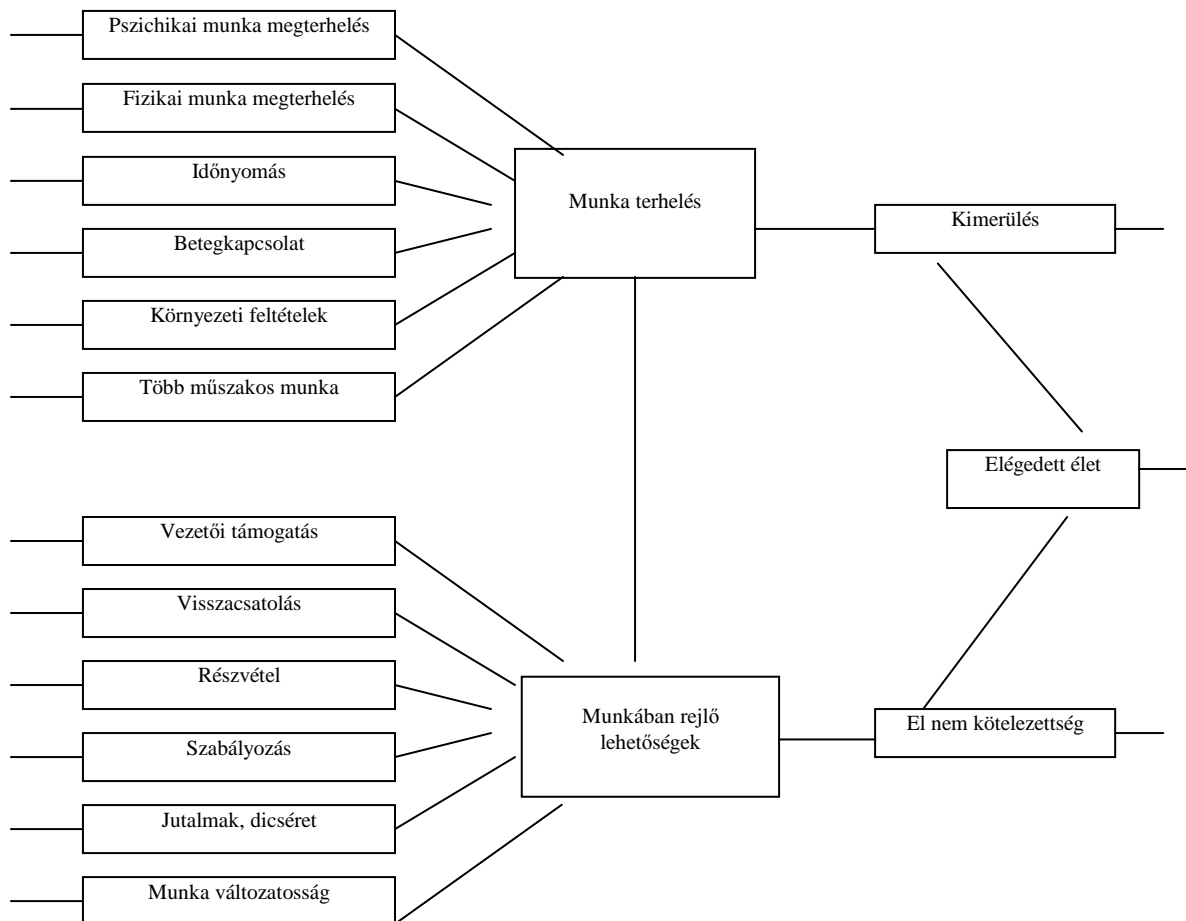




### **3. ábra: Út a veszélyektől a károsodásig modell (Wynne és mtsai, 1996).**

Azzal, hogy az egyént a környezet részeként vizsgáljuk bizonyos elméleti modelleket is tágabb keretben kell szemlélnünk.

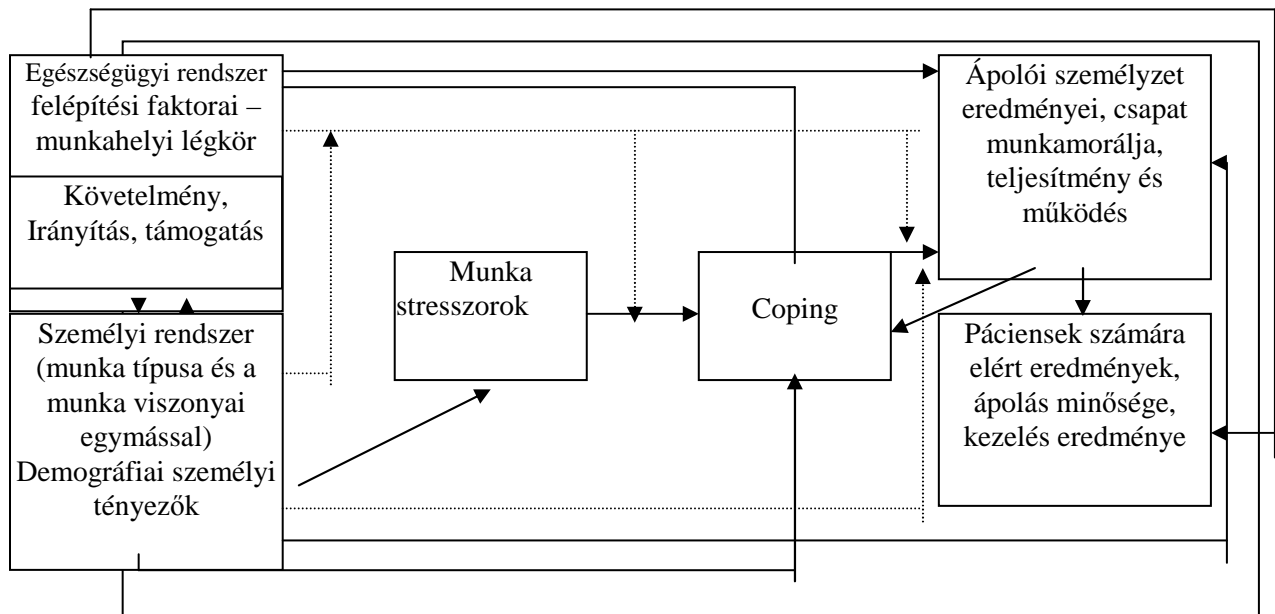
Rice, (1984) modellje azt veti fel, hogy a munkahelyi feltételek hatással vannak az elégedett életre, a munkahelyi és nem munkahelyi élet minőségének figyelembevétele alapján. A munkahelyi feltételek ugyanis érintik az életminőséget azáltal, hogy megváltoztatják a személy és a környezet kapcsolatát. Ilyen változások a munka rövid távú hatásai, mint a hangulatbeli energiaszint és érdeklődési kör megváltozása, a munka hosszú távú hatásai, így változások a szakképzettségben, személyiségben és egészségi állapotban. Mivel a kiégés felfogható a munka hosszú távú következményeként, ezért használható a munkahelyi élet minőségének indikátoraként. A kutatás során azok a nővérek jeleztek fokozott kiégést, akik a betegekkel való kapcsolatot megterhelőnek tartották, vagy nagy időnyomásban, fizikai és kognitív megterhelésben szenvedtek. Számos nővér jelezte, hogy problémát okozott a több műszak. Az eredmények azt mutatták, hogy a munkakövetelmények voltak a legerősebb kapcsolatban a kimerültséggel, a munka nehézsége pedig az el nem kötelezettséggel. Rice, (1984) modellje szerint a munkahelyi feltételek a kiégés előjelei, melyek tovább befolyásolják az élet minőségét. Rice, (1984) modelljében a kiégés és az elégedett élet kapcsolódási pontjait a 4. számú ábrán szemlélteti.



#### 4. ábra: Modell a kiégésről és az elégedett életről (Forrás: Rice, 1984)

A definíciók alapján elmondható, hogy Rice, (1984) modellje egy soktényezős modell, amelyben pszichológiai, szociológiai, szervezeti és társadalmi tényezők bonyolult interakciójáról van szó.

Schaefer és Moos, (1993) egy olyan integratív stressz modellt dolgozott ki, amely kombinálja az egyéni és szervezeti elemeket.



**5. számú ábra: A munkastressz szocioökológiai modelljének nővérspecifikus kiegészítése (Schaefer és Moos, 1993).**

A modellen belül számos lehetséges kapcsolat van a változók között. Az egészségügyi rendszer felépítése, a munkahelyi légkör kihat az ápoló személyzetre, az ápolói közösség munkamoráljára, teljesítményére és a team munka hatékonyságára. Ha az ápolók jól dolgoznak, az hatással van az ápolás minőségére és a kezelés eredményességére. Így a munkahelyi légkör hatását át lehet vinni közvetetten a személyzet/páciens kapcsolati rendszerére is.

Fel lehet tenni a kérdést arra vonatkozóan, hogy az egyéni, személyes változók befolyásolhatják-e a munkahelyi légkört vagy fordítva? Kevés bizonyíték támasztja alá az egyéni különbség változók direkt hatását a munkahelyi légkörre. Lehetséges azonban, hogy a rossz munkahelyi környezet befolyásolja az ápolók általános állapotát. Ezen kívül az ápoló által adaptált szerep befolyásolhatja a munkahelyi légkört.

Az egészségügyi rendszer, a maga követelményi, támogatási és irányítási rendszerével közvetlenül hat az intézményen belüli személyi rendszerre. Ebben a rendszerben a stresszorok természete változó, a napi követelmények esetében is. Megállapítást nyert az, hogy a munka-stresszorokat közvetlenül befolyásolja, a munka típusa és az osztály ellátási formája is. Ezek a különbségek jól érzékelhetőek, a sürgősségi, intenzív vagy pszichiátriai osztályokon dolgozó ápolók esetében, mint a más osztályon dolgozóknál. Meghatározó a stressz szempontjából az ápoló-beteg arány is. Ha kevés az ápoló egy adott osztályon, nagyobb a megterhelés, több beteget kell ellátnia egy ápolónak. Az egyén hamarabb kifárad, amely még inkább magában hordozza a megbetegedés kockázatát. A túlzott munkateher fiziológiai és mentális egészségkárosodást eredményezhet, amely nagymértékben befolyásolja a kiégés kialakulását.

Az ápolói munkában a változó műszak ténye is rizikófaktorként szerepelhet. Az éjszakai munkavégzés felborítja az emberek bioritmusát, megváltoztatja alvási és étkezési szokásait.

Az egészségügyi rendszernek lehet direkt hatása a személyi rendszerre, a munka stresszorokra, a megbirkózásra, a munkamorálra. Az 5.számú ábrán jól látható, hogy ezen hatások közül némelyek mindkét irányban működhetnek.

Az ápolók által használt megbirkózási stratégiákat nagyobb számban a probléma központú megküzdés jellemzi a kutatás adatai szerint, kisebb számban használnak érzelem központú megoldást.

A modell lehetőséget ad többféle feed-back hatásra, pl.: a megbirkózási kísérletek lehetővé teszik, hogy a dolgozó újraértékelje a munkahelyi légköri kérdéseket és megváltoztassa a stresszorok észlelésének formáját..

Megállapítást nyert az, hogy a munka stresszorokat közvetlenül befolyásolja a munka típusa.

Az olyan szocio-demográfiai tényezők, mint az életkor, az egészségügyben eltöltött évek száma, szintén befolyásolja a megbirkózást. Az idősebbek nem keresnek segítséget a nehéz helyzetekben, inkább a probléma központú megküzdést

alkalmazzák, míg a kevésbé gyakorlott kollégák. az érzelem központú megbirkózást részesítik előnyben.

A stresszkeltő helyzetek által kiváltott érzelmek és fiziológiai izgalom nagyon kellemetlen, s ez a kellemetlenség arra indítja az egyéneket, hogy azt valamivel csökkentsék. Azt a folyamatot, amelynek során a személy megpróbál szembeszállni a stresszel, *megküzdésnek* nevezzük, s ennek két formája van. A személy összpontosíthat a speciális problémára vagy helyzetre, hogy megkísérelje azt a jövőben elkerülni vagy megváltoztatni. Ezt nevezzük **probléma központú megküzdésnek**. Foglalkozhat azonban azzal is, hogy enyhítse a stresszkeltő helyzethez kapcsolódó érzelmi reakciókat, ha a helyzetet magát nem is tudja megváltoztatni. Ezt a második folyamatot nevezzük **érzelem központú megküzdésnek** (Lazarus és Folkman, 1984).

Feltételezés szerint a nagyobb munkastressz és az elkerülés, mint megküzdési mód növelheti a hangulatzavart, míg a probléma központú megküzdési mód kisebb hangulatzavarokkal van összefüggésben (Healy és mtsai, 2000).

A stressznek ellenálló, szívós és kitartó személyeket három szóval lehet jellemezni: *elkötelezettség, kontroll, kihívás*. Ha valakinek megvan az az érzése, hogy kontrollálni képes az életében bekövetkező eseményeket, akkor ez magában hordja a kompetencia érzését is, és egyben azt a módot is befolyásolja, ahogyan a személy a stresszkeltő eseményeket értékeli. Az események kihívásként értelmezése pedig kognitív kiértékelés eredménye, mely szerint a változás az élet természetes velejárója, és inkább előrejutási alkalomnak, mintsem a biztonságérzés elleni fenyegetésnek kell tekinteni.

Érdeemes vizsgálni az okokat első sorban azokon a területeken, ahol speciális helyzetek állhatnak elő, amelyek a jelenség kialakulásáért felelősek. Lényeges ok lehet például, ha képtelenek vagyunk segíteni egy akut betegen, vagy a „tehetetlenségünk” a krónikus, gyógyíthatatlan betegekkel, haldoklókkal (krónikus értelmi fogyatékosok, tumoros betegek) való foglalkozás kapcsán, szintén vezethet a kiégés stádiumához.

A burnout szindróma kialakulásának oka lehet, a segítesen keresztül önmegvalósító, jellegzetes személyiségjegyek kapcsolódása. Bonyolítja mindezt a modern társadalmak intimszférájának professzionalizálása, ahol az új típusú segítő-kliens kapcsolatban nem egyértelműen definiáltak a szerepek és a leggyakoribb és leghétköznapiabb indok a segítőök túlterheltsége, szakmai és privát életük egybefolyása (Csabai és Molnár, 1999). A segítő foglalkozásúak az átlaghoz képest sokkal több stressznek vannak kitéve, amely előbb-utóbb kimerítheti a szervezetet. A társadalmi környezet és a személyiség bonyolult interakcióját az utóbbi évtizedekben kezdték részletesen vizsgálni, a rizikófaktorokat pontosan azonosítani. Bár vannak azonosítható mechanizmusok, ugyanaz a terhelés és ugyanaz a foglalkozás másként hat az emberekre, így coping stratégiájuk ennek megfelelően változik.

Sokan nem ismerik a rendelkezésre álló támogatási és konfliktuskezelési, megküzdési módokat, illetve nem képesek azokat megfelelő módon használni (Csabai és Molnár, 1999).

A WHO (1996) deklaráció a kiegészítő rizikó faktorait a következőképpen határozza meg:

- Az egészségügyi szolgáltatás jellemzői;
- A környezet szervezetlensége;
- Az egyéni bánásmód.

Személyiségbeli okok, azok a viselkedési minták lehetnek, melyek ártalmasan befolyásolják az egészséget. Az a mód, ahogy az egyének a környezetükben előforduló stresszre reagálnak, fontos szerepet játszhat az idő előtti kiegészésben.

Befolyásoló tényezőként hat a hatékony együttműködésre való készség hiánya másokkal, a céltalanság, az életcélok meghatározatlansága, valamint az, hogy az egyén nem tudja jól kezelni a váratlan helyzeteket (Pines és Aronson, 1981).

Azt találták, hogy bizonyos egészségügyi dolgozók személyiségükben fogva hajlamosabbak a kiegészésre. Nevezetesen, az ideges típusú, önmagukat alábecsülő, irreális célokat kitűző személyek hamarabb kiégnek. A tapasztalatok szerint, nem régen szerzett képesítéssel rendelkező pszichiátriai ápolók közt jelentkezhettek, talán a munkával járó kezdeti sokk, az alkalmazkodás hiánya illetve a munkabeli bizonytalanság miatt. A rugalmasság szintén befolyásoló tényező. A rugalmas emberek

több terhet viselnek el, mint a merevek, mert például az újabb követelményekre nehezebben mondanak nemet. A kutatások azt mutatják, hogy a személyes sikerélmény fontosabb, mint az objektív munkakörülmények (Kilfedder és mtsai, 2001).

Fontos, hogy feltérképezésre kerüljenek a diszfunkcionális attitűdök is. Azért tekintjük őket diszfunkcionálisnak, mert a személy céljainak teljesülését gátolják. A diszfunkcionális teljesítményigény a lehetetlenül magas elvárásokra és standardokra, illetve a sikerre vonatkozik: az elfogadásigény az illetőnek kiugróan fontos, hogy szeressék és elfogadják (Tringer, 1991). A túlzott kontrolligény pedig arra vonatkozik, hogy a személy képes legyen az eseményeket kézben tartani, megszabni a dolgok menetét. Bármelyik érvényesülhet az adott helyzetben, így a személy komoly szorongást élhet át amiatt, hogy esetleg nem tud szerinte megfelelő szintű teljesítményt nyújtani, nem fogják elfogadni vagy nincs hatással az események menetére (Beck, 1976; Mórotz és Perczel, 2005). Mivel a diszfunkcionális attitűdök komoly predikciós faktorai a burnout-szindrómának fontos, hogy ilyen irányban is végezzünk vizsgálatot az ápolók körében.

Azok a viselkedési minták, melyek az elsődlegesen veszélyeztetett egyénekre jellemzőek, a következők lehetnek:

- Hajlamosak sürgetni az időt, versenyt futni vele, a lehető legrövidebb idő alatt akarnak minél többet tenni és elérni.
- Agresszív személyiség, mely időnként ellenségessé válik. Az ilyen ember nagyon elkötelezett, de mégis könnyen elveszíti önuralmát.
- Versengési hajlammal rendelkezik, gyakran érzi szükségét, hogy mindenből versenyt formáljon.
- Erős a teljesítési motivációja, mégis ebből a „szerezd meg” beállítottságból gyakran hiányoznak a megfelelően meghatározott célok.
- Többfázisos viselkedés, vagyis többszörösen összetett, változatos feladatok elvégzése ugyanazon időben (Simendinger és Moore, 1985).

A kiegészítő szervezeti–intézményi okai: Sok szervezeti tényező van különösen az egészségügyben, ezért az okok is specifikusak lehetnek ebben a szakmában.

Az egyik tényező az alacsony fizetés. A motiváció elvesztésben sokkal nagyobb szerepet játszik a karrierstruktúra, amely nem megfelelően elosztott az egészségügy területén. Az előrelépés nagyon nehéz, a karriertervezés egyre nehezebbé válik, és ez tovább csökkenti a motivációt.

Egyéb jelentős motivációcsökkentők:

- A politika: helyi, területi, regionális és országos;
- A fogyatkozó anyagi források;
- Instabilitás a munkahelyi bizonytalanság miatt;
- A szakmai identitás hiánya;
- A bürokratikus anyagi és adminisztratív szempontok erősebbek a betegek szükségleteinél;
- Túlterheltség, egyrészt túlmunkából adódóan, másrészt létszámhiány miatt;
- Hiányzik a dolgozók munkakörülményeinek ellenőrzése;
- Hiányzik a személyzet jó közösségi élete;
- Túlterheltség, amely a különösen nehezen kezelhető paciensek magatartásából fakad;
- A társadalmi elismerés hiánya, ennek következtében csökkenő önértékelés;
- Különösen nőknél a családi és a szakmai kötelezettségek összeegyeztetésének nehézségei;
- Veszélyeztetettek a fiatal ápolók, akiknek sok az éjszakai, hétvégi ügyeletük, kevés a regenerálódási idejük és lehetőségük.

Mind emellett a szervezeti légkör, a felügyeleti szervek viselkedése, a munkacsoport légköre befolyásolja munkával való elégedetlenséget. Bár egyes tényezők önmagukban nem tekinthetők a kiégés okának, jó néhány tényező együttes jelenléte hozzájárulhat az egészségügyi dolgozók kiégéséhez (Demerouti és mtsai, 2000).

Az ápolói munka számos stresszforrást hordoz. Minden munkához szerepelvárások társulnak, melynek a munkavégzés során meg kell felelni. A szakma egyes jellemzői, mint például a nem támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőség, a három műszak és a gépies iramú munka, az ügyeleti rendszer, az alulfizettség, a



túlterheltség, a kompetenciakörök tisztázatlansága hozzájárul ahhoz, hogy az ápolók munkája stresszel telített hivatássá vált (Hegney és mtsai, 2006). Rosszabb helyzetben vannak azok, akik kevesebb társas támogatásban részesülnek, a munka előli "meneküléssel" próbálnak megküzdeni a stresszel, vagy munkatúlterhelés jellemzi őket (Chang és mtsai, 2006).

A kiégett személyzet kollektíve kiégetheti az egész szervezetet. Természetesen a kiégett személyzet – bármilyen fokú is a kiégés – negatív hatással van a szervezet teljesítményére. Ezért fontos megérteni, hogy mi váltja ki ezt a problémát és hogyan hat mindez az egyéni és kollektív teljesítményre (WHO, 1996).

A hatalom helytelen gyakorlata fontos szerepet játszik a kiégés kialakulásában. Míg a kórházi vezetők sokszor ugyanazokkal a feladatokkal, felelősséggel szembesülnek, mint amelyekkel az üzleti cégek, a kórházi hatalmi és hatásköri struktúrák alapvetően különböznek. Ez a különbség jelentősen befolyásolja és komplikálja a felsőbb menedzsment szerepét.

A hatalmat definiálhatjuk úgy, mint döntéshozási képességet, lépések megtételét és kielégítő eredmények elérését. Ugyanezen definícióval elmondható, hogy az egyéneknek olyan mértékben van hatalmuk, amennyire saját motivációjukkal képesek befolyásolni mások viselkedését.

Társadalmunkban a hatalmat gyakran rosszul értelmezik. Tekintheik úgy, mint dominanciát, alávetést, ellenőrzést, túrést, valamint egy személy akaratának érvényesülését egy másik személy akarata felett. A hatalmat azonban nagyon sokan úgy értelmezik, mint a gondolatokon való átgazolást és azok manipulációját (Simendinger és Moore, 1985).

Sok csoport–stratégiában hívő kutató által kidolgozott módszer csak az egyénben látja a hibát, s keresi a megoldást, és nem veszi figyelembe azokat a hatásokat, amelyeket az egyén nem tud irányítani, megváltoztatni.

Az erős kezdeti motiváció szerepe a kiégés kifejlődésében széles körben elismert. Herzberg és mtsai, (1959) kéttényezős elmélete a motivációról azt mondja, hogy az olyan motivátorok, mint az elért eredmények, elismerés, és felelősség, megelégedéshez vezetnek. Ha ezek a fontos tényezők nincsenek megfelelő mértékben jelen a

szervezetben az alkalmazottak érdektelenné, közömbössé válnak munkájukkal szemben (Demerouti és mtsai, 2000).

Számos helyzet okozhatja egy szervezet kiegészését, még ha az alkalmazottak nem is szenvednek a kiegészésben. Néha bár a beosztottak jó kedélyűek és jól képzettek, a szervezeti rendszer akadályozza teljesítőképességüket és hatékonyságukat. Megfelelő irányítási módszerek nélkül még a kemény, motivált ápolók is kimerülnek megfelelő kommunikációs rendszer, anyagi és erkölcsi elismerés, hatáskör nélkül, még a legjobban képzett nővérek sem tudják a legjobbat nyújtani (Eisental és Felner, 1984; Schaufeli és Enzmann, 1998).

A hatékony csoportmunka magában foglalja a kölcsönös elkötelezettséget, folyamatosságot és egy olyan kétirányú kommunikációt, mely a kölcsönös függőség megértésén alapul. Ez arra utal, hogy mindegyik tag megérti a csoport céljait és igényeit és beépíti ezt a megértést a saját cselekedeteibe. A valóság azonban az, hogy csak kevés munkacsoport rendelkezik ideális csoportmunkával (Simendinger és Moore, 1985).

Az előbbieken említett kutatások mindegyike Maslach és Jackson által 1981-ben kidolgozott Maslach Burnout Inventory-t továbbiakban (MBI), „Kiegészéségi leltár” kérdőívet használta. Ez a kérdőív 22 kérdést tesz fel, melyekre a gyakoriság és az intenzitás két skáláján kell kiválasztani az éppen jellemző választ. A 22 kérdésből kilenc, az emocionális állapotra, öt a deperszonalizációra és nyolc a személyes teljesítményre vonatkozik.

Jelen kutatásban eltértünk a szerzők által eddig használt MBI kérdőívtől azért, hogy képet kaphassunk egy másik standardizált mérőeszköz alkalmazásával, a probléma más oldalról történő megközelítésével. Freudemberger és munkatársai, (1980) kidolgoztak egy kérdőívet, amely a burnout fokozatait mérte. Appelbaum, (1980) a kiegészés kapcsán felmerülő fizikai és pszichikai tüneteket feltáró mérőeszközt szerkesztett és használt fel. Amennyiben a kiegészés mértékét, előfordulási gyakoriságát kívánjuk feltárni, akkor célszerű ezeket a kérdőíveket használni. Felmérésünkben kutatási eszközülnk szolgál még a Diszfunkcionális Attitűd Skála (Weissman és Beck, 1979; Burns, 1980; Kopp, 1994) is, melyet a vizsgálatba bevont ápolóknál azért alkalmaztunk, hogy a jelenség

háttérben álló személyiség tényezőket azok összefüggéseit és a személyiség pszichológiai funkcionálását megismerjük. A három kérdőív részletes ismertetése a módszertani részben került leírásra.

### **1.7 A kutatási tervet elméleti kerete, a kutatás célja és főbb jellemzői**

Magyarországon még nincsenek a munkahelyi környezetbe beépítve a burnout szindrómát megelőző tevékenységek és módok. Az egészségügyben, mint nem termelő szférában, a menedzsmenttől idegen a humán erőforrás fejlesztését magában foglaló gondolkodásmód. Nemcsak a hatékony stresszmenedzsment-technikák, hanem a modern vezetés gyakorlati módszerei sem nyertek mindeddig létjogosultságot. Az egészségpolitikának nem kiemelt területe, a dolgozók lelki egészségvédelme. Amikor ugyanis egy munkahely hatékonyságát kívánjuk növelni, nem szabad eltekinteni attól sem, hogy a humán erőforrás helyzetén javítsunk, mert tartós eredmény csak akkor várható, ha a változások a gazdasági területek mellett érintik az egészségügyi intézmények szervezeti kultúráját is. Gyakran előfordul, hogy a kiégés problémáit úgy kezeli az intézmény, hogy megvált a problémákkal küszködő munkatársaktól, pedig proaktív megközelítéssel humánusan és költség hatékonyan kezelhető a burnout szindróma. Számolni kellene a vezetőknek és eldöntenie, hogy melyik drágább: a régi jól képzett, tapasztalt szakembertől megválni, helyére újat keresni, beilleszteni a szervezetbe, betanítani, vagy a régi kolléga problémáit kezelni, esetleg a kialakulását megelőzni.

Ha összegzést készítünk az eddig elmondottakról, akkor világosan látszik, hogy mely tényezők azok, amelyek stresszes helyzeteket teremtenek, ahonnan az érintett "segítő szakember" eljuthat a kiégés stádiumába.

Nézzük a munkahelyi stresszorok szerepét:

Ennek alapját egyrészt a *mennyiségi túlterhelés* jelentheti, amikor az ápolóra túl sok munkateher hárul, amely származhat az ápolói létszám hiányból, a mértéktelen

túlórázásból, másrésről a *minőségi túlterhelés* jelenti, amely akkor áll elő, amikor az ápolótól olyan feladat teljesítését várják el, amely meghaladhatja erejét és szakképzettségi szintjét is. E miatt sokan úgy érzik, hogy ha nem javulnak a munka körülmények, elhagyják az ápolói pályát.

Jelentős stresszforrás lehet az, ha minőségi munkát várnak el az ápolótól, de ehhez nem biztosítják a *munkafeltételeket*.

A munkafeladatok, értékelési kritériumok és az ápolási eszközök gyakori hiánya elbizonytalaníthatja az ápolókat saját szakértelmükben és kompetenciájukban.

Ha nagy a fizikai és lelki igénybevételből eredő fáradtság, azok előbb utóbb az ápolók szomatikus és mentális kimerüléséhez vezetnek.

Fontos kiemelni, a szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok szerepét is: Egyéni szinten a legnagyobb problémát a *szerep kétértelműség* okozza. Nem világos az ápoló számára, hogy melyek a szerepével kapcsolatos munka-célok, melyek a munkatársi, vezetői elvárások. Ezek a szerepkonfliktusok csökkent munkahelyi elégedettséghez vagy önértékelési zavarokhoz vezetnek. Túl sok felelősség is stresszkeltő lehet, olyan esetben, mint az intenzív osztályon dolgozó ápolók, akiknek sokszor veszélyhelyzetben azonnal dönteni és cselekedni kell.

Csoport szinten, az *összetartás hiánya, rossz munkahelyi légkör, jó ápoló-orvos kapcsolat hiánya, kommunikációs zavarok, információ hiány*, amelyek mind megnehezítik a munkavégzést és a csoportcélok elérését.

Szervezeti szinten, nincs lehetősége az ápolóknak *részvenni a döntésekben*. A felettes vezetési stílusa, az ellenőrzési rendszerek "ad hoc" volta szintén a stressz forrásai lehetnek. *Alacsony fizetés, a megélhetés anyagi háttérének hiánya* ismételten jelentős stresszt okozhatnak.

Az ápolók szempontjából nem elhanyagolható tényezők a szervezeten kívüli stresszorok sem. *Családi és munkahelyi szerepek összeegyeztetlensége*, a három műszak, az ünnepnapokon és hétvégeken elrendelt munkavégzés miatti problémák csak fokozhatják a konfliktus helyzetek kialakulását. Súlyos betegekkel (onkológia, intenzív) foglalkozó ápolók családi állapota rendezetlenebb, sok köztük az egyedülálló, ők kevesebb segítségre számíthatnak. Jellemző viselkedési formájuk az

*önkizsákmányolás*, pihenésre, kikapcsolódásra nincs idejük. A megélhetéshez szükséges anyagiakat *mellékállás vállalással* pótolják.

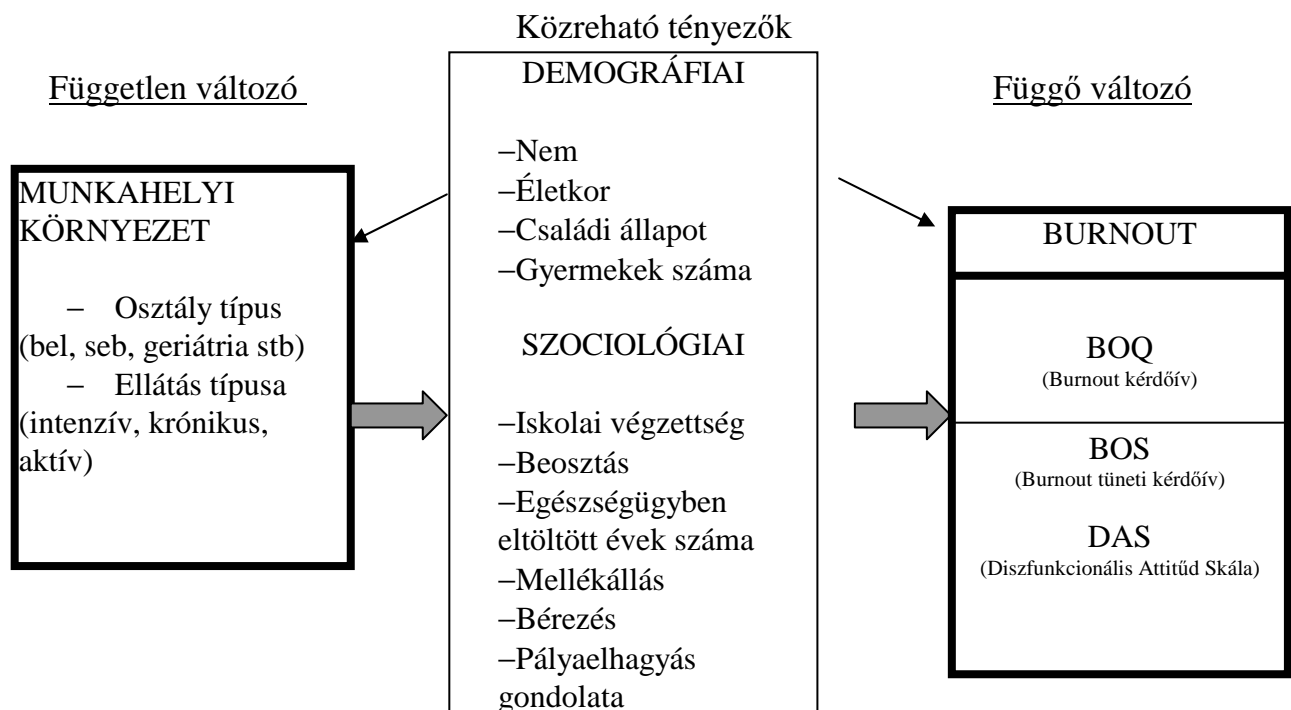
Az egyéni személyiség jellemzők és viselkedési formák jelentik az egyén és a munkahelyi környezet kapcsolatának másik pólusát. Ha kognitív modellben gondolkodunk a magatartászavarok, pszichológiai diszfunkciók háttérében gyakran hibás beállítódások, nem adaptív megküzdési stratégiák állnak. Bizonyos személyiség tulajdonságokkal rendelkező emberek valószínűbb, hogy egészségtelenebb viselkedésbe kezdenek. Az önkontroll hiányos, impulzív, feszült személyek többet dohányoznak, alkoholt fogyasztanak vagy valamilyen nyugtatót szednek, amely szokások egészségre káros hatásait jól ismerjük.

Ahhoz, hogy az ápolók problémáit feltárhassuk sorra kell venni azokat a befolyásoló tényezőket, amelyek az egyén testi-lelki egyensúlyának felborulásához, a kiégés stádiumához vezetnek.

Magyarországon a kiégés témakörében nagy mintán még nem végeztek vizsgálatot, éppen ezért kiemelkedően fontos, hogy megvizsgáljuk:

Melyek azok a faktorok, amelyek elősegítik a burnout kialakulását? A kiégést, mint függő változót, mely független változók befolyásolják? Melyek azok az ellátási formák, amelyek magas fokú stresszel jellemezhetőek.

A burnout szindróma kialakulását befolyásoló tényezők szemléltetésére egy kutatási eszközt szerkesztettünk, saját kutatási projektünkben, amelyet a 6. számú ábra szemléltet:





## 6. ábra: A Burnout szindróma kialakulását befolyásoló tényezők szemléltetése, a kutatás hipotézisei alapján

– Függő változónak vettük, a kiégést magát. A kiégés megállapításához felhasználtuk

1. A Burnout kérdőívet (Burnout Questionnaire) Herbert J. Freudenberger és Geraldine Richelson, (1980) által szerkesztett kérdésekkel, a továbbiakban BOQ-val jelölve. Ezen kérdőívvel az emocionális szindrómát, a burnout fokozatát tudtuk megállapítani a vizsgált populációban. Meghatároztuk a kérdőív megbízhatóságát és érvényességét is.
2. A személyes Burnout tüneti kérdőívet (Individual Burnout Symptomatic Questionnaire) Steven H. Appelbaum, (1980) által szerkesztett kérdésekkel. Itt a burnout állapot testi és pszichológiai tüneteire kaptunk választ a továbbiakban BOS-sal van jelölve. A kérdőív megbízhatóságát és érvényességét itt is meghatároztuk.
3. A Diszfunkcionális Attitűd Skálát (Weissman és Beck, 1979; Burns, 1980), amellyel hét értékrendszert vizsgáltunk. A skálát Kopp Mária, (1994) fordította le és hitelesítette Magyarországon. Ez egy fontos validálóteszt a vizsgálatban. A Diszfunkcionális Attitűd Skála depresszív, maladaptív énattitűdökre kérdez rá, amelyek közvetítők a személyiség depresszív struktúrája és a tünetszemponjú skálázás között. A modellben DAS-ként szerepel.

Az értékrendszerek a következők:

- Külső elismerés igénye (1-5 tétel);
- Szeretettség igénye (6-10 tétel);

- Teljesítményigény (11-15 tétel);
- Perfekcionizmus igény (16-20 tétel);
- Jogos elvárások a környezettel szemben (21-25 tétel);
- Omnipotencia igény (26-30 tétel);
- Külső kontroll attitűd (31-35 tétel).

A Diszfunkcionális Attitűd Skála alapján a környezethez való alkalmazkodást, nehezítő faktorokat mérjük, és ilyen értelemben, szoros összefüggésben áll a „burnout-os” személyiség pszichológiai hátterével.

- Független változónak vettük, a munkahelyi környezetet, amely tartalmazta az osztály típusát és az ellátási formát is.
- Közreható tényezőket két nagy csoportra osztottuk:
  - Demográfiai faktorok, amelyek tartalmazták a nem, életkor, családi állapot, gyermekek száma – tényezőket.
  - A szociológiai változók, amelyek magukba foglalták: az iskolai végzettséget, beosztást, az egészségügyben eltöltött évek számát, a mellékállás tényét, a bérezést és a pályaelhagyás gondolatát.

A kutatás célja:

- körüljárni és megismerni a burnout szindróma előfordulását, gyakoriságát az egészségügyi személyzet körében;
- összefüggéseit feltárni a szociodemográfiai faktorokkal (nem, életkor, végzettség, egészségügyben eltöltött idő, beosztás, családi állapot, mellékállás vállalása, bérezéssel való elégedettség, pályaelhagyás gondolata);
- a jelenség hátterében álló személyiség tényezőket és azok összefüggéseit megismerni, már Magyarországon standardizált, a személyiség

pszichológiai funkcionálását vizsgáló teszttel, amelyet a Diszfunkcionális Attitűd Skálával mértünk. az irodalomból átvett kérdőív hitelességének és megbízhatóságának felhasználásával (Kopp, 1994);

- megvizsgálni a munkából eredő stresszhatásokat, és az ezeket, befolyásoló faktorokat, különböző ellátási helyzetekben. Feltárni, milyen hangsúllyal bír a betegek állapotának súlyossága, mint munkaprobléma az intenzív, aktív és krónikus ellátású osztályokon;
- mivel a burnout szindróma jelenségének vizsgálata Magyarországon meglehetősen későn kezdődött, éppen ezért a jelenség működési mechanizmusának, empirikus vizsgálatának adatait későbbi kutatások számára összehasonlíthatóvá tenni.

## **2. A kutatás módszertana**

### **2.1 Adatforrások: a kutatási minta összetétele, nagysága és kiválasztása**

A 805 fővel 2000/2001-ben készült kutatást elővizsgálat előzte meg, melyet 1998-ban 232 fő bevonásával végeztünk el.

A vizsgálatban Pécs egészségügyi fekvőbeteg intézeteiben a gyógyítás során a betegekkel kapcsolatba lépő személyeket kérdeztünk meg, anonim, önkitöltős kérdőíves módszerrel (orvos, ápoló, asszisztens, adminisztrátor). A lefolytatott vizsgálat keresztmetszeti vizsgálat volt. A kérdőív minta a mellékletben található.

A kutatásba bevontuk a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Diplomás Ápoló Szak levelező tagozatos hallgatóit is, akik az ország különböző helyéről, a gyógyító munka különböző területeiről kerültek az oktatási intézménybe.



A „minta –1” kiválasztására egyszerű random (véletlenszerű) módszer alkalmazásával került sor. A hallgatók bevonását azért terveztük, hogy a kapott adatok reprezentatívak legyenek a résztvevő intézményekre és az egyes geográfiai régiókra nézve. A kérdőívek kiosztását úgy terveztük meg, hogy arányaiban a kiosztott mennyiség közel azonos legyen az intenzív, a krónikus és az aktív ellátású osztályokon. Megkérdezésre kerültek a következő klinikai osztályokon dolgozók: sebészet, belgyógyászat, csecsemő-gyermekosztály, szülészet-nőgyógyászat, urológia, intenzív neurológia, pszichiátria és tüdőgyógyászat. A 250 darab kiosztott kérdőívből 232 darab, (92, 80%) volt értékelhető. A kutatás 1998 márciusában kezdődött és 1998 augusztusában fejeződött be. Az itt alkalmazott kérdőív minta a mellékletben található.

A 2000/2001 évben végzett kutatás során a vizsgált populációt „minta-2” leszűkítettük ápolókra és gondozókra, akiket szintén anonim, önkitöltős kérdőíves módszerrel kérdeztünk meg. A vizsgálódás helyszínéül Pécs és vonzáskörzetének, Baja és vonzáskörzetének egészségügyi- és szociális intézményei szolgáltak. Megkérdeztük a Pécsi Tudományegyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Diplomás Ápoló Szakon tanuló levelezős hallgatókat is, akik egyébként főállásban ápolóként dolgoznak. A minta kiválasztására az előző esethez hasonlóan az egyszerű random módszert alkalmaztuk (Szokolszky, 2004). Intenzív-, belgyógyászat-, sebészet-, nőgyógyászat-, neurológia-, pszichiátria-, onkológia- osztályokon és időseket gondozó szociális intézetekben dolgozók között végeztük a felmérést.

A 2000/2001-ben végzett kutatás során 1052 darab kérdőívet osztottunk ki, melyből 934 darab érkezett vissza. Az értékelésből kihagytuk azokat a kérdőíveket, melyek hiányosan voltak kitöltve, így 805 darab kérdőív (76,52%) került feldolgozásra. A kérdőíves felmérés 2000 májusában kezdődött és 2001 februárjában fejeződött be. Az alkalmazott kérdőív minta a mellékletben található.

Mindkét esetben engedélyt kértünk a vizsgált intézmények vezetőitől a kérdőívek kitöltésére. Minden intézményben személyes megjelenéssel egyeztetünk a kérdőívek kiosztásáért felelős személyekkel, ahol szóban informáltuk őket a kutatás tárgyáról, a visszaküldésre vonatkozó határidőről, vagy egyéb fontosabb kérdésekről. Majd az

egy-egy intézetekben dolgozó kapcsolattartókhoz eljuttattuk a kitöltendő kérdőíveket, akik a dolgozók között az előre megbeszélte utasítások szerint kiosztották. A kitöltött, anonim kérdőívek egy gyűjtőládában lettek elhelyezve, és ily módon kerültek vissza a feldolgozás helyszínére.

## 2.2 A vizsgálat módszere és elemzésének stratégiai pontjai

- **Szociodemográfiai adatok:** nem, életkor, családi állapot, gyerekek száma, iskolai végzettség, beosztás, egészségügyben eltöltött évek, mellékállás, bérezés, pályaelhagyás gondolata.

Ezekon kívül megkérdeztük a munkahelyi környezeti jellemzőket, mint például az osztály típusa, az osztály ellátási formája (krónikus, intenzív, aktív).

- **Burnout kérdőív:** Herbert J. Freudenberger és Geraldine Richelson, (1980) által szerkesztett kérdőív fordítása.

E kérdőív 15 tételt tartalmazott, melyek mindegyikére 1-től 5-ig volt adható válasz. Az 1-es az adott kérdésben megfogalmazott érzés hiányát, az 5-ös a legintenzívebb előfordulását jelölte. A kérdésekre adott válaszok összegzése kapcsán képesek voltunk megállapítani a burnout fokozatát, a fent megnevezett szerzők adatai alapján:

0 – 25 pont Egészen jól van

26 – 35 pont Vannak dolgok, amire oda kell figyelni

36 – 50 pont Veszélyben van

51 – 65 pont A kiégettség állapotában van

66 - felett Gyógyításra szorul

- **Személyes burnout tüneti kérdőív:** Steven H. Appelbaum, (1980) kérdőívének fordítása.

A kérdőív 30 állítást tartalmaz a burnout állapot testi és pszichológiai tüneteire. Itt is 1-től 5-ig lehetett értékelni a tünet előfordulásának gyakoriságát, intenzitását, ahol az 1-es a tünet hiányát, az 5-ös a legintenzívebb előfordulást jelölte. Itt is összpontszámot képeztünk, majd meghatároztuk a Burnout kérdőív és e kérdőív összpontszámai közötti korrelációt.

- **Diszfunkcionális Attitűd Skála:** (Weissman és Beck, 1979; Burns, 1980) Kopp Mária, (1994) fordításában vettük át.

Aaron T. Beck, (1976) kognitív és viselkedés tudományokra épülő személyiség elmélete szerint a neurotikus depresszió szempontjából veszélyeztetett személyeket magas diszfunkcionális attitűdértékek jellemzik. A szorongó, neurotikus tünetekről panaszkodó emberek között gyakoribb az ún. perfekcionizmus attitűd, az hogy mindent, amit tesznek, minden részletében a lehető legtökéletesebben akarják elvégezni, és ha ez nem sikerül, nagyon negatívan értékelik önmagukat, fokozott teljesítmény igény jellemzi őket.

Hasonlóak ehhez azok az emberek, akik jövőjüket kilátástalannak látják, lehangoltak, fokozottan vágnak szeretettségre, és fokozott teljesítményt várnak el saját maguktól és azt minden részletében tökéletesen akarják megvalósítani (perfekcionizmus). Ha valaki túl sokat vár el saját magától, önmagát mindig egy elérhetetlenül magasra állított mércéhez viszonyítja, nyilván gyakrabban ítéli saját viselkedését negatívnak - és ez a szorongó, depressziós állapot kialakulásának egyik legfontosabb összetevője.

Érdeemes ugyanakkor elgondolkodnunk azon, hogy ezek az ún. diszfunkcionális attitűdök csak az egyén számára lehetnek károsak, ha nem képes teljesíteni a magával szemben támasztott fokozott elvárásokat, mivel ugyanakkor nyilvánvaló az is, hogy a teljesítmény, a precizitás, az elvárásokhoz való alkalmazkodás igen fontos hajtóereje az emberi létnek és a társadalomnak.

Az általuk összeállított kérdőív segítségével hét értékrendszert, beállítódást vizsgálhatunk:

- Külső elismerés igénye – az önmagunkkal szembeni elvárás, hogy teljes mértékben megfeleljünk a környezetünk elvárásainak. Ha valaki helyteleníti magatartásunkat, kicsinylő megjegyzést tesz, ezt igen negatívan értékeljük. Az attitűddel nagymértékben jellemezhető ember hosszan rágódik, ha úgy véli, valaki rosszállóan néz rá, ha megkritizálják.
- Szeretettség igénye – fokozott szeretettség igény, mindenki által elfogadottnak szeretné tudni magát, ha ez nem történik meg, negatívan minősíti saját magát.
- Teljesítményigény – önmagától és másoktól igen nagy teljesítményt követel, szenved, ha nem tud ennek megfelelni.
- Perfekcionizmusigény – minden feladatot minden részletében tökéletesen szeretne megoldani. Ha ez nem sikerül, elégedetlen önmagával vagy környezetével.
- Jogos elvárások a környezettel szemben – környezetétől ideális, de lényegében nem reális magatartást vár el, ha ezt nem kapja meg, szenved.

- Omnipotencia-igény – mindenért felelősnek érzi magát, akkor is, ha tárgyilagosan nem várható el, hogy képes legyen a helyzetek megoldására. Orvosokra, pszichoterapeutákra gyakran jellemző.
- Külső kontroll attitűd, külső meghatározottság attitűd – úgy érzi, a helyzetek megtörténnek vele, nem saját maga irányítja sorsát (külső kontroll). Ellentéte az autonómia, önállóságra való beállítottság (belső kontroll).

Az egyes attitűdökhöz tartozó 5-5 megállapításra adott válaszok pontszámát összegezzük. Egy-egy beállítódáshoz tartozó érték így –10 és +10 között változhat. Minél pozitívabb az összeg, az adott attitűd annál jellemzőbb. Az utolsó attitűdnél a pozitív érték külső kontroll attitűdöt, a negatív összeg az autonómia értékszintjét jelzi.

A Diszfunkcionális Attitűd Skálát a burnout skála külső megbízhatóságának vizsgálatára vettük fel, azon megfontolás alapján, hogy a környezethez való diszfunkcionális alkalmazkodás elősegíti a kiégés szindróma kialakulását. Depresszióra hajlamosító tényező, ha egyszerre több irreális attitűd pozitív értékű, mivel a fokozott belső elvárásokhoz a személy nehezebben képes alkalmazkodni.

Az alkalmazott mérő eszközök ismertetése mellett fontos azok értékelési ismérveinek felvázolása is.

A kutatás szempontjából nagyon fontos gyakorlati lépés volt a kódutasítás elkészítése nyomán, az adatfájl előkészítése (Héra és Ligeti, 2005) is. Definiáltuk az összes változót, ha változónak attribútumai voltak, a kódutasításnak megfelelően, minden esetben megadtuk, a kódokhoz tartozó válaszok jelentését. A kérdőív adatait Microsoft Excel (2002) programmal rögzítettük. A kérdőívek statisztikai értékelését az SPSS 9.0 program alkalmazásával végeztük (Babbie, 2000). A vizsgálat során kitértünk az alapeloszlások elkészítésére és a kérdőívben használt tesztek (BOS, BOQ, DAS) belső érvényességének meghatározására. A kapott eredmények, mint valószínűségi változók

sztochasztikus kapcsolatának felderítésére és a kapcsolat erősségének vizsgálatára korreláció analízist használtunk. Az egymással összefüggő valószínűségi változók közötti függvénykapcsolat vizsgálatára lineáris regressziót alkalmaztunk. A Burnout fokozatát mérő és a tüneti Burnout kérdőívek egyes kérdéseit,- mint egy-egy változó rendszer elemeit vizsgálva- a faktoranalízis segítségével olyan új bázisváltozókat kerestünk, amelyek a kérdőívek egyes kérdéseivel jól korrelálnak, így is további információkat kaptunk a jelenségről.

Elvégeztük a Burnout személyes és a Burnout tüneti kérdőív tételanalízisét, amellyel célunk a kérdőívek standardizálása volt. A statisztikai számításokat és összehasonlító elemzéseket matematikus segítségével végeztük el.

Saját kutatásomban arra szeretnék választ kapni, hogy a vizsgált populáció esetében milyen hangsúllyal bírnak a kiégés szempontjából a szociodemográfiai (kor, nem, iskolai végzettség, munkakör, beosztás, gyermekek száma, egészségügyben eltöltött idő) tényezők.

Az elméleti részben idézett szerzők a szociodemográfiai faktorok szerepét a kiégés kialakulásában többféle megközelítésben írták le. A kutatások egyik része (Maddi és Kobasa, 1984; Duquette, 1995; Jones és Jonstson, 2000; Bencés, 2006) az említett faktorok befolyásoló szerepét írják le, ugyan akkor más szerzők erről a faktorról azt állítják, hogy nem befolyásolja a kiégést (Payne, 2000; Iacovidis és Fountoulaki, 2003; Pálfi, 2003).

A probléma megközelítéséhez hozzátartozik az is, hogy megvizsgáljuk bizonyos intézményes faktorok, a betegek ellátási formája, osztály típusok, mennyire játszanak szerepet a kiégés kialakulásában. A szerzők az intenzív, az onkológiai, geriátriai osztályokon dolgozó ápolóknál tapasztaltak nagyobb fokú kiégést (Keane és mtsai, 1985; D' Ambrosia, 1987; Jama, 1987; McCraine és mtsai, 1987; Rich és Rich, 1987; Toft, 1989; Boyle és mtsai, 1991). Az intenzív osztályon dolgozó ápolók körében végzett kutatások igazolták, hogy a megfeszített munkatempó, az állandó stressz szituáció, a halál, haldoklás ténye, az ápolói kiégés fontos faktorát képezi (Power és

Sharp, 1988; Bauser, 1992; Buran, 1992; Smoczek, 1993; Morissette, 1993; Schaefer és Moos, 1993; Duquette és mtsai, 1999; Decker, 1997; Pálfi, 2001a; 2001b; 2003).

Mint ismeretes, a diszfunkcionális attitűdök olyan tényezők, amelyek predisponálják az embert szorongásos zavarra, amelyek a kognitív struktúra tartós elemei.

A viselkedést és az emóciókat nagymértékben befolyásolja, hogy a személy hogyan strukturálja önmaga számára a „világot”. Eszerint a szorongásos megbetegedések kognitív pszichológiai felfogásának alapállítása az, hogy a diszfunkció, vagyis a megbetegedés abból adódik, ahogy a személy értelmezi a helyzeteket. Továbbá az adott interpretációból adódó viselkedésmódok is lényeges részét képezik a megbetegedés fennmaradásának. Mivel ugyanazon esemény különböző jelentéssel bírhat az egyes személyek számára és mert a helyzet jelentése határozza meg az emocionális reakció jellegét, a szorongásos/emocionális megbetegedések esetén az egyén a valóság ingereit sajátosan torzítva nem a reális helyzetnek megfelelően (sokszor negatívan) értelmezi (Beck, 1976). A lelki egyensúlyzavarok - különösen a depresszió - szempontjából nemcsak a saját magunkkal és környezetünkkel szemben támasztott elvárások, de az is lényeges tényező, hogy mennyire vagyunk elégedettek saját magunkkal (Kopp és Strabski, 1992).

Kutatásomban továbbá arra is keresem a választ, hogy a diszfunkcionális értékrendszerek milyen kapcsolatban vannak a kiégéssel, milyen összefüggést mutatnak az ápolók fizikai és lelki tüneteivel.

Az elméleti részben a „kiégés” témával kapcsolatos szakirodalmi áttekintést követően kerültek megfogalmazásra feltételezéseim, amelyek bizonyításra szorulnak.

### **2.3 Hipotézisek**

- Az ápolók körében a szociodemográfiai faktorok (kor, nem, iskolai végzettség, családi állapot, gyermekek száma, beosztás, egészségügyben eltöltött idő) befolyásolják a burnout szindróma kialakulását.

- Bizonyos intézményes faktorok (a betegek ellátási profilja, a kórházi osztályok típusai) szerepet játszanak a burnout kialakulásában.
- Bizonyos személyiség faktorok, a burnout kialakulásában szerepet játszanak (diszfunkcionális attitűdök).

### 3. A kutatás eredményei

#### 3.1 A kutatási minták szociodemográfiai adatai és munkahelyi jellemzők szerinti alapeloszlásai

Az alábbiakban a könnyebb összehasonlíthatóság kedvéért párhuzamosan vázoljuk az 1998/1999-ben 232 fő („minta-1”) bevonásával végzett előtanulmány adatait a 2000/2001 év folyamán 805 fővel („minta-2”) végzett kutatási minta adatait. Először a szociodemográfiai, majd a munkahelyi jellemzők szerint vizsgáljuk a populációt.

Szociodemográfiai változók	1998/99 N=232		2000/2001 N=805	
	Fő	%	Fő	%
<b>Nem</b>				
Férfi	38	16,4	49	6
Nő	185	79,7	756	94
Nem közölte	9	3,9	0	0
<b>Összesen</b>	<b>232</b>	<b>100</b>	<b>805</b>	<b>100</b>



<b>Életkor</b>				
31 év alatt	81	34,9	366	45,5
31-45 év között	98	42,3	309	38,4
45 év felett	53	22,8	130	16,1
<b>Összesen</b>	<b>232</b>	<b>100</b>	<b>805</b>	<b>100</b>
<b>Az egészségügyben eltöltött idő</b>				
Kevesebb, mint 11 év	93	40,1	397	49,3
11-20 év között	65	28,0	231	28,7
21-30 év között	58	25,0	125	15,5
Több, mint 31 év	16	6,9	52	6,5
<b>Összesen</b>	<b>232</b>	<b>100</b>	<b>805</b>	<b>100</b>

**1. számú táblázat: A kutatási minták szociodemográfiai adatai 1998/99 és 2000/2001 évben**

Meg kell jegyeznünk, hogy a kor előre haladtával csökken az egészségügyben dolgozók száma. E tény háttérében álló szociológiai és pszichológiai tényezők vizsgálata külön tanulmányt érdemelne.

A 805 fővel („minta-2”) történt vizsgálatban alkalmazott kérdőívekben több szociodemográfiai és munkahelyi jellemzőt vizsgáltunk, mint az előtanulmány („minta-1”) során. Ezzel célunk az volt, hogy a kiégést befolyásoló tényezők minél szélesebb körű vizsgálatát tegyük lehetővé. A („minta-2”) kérdőív tartalmazta a megkérdezettek családi állapotát, gyermekeinek számát, az egyén egészségügyi végzettségét, a főállása mellett esetlegesen végzett egyéb tevékenységet, a bérezésével való elégedettséget, az osztály ellátási formáját, foglalkozott-e pályaelhagyás gondolatával, és folytat-e egészségügyi felsőfokú tanulmányokat.

Szociodemográfiai adatok	2000/2001 N=805	
	Fő	%

<b>Családi állapot</b>		
Hajadon/nőtlen	290	36,0
Férjezett/nős	382	47,5
Elvált	107	13,3
Özvegy	26	3,2
<b>Összesen</b>	<b>805</b>	<b>100</b>
<b>Gyermekek száma</b>		
Gyermektelen	345	43,0
Egy gyermek	194	24,0
Kettő gyermek	214	27,0
Három, vagy több gyermek	52	6,0
<b>Összesen</b>	<b>805</b>	<b>100</b>
<b>Egészségügyi végzettség</b>		
Segédápoló	69	9,0
Ápolási asszisztens	75	9,0
Szakápoló	399	50,0
Ápoló (HÍD)	142	18,0
Intenzív szakápoló	66	8,0
Diplomás ápoló	52	6,0
Nem közölte	2	
<b>Összesen</b>	<b>805</b>	<b>100</b>
<b>Mellékállás ténye</b>		
Van mellékállása	318	40,0
Nincs mellékállása	487	60,0
<b>Összesen</b>	<b>805</b>	<b>100</b>
<b>Az osztály ellátási formája</b>		
Intenzív osztály	374	47,0
Aktív ellátási osztály	155	19,0
Krónikus ellátási osztály	276	34,0
<b>Összesen</b>	<b>805</b>	<b>100</b>
<b>Bérezéssel való elégedettség</b>		
Bérezésével elégedett	55	7,0
Bérezésével elégedetlen	750	93,0
<b>Összesen</b>	<b>805</b>	<b>100</b>
<b>Pályaelhagyás szándéka</b>		
Nem foglalkoztatja	271	34,0
Régebben foglalkoztatta	61	7,0
Néha foglalkoztatja	158	20,0
Foglalkoztatta	255	32,0
Jelenleg is foglalkoztatja	60	7,0
<b>Összesen</b>	<b>805</b>	<b>100</b>
<b>Felmérésben résztvevők aránya</b>		
Hallgató	104	13,0
Nem hallgató	701	87,0
<b>Összesen</b>	<b>805</b>	<b>100</b>

**2. számú táblázat: A kutatási minta szociodemográfiai adatai és munkahelyi, környezeti jellemzők vizsgálata 2000/2001 évben**

Ezen kritériumok szerint a megoszlások a következők:

A válaszokból kiderült, hogy az egészségügyi dolgozók 93%-a, a vizsgált populációban alul finanszírozott.

A bérezés és a pályaelhagyás gondolata a vizsgált populáció esetében szorosan összefügg. A pályaelhagyás gondolatával a megkérdezettek 66 %-a foglalkozott már.

A megkérdezett minta 40%-a végez valamilyen más kereső tevékenységet főállásán túl, hogy megélhetését biztosítani tudja.

Az intenzív ellátási formájú osztályokon és a krónikus osztályokon dolgozók aránya a vizsgált populációban közel azonos.

A („minta-2”), 2000/2001 évben végzett vizsgálat során a mintába bevonásra és feltüntetésre kerültek az egészségügyi felsőoktatási intézményekben levelező szakon tanuló egészségügyi dolgozók is.

A hallgatók bevonásának elsődleges célja az volt, hogy az általunk vizsgált minta ne csak a Dél-dunántúli viszonyokat tükrözze, hanem a vizsgálatba bevont személyek reprezentálják az országos helyzetet.

### 3.2 A Burnout kérdőív eredményei

Az általunk használt Burnout kérdőív célzatosan a burnout szindrómában szenvedő egyén viselkedési mintáira kérdez rá, konkrét élethelyzetekben.

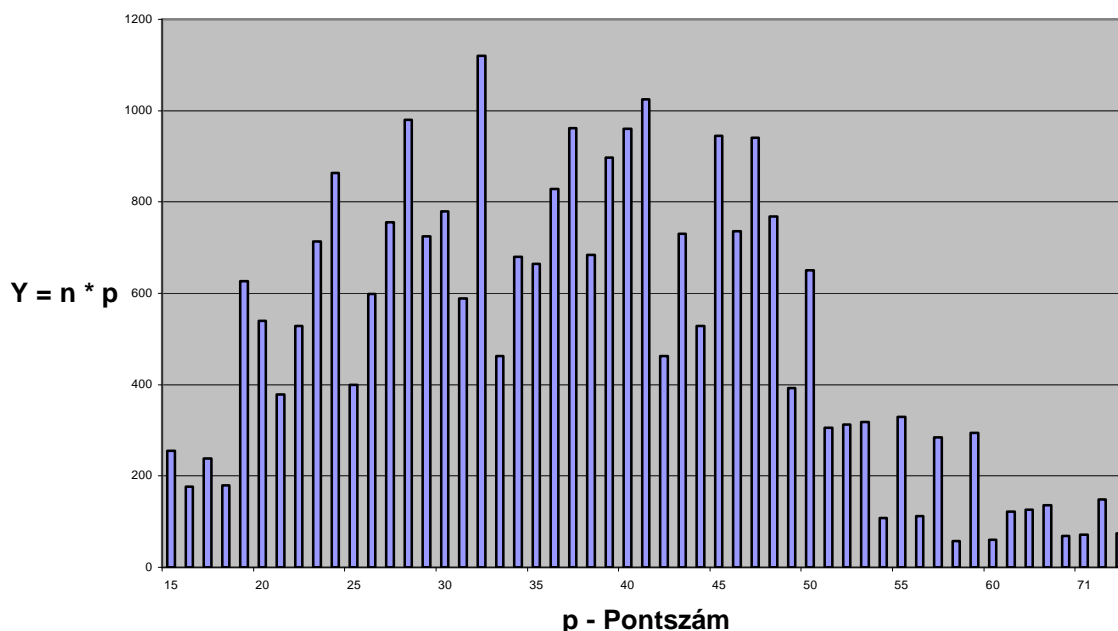
	1998/1999		2000/2001	
	N = 232		N = 805	
	Fő	%	Fő	%
<b>Egészen jól van</b>	77	33,2	237	29,4
<b>Vannak dolgok, amelyekre oda kell figyelnie</b>	69	29,8	244	30,3
<b>Veszélyben van</b>	62	26,7	273	33,9

<b>A kiégetség állapotában van</b>	23	9,9	44	5,5
<b>Gyógyításra szorul</b>	1	0,4	7	0,9
<b>Összesen</b>	232	100	805	100

### 3. számú táblázat: A burnout szindróma intenzitásának fokozatai a vizsgált időpontban

Habár a Burnout kérdőív már ellenőrzött, mi is elvégeztük a belső érvényességének vizsgálatát. A kérdőív belső érvényességét mindkét vizsgálatban Cronbach-alfa indexszel végeztük. A kapott értékek közel azonosak: az 1999-ben végzett (minta-1) előtanulmány burnout tesztjének alfa indexe 0,8961, míg a 2000-es (minta-2) vizsgálaté 0,8768 volt. A kapott értékek azt tükrözik, hogy a teszt egyes kérdései jól illeszkednek a skálába. A vizsgálatban a megkérdezettek közel egy harmada a kiégés szempontjából veszélyeztetett állapotban van, 5,5 %-a a kiégetség tüneteit mutatja, megközelítőleg 1%-a olyan súlyos állapotban van, hogy gyógyításra szorul. Érdeemes elgondolkoznunk ezen, hogy e mögött mennyi szenvedés és személyes tragédia áll.

Megvizsgáltuk a Burnout kérdőív összpontszám eloszlását is, melyet a 7. ábrán szemléltetünk:



7. számú ábra: Burnout kérdőív összpontszám eloszlása

Az ábrán **n**-nel jelöltük azoknak a megkérdezetteknek a számát, akik **p** pontszámot értek el.

Az ábráról leolvasható, hogy egy adott pontszámot hányan értek el. Az összpontszámok eloszlása láthatóan jól követi a normál eloszlást.

A Burnout kérdőív több változós elemzése során célunk volt, az egyes kérdéseket kisebb csoportokba foglalni, sőt olyan egymástól független új változókat alkotni az egyes kérdésekből, melyek mindegyike jól korrelál az összes kérdéssel, és együtt „lefedik” a teljes kérdőívet. Célunk elérésére faktoranalízist alkalmaztunk, melynek eredményei alapján nem kellett félnünk attól, hogy hamis következtetésre jutunk, hiszen az egyes kérdések között szoros empirikus összefüggés van. Az így kapott eredményünk a következő:

2000/2001	Faktorok		
	1	2	3
Kimerült	0,689	-0,185	-0,174
Feszült	0,429	-0,039	-0,453
Fáradt	0,644	0,130	-0,047
Kiábrándult	0,636	-0,029	-0,196
Szomorú	0,713	0,075	-0,279
Feledékeny	0,561	-0,209	-0,179
Ingerlékeny	0,690	-0,222	-0,277
Zárkózott	0,527	-0,380	0,487
Elfoglalt	0,540	-0,459	0,492
Fejfájás	0,647	-0,211	-0,005
Dekonzentrált	0,691	-0,188	0,085
Nem tud örülni	0,723	0,294	0,079
Komor	0,543	0,544	0,167
Fárasztja a szex	0,528	0,436	0,301
Nincs mondanivalója	0,525	0,517	0,092

#### 4. számú táblázat: A Burnout kérdőív faktor elemzése

Az egyes kérdések és a három faktor közötti korreláció vizsgálata alapján a három új bázisváltozót az alábbiakkal jellemezhetnénk:

1 = Kifáradás testileg és szellemileg, kiábrándultság;

2 = Képtelen a kikapcsolódásra, nem tud lazítani, feszült;

3 = Alapvető szociális kapcsolatok elvesztése, és ezek hiánya a túlzott munkatempó miatt.

E faktorok kumulatív magyarázó ereje a faktortérben 37%, 47% és 54%, azaz e három faktor közül az 1. faktor (kifáradás) 37%-ban magyarázza a kiégettséget, a 2. faktor

(feszültség) 47%-ban, míg a 3. faktor (szociális kapcsolatok hiánya) 54%-ban felelős a kiégettség állapotáért.

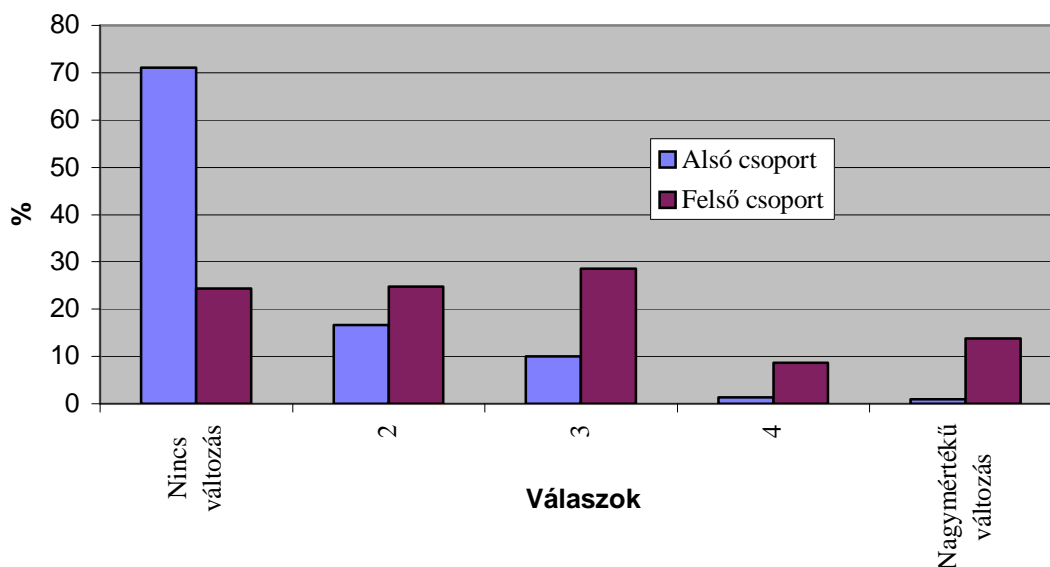
Ez a három tulajdonság tapasztalataink alapján is nagyon jól jellemzi a kiégetést, melyet most számításaink is alátámasztanak.

A Burnout kérdőív tételanalízise során azt a hipotézist vizsgáltuk tételről tételre, hogy azok, akik az adott tünetre a kiégettség tünetét mutatták vagy nem mutatták a válaszaik alapján, az összes többi tételben is hasonló tendenciával válaszoltak-e? A mintát az összpontszám szerint az alsó 25%-ba tartozókra és a felső 25%-ba tartozókra osztottuk fel, és a két csoportba tartozók válaszait hasonlítottuk össze  $\chi^2$  próbával. Minden tételben teljesült a hipotézis, a szignifikancia kisebb volt, mint 0,01. Eredményünket egy példával illusztráljuk.

A Burnout kérdőív összpontszáma szerint kiválasztottuk az összes megkérdezett közül azt a 221 embert, aki a legkevesebb pontszámot érte el, őket nevezzük alsó csoportnak. Ezután kiválasztottuk azt a 210 embert, aki a legtöbb pontot kapta, ők legyenek a felső csoport. A vizsgálathoz egy kérdést emeltünk ki a kérdőívből. Arra a kérdésünkre, hogy "Könnyebben elfárad-e, inkább kimerültnek érzi magát, mint energikusnak?"-a következő eloszlású válaszokat kaptuk:

2000/2001		Nincs változás	2	3	4	Nagymértékű változás	Összesen	
N = 805	Alsó csoport	Fő	157	37	22	3	2	221
		%	71,0	16,7	10,0	1,4	0,9	100
	Felső csoport	Fő	51	52	60	18	29	210
		%	24,3	24,8	28,6	8,6	13,8	100

**5. számú táblázat: A Burnout kérdőív első kérdésére (Könnyebben elfárad?...) adott válaszok megoszlása**



**8. ábra: „Könnyebben elfárad, .....?” című kérdésre adott válaszok eloszlásának grafikus ábrázolása**

Az alsó–felső quartilis megoszlását mindenütt szignifikánsnak találtuk, ami azt jelenti, hogy az alsó csoport tagjai a kiemelt kérdésre jellemzően alacsony pontszámú választ adtak, míg a felső csoport tagjai közül sokkal többen jelöltek magas pontszámot az adott tünetre. A számszerű adatokat az 5. táblázat és a 8. ábra szemlélteti.

Továbbiakban a Burnout kérdőív összpontszámát összehasonlítottuk a szociodemográfiai adatok közül a korrall, a beosztással és a munkavisztonnyal, valamint a szociodemográfiai adatokat is egymással a korreláció szempontjából. Eredményül a következőket kaptuk:



	Burnout kérdőív			
	1998/1999		2000/2001	
	N = 232		N = 805	
	Korreláció	Szignifikancia	Korreláció	Szignifikancia
<b>Kor</b>	0,099	0,133	0,048	0,172
<b>Beosztás</b>	-0,120	0,068	-0,026	0,470
<b>Munkaviszony</b>	0,008	0,900	0,032	0,370

**6. számú táblázat: Burnout kérdőív - személyes adatok korrelációja**

Ezekből az összehasonlításokból kitűnik, hogy a Burnout kérdőív összpontszámával sem a kor, sem a munkaviszony, sem a beosztás önmagában nem korrelál, ugyanezt a megállapítás írta le kutatásában (Payne, 2000; Iacovidis és Fountoulaki, 2003).

A személyes adatok és a burnout kérdőív összpontszáma, mint valószínűségi változók közötti függvénykapcsolat vizsgálatára lineáris regressziót alkalmaztunk. A regressziós egyenlet független változói a személyes adatok, a függő változó a burnout teszt összpontszáma.

Az 1998/1999-es elővizsgálat („minta-1”) esetében a kérdőív lényegesen kevesebb olyan személyes adatra kérdezett rá, amelyek függvényében a kiégés vizsgálható volt.

<b>Együtthatók</b>	<b>Standardizálatlan</b>	<b>Standardizált</b>	<b>Szignifikancia</b>
<b>Független</b>	<b>együtthatók</b>	<b>együtthatók</b>	
<b>Változók</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	
<b>Konstans együttható</b>	26,775	0,000	0,000
<b>Beosztás</b>	-1,071	-0,094	0,169
<b>Életkor</b>	2,527	0,156	0,087
<b>Munkaviszony</b>	-1,115	-0,088	0,341
<b>Nem</b>	4,074	0,171	0,009**

**\*\*P < 0,01**

#### **7. számú táblázat: Regressziós együtthatók - 1998/1999 évben 232 fő esetében**

A táblázat adataiból látható, hogy az általunk ebben az esetben vizsgált személyes adatok közül csak a nem korrelál a burnout kérdőív összpontszámával, ezért sem a kor, sem a munkaviszony, sem pedig a beosztás nem is használható regressziós egyenlet független változóiként. A vizsgált populációban a férfiak aránya 16,4%, míg a nőké 79,7% volt. E miatt az aránytalanság miatt a nemiség szerepéről a kiégésben nem szabad messzemenő következtetéseket levonnunk. Részben ez is indokolta, hogy a részletesebb, - 805 fő („minta-2”) bevonásával végzett kutatás során - ezeken a személyes változókon kívül még más, feltételezhetően a kiégés fokát befolyásoló adatra rákérdeztünk.

<b>Együtthatók</b>	<b>Standardizálatlan</b>	<b>Standardizált</b>	<b>Szignifikancia</b>
<b>Független</b>	<b>együtthatók</b>	<b>együtthatók</b>	
<b>Változók</b>	<b>B</b>	<b>β</b>	
<b>Konstans együttható</b>	26,778	0,000	0,000

<b>Beosztás</b>	-1,001	-0,046	0,229
<b>Bérezéssel való elégedettség</b>	1,815	0,043	0,221
<b>Családi állapot</b>	-0,092	-0,029	0,544
<b>Az osztály ellátási formája</b>	-1,321	-0,104	0,004**
<b>Gyermekek száma</b>	0,144	0,046	0,194
<b>Felsőoktatásban részt vesz-e</b>	1,388	0,041	0,253
<b>Életkor</b>	0,104	0,095	0,109
<b>Mellékállása van-e</b>	-1,928	-0,084	0,020*
<b>Munkaviszony</b>	-0,015	-0,014	0,814
<b>Nem</b>	1,940	0,041	0,246
<b>Pályaelhagyás foglalkoztatja-e</b>	0,219	0,072	0,041*
<b>Végzettség</b>	0,011	0,005	0,918

\*  $P < 0,05$ , \*\*  $P < 0,01$

### 8. számú táblázat: Regressziós együtthatók - 2000/2001 évben 805 fő esetében

Egyrészt a 805 fővel („minta-2”) végzett vizsgálat alátámasztja az előkutatás arra vonatkozó adatait, hogy a szociodemográfiai tényezők egyike sem befolyásolja lényegesen a kiégettség mértékét. Maddi és Kobasa, (1984); Duquette, (1995) kutatásából viszont az derült ki, hogy a szociodemográfiai tényezők befolyásolják a kiégés mértékét. Így többek között a kor, a nem, a munkakör, valamint a munkában töltött évek száma volt hatással a kiégésre, kivételt képezett a megkérdezett populáció gyermekeinek száma. Jones és Johnston, (2000) viszont az életkort jelölte meg, mint kiégést befolyásoló tényezőt.

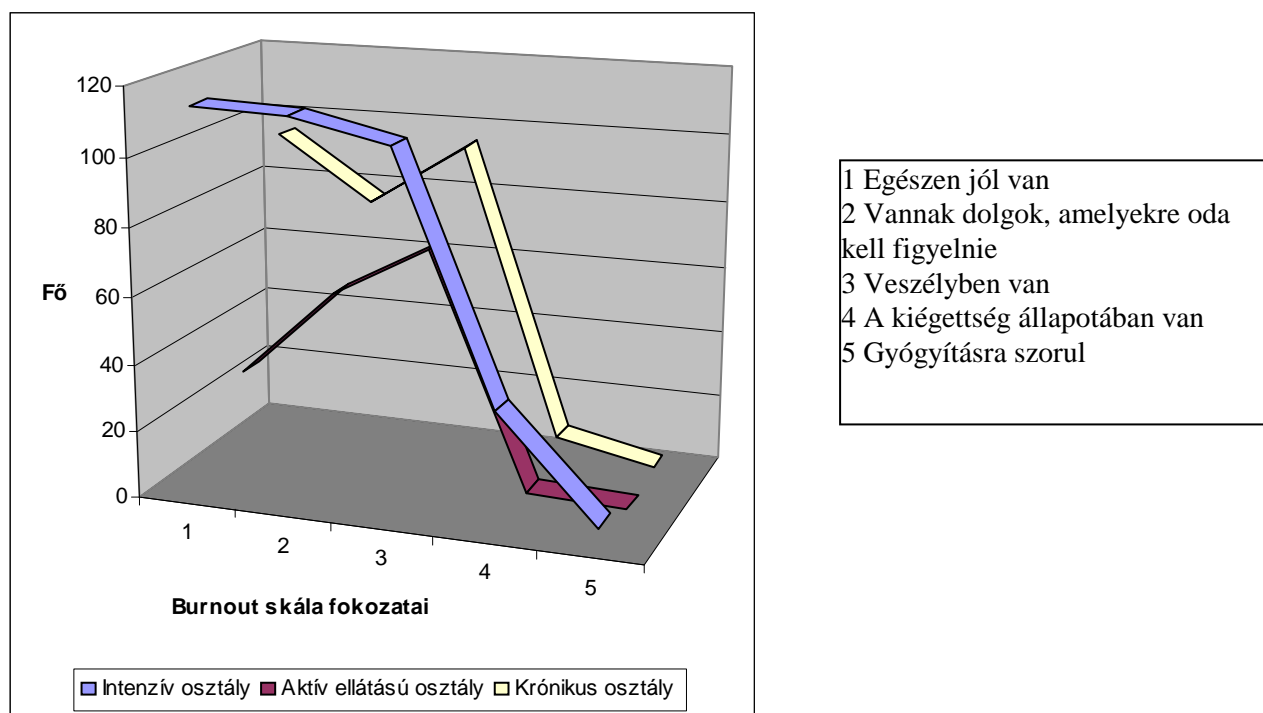
Másrészről viszont a munkahelyi jellemzők, a kórházi osztály ellátási formája, valamint a főálláson túl végzett melléktevékenység és a pályaelhagyás gondolata szignifikáns összefüggést ad a kiégettséggel.

– Az ellátás formája

Az összpopuláció burnout skála szerinti eloszlását erre az eredményre alapozva szétbontottuk a különböző ellátási formájú osztályokon dolgozókra.

N = 805	Intenzív osztályon dolgozók		Aktív ellátású osztályon dolgozók		Krónikus osztályon dolgozók	
	Fő	%	Fő	%	Fő	%
Egészen jól van	114	30,5	28	18,1	95	34,4
Vannak dolgok, amelyekre oda kell figyelnie	113	30,2	55	35,5	76	27,6
Veszélyben van	107	28,6	71	45,8	95	34,4
A kiégettség állapotában van	35	9,4	1	0,6	8	2,9
Gyógyításra szorul	5	1,3	0	0	2	0,7
Összesen	374	100	155	100	276	100

**9. számú táblázat: A különböző ellátási osztályokon dolgozók kiégettségi aránya 2000/2001 évben**



**9. ábra: Kiégettségi arány a különböző ellátási osztályokon 2000/2001 évben**

A szám adatok eloszlása balra tolt Gausz-görbét ad. Az egyes burnout fokozatok közötti százalékos arányokból is kitűnik, hogy az intenzív ellátási formájú osztályokon dolgozók között magasabb a kiégettség aránya. Az intenzív ellátási formájú

osztályokon dolgozók között a „kiégettség állapotában levők” és a „gyógyításra szorulóknak” együttes aránya 10,7% (40 fő), míg ugyanez az arány a krónikus osztályokon dolgozók között 3,6% (10 fő). Az intenzív osztályon dolgozó ápolók körében végzett kutatások igazolták, hogy a megfeszített munkatempó, az állandó stressz szituáció, a halál, haldoklás ténye, az ápolói kiégés fontos faktorát képezi (Power és Sharp, 1988; Bauser, 1992; Buran, 1992; Smochek, 1993; Morissette, 1993; Schaefer és Moos, 1993; Duquette és mtsai, 1999; Decker, 1997; Pálfi, 2001a; 2001b; 2003).

Az intenzív betegellátás területén dolgozók jelentős fizikai és pszichés megterhelésnek és számos stressz helyzetnek vannak kitéve munkájuk során. Ezt igazolja Goodfellow és mtsai, (1997), Gladys és mtsai, (2002) kutatása is, akik az intenzív osztályon, valamint más jellegű osztályon dolgozók stressz terheltségét vizsgálták. A legnagyobb stresszforrást a munkájuk jellege és az ellátandó betegek súlyossági foka jelentette (Kelly és Cross, 1985; Boumans és Landeweerd, 1994; Hays és mtsai, 2006).

Az emberi szenvedés látványa, a súlyos életveszélyes állapotú betegek ápolása, valamint az állandó készenlét egyaránt megterhelő a személyzet számára. Arra is tekintettel kell lenni, hogy a halálozási arány az intenzív osztályokon magasabb, mint az általános osztályokon. A beteg halála különösen fájdalmasan érinti a személyzetet akkor, ha hosszú ideig küzdöttek az életéért és a segítség mégis hiábavaló volt. Az intenzív betegellátásban a fentiekén kívül stressz hatásként jelentkeznek olyan etikai dilemmák, mint a kadáver szervdonáció kérdése, és a terminális állapotú betegek esetén az életmentő beavatkozások és kezelések folytatása, a korlátozott források elosztása. Ezek a vitatott kérdések a személyzet emocionális megterhelését nagymértékben fokozzák.

Krónikus osztályon dolgozók esetében (geriátria, ápolási osztály, onkológia) szintén meghatározó tényezői lehetnek a kiégésnek, ha az ellátottak problémái lehangolóak és érzelmi megterhelők (haldokló betegek, magatehetetlen, mentálisan súlyosan retardált betegek). Az ilyen munka, gyakrabban eredményez reménytelenséget, csüggedést, mint az olyan munkák, melyek egy egyértelmű cél elérésére irányulnak

(Maslach és Pines, 1977; Chung és Corbett, 1988; Toft, 1989; Papadatoau, 1994; Pálfi, 2003; Hegedűs és Riskó, 2006).

Saját kutatási eredmények is azt igazolják, hogy a krónikus ellátású osztályokon a kiégés állapotában lévők és a gyógyításra szorulóknak aránya (3,6% 10 fő) az intenzív ellátási formájú osztályok eredményei után a legmagasabbak.

– A főálláson túl végzett melléktevékenység befolyásoló hatása a kiégésre

Az összpopuláció (805 fő) esetében az ápolók 40%-a végez egyéb tevékenységet a főálláson kívül. A beteg mellett elszenvedett nehéz fizikai és lelki teher során a megélhetésért vívott harc másodállásban egy idő után kikezdheti az ápolók egészségét. Ez a tény az ápolókat fáradttá, kiegyensúlyozatlanná teszi. Nincs idő a rekreációra, a családra és saját magára. A főálláson túl végzett munka esetén az érzelmi kimerülés és a személyes teljesítmény csökkenés magas értékeket mutatott ápolókkal készült felmérésben (Bencés, 2006).

A szegedi (201 fő) és vajdasági (253 fő) ápolók élet-és munkakörülményeit vizsgálták Piczil és mtsai, (2005), akik arra a kérdésre, hogy - bevételeik növelése érdekében végeznek-e más munkát a megkérdezettek?- a következő választ adták. A munkaidőn túl, de a szakmában tevékenykedik a szegedi nővéreknek 9,2%-a, jövedelem kiegészítés céljából máshol végez melléktevékenységet 31,6%-a.

A szabadkai nővéreknek 9,1%-a szakmabeli munkával jut jövedelemhez, míg 22,9%-a más jellegű munkával jut munkabéren túl jövedelemhez. Mind a munkahelyen végzett tevékenység, mind a munkaidőn túl végzett munka rányomja bélyegét az egészségi állapotuk milyenségére. Rossznak ítéli fizikai és mentális egészségi állapotát a magyar válaszadók 8,2%-a, a szabadkai megkérdezettek 4,3%-a vélekedett így.

Súlyos betegek kezelésére vagy gondozására vállalkozó ápolók (hospice, onkológia, mozgásszervi rehabilitáció) túlterheltségére utal az a tény, hogy a kimerítő főfoglalkozásukon túl, még más munkát is kénytelenek vállalni, hogy családjukat vagy magukat fenn tudják tartani. Ez azt jelenti, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó ápolók 20,7%-ának van kettő vagy annál több munkahelye (Hegedűs és mtsai, 2004)

A kiégéssel kapcsolatos vizsgálatok számos esetben bizonyították a pályaelhagyás tényét ápolók körében. Aiken és mtsai, (2001) metaanalízise alapján vezető gazdasági hatalommal és fejlett egészségügyi rendszerrel rendelkező országok, mintegy 43000 ápolójára kiterjed vizsgálat alapján, az ápolók 20-30%-a tervezi, hogy egy éven belül elhagyja az ápolói pályát.

A saját kutatás során a pályaelhagyás gondolatának szignifikanciáját a burnout kérdőív összpontszámával elkülönítve értékeltük az ellátási forma és a melléktevékenység szignifikanciájától. Az eredmények azt mutatják, hogy a pályaelhagyás gondolata szoros összefüggésben van a kiégéssel. Az egészségügyi szakmából való kilépés a megkérdezettek 66%-át jellemezte a jelenben vagy az elmúlt időszakban, míg 34% vallotta azt, hogy ezzel a gondolattal még nem foglalkozott. A nyugat-európai és amerikai ápolók estében is hasonló a helyzet, csaknem kétharmaduk jelezte, ha nem javulnak a munkafeltételek, nem csökkentik a sok túlórázást, nem szeretnék tovább folytatni az ápolói pályát (Coombe és mtsai, 2006). Az egészségi állapotukat veszélyeztető fizikai és lelki igénybevétel miatt hagyná el a pályát az ápolók egy része (Demerouti, 2000; Pikó, 2002; McGrait és mtsai, 2003; Piczil és mtsai, 2005; Bencés, 2006).

Hajagos és mtsai, (2006) diplomás egészségügyi szakembereket, 204 orvosnőt és 205 diplomával rendelkező ápolót kérdezett meg a pályaelhagyásról. A válaszadók egytizede sokszor gondolt már arra, hogy elhagyja a választott hivatását és közel fele ritkán ugyan, de gondolt rá. A minta 24%-a tervezi, hogy külföldön folytatja hivatása gyakorlását, közülük 13% már lépéseket is tett terveinek megvalósítása érdekében. A diplomás szakemberek nagy része a kilátástalan jövő, az alacsony bérek miatt vállalna külföldön munkát és ott kamatoztatná szakmai tudását.

A kutatás során szeretnénk volna megvizsgálni a bérezéssel való elégedettség és a kiégettség foka közötti kapcsolatot. Ez azért bizonyult lehetetlennek, mert az összpopuláció 93%-a vallotta azt, hogy a bérezésével elégedetlen, míg összesen 7% volt elégedett. Ezek a számadatok nem teszik lehetővé a kérdés beható vizsgálatát,

mert a két csoport létszáma között túl nagy az eltérés. Elégedetlenek a bérezésükkel, túlságosan alacsonynak tartják fizetésüket, így az anyagi megbecsülés hiánya is jelentős stresszorként merül fel a kiegész szempontjából (Masterson-Allen, 1985; Power és Sharp, 1988; Seymour és Buscherhof, 1991; Pikó és Piczil, 2000; Pálfi, 2002; Piczil és mtsai, 2005).

### 3.3 A személyes Burnout tüneti kérdőív eredményei – fizikai és lelki tünetek elemzése

A skála belső érvényességét mindkét vizsgálati mintánál Cronbach-alfa indexszel számoltuk ki. Az első vizsgálat 1998/1999 évben 232 főnél burnout tüneti kérdőívének alfa indexe 0,9245, míg a második vizsgálaté 2000/2001 évben 805 főnél 0,9041 volt, amely statisztikailag elfogadható.

A burnout tüneti kérdőív esetében is megpróbáltunk faktoranalízis segítségével az egész kérdőívre jellemző, új, egymástól független változókat alkotni, jelen esetben ez négy új bázisváltozót jelent:

2000/2001 évben	Faktorok			
	1	2	3	4
Ingerlékenység	0,665	-0,302	-0,123	0,093
Szívdobogás érzés	0,495	0,209	-0,264	0,088
Szájszárazság	0,513	0,150	-0,064	-0,220
Düh	0,638	-0,390	0,031	-0,014
Sírási kényszer	0,646	-0,354	0,102	-0,002
Dekoncentrálttság	0,596	-0,190	0,208	-0,160
Figyelmetlenség	0,444	0,161	0,320	-0,201
Gyengeség	0,650	-0,003	-0,065	-0,244
Fáradtság	0,672	-0,303	-0,071	0,049
Szorongás	0,630	-0,247	-0,062	0,062
Izgatottság	0,723	-0,307	-0,062	0,089



<b>Idegesség</b>	0,591	0,001	0,155	0,006
<b>Félelem</b>	0,487	0,012	0,104	-0,447
<b>Idegesség</b>	0,428	0,034	0,462	-0,110
<b>Beszédproblémák</b>	0,503	0,033	0,158	0,105
<b>Fogcsikorgatás</b>	0,231	0,317	0,388	0,036
<b>Alvási problémák</b>	0,589	-0,120	-0,241	0,021
<b>Nyugtalanság</b>	0,617	-0,126	0,223	-0,019
<b>Verejtékezés</b>	0,510	0,301	-0,039	0,013
<b>Gyakori vizeletürítési inger</b>	0,450	0,440	-0,013	-0,216
<b>Émelygés</b>	0,514	0,386	-0,149	-0,089
<b>Hányás</b>	0,230	0,401	0,096	-0,013
<b>Hátfájás</b>	0,519	0,149	-0,415	0,009
<b>Menstruációs zavar</b>	0,453	0,088	-0,273	0,113
<b>Migrén</b>	0,390	0,251	-0,351	-0,048
<b>Testsúly problémák</b>	0,542	0,103	-0,118	0,126
<b>Túlzott dohányzás</b>	0,350	0,044	0,043	0,500
<b>Gyógyszerfüggőség</b>	0,494	0,244	-0,075	0,330
<b>Alkoholizálás</b>	0,302	0,207	0,411	0,548
<b>Rémálmok</b>	0,562	0,095	0,146	-0,082

### 10. számú táblázat: A Burnout tüneti kérdőív faktoranalízise

A táblázat elemzése után a négy bázisváltozót a következőképpen neveztük el:

1 = Neurotikus tünetek

(túlzott szorongás, menekülési vágy, idegesség, depresszió, nyugtalanság)

2 = Emésztési zavarok

(gyakori vizeletürítési inger, hasmenés, gyomorémelygés, hányás)

3 = Viselkedésbeli zavarok

(zavarodott, feszült viselkedés; mód keresése a feszültség oldására)

4 = Pótcselekvések, kényszerfüggőségek

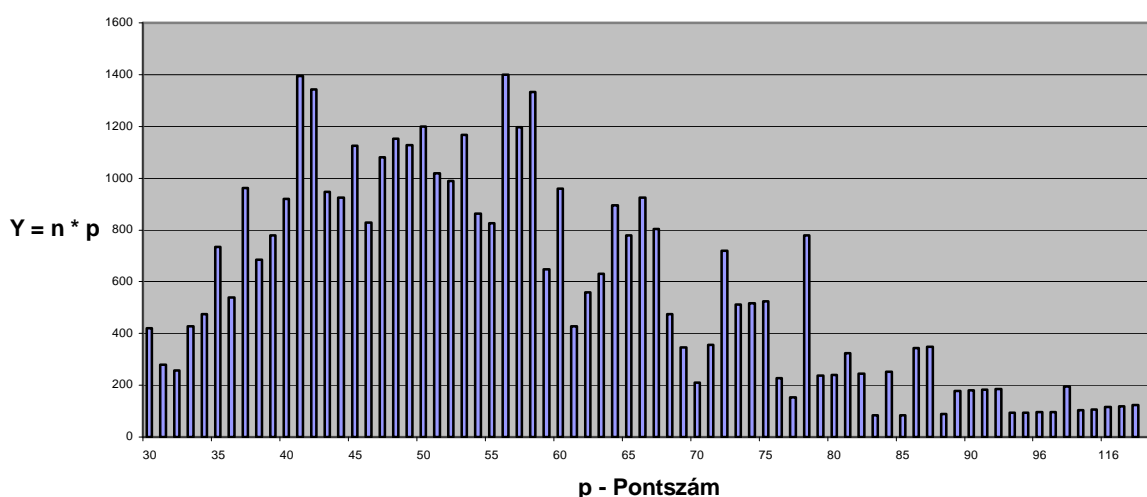
(fokozott dohányzás, alkoholfogyasztás, izgatószereszedése)

E faktorok kumulatív magyarázó ereje a faktortérben 28%, 34%, 38% és 42%, azaz az 1. faktor (neurotikus tünetek) 28%-ban, a 2. faktor (emésztési zavarok) 34%-ban, a 3. faktor (viselkedésszerű zavarok) 38%-ban és a 4. faktor (pótcselekvések) 42%-ban magyarázzák a kiégést.

A Burnout tüneti, fizikai tünetlista e négy bázisváltozója között látszólag több az átfedés, de gondoljunk arra, hogy gyökeresen más problémák okozhatják ugyanazt a fizikai tünetet (pl. migrénes hányás – emésztési problémák, okozta hányás – ideges hányás). A négy változó megnevezésekor próbáltunk az adott fizikai panaszok mögött álló valós tünetre rávilágítani.

A burnout tüneti kérdőív tételanalízisét is elvégeztük, ahol teljesen hasonló eredményt kaptunk, mint a burnout kérdőív tételanalízisekor, azaz, hogy az alsó csoport tagjai a kiemelt kérdésre jellemzően alacsony pontszámú választ adtak, míg a felső csoport tagjai közül sokkal többen jelöltek magas pontszámot az adott tünetre.

Megvizsgáltuk a burnout tüneti kérdőív összpontszám eloszlását, melyet a 10. ábrán szemléltetünk:



**10. ábra: Burnout tüneti kérdőív összpontszám eloszlása**

A burnout kérdőívhez hasonlóan itt is **n**-el jelöltük azon megkérdezettek számát, akik a burnout kérdőív kitöltésekor **p** pontszámot értek el. Az ábrán jól látható, hogy az

eloszlás görbéje a Gauss-görbéhez hasonló. Az ábráról leolvasható, hogy egy adott pontszámot hányan értek el. Az összpontszámok eloszlása láthatóan jól követi a normál eloszlást. Mindkét vizsgálatban elvégeztük a Burnout tüneti kérdőív összpontszámának korreláció vizsgálatát a Burnout kérdőív kérdőív eredményeinek összpontszámával. Az eredmények a következők:

<b>Burnout kérdőív – Burnout tüneti kérdőív</b>		
	<b>1998/1999</b>	<b>2000/2001</b>
<b>Korreláció</b>	0,619	0,656
<b>Szignifikancia</b>	0,000	0,000

### **11. számú táblázat: Burnout kérdőív - Burnout tüneti kérdőív korreláció**

A táblázatból szemléletesen látható, hogy a Burnout kérdőív összpontszáma jól korrelál a Burnout tüneti kérdőív összpontszámával, az összehasonlítás szignifikancia szintje  $p < 0,001$  mindkét esetben.

A burnout tüneti kérdőív két részre osztható, fizikai és lelki tünetekre. A kérdőívben belül a 30 feltett kérdés közül 15 a fizikai, 15 pedig a lelki tünetekre kérdezett rá. Az analízis kapcsán a burnout tüneti kérdőívben azt is vizsgáltuk, hogy a lelki illetve a fizikai tünetekre vonatkozó kérdések önálló kérdőívként hogyan funkcionálnának. Mindkét esetben megnéztük, hogy Cronbach-alfa index hogyan alakul a vizsgálati mintákban.

A burnout tüneti kérdőív szintén standardizált, de mi is ellenőriztük a belső érvényességét. Az elővizsgálatnál a 232 fő („minta-1”) esetében a burnout tüneti kérdőív lelki tünetekre vonatkozó kérdéseinél az alfa index 0,9020, míg a fizikai tünetekre vonatkozó alfa index 0,8166 volt.

A 805 fővel (minta-2) történt vizsgálatnál az említett adatok a lelki tünetekre vonatkozó kérdések tekintetében,  $\alpha = 0,8635$ , a fizikai tünetekre vonatkozó  $\alpha = 0,8041$  volt, ami mindkét minta esetében azt jelenti, hogy a két részkérdőív belső érvényessége megfelelő.

Elvégeztük a faktoranalízist a két részkérdőívre is. Eredményül a következőket kaptuk:

<b>2000/2001</b>			
<b>N = 805</b>			
<b>Lelki tünetek</b>	<b>Faktorok</b>		
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Ingerlékenység</b>	0,708	-0,237	-0,262
<b>Düh</b>	0,709	-0,270	-0,092
<b>Sírási kényszer</b>	0,726	-0,220	-0,027
<b>Dekoncentráció</b>	0,642	-0,086	0,209
<b>Fáradtság</b>	0,709	-0,205	-0,196
<b>Szorongás</b>	0,670	-0,122	-0,036
<b>Izgatottság</b>	0,762	-0,177	-0,135
<b>Félelem</b>	0,479	-0,018	0,534
<b>Ideges nevetés</b>	0,452	0,322	0,490
<b>Beszédproblémák</b>	0,496	0,259	0,156
<b>Nyugtalanság</b>	0,647	0,066	0,133
<b>Túlzott dohányzás</b>	0,354	0,342	-0,434
<b>Gyógyszerfüggőség</b>	0,470	0,399	-0,246
<b>Alkoholizálás</b>	0,322	0,696	-0,172
<b>Rémálmok</b>	0,560	0,169	0,153

### 12. számú táblázat: Burnout tüneti kérdőív lelki tüneteinek faktoranalízise

Várakozásunknak megfelelően hasonlóan a teljes Burnout tüneti kérdőív bázisváltozóihoz, a lelki tünetlista három bázisváltozója a következő:

1 = Neurotikus tünetek

(Nyugtalanság, depresszió, idegesség)

2 = Pótcselekvések, kényszerfüggőségek

(fokozott dohányzás, alkoholfogyasztás, izgatószereszedése mellett, hogy a burnout egyéb tünete alacsony értékkel szerepelnek)

3 = Viselkedései zavarok közül magas értékkel szerepel a félelem

(zavaros, feszült viselkedés; mód keresése a feszültség oldására)

A faktorok kumulatív százalécai sorrendben a következők: 36%, 44% és 51%, azaz az 1. faktor (neurotikus tünetek) 36%-ban, a 2. faktor (pótcselekvések) 44%-ban, a 3. faktor (félelem) 51%-ban magyarázzák a kiégést. (12. táblázat)

Ugyanezt a vizsgálatot elvégeztük a fizikai tünetlistára is.

<b>2000/2001</b>				
<b>N = 805</b>				
<b>Fizikai tünetek</b>	<b>Bázisváltozók</b>			
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	
<b>Szívdobogás érzés</b>	0,580	-0,093	-0,242	
<b>Szájszárazság</b>	0,577	0,021	-0,369	
<b>Figyelmetlenség</b>	0,446	0,196	-0,315	
<b>Gyengeség</b>	0,661	-0,149	-0,193	
<b>Idegesség</b>	0,576	0,100	-0,330	
<b>Fogcsikorgatás</b>	0,268	0,598	0,042	
<b>Alvási probléma</b>	0,564	-0,258	0,033	
<b>Verejtékezés</b>	0,576	0,143	-0,105	
<b>Gyakori vizeleti inger</b>	0,560	0,301	0,047	
<b>Émelygés</b>	0,617	0,129	0,226	
<b>Hányás</b>	0,307	0,549	0,394	
<b>Hátfájás</b>	0,599	-0,395	0,015	
<b>Menstruációs zavar</b>	0,491	-0,285	0,376	
<b>Migrén</b>	0,468	-0,129	0,467	
<b>Étkezési problémák</b>	0,566	-0,145	0,253	

**13. számú táblázat: Burnout tüneti kérdőív fizikai tüneteinek faktoranalízise**

A táblázat elemzéséből nyert három új bázisváltozó a következő:

1 = Nyugtalanság, idegesség, ingerlékenység okozta testi tünetek

(magas vérnyomás, balesetek, gyengeség, remegés, álmatlanság, verejtékezés, hátfájás...)

2 = Folytonos feszültség, lazításra való képtelenség okozta fizikai tünetek

(fogcsikorgatás, ideges hányás)

3 = Migrén

(migrénes fejfájás és hányás)

A faktorok kumulatív százalécai sorrendben a következők: 29%, 37% és 44%, azaz az 1. faktor (nyugtalanság testi tünetei) 29%-ban, a 2. faktor (feszültség testi tünetei) 37%-ban, a 3. faktor (migrén) 44%-ban magyarázzák a kiégést. (13. táblázat)

A két különálló kérdőívnek (fizikai és lelki tünetek) megnéztük a korrelációját a burnout kérdőív összpontszámával mindkét vizsgálati mintánál.

<b>Burnout-Burnout mentális tünetlista</b>	<b>1998/1999</b> N=232	<b>2000/2001</b> N=805
Korreláció	0,573	0,645
Szignifikancia	0,000	0,000

**14. számú táblázat: Burnout kérdőív és lelki tünetlista korrelációja**

<b>Burnout-Burnout szomatikus tünetlista</b>	<b>1998/1999</b> N=232	<b>2000/2001</b> N=805
Korreláció	0,612	0,574
Szignifikancia	0,000	0,000

**15. számú táblázat: Burnout kérdőív és a fizikai tünetlista korrelációja**

A 232 főnél (minta-1) és a 805 főnél (minta-2) végzett vizsgálat esetében mind a lelki, mind a fizikai tünetek összpontszáma jól korrelál a burnout kérdőív összpontszámával. A szignifikancia szint mindkét esetben  $p < 0,01$ .

Elvégeztük a lelki és fizikai tünetekre vonatkozó kérdőívek összehasonlítását az életkorral is.

	Életkor			
	1998/1999 N = 232		2000/2001 N = 805	
	Korreláció	Szignifikancia	Korreláció	Szignifikancia
<b>Szomatikus tünetlista</b>	0,008	0,899	0,037	0,301
<b>Mentális tünetlista</b>	-0,049	0,455	-0,045	0,200

**16. számú táblázat: Életkor és a Burnout tüneti alkérdőívek korrelációja**

A táblázatból látható, hogy az életkor önmagában nem korrelál sem a fizikai, sem a lelki tünetlistával. Ez az eredmény is alátámasztja azt a megfigyelésünket, hogy a burnout szindróma kialakulásában az életkor nem játszik lényeges szerepet.

### 3.4 A Diszfunkcionális Attitúd Skála kérdőív elemzése

Mint ahogy a bevezetőben is említettük, a Diszfunkcionális Attitúd Skála kérdőív hét alskálából tevődik össze, ezek mindegyike más és más viselkedési mintákat elemez.

A diszfunkcionális attitűdök, összhangban az Aaron T. Beck-féle (1976) kognitív elmélettel elsősorban a depressziós állapot kialakulásában játszanak lényeges szerepet.

A kognitív elmélet szerint, ha valaki egyszerre több területen vár el túl sokat sajátmagától, illetve a környezetétől, nagyobb valószínűséggel minősíti negatívan helyzetét, hiszen sem önmaga, sem a környezete nem képes megfelelni a fokozott

elvárásoknak. A depressziós állapot hátterében a fokozott szeretettség igény, fokozott perfekcionizmus – tökéletesség - és a fokozott teljesítmény igény együttese jellemző (Kopp és Skrabski, 1992).

A neurózis egyik jellemzője az ún. „Jogos elvárások igényének” fokozódása (Kopp, 1985), tehát az, hogy a környezetükkel szembeni elvárásaikat valamilyen ideális normához és nem reális lehetőségekhez viszonyítjuk. Ezt a magatartási jellemzőt Tringer László, (1991) igen találóan „shouldizmusnak”, „kellizmusnak” nevezi.

A Diszfunkcionális Attitúd Skála kérdőívet a burnout és a burnout tüneti kérdőívekkel nem globálisan, hanem egyes részekre (értékrendszerekre) bontva hasonlítottuk össze, mert azt vizsgáltuk, hogy az egyes értékrendszerek hogyan viszonyulnak a burnout és burnout tüneti kérdőív eredményeihez. Ugyanígy vizsgáltuk a Diszfunkcionális Attitúd Skála belső érvényességét is. Az így kapott Cronbach-alfa indexek a következők:

<b>Cronbach-alfa index</b>	<b>1998/1999</b>	<b>2000/2001</b>
	<b>N = 232</b>	<b>N = 805</b>
<b>Külső elismerés igénye</b>	0,5856	0,4633
<b>Szeretettség igénye</b>	0,7071	0,6132
<b>Teljesítmény igény</b>	0,7237	0,7161
<b>Perfekcionizmus</b>	0,7505	0,5126
<b>Jogos elvárások a környezettel szemben</b>	0,7519	0,5983
<b>Omnipotencia igény</b>	0,6880	0,5338
<b>Külső kontroll attitúd</b>	0,8406	0,5912

**17. számú táblázat: A Diszfunkcionális Attitúd Skála alskáláinak belső érvényessége**



Az összpontszám korreláció alapján meghatározhatók azok a tételek, amelyek a legkevésbé illeszkednek a skálába. A tételek fogalmazásával a skála megbízhatósági indexe javítható.

A Diszfunkcionális Attitúd Skála egyes skáláit egymással összehasonlítva, arra a következtetésre jutottunk, hogy ezek külső megbízhatósági forrásként is felhasználhatók egymáshoz viszonyítva, ugyanezen megállapítást igazolja Murray, (1992) végzett kutatásában is.

Korreláció	Külső elismerés és igénye	Szeretettségi igénye	Teljesítmény igény	Perfekcionizmus	Jogos elvárások a környezettel szemben	Omnipotencia igény
Szeretettségi igénye	0,401* **					
Teljesítmény igény	0,378* **	0,456***				
Perfekcionizmus	0,292* **	0,388***	0,570***			
Jogos elvárások a környezettel szemben	0,240* **	0,250***	0,123	0,235***		
Omnipotencia igény	0,264* **	0,236***	0,341***	0,378***	0,316***	
Külső kontroll attitúd	0,372* **	0,360***	0,363***	0,289***	0,344***	0,283***

Szignifikancia: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

### 18. számú táblázat: Diszfunkcionális Attitúd alskálák korrelációja 1998/1999

Korreláció	Külső elismerés igénye	Szeretetség igénye	Teljesítmény igény	Perfekcionizmus	Jogos elvárások a környezettel szemben	Omnipotencia igény
Szeretetség igénye	0,400***					
Teljesítmény igény	0,297***	0,375***				
Perfekcionizmus	0,233***	0,276***	0,487***			
	0,000	0,000	0,000			
Jogos elvárások a környezettel szemben	0,234***	0,168***	0,188***	0,214***		
Omnipotencia igény	0,280***	0,199***	0,220***	0,215***	0,322***	
Külső kontroll attitűd	0,358***	0,235***	0,252***	0,249***	0,293***	0,329***

Szignifikancia: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

### 19. számú táblázat: Diszfunkcionális Attitűd alskálák korrelációja 2000/2001

A Diszfunkcionális Attitűdök komoly predikciós faktorai a burnout-szindrómának, kiemelhetjük például a szeretetség igény és külső elismerésigény, a teljesítmény igény és szeretetség igény, a perfekcionizmus és teljesítmény igény magas szignifikáns korrelációját, de ugyanígy például a külső kontroll attitűd és szeretetség igény is hasonlóképpen magas korrelációt adnak. Magas korrelációt ad az omnipotencia igény is az egyéb diszfunkcionális attitűdökkel.

Az egyes alskálákat a burnout és a burnout tüneti kérdőívek eredményeivel összehasonlítva a következőket kaptuk:

Korreláció	Burnout kérdőív	Burnout tüneti kérdőív	Életkor	Munkaviszony
<b>Külső elismerés igénye</b>	0,188*	0,242***	0,118	0,108
<b>Szeretettség igénye</b>	0,161*	0,168*	0,127	0,048
<b>Teljesítmény igény</b>	0,125	0,113	0,184**	0,178**
<b>Perfekcionizmus</b>	0,090	0,051	0,075	0,111
<b>Jogos elvárások a környezettel szemben</b>	0,133*	0,088	-0,061	-0,088
<b>Omnipotencia igény</b>	0,095	0,027	0,007	0,086
<b>Külső kontroll attitűd</b>	0,261***	0,290***	-0,018	-0,034

Szignifikancia: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

**20. számú táblázat: Diszfunkcionális Attitűd alskálák korrelációja a személyes adatokkal és a Burnout és Burnout tüneti skálákkal 1998/1999-ben**

<b>Korreláció</b>	<b>Burnout kérdőív</b>	<b>Burnout tüneti kérdőív</b>	<b>Életkor</b>	<b>Munkaviszony</b>
<b>Külső elismerés igénye</b>	0,165***	0,153***	0,032	0,030
<b>Szeretettség igénye</b>	0,110**	0,166***	0,031	0,032
<b>Teljesítmény igény</b>	0,083*	0,101**	0,143***	0,161***
<b>Perfekcionizmus</b>	0,059	0,084*	0,052	0,076*
<b>Jogos elvárások a környezettel szemben</b>	0,059	0,026	0,093**	0,080*
<b>Omnipotencia igény</b>	0,058	0,043	0,052	0,038
<b>Külső kontroll attitúd</b>	0,256***	0,289***	0,001	0,047

Szignifikancia: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

### **21. számú táblázat: A Diszfunkcionális Attitúd alszkalák korrelációja a személyes adatokkal és a Burnout és Burnout tüneti skálákkal 2000/2001-ben**

A 20-21. számú táblázatban a kapott értékek alapján látható, hogy a külső elismerés igénye szignifikánsan korrelál a burnout kérdőívvel és a tünetlistával, ugyanez mondható el a szeretettség igényéről, a külső kontroll attitúdról, valamint azon személyekről, akik túlzottan megkövetelik a munkakörülmények optimális voltát és ezek részleges teljesülése esetén sokkal inkább veszélyeztetettebbek a kiégésre.

A burnout kialakulását nem befolyásolták a személyi változók (nem, kor, munkakör, munkában töltött évek száma, gyermekek száma), annál inkább a munkahelyi környezet volt nagy hatással a megkérdezett populáció körében.

A 20. számú táblázat azt mutatja, hogy az életkor és a munkaviszony jelentős összefüggést mutat, a DAS bizonyos faktoraival. Éppen ezért nem kerülhető el, hogy a rendelkezésre álló adatok alapján egy finomabb parciális korrelációelemzést végezzünk, melyben az említett két változó hatását korrelálni tudjuk (23. számú táblázat).

Az életkor és munkaviszony parciális korrelációként szerepelnek a folyamatban, a Diszfunkcionális Attitúd Skálával kapcsolatban, ahol az egyes jelölések a következőket jelentik:

- DAS 1- a külső elismerés igénye;
- DAS 2- a szeretettség igénye;
- DAS 3- teljesítmény igény;
- DAS 4- perfekcionizmus igény;
- DAS 5- jogos elvárások a környezettel szemben,
- DAS 6- omnipotencia igény;
- DAS 7- külső kontroll attitúd.

Az alábbi megállapításokat tehetjük a BOQ (burnout általános értéke) és a BOS (összesített lelki és fizikai tünetek) kérdőív tekintetében:

DAS1 magas szignifikanciát és korrelációt mutat, mind a lelki, fizikai és a burnout kérdőív általános értékeivel.

Hasonló megállapítást tehetünk a DAS 2 (a szeretettség igény) tekintetében is.

A DAS 3 teljesítmény igény faktor tekintetében, a korreláció értékek alacsonyabbak, de hasonló kép mutatkozik.

DAS 4 (perfekcionizmus) tekintetében - elmondható, hogy a BOS tünetek fizikai kimerülésre vonatkozó faktora tekintetében, más faktorok nem mutatnak korrelációt.

Úgy tűnik, tehát, hogy a perfekcionista közelítési mód, kedvez ugyan a fizikai kimerülésnek, de a lelki kimerülés tünet együttese nem áll annyira előtérben.

DAS 5 (jogos elvárások a környezettel szemben), nem mutat összefüggést egyik burnout faktoral sem. A korrelációs adatok ismeretében úgy tűnik, ezt a faktort elsősorban az életkor és az egészségügyben eltöltött munkaviszony határozza meg.

Hasonló következtetésre juthatunk a DAS 6 értékelésénél is, tehát az omnipotenciával kapcsolatos igény nem szignifikáns a burnout kérdőívek egyikével sem (BOQ, BOS).

A DAS 7 (külső kontroll attitűd) faktorérték tekintetében, azonban ismét azt találjuk, hogy mind a belső, mind a külső, mind pedig az összesített Burnout tüneti lista (BOS), valamint a BOQ összesített értéke pozitív korrelációt mutat.

Összességében tehát megállapíthatjuk, hogy a külső elismerésre vonatkozó felfokozott igény, valamint a külső kontroll attitűd, továbbá a szeretettség igénnyel kapcsolatos intenzív vágyakozás jelentős kapcsolatot mutat a kimerüléssel, a burnout fizikai és lelki tünet együttesével. Figyelembe véve egyéb szempontokat, amelyek szerepet játszanak a munkahelyen végzett tevékenységgel, szükségesnek látjuk megvizsgálni, hogy a különböző tevékenységű ellátási osztályokon (intenzív, aktív, krónikus), mint munkahelyi stressz önmagában milyen kapcsolatot mutat burnout kérdőív értékeivel.

Megállapíthatjuk, hogy az alkalmazott ANOVA-val (varianciaanalízissel), ahol a csoportok közötti összehasonlítással dolgoztunk, az 1= intenzív, 2=aktív és 3= krónikus osztályokon dolgozó személyzet csoportját képviseli. A BOQ összpontszám tekintetében a csoportok között, szignifikáns különbség mutatkozik –  $F(2,802) = 3,85$   $p < 0,02$  Post Hoc Test Tukey csoportonkénti összehasonlítás mutatja, hogy az intenzív osztályokon dolgozó személyek BOQ összértéke lényegesen nagyobb, mint a krónikus osztályon dolgozó személyzeté. Előre láthatólag, előrevételezik a kiegészéssel kapcsolatos megterhelést.

Változó	N	Csoportok	SD	F-érték	Szignifikanci a	Tukey
BOQ össz	374	1=(intenzív) 33,85	12,05	3,85	P<0,02	1-3*
	155	2=(aktív) 34,19	9,30			
	276	3=(krónikus) 31,54	11,0			

\* $p < 0,05$  \*\* $p < 0,01$

**22. számú táblázat: A BOQ összesített eredménye a csoportonkénti összehasonlítások szerint.**

<b>KONTROLL ADATOK: KOR &amp; MUNKAVISZONY</b>	<b>BOSÖSSZ</b>	<b>BOSLELKI</b>	<b>BOSFIZIKAI</b>	<b>DAS 1</b>	<b>DAS 2</b>	<b>DAS 3</b>	<b>DAS 4</b>	<b>DAS 5</b>	<b>DAS 6</b>	<b>DAS 7</b>
<b>BOSÖSSZ</b>	1,0000***	0,9323***	0,9294***	0,1524***	0,1657***	0,1035**	0,0855*	0,0256	0,0430	0,2918***
<b>BOSLELKI</b>	0,9323***	1,0000***	0,7328***	0,1548***	0,1564***	0,0720*	0,0670	0,0066	0,0136	0,2845***
<b>BOSFIZIKAI</b>	0,9294***	0,7328***	1,0000***	0,1286***	0,1520***	0,1211**	0,0924**	0,0414	0,0669	0,2584***
<b>DAS 1</b>	0,1524***	0,1548***	0,1286***	1,0000***	0,3977***	0,2946***	0,2325***	0,2324***	0,2794***	0,3601***
<b>DAS 2</b>	0,1657***	0,1564***	0,1520***	0,3977***	1,0000***	0,3742***	0,2754***	0,1663***	0,1975***	0,2361***
<b>DAS 3</b>	0,1035**	0,0720*	0,1211**	0,2946***	0,3742***	1,0000***	0,4832***	0,1781***	0,2169***	0,2499***
<b>DAS 4</b>	0,0855*	0,0670	0,0924**	0,2325***	0,2754***	0,4832***	1,0000***	0,2116	0,2134	0,2456
<b>DAS 5</b>	0,0256	0,0066	0,0414	0,2324***	0,1663***	0,1781***	0,2116	1,0000***	0,3186	0,2960
<b>DAS 6</b>	0,0430	0,0136	0,0669	0,2794***	0,1975***	0,2169***	0,2134	0,3186	1,0000***	0,3316
<b>DAS 7</b>	0,2918***	0,2845***	0,2584***	0,3601***	0,2361***	0,2499***	0,2456	0,2960	0,3316	1,0000***

Szignifikancia: \*\*\*  $p < 0,001$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*  $p < 0,05$

### 23. számú táblázat: A Diszfunkcionális Attitűd alskálák parciális korrelációja Burnout és Burnout tüneti skálákkal 2000/2001-ben



Összegzésként megállapítható, hogy a burnout jelenség mérésére felhasznált kérdőív a kutatás során hasznosnak bizonyult, érvényessége és megbízhatósága a statisztikai követelményeket kielégíti. A burnout jelenség és diszfunkcionális attitűdök összefüggése is igazolható.

Kognitív modellben gondolkodva (Kopp és Skrabski, 1992; Kopp és Berghammer, 2005) a magatartászavarok, pszichológiai diszfunkciók hátterében gyakran hibás beállítódások, nem adaptív megküzdési stratégiák állnak.

A szorongó emberek egy hányadának egyik alapvető ismertető jege, hogy egyszerre jellemzi őket nagyfokú teljesítmény- és perfekcionizmus-igény, amelynek nem képesek megfelelni. Így tehát, amikor aktuális énjüket énídeáljukkal összevetik, állandóan negatívan értékelik saját magukat. A terápia célja itt nem az attitűdök megszüntetése, csupán a reális helyzethez való közelítése.

A szorongásos és depressziós tünetek kognitív viselkedésterápiájának egyik alapvető célja a káros beállítottság korrigálása. A magatartásorvoslás egyik fontos célja az egyén képességeinek megfelelő értékek, attitűdök kialakítása. Vizsgálatok bizonyítják, hogy azoknál a személyeknél, akiknél a depresszió csak árnyaltan jelentkezik, még képesek lehetnek arra, hogy bizonyos kognitív hangulatváltoztató stratégiákat alkalmazzanak és így „normalizálják” a Diszfunkcionális Attitűd Skálával kapott eredményeket (Golden és mtsai, 2005).

A diszfunkcionális attitűdök közül különösen nagy jelentőségű az ellenségesség attitűdje (hostilitás), amely fokozza a kontrollvesztés valószínűségét. Az ellenséges beállítottság azt jelenti, hogy az embereket általában aljasnak, önzőnek minősítjük, akik csak ki akarják használni a többieket, és úgy gondolják, hogy legbiztosabb nem bízni senkiben.

Ilyen lelkiállapotban, a nehéz helyzetekben sokkal inkább érezzük magára hagyottnak sajátmagunkat, így érthető, hogy a stresszhelyzetekre nagyobb valószínűséggel reagálunk kontrollvesztéssel. Az ellenséges beállítottság ellentéte a bizalom, ami az ún. társadalmi tőke legfontosabb jellemzője.

Az ellenséges beállítottság valamennyi önkárosító magatartásformával (dohányzás, kóros alkoholfogyasztás) igen szoros kapcsolatban van és jelentős kardiovaszculáris rizikófaktor.

Jelen vizsgálat alapján a kiégésre hajlamos egyének esetében a veszélyeztetett személyeket magas diszfunkcionális attitűdértékek jellemzik. A kiégési tünetek súlyosságát, ezáltal a veszélyeztetett ápolók terheit is súlyosbíthatják ezek a diszfunkcionális attitűdök, amelyek növelik a stresszhelyzetek, a megoldhatatlannak értékelt szituációk számát, fokozzák a reménytelenség érzését, csökkentik az önértékelést, és negatív visszacsatoláson alapuló önrontó körök alapját képezhetik.

#### **4. Összegzés - Következtetés a hipotézisek tükrében**

Napjainkban az egészségügyre jellemző változások bevezetése már visszafordíthatatlan folyamat. A betegellátás új rendszerének megvalósulása új szakmai, gazdasági, pszichológiai és etikai kritériumokat is jelent egyben, amelyek nem automatikusan következnek be.

Az ellátás minőségének biztosítása részben a technikai színvonal függvénye, de annak pszicho-szociális környezete - a beteg kezelésében és ápolásában közvetlenül, vagy közvetett módon részt vevő egészségügyi személyzet attitűdje és magatartása erősítheti, vagy gyengítheti az előbbi hatását.

A változások megsokszorozzák a konfliktusszituációk kialakulásának valószínűségét, és így a stressz keletkezésének lehetőségét.

Az emberek gondozása, ápolása stresszel telített munka. Túl sok stresszhatás rontja az ítélőképességet, testi és lelki betegséget okozhat, és lehetetlenné teszi a stresszor leküzdését.

A túlterheltség, a munka kontrolljának hiánya, a nem támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőségek, a szerepek tisztázatlansága, az emberek szenvedése és halála, a három-műszak, és a gépies iramú munka, az alulfizettség, mind olyan munkaköri-stresszt előidéző tényezők, melyek pszichológiai rendellenességek kialakulását okozó faktoroknak tekinthetők.

A munkával kapcsolatos stresszorokra adott reakciók a személyiségtől, annak „szilárdságától”, az egészségi állapottól, a korábbi stressz tapasztalatoktól és a megküzdés eszközeitől függenek.

Az észlelt munkastressz és a személyiség elégtelensége közrejátszik a kiégés kialakulásában.

A burnout szindróma fogalmával a szociálpszichológia az egyén és a környezet közötti kölcsönhatásokra koncentrál. Az érintett ember, mint az adott normák megvalósítására törekvő társadalom aktív tagja, egy személyben a veszélyes állapot okozója és a veszélyeztetettség alanya az okozat.

A dolgozat első felében a burnout jelenség kialakulásával kapcsolatos szakirodalmi áttekintést foglaltam össze, a hazai és a nemzetközi publikációk segítségével.

Leírva egyrészt a személyiségben megjelenő, másrészt azokat a szervezeti-intézményi okokat, amelyek elvezethetnek a kiégéshez.

Bizonyos személyiség jellemzők nagymértékben képesek befolyásolni az ápolók egészségi állapotát, testi és lelki betegségek kialakulását, egészségkárosító viselkedésformák (alkoholfogyasztás, dohányzás, nyugtatók szedése) megjelenését és bizonyos fokú teljesítményromlást. Az egyéni különbségek általában a stresszt átélő személy sajátos, személyiségre jellemző tulajdonságai, mint például a rugalmasság-merevség, érzelmi érzékenység, önértékelés. A személyiség tulajdonságok több különböző úton is befolyásolni tudják a stressz és az egészség/betegség közti kapcsolatot.

A személyiségtulajdonságokhoz kapcsolódó kiégés hajlam összefügghet a stresszérzékenységgel illetve a rossz megküzdő kapacitással. Bizonyos emberek kevésbé képesek megküzdni a nehézségekkel, az alacsony önbecsülésű személyek a kihívásokra krónikus ellenségességgel, vagy tehetetlenséggel reagálnak (Juhász, 2004).

A szervezeti légkör, a felügyeleti szervek viselkedése, a munkacsoport légköre befolyásolja munkával való elégedetlenséget. Bár egyes tényezők önmagukban nem tekinthetők a kiégés okának, jó néhány tényező együttes jelenléte hozzájárulhat az egészségügyi dolgozók kiégéséhez (Demerouti és mtsai, 2000).

A szakma egyes jellemzői, mint például a nem támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőség, a három műszak és a gépies iramú munka, az ügyeleti rendszer, az alulfizettség, a túlterheltség, a kompetenciakörök tisztázatlansága hozzájárul ahhoz, hogy az ápolók munkája stresszel telített hivatássá vált (Hegney és mtsai, 2006). Rosszabb helyzetben vannak azok, akik kevesebb társas támogatásban részesülnek, a munka előli "meneküléssel" próbálnak megküzdeni a stresszel, vagy munkatúlterhelés jellemzi őket (Chang és mtsai, 2006).

A kutatás második felében a burnout szindróma kialakulását befolyásoló tényezők modelljének segítségével meghatároztam azokat a függő, független változókat és a jelenség kialakulásában szerepet játszó, közreható tényezőket, amelyek a kutatás alapját képezték.

A kutatás elsődleges célja az volt, hogy meghatározzuk azokat a személyi és környezeti tényezőket, amelyek felelősek az érzelmi kimerülés kialakulásáért, a személyes teljesítmény csökkenéséért és az elszemélytelenedésért. Valamint, hogy a kutatás körüljárja és megismerje a burnout szindróma előfordulását, gyakoriságát az egészségügyi személyzet körében.

A kiégés lehetséges okainak feltárására irányuló kutatás első lépéseként, a burnout szindróma kialakulását befolyásoló tényezők modelljét alkalmazva, keresztmetszeti vizsgálatban kíséreltem meg validálni. Az 1998-ban („minta-1”), majd 2000-ben („minta-2”) végzett kutatások erre fókuszáltak.

A kidolgozott modell jól alkalmazható a vizsgált populációban, amelyet a többszörös lineáris regresszió analízis módszerével nyert eredmények is igazolnak.

A kérdőívekben használt három standardizált kérdőív összehasonlításából kiderült, hogy ezek mindegyike jól felhasználható egymás külső megbízhatósági forrásaként.

A tesztek összpontszámai minden esetben jól korrelálnak egymással. Az egyes

összpontszámok és a kérdőív személyi és munkahelyi jellemzőinek összehasonlításából viszont arra a következtetésre jutottunk, hogy a szociodemográfiai adatok egyike sem szignifikáns a burnout szindróma kialakulásával. Ez nem jelenti azt, hogy a szociodemográfiai adatok nincsenek befolyással a kiégés tényére, de egyetlen személyes adat sem minősült lényeges kockázati tényezőnek. Hasonló következtetésre jutott vizsgálatában a szociodemográfiai faktorok és a kiégés tekintetében (Payne, 2000; Iacovidis és Fountoulaki, 2003; Pálfi, 2003).

Ezzel szemben más szerzők a szociodemográfiai faktorok befolyásoló szerepét írták le (Maddi és Kobasa, 1984; Duquette, 1995; Jones és Jonstson, 2000; Bencés, 2006). Ha saját kutatási adataimat és statisztikai számításaimat veszem alapul, akkor a következő megállapításra kell, hogy jussak: Megdőlni látszik az a feltételezésem, miszerint a szociodemográfiai faktorok, - a vizsgált populációban - befolyásolják a burnout szindróma kialakulását.

Sokkal inkább függ a tesztek eredménye a munkahelyi körülményektől, az intézet illetve osztály ellátásának formájától. Az osztályok típusa és az ellátási forma közül az intenzív osztályon dolgozó ápolók között több mint kétszer olyan magas a kiégettség állapotában lévők és gyógyításra szoruló aránya (10,7%), mint a krónikus ellátású osztályon (3,6%). Az aktív ellátású osztályon dolgozók esetében ez az arány (0,6%).

Valószínű, hogy az intenzív osztályokon dolgozó ápolók nap, mint nap szembesülnek azokkal a helyzetekkel, melyeket képtelenek megoldani, amelyekből való menekülés rengeteg energiát vesz igénybe, és szorongást okoz. A megfeszített munkatempó, az állandó stressz szituáció, a halál, haldoklás ténye, az ápolói kiégés fontos faktorát képezi (Power és Sharp, 1988; Bauser, 1992; Buran, 1992; Smoček, 1993; Morissette, 1993; Schaefer és Moos, 1993; Duquette és mtsai, 1999; Decker, 1997; Pálfi, 2001a; 2001b; 2003).

Fizikailag és lelkileg kimerültek lehetnek az ápolók, hiszen alig van másik olyan terület, ahol az emberi nyomorúság, szenvedés és a halál előfordulása olyan gyakori

lenne, mint a kórházakban, elsősorban annak intenzív osztályán (Keane és mtsai, 1985; Bausler, 1992; Smochek, 1993; Decker, 1997)

A krónikus jellegű osztályokon is érző, munkájukat szerető ápolók dolgoznak, akik ellátják és ápolják az önellátásra képtelen betegeket, időseket. Odaadással gondozzák az onkológiai osztályon azokat a sugár-és kemoterápiától elgyötört embereket, akiknek naponta reményt kell adni az életben maradáshoz. Az itt dolgozó ápolóknál tapasztaltak nagyobb fokú kiégést (Keane és mtsai, 1985; D' Ambrosia, 1987; Jama, 1987; McCraine és mtsai, 1987; Rich és Rich, 1987; Toft, 1989; Boyle és mtsai, 1991).

Az ápolókat elkéséríthetik a tények, amelyek érzelemmel teli szituációban gátolják a hatékony reagálás képességét. A hatékonyságot csökkentheti a szituáció, mivel az önuralom elvesztésén át vagy a kliensről áradó elkéseredettség és szenvedés eluralhatja, magát az ápolónőt is. Tévedés tehát azt hinni, hogy az ápolók "spontán védekező páncéllal" rendelkeznek (Helembai, 1992). Végző soron ez az állapot komoly rizikófaktorává válik a burnout kialakulásának, illetve azoknak a nem adaptív alkalmazkodási stratégiáknak, mint az alkohol, drog dependencia.

Az a feltételezésem, hogy bizonyos intézményes faktorok - mint a betegek ellátási profilja, a kórházi osztályok típusai- szerepet játszanak a burnout kialakulásában. Ez a hipotézisem, beigazolódott.

A kutatás adataiból az is kiderült, hogy az ápolók 40%-a végez egyéb tevékenységet a főállásán kívül. Az egészségügyben kardinális problémának tekinthető az ápolók bérezésének alacsony volta, amely tény arra kényszeríti őket, hogy a fárasztó munka mellett még másodállást is vállaljanak.

A főálláson túl végzett munka esetén az érzelmi kimerülés és a személyes teljesítmény csökkenés magas értékeket mutatott ápolókkal készült felmérésben (Piczil és mtsai, 2005; Bencés, 2006).

A fáradt ápoló nem képes az elvárásoknak megfelelni, több a tévedés, fáradtak, frusztráltak az ápolók.

A kutatási eszközben szereplő változók közül a bérezéssel való elégedetlenség és a kiégettség foka közötti kapcsolatot nem sikerült megbízható módon kideríteni, mert

az összpopuláció 93%-a vallotta azt, hogy a bérezésével elégedetlen, míg összesen 7% volt elégedett. Ez alapján az összefüggést a kiégettséggel megbízható módon vizsgálni nem lehetett, ez a matematika korlátja és nem az elemzésé.

A kiégés költséges az alkalmazottaknak, akik átélik, nem különben a munkáltatóknak és a betegeknek is.

Az ápolói pályát elhagyó egyének elveszítik a képzettségüket; azok viszont, akik mégis maradnak, meglehetősen nagy pszichológiai árat fizetnek ezért. (Pines és mtsai, 1982).

A munkaadó szervezet elveszít tehetséges embereket, és gyenge teljesítményt kap az ott maradó alkalmazottaitól. Végül, de nem utolsó sorban a betegek számára elvész a minőségi ellátás lehetősége.

A következő hipotézis bizonyos személyiség faktorok (diszfunkcionális attitűdök) befolyásoló szerepét feltételezte a burnout kialakulásában.

A társadalmi beilleszkedés mechanizmusait vizsgáló Diszfunkcionális Attitűd Skálát éppen azért használtuk, hogy feltérképezzük a munkahelyi konfliktusok megoldásához elengedhetetlenül fontos stabil személyiségjegyeket.

A diszfunkciók vizsgálata, elsősorban az ápolók körében meglévő konfliktusok, gondolkodásuk, attitűdjeik, pszichés és szomatikus problémájuk feltárását célozta meg.

Az összehasonlítások alapján a burnout jelenség és a diszfunkcionális attitűdök összefüggése is beigazolódott.

Ezt az összefüggést az is alátámasztja, hogy azoknál az egyéneknél magasabb a kiégettséget jelző érték, akinél pozitívabb attitűdöt jelez – kifejezettebb inkompetencia érzéssel. Mindezt két mechanizmus is okozhatja. Az egyik, hogy jobban és tudatosabban szembesülnek a problémával, ily módon sokkal inkább megélik a saját tehetetlenségüket, másrészt az ebből keletkező szorongásaikat kevésbé tudják megfelelő módon feldolgozni és levezetni.

Az eddigiekből könnyen megérthető, hogy miért jelent ez a szindróma specifikus egészségi kockázatot, hogy miért jár gyakran együtt depresszióval, alkohol és/vagy

gyógyszerfüggőséggel, megnövekedett pszichiátriai morbiditással és végső soron fokozott öngyilkossági kockázattal.

Az ápolói pálya halmozottan kockázatos a kiégés szempontjából. Először is nagyon komoly fizikai megterhelést jelent, különösen azokon az osztályokon, ahol magatehetetlen betegeket kell ápolni, mozgatni, ilyenek lehetnek az intenzív és a krónikus osztályok. Emellett nagyon sok ápoló családanya is, esetleg egyedül nevel egy vagy több gyermeket, amely szintén komoly fizikai megterhelés az egyéb nehézségek mellett.

Másodszor az ápolói munka nagyon komoly érzelmi-szociális kihívás is. Gyakran kell tehetetlenséget megélni, egyfajta kudarcélményt elviselni, amikor minden igyekezet ellenére nem sikerül egy beteg gyermeket vagy felnőttet meggyógyítani, így gyakran kell gyásszal, veszteséggel szembesülni. Az érzelmi teher mellett jelentős szociális teher a társadalmi elismerés hiánya is.

Harmadszor nagyon sok helyen hiányzik a jó munkahelyi közösség. A rohanás, az elvégzendő feladatok és adminisztráció mennyisége nem teszi lehetővé, hogy baráti szálak, egymást erősítő kapcsolatok alakuljanak ki. Mindent összevetve nem csoda, hogy kevesen választják hivatásként az ápolói szakmát.

A csökkenő termelékenység, a növekvő fluktuáció komoly költségtényező egy intézmény számára, amelyet a munkatársi kiégés tovább növelhet. A kiégéshez közel álló, vagy már kiégett munkatárs drága, teljesítőképessége romlik, hosszú időre, betegszabadságra mehet, vagy épp kiléphet a munkahelyéről.

Számos nemzetközi tanulmány leírja ezeket a problémákat. Ami talán mégis a mi sajátos történelmi fejlődésünk számlájára írható az az, hogy ezekről a problémákról csak most kezdünk beszélni. Kutatására kísérletek történtek, amelyek nem mondhatók számottevőnek. Így a fel nem tárt problémák orvoslása, megelőzése nehéz.

### **Hogyan csökkenthető a munkával összefüggő stressz?**

Az európai direktívák alapján a munkáltató feladata megvédeni a munkavállalót, a fokozott stresszel szemben.



Ennek legfontosabb lépései:

1. Felmérni a stressz kockázatát, meghatározni, hogy kiket érint.
2. Feltérképezni azokat a tényezőket, amelyek provokálják a stresszt.
3. Megoldási lehetőségek kidolgozása, intézkedések az ártalom megelőzésére.

Mélyreható változásokat tesz lehetővé, bár igen komoly erőforrásokat igényel a mentálhigiénés szervezetmódosítás. Ennek lényege, hogy a meglévő szerepviszonyok felülvizsgálatával, megfelelő struktúraképzéssel, új szabályok bevezetésével a pszichoszomatikus egészséget, pozitív munkahelyi légkört lehet teremteni.

Természetesen megfelelő képzéssel és felkészültséggel meg lehetne előzni a következmények kialakulását, illetve megkönnyíteni a stresszel való megküzdést. Ennek a felkészülésnek az intézmények szervezett keretein belül kellene történnie, de erre nincs példa. Az ápolók önerőből és saját keresetükből nem tudják megoldani. Pedig a jelenség szakszerű kezelése csökkentené a munkahelyi hiányzásokat, és biztosítaná az ápolás magas szintjét.

#### **4.1 Jövőbeni feladatok**

További feladat: Feltárni a kiégés jelenségének háttérében álló egyéb folyamatokat, illetve javaslatot tenni a problémák megoldására.

- Elkészíteni egy olyan kutatási eszközt, amellyel mérni lehet a foglalkozási stresszorok ápolókra gyakorolt hatását, amelyek mind az egyéni mind, pedig a szervezeti meghatározókat hangsúlyozzák. Megvizsgálni, hogy bizonyos változók befolyásolják-e a munka-stressz kialakulását, a stresszorok és a munkahelyi légkör befolyásolják-e a megbirkózási stratégiákat?

- Használni egy olyan oksági modellt, amely az elemzés alapját képezi. A modell olyan jellegű, amit rendszerint út-modellként említenek, mivel a változókat olyan utak kötik össze, melyek jelzik a kapcsolatok oksági irányát, illetve bemutatja a modell változóit és a köztük lévő kapcsolatokat, előfeltevéseket.

- Javaslatot szeretnék tenni a kiégés jelenségének prevenciójára és terápiás lehetőségeire.

Az egészségügyi vezetés modern rendszerében a munka hatékonyságának fokozására, valamint a munka kapcsán megjelenő diszfunkcionális jelenségek, mint például személyes és intézményes burnout, olyan szupervíziós osztálycsoportokat kellene javasolni, amelyek célja e problémák feltárása, megoldási alternatívák kidolgozása lenne.

Külön javasolnám, hogy ilyen csoportok vezetésére külső szakértőket kérjenek fel, akik látásmódját nem árnyékolja be a megszokás, a rutin, különféle előítéletek, és így sokkal érzékenyebbek a problémák felismerésére, alternatívák felkutatására.

Erre vonatkozóan történtek már lépések Pécsen, ahol az ápolóknak, gondozóknak szervezett Bálint-csoporttal, a két éves program lehetőséget adott a módszer beható tanulmányozására, prevenciós technikák elsajátítására.

- Egyidejűleg megcélozni a munkahelyi stressz intenzitásának és gyakoriságának csökkentését. Néhány ilyen stresszokozó megszüntetéséhez szervezeti szintű intézkedésre lehet szükség azért, hogy biztosítsuk a megfelelő személyzetet, rugalmas időbeosztást, a team tagok közötti támogatást, hatékony vezetést és lehetőséget a karrier építésére.

A prevenció módszertanának kidolgozására és a stresszcsökkentő mechanizmusok kialakítására az optimális feltételek megtalálása külön tanulmány lehet.

Látható tehát, hogy egy igen komplex, összetett feladatról van szó, amelynek megoldásában a kórház menedzsmentje mellett kormányzati szinten is van teendő. A kórházi vezetésnek szem előtt kell tartani, hogy dolgozói pszichés és szomatikus jóllétének megteremtéséhez nemcsak az anyagi feltételeket kellene megteremteni. Fontos lépés kell, hogy legyen a munkaszervezési feladatokkal, a munkatársi kapcsolatok minőségével, a munkahelyen előforduló stresszkeltő helyzetek minimalizálásával és a már meglévő feszültségeket hatékonyan csökkentő módszerek felkutatásával is foglalkozni.

Kormányzati szinten fontos lehet az egészségügy és a benne dolgozók presztizsének növelése mellett, olyan stabil, biztonságos, kiszámítható életfeltételek megteremtése

is, amelyek esetén kevesebb lenne a stressz és vele együtt meredeken csökkenne a kiégettség megjelenése, valamint az egészségkárosító magatartások jelzőszámai is. Nem hagyná el az ápolók egy része a pályát más, jobban fizetett munkáért, nem képeznék annyi diplomás szakembert a külföldi egészségügyi intézményeknek és nem kerülne annyi ápoló betegállományba, gyarapítva a magyar lakosság táppénzes állományát, ha megtennék azokat a kezdeti lépéseket, amelyek a kiégés folyamatát megelőznék.

## Mellékletek

**2000/2001. évben végzett felmérés kérdőíve**

**K É R D Ő Í V**

Kérem, töltsse ki az alábbi tájékoztató adatokat, a megfelelő szám beírásával vagy értelemszerűen a kipontozott részt töltsse ki. A fenti három kódkockát hagyja üresen. A kérdőív kitöltése név nélkül történik, mely nem kötelező!

**1. Város:**.....

**2. Kórházi osztály, szociális ellátási terület megnevezése:**

.....

**3. Kórház, klinikai osztály ellátási formája:**

- intenzív (1)
- aktív (2)
- krónikus (3)

**Osztály megnevezése:(Bel.,Seb., Szül., stb)**

.....

**4. A válaszadó neme:**      1      férfi     

                                         2      nő     

**5. Életkora:**.....

**6. Hány éve dolgozik az egészségügyben?**

.....



- 7. Beosztása:**
- 1 Szakképzetlen ápoló(nő)
  - 2 szakképzett ágy melletti ápoló(nő)
  - 3 osztályvezető ápoló(nő)
  - 4 intézetvezető ápoló(nő)
- 8. Végzettség:**
- 1 segédápoló(nő)
  - 2 ápolási asszisztens
  - 3 szakápoló
  - 4 szociális otthoni ápoló– pszichiátriai ápoló
  - 5 ápoló (HÍD)
  - 6 intenzív szakápoló
  - 7 diplomás ápoló
- 9. Családi állapot:**
- 1 hajadon/nőtlen
  - 2 férjezett/nős
  - 3 elvált
  - 4 özvegy
- 10. Gyermek száma:**
- 1. gyermektelen
  - 2. egy gyermek
  - 3. kettő gyermek
  - 4. három vagy több gyermek
- 11. Végez-e egyéb tevékenységet főállásán kívül?**
- 1. szellemi
  - 2. fizikai
  - 3. ügynöki
  - 4. kereskedelem
  - 5. vállalkozó
  - 6. egyéb

**12. Foglalkozott-e a pályaelhagyás gondolatával?**

- |    |                              |                          |
|----|------------------------------|--------------------------|
| 1. | igen                         | <input type="checkbox"/> |
| 2. | nem                          | <input type="checkbox"/> |
| 3. | régebben                     | <input type="checkbox"/> |
| 4. | néha                         | <input type="checkbox"/> |
| 5. | jelenleg is foglalkozom vele | <input type="checkbox"/> |

**13. Bérézésével :**

- |    |               |                          |
|----|---------------|--------------------------|
| 1. | elégedett     | <input type="checkbox"/> |
| 2. | nem elégedett | <input type="checkbox"/> |

## BOQ KÉRDŐÍV

Kérem, tekintsen vissza az előző hat hónapra. Tapasztalt –e változásokat önmagában vagy a környező világban? Gondoljon a munkahelyre... a családra... társas helyzetekre. Hagyjon kb. 30 másodpercet mindegyik válasz átgondolására. Majd egy számmal jelezze 1-től (nincs, vagy csak kevés változás) 5-ig (nagy mértékű változás) az észlelt változás mértékét.

nincs, vagy csak  
kevés változás

nagy mértékű  
változás

1

2

3

4

5

1. Könnyebben elfárad? Inkább kimerültnek érzi magát, mint energikusnak?
2. Bosszantják-e az emberek azzal, ha azt mondják: „Nem nézel ki olyan jól mostanában”?
3. Egyre keményebben dolgozik és egyre kevesebbet teljesít?
4. Egyre inkább cinikus és kiábrándult?
5. Gyakran megszállja megmagyarázhatatlan szomorúság?
6. Feledékeny? (megbeszélések, határidők, személyes tárgyak)
7. Fokozott ingerlékenység? Indulatosabb? Csalódottabb a maga körül levő emberekben?
8. Kevesebbet látja a közeli barátokat és családtagokat?
9. Túl elfoglalt még olyan rutin dolgok megcsinálásához is, mint a telefonhívások, vagy jelentések elolvasása, vagy a karácsonyi képeslapok elküldése?
10. Szenved fizikai panaszoktól? (fájdalmak, fejfájás, hosszas megfázás)
11. Kuszának érzi magát, amikor a napi tevékenység befejeződik?
12. Nehezen leli meg az örömét?
13. Képtelen nevetni, ha megréfálják?
14. A szex inkább több bajnak tűnik, mint értéknek?
15. Nagyon kevés mondanivalója van az emberek számára?

## BOS KÉRDŐÍV

Kérem, tekintsen vissza az előző hat hónapra. Tapasztalta –e önmagán az alábbi tüneteket, panaszokat? Jelölje mindegyiknél 1-től 5-ig, hogy azok milyen mértékben álltak fenn Önnél. Írjon 1-et, ha nem tapasztalta az adott tünetet, 5-öt, ha nagyon gyakran jelentkezett.

nem volt	egy-két alkalommal	többször	gyakran	nagyon gyakran	
1	2	3	4	5	
					1. Általános ingerlékenység, fokozott nyugtalanság, vagy depresszió <input type="checkbox"/>
					2. Szívdobogásérzés, magas vérnyomás <input type="checkbox"/>
					3. Torok- és szájszárazság <input type="checkbox"/>
					4. Düh, érzelmi labilitás <input type="checkbox"/>
					5. Uralhatatlan sírési vagy elmenekülési és elrejtőzési késztetés <input type="checkbox"/>
					6. Koncentrációs képtelenség, kusza gondolatok, zavarodottság <input type="checkbox"/>
					7. Gyakoribb balesetek (háztartási, munkahelyi) <input type="checkbox"/>
					8. Valószerűtlenség érzése, gyengeség vagy szédülés <input type="checkbox"/>
					9. Kifáradás és az életöröm elvesztése <input type="checkbox"/>
					10. Tartós szorongás, meghatározhatatlan félelem <input type="checkbox"/>
					11. Érzelmi feszültség és nyugtalanság, felizgatottság érzése <input type="checkbox"/>
					12. Remegés, ideges arcizomrángások <input type="checkbox"/>
					13. Könnyen megijed <input type="checkbox"/>
					14. Ideges nevetés <input type="checkbox"/>
					15. Dadogás és más beszédproblémák amikor ideges <input type="checkbox"/>
					16. Fogcsikorgatás <input type="checkbox"/>
					17. Ha valami felidegesítette, nem tud elaludni <input type="checkbox"/>
					18. Nyugtalanság, megnövekedett késztetés a minden ok nélküli mozgásra <input type="checkbox"/>
					19. Verejtékezés <input type="checkbox"/>
					20. Gyakori vizeelési inger <input type="checkbox"/>



- 21. Hasmenés, emésztési zavar, gyomorémelygés
- 22. Hányás
- 23. Nyakfájás vagy hátfájás
- 24. Menstruáció előtti feszültség vagy elmaradt menstruációs ciklus
- 25. Migrénes fejfájás
- 26. Étvágytalanság vagy túlzott étvágy, testsúlyváltozások
- 27. Fokozott dohányzás
- 28. Fokozott gyógyszereszedés (nyugtatók, fájdalomcsillapítók)
- 29. Fokozott alkoholfogyasztás vagy izgatószereszedése
- 30. Rémálmok

## DAS KÉRDŐÍV

Kérem, írjon +2-től -2-ig egy számjegyet minden állítás mellé. Írjon +2-t, ha teljesen egyetért, +1-et, ha kissé egyetért, 0-t, ha bizonytalan, -1-et, ha kissé nem ért egyet, -2-t, ha egyáltalán nem ért egyet.

Teljesen egyetérték +2	Kissé egyetérték +1	Semleges 0	Kissé nem értek egyet -1	Egyáltalán nem értek egyet -2
---------------------------	------------------------	---------------	-----------------------------	----------------------------------

1. Ha valakit megkritizálnak nyilvánvaló, hogy elkeseredik
2. Legjobb, ha feladom saját érdeklődésemet, hogy elnyerjem mások tetszését
3. Mások elismerésére van szükségem, hogy boldognak érezzem magam
4. Ha valaki, aki nekem fontos, vár tőlem valamit, biztos megteszem
5. Személyes értékem nagyrészt attól függ, hogy mások mit gondolnak rólam
6. Nem lehetek boldog, ha nem szeret valaki
7. Ha mások nem szeretnek, kevésbé vagyok boldog
8. Ha azok az emberek, akikkel törődöm, visszautasítanak, valamit rosszul csinálok
9. Ha valaki, akit szeretek, nem szeret, ez azt jelenti, hogy nem vagyok szeretetre méltó
10. Másoktól elkülönülten élni boldogtalansághoz vezet
11. Ha értékes ember lennék, legalább egy fontos szempontból kiváló volnék
12. Hasznos, alkotó, kreatív embernek kell lennem, különben nincs célja az életemnek
13. Azok az emberek, akiknek jó ötleteik vannak, értékesebbek, mint akiknek nincsenek
14. Ha nem tanulok olyan jól, mint mások, kevesebbet érek
15. Ha sikertelen vagyok a tanulásban, sikertelen ember vagyok

16. Ha valamit nem tudok jól megcsinálni, egyáltalán nincs értelme belekezdeni
17. Szégyenletes, ha az ember gyengeségét látják
18. Bármibe, amibe belefog az ember, meg kell próbálni a legjobbnak lenni
19. Elkeseredem, ha hibát követek el
20. Ha nem állíthatom magam elé a legmagasabb mércét, másodrendű ember leszek
21. Ha meg vagyok győződve arról, hogy jár nekem valami, jogosan várhatom el, hogy meg is kapjam
22. Természetes, hogy az ember csalódottnak érzi magát, ha akadályokba ütközik, hogy elérje, amit akar
23. Ha mások igényeit a magam elé helyezem, nekik is segíteniük kell, ha nekem van szükségem valamire
24. Ha jó férj/feleség vagyok, házastársamnak is szeretnie kell engem
25. Ha valakinek jót teszek, remélhetem, hogy tekintettel lesz rám, és éppen olyan jól fog bánni velem, mint én vele
26. Felelős vagyok azért, hogy a hozzám közel állók hogyan érzik magukat, és hogyan viselkednek
27. Ha megkritizálok valakit és ő elkeseredett lesz, én vagyok az oka
28. Ha jó, értékes, erkölcsös ember akarok lenni, mindenkinek segítenem kell, akinek szüksége van rám
29. Ha egy gyereknek érzelmi vagy viselkedési zavarai vannak, ez arra mutat, hogy szülei valamilyen fontos szempontból hibáznak
30. Képesnek kellene lennem arra, hogy mindenki elégedett legyen velem
31. Nem tudok uralkodni az érzelmeimen, ha valami rossz történik velem
32. Hiába is próbálkoznánk elkerülni az elkeseredettség érzését, hiszen ez a mindennapi élet szükséges és elkerülhetetlen tartozéka

33. Hangulatom elsősorban olyan rajtam kívül álló tényezőktől   
függ, mint a múltam, testi állapotom, időjárás, véletlen, vagy  
szerencse
34. Boldogságom nagyrészt attól függ, hogy mi történik velem
35. Azok az emberek, akiknél a szerencse jegyei látszódnak   
(jó megjelenés, jó anyagi helyzet, gazdagság, hírnév) boldogabbak,  
mint mások

## *Hivatkozások*

1. Aiken. L.H; S.P. Clarke;D.M. Soloane; J.A. Sochalski; R. Busse; H. Clarke; P. Giovanetti; J.Hunt; A.M. Rafferty; and J. Shamian (2001): Nurses' Reports on Hospital Care In five Countries. Health Affairs. May/June, 2001; 20 (3): 43-53
- 2.Appelbaum S. H. (1980)Management/Organizational Stress: Identification of Factors and Symptoms, Health Care Management Review 15 (Winter 1980): 12.
- 3.Appelbaum S. H., (1980). Managerial/ Organizational stress: Identification of factors and symptoms. Health Care Management, 5, 1, 7-16.
- 4.Appelbaum, S. H.; Gandell, J; Shapiro, B. T.; Belisle, P.; Hoeven, E. (2000) Anatomy of a merger: behaviour of organizational factors and processes throughout the pre- during- post stages (part 1.). Management Decision, 38, 19, 649-662.
- 5.Aronson E., Pines A.M. and Kafry D. (1983)Aus gebrannt vom Überdruß zur Selbstentfaltung (Burnout From Tedium to Personal Growth) Klett-Cotta, Stuttgart, Germany
- 6.Babbie. E. (2000)A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Balassi Kiadó, Budapest, 2000.
- 7.Barefoot,J.C.; Dahlstrom, WG; Williams RB.(1983). Hostility,CHD incidence, and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physicians. Psychosom.Med.45, 1, 59-63.
- 8.Batson, C.D. (1991). The altruizm question: Toward a social psychological answer. Hillsdale,N.J; Lawrence Erlbaum Associates
- 9.Bausler. C. L. (1992) The relationship between burnout and personality hardiness in nursing faculty. Unpublised doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.
- 10.Beck.A.T.(1976) Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York, International University Press.
- 11.Beehr,T.A. and Newman,J.E.(1978) „Job tress,employee health, and organizational effectiveness: a facet analisys, model and literature review. In: Personnel Psychol, 31: 665-699
- 12.Bencés Ilona (2006) Az ápolók és a kiégés. Nővér 19. 3. 10-15
- 13.Blegen, M. A. (1993) Nurses' job satisfaction: a meta-analysis of related variables. Nurs. Res. 42 (1), 36-41
- 14.BNO-10: Betegségek Nemzetközi Osztályozása: gyakori kódok betűrendes mutatója.10. revízió. Budapest: Animula. 2006, 1161
- 15.Boumans, N. (1990). Het werk van verpleegkundige in algemene ziekenhuizen: een onderzoek naar werkaspecten en hun invloed op verleegkundigen. University of Limburg. Maastricht.

16. Boumans NPG., Landeweerd JA., (1994). Working in an intensive or nonintensive care unit. Does it make any difference? *Heart Lung*, 23, 71-79.
17. Belcastro, P. A. and Gold, R. S. (1993) Teacher stress and burnout: implications for school health personal. *Journal of School and Health*, 53, 404-407, 1993
18. Buda B., (2002). A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései Animula Budapest.
19. Boyle, A. et al (1991) Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *J. Adv. Nurs.* 16, 850-857
20. Buran. C. F. (1992) The relationship between hardiness and burnout in female nursing an liberal arts/science faculty. Unpublished doctoral dissertation, Indiana University.
21. Burns, D. (1980): *Feeling Good*, Signet and Mentro, New York
22. Carver C. S. and Scheier M. F. (1994) Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of 1993t. J.* (1988):
23. Chang, E.M. et al. (2006) The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22, 30-38
24. Chung. M. C. and Corbett J. (1988) The burnout of nursing staff working with challenging behavior clients in hospitalbased bungalows and a community unit. *International Journal of Nursing Studies*, 35, 56-64.
25. Cooper C. L. and Marshall J. (1976) Occupational Sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology* 49, 11-28.
26. Crawford, S. L. (1993) Job stress and occupational health nursing: Modeling health affirming choices. *AAOHN Journal*, 41: 522-527
27. Cubrillo-Turek, M., Urek, R. and Turek, S. (2006). Burn-out syndrome-assessment of a stressful job among intensive care staff. *Collegium Anthropologicum*, 30, 131-135.
28. Csabai Márta, Molnár Péter (1999): *Egészség, betegség, gyógyítás*. Springer, Budapest
29. D' Ambrosia, S. J. (1987) A study to examine if there is a relationship between burnout and hardiness of nurses working with oncology patients. Unpublished doctoral dissertation, Temple University.
30. Decker F. H. (1997) Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Research in Nursing and Health*, 20, 453-464.
31. De Jonge et al (1994) Effecten von werkdruk, autonomie en social ondersteuning op de werkbeleving van verplegenden en verzorgenden. *Verpleegkunde* 1, 17-26.

32. De Jonge J. and Schaufeli W. B. (1998) Job characteristics and employee well-being: a test of Warr's Vitamin Model in health care workers using structural equation modeling. *Journal of Organizational Behavior* 19, 387-407.
33. Duquette A. Sandhu B. K. and Beaudet L. (1994) Factors related to nursing burnout: a review of empirical Knowledge. *Issues in Mental Health Nursing* 15, 337-358
34. Duquette A., Kerouac S., Sandhu B. K., Ducharme F. and Saulnier P. (1995) Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *International Journal of Nursing Studies* 32, 443-456
35. Demerouti E. (1999) *Burnout: a consequence of specific working conditions in human services and production work*, Peter Lang, Frankfurt/Main
36. Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F. and Schaufeli W.B. (2000) A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing* 32 (2), 454-464.
37. Duxbury and Armstrong (1984): Head nurse leadership style with staff nurse burnout and job satisfaction in neonatal intensive care units. *Nursing Research*, 33, 97-101.
38. Edelwich. J. and Brosky, A. (1980) *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*, Human Science Press. New York
39. Ebbinghaus M. (1996) Conceptualizing burnout: development and validation of a measurement instrument for application in various working domains. Department of Work and Organizational Psychology University of Oldenburg, Germany.
40. Ekedahl, M, and Wengeström, Y (2006) Nurses in cancer care-coping strategies when encountering existential issues. *European Journal of Oncology Nursing*, 10, (2). 128-39
41. Eisenstat R. A. and Felner R. D. (1984) Toward a differentiated view of burnout: personal and organizational mediators of job satisfaction and stress. *American Journal of Community Psychology* 12.
42. Fekete. S. (1991) Segítő foglalkozások kockázatai – helper szindróma és a burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica* 1991. március VI. évfolyam 1. sz. 17-29. o.
43. Fekete. S. (2000) A segítő hivatás kockázatai Hogyan vigyázzon a segítő saját egészségére? *Praxis. Családorvosi Fórum* 2000. október 51-54.
44. Fong, C. M. 1993. A longitudinal study of the relationships between overload, social support and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education*, 32, 24-29.
45. Freudenberger, H. J. (1989) *Burnout: Past, present, and future concerns. Professional Burnout in Medicine and the Helping Professions*. New York: Haworth Press.
46. Freudenberger, H. J. (1974) Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165
47. Freudenberger, H. J. and North G. (1992) *Burnout bei Frauen*. Fischer. Frankfurt am Main

48. Freudenberger, H. J. (1980) *Burnout*. Anchor Press, New York
49. Freudenberger H. J. and Richelson G. 1980.: *Burnout: The High Cost of High Achievement* Anchor Press. Doubleday and Company. Inc. Garden City, New York
50. Freudenberger H. J. and Richelson G. (1980) *Burnout: The High Cost of Achievement* Doubleday et Company, 1980.
51. Gelsema, T.I; Van der Doef.M.; Maes. M., Akerboom, S., and Verhoeven,C.(2006). A longitudinal study of job stress in the nursing profession: Causes and consequences. *Journal of Nursing Management*, 14, 289-299.
52. Gladys ER. Tummers, Godefridus G. van Merode and J.A. Landeweerd,(2002) The diversity of work: differences, similarities and relationships concerning characteristics of the organisation, the work and psychological work reaction in intensive care and non-intensive care nursing. *Nursing Studies* 39, 8, 841-855.
53. Golden, A.; Dalgleish,T; and Spinks,H. (2005) Dysfunctional Attitudes in seasonal affective disorder. *Behaviour Research and Therapy* 43. Volume, Issue.11.
54. Goodfellow A., Varnam R., Rees D., and Shelly MP., (1997) Staff stress on the intensive care unit: a comparison of doctors and nurses. *Anaesthesia*, 52, 11, 1037-1041.
55. Györfy Zsuzsa, Ádám Szilvia (2004) Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle*, 2004/3
56. Gunderson, L (2001) Physician Burnout. *Ann. Intern. Med*, 135: 145-148
57. Hackman J. R. and Oldham, G. R. (1980) *Work Redesign*. Addison-Wesley, Massachusetts
58. Hajagos Orsolya, Feith Helga Judit, Kovácsné Tóth Ágnes (2006) Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügy szolgálatában. *Nővér*,19.évf,3, 31-38
59. Hays MA., All AC., Mannahan C., Cuaderes E., and Wallace D., (2006) Reported stressors and ways of coping utilized by intensive care unit nurses. *Dimens Crit Care Nurs*,25,4,185-193.
60. Handy, J. A. (1988) Theoretical and methodological problems within occupational stress and burnout research *Hum. Relations* 41 (5) 351-369.
61. Haire, J, Prett, C. C., and Andrews, D. (1988) Predictors of burnout in professional and paraprofessional nurses working in hospitals and nursing homes. *International Journal of Nursing Studies* 25 no 2, 1988, 105-115
62. Healy CM., and McKay MF.,(2000) Nursing stress: the effects of coping strategies and job satisfaction in sample of Australian nurses. *J. Adv Nurs*, 31,3,681-688.
63. Hegedűs K és mtsai (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinae* 14, 786—793



- 64.Hegedűs K., Riskó Á., (2006). Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. in Kopp M.(szerk.), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Medicina, Budapest.
- 65.Hegney,D., Plank,A., and Parker,V.(2006). Extrinsic and intrinsic work values: Their impact on job satisfaction in nursing. *Journal of Nursing Management*,14,271-281.
- 66.Helembai Kornélia (1992) Az ápoláslélektan alapkérdései. OTE. Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest.
- 67.Héra Gábor, Ligeti György (2005) Módszertan. A társadalmi jelenségek kutatása. Osiris kiadó, Budapest, 2005.
- 68.Herzberg F., Mausner. B. and Snyderman B. B. (1959) *The Motivation to Work* Wiley. New York.
- 69.Heslop,P; Smith, G.D; Metcalfe,C; Macleod,J; Hart, C. (2002) Change in job satisfaction, and its association with self-reported stress, cardiovascular risk factors and mortality. *Social Science&Medicine*, 54 (10): 1589-1599
70. Iacovides A., and Fountoulaki K.N. (2003) The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75: 209-221
- 71.Jama, V. J. (1987) The relationship between hardiness and burnout of professional and nurses in the speciality of anasthesia. Unpublished doctoral dissertation, Wesleyan University.
- 72.Jakab E., Hirrsch B., Lázár I., (2006). Munkavállalók életminősége. in Kopp M., (szerk.), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Medicina, Budapest.
- 73.Jamal M, and Baba V. V. (2000) Job Stress and Burnout Among Canadian Managers and Nurses: An empirical examination. *Canadian Journal of Public Health*, 2000
- 74.Jansen. P. G. M. and Kerkstra, A. (1996) The effects of job characteristics and individual characteristics on job satisfaction and burnout in community nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 33, 4, 407-421
- 75.Jones,J.G.,Janman,K, and Payne,R.L.(1987): Some determinans of stress in psychiatric nurses.*International Journal of Nursing Studies*, 24, 129-144
- 76.Jones, J. W. (1980) Preliminary Test Manual for the Staff Burnout Scale for Health Professionals. Illionis: London House Management Consultants, Inc.
- 77.Jones, J. W. (1982) *The Burnout Syndrome*. London House, New York.
- 78.Jones,M.C, and Johnston,D.W (2000): A critical review of the relationship between perception of the work environment,coping and mental health in trained nurses, and patient outcomes. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 4, 75-85

79. Jex S. M. and Beehr T. A. (1991) Emerging theoretical and methodological issues in the study of work-related stress. *Research in Personnel and Human Resources Management* 9, 311-365
80. Juhász Ágnes (2002): *Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. Munka és szervezetpszichológiai szakképzés-Oktatási segédanyag-Budapest, 2002*
81. Kahn, R. et al (1994): *Organizational Stress* ( New York: John Wiley & Sons, Inc. 1994)
82. Karasek, R. A. and Theorell, T. (1990) *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. Basic Books, New York
83. Karasek, R and Theorell, T. (1999) *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, Basic Books.
84. Kelly JG., Cross DG., (1985) Stress, coping behaviors, and recommendation for intensive care and medical surgical ward registered nurses. *Res Nurs Health*, 8, 4, 321-328.
85. Klitzman, S, House, J.S, Israel, B. A, and Mero, R.P. (1990): Work stress, nonwork stress, and health. In: *Journal of Behavioral Medicine*. Vol 13 (3) 221-243
86. Keane, A, Ducette, J and Adler D. C. (1985). Stress in ICU and non ICU nurses. *Nurs. Res.* 34, 231-236
87. Kilfedder J. Catherine, Kevin G. Power, Tony J. W. (2001) Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (3). 381-396
88. Kimmel. M. R. (1981) Coping strategies, social support, and role related problems as predictors of burnout in nurses. Unpublished doctoral dissertation, California School of Professional Psychology, Berkeley.
89. Kobasa, S. C. Maddi, S. R. and Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective inquiry. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-177.
90. Kopp M. (1985) *Klinikai pszichofiziológia Pszichoszomatikus füzetek, 2. Magyar Pszichiátriai Társaság, 1-27.*
91. Kopp M., Skrabski. Á. (1990) A 20 évesnél fiatalabb magyar lakosság lelki, magatartási zavarai és azok szociális és pszichológiai háttere. *Végeken*, 4, 10-18.
92. Kopp M., Skrabski. Á. (1992) *Magyar lelkiállapot. Végeken alapítvány, Budapest, 1992.*
93. Kopp M. (1994) *Orvosi pszichológia. Az egészséglélektan és a magatartásorvoslás alapjai SOTE Magatartástudományi Intézet, Budapest, 1994.*
94. Kopp M., Berghammer R., (2005). *Orvosi pszichológia. Medicina, Budapest.*
95. Kulcsár Zsuzsanna (1998) *Egészségpszichológia. ELTE Eötvös Kiadó. Egyetemi Tankönyv*

- 96.Kuntár Ágnes (1995). Az orvosok mentálhigiénés állapotának szerepe az orvos-beteg kapcsolatban. Szakdolgozat, SOTE, 1995.
- 97.Kurucz G., Szabó Gyuláné (2003). Egészség az egészségügyben. Ápolásügy 16, 5 3-9.
- 98.Lajkó Károly (2002). A stresszcsökkentő viselkedés Vezérfonál konfliktusaink rendezéséhez. Medicina, Budapest.
- 99.Lambert VA., Lambert CE., and Ito M. (2004) Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. Int J. Nurs Stud.41,1,85-97.
- 100.Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. Springer. New York
- 101.Lazarus R. S. and Folkman S. (1986) Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California
- 102.Lauson, L. (1991) Coping strategies, burnout, and intent to leave among critical care nurses. Unpublished master's thesis, Dalhousie University, Canada
- 103.Lauson, L. (1991) Coping strategies of registered nurses in their professional practice. University of San Francisco.
- 104.Linzer,M and Society of General Internal Medicine Cancer Satisfaction Study Group(2001): Predicting and Physicians Burnout: Results from the United States and Netherlands. American Journal of Medicine, 111(2): 170-175
- 105.Maddi, S. R. and Kobasa. S. C. (1984) The Hardy Executive: Health Under Stress. Dow-Jones-Irwin, Homewood IL.
- 106.Maloney, J. P. (1982) Job stress and its consequences on a group of intensive care and non-intensive care nurses. Advances in Nursing Science, 4, 31-42.
- 107.Margolis, B.L and Kroes, W. H.:” Work and the Health of Man” in otoole, J, ed, Work and The Quality of Life. (Cambridge,Mass: Mit Press, 1974)
- 108.Markovic Marija, Pikó Bettina, Piczil Márta, Kasza Bálint (2006) Egészségi állapot, életmód és egészségmagatartás az ápolók körében Szegeden és Szabadkán. Nővér.19.évf.3.szám 17-24.
- 109.Maslach C. and Jackson S. E. (1981) The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior 2, 99-113.
- 110.Maslach C., Jackson S. E. and Leiter M. P. (1996) Maslach Burnout Inventory; Manual 3<sup>end</sup> University of California, Consulting Psychologists Press, Palo Alto.
- 111.Maslach, C. and Jakson, S. E. (1986) MBI. Maslach Burnout Inventory Consulting Psychologists Press. Palo Alto

- 112.Maslach, C., and Pines A. (1977) The Burn-Out Syndrome in the Day Care Setting, *Child Care Quarterly*, Vol. 6.No.2, 100-114.
- 113.Maslach, C., and Jackson, S. (1981) *Maslach Burnout Inventory: Research Edition, manual*. Palo Alto. (a)
- 114.Maslach, C., and Jackson, S. (1981) The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981, 2, 99-113.
- 115.Masterson-Allen; Mor,V; Laliberte,L; and Monterio,L.(1985) Staff burnout in a hospice setting. *The Hospice Journal* 1, (3). 1-15
- 116.Maunz S. und Steyrer J. (2001) Das „Burnout-Syndrom“ in der Krankenpflege: Ursachen-Folgen-Prävention. *WienKlin Wochenschr* (2001) 113/7-8, 296-300
- 117.Mátrai Miklósné (1997) Az egészségügyi dolgozók kiégésének vizsgálata. *Védőnő VII. évfolyam* 1997/3. szám
- 118.McCranie. E. W., Lambert, V. A. and Lambert. C. E. (1987) Work stress, hardiness and burnout among hospital staff nurses. *Nursing Research*, 36, 374-378.
- 119.McGrath, A., Reid, N. and Boore, J. (1988) Occupational stress in nursing. *Int. J. Nurs. Stud.* 26 (4), 343-358.
120. McGrath, A., Reid, N. and Boore, J. (2003) Occupational stress in nursing. *Int.J.Nurs.Stud.*,40, 555-565
- 121.Melamed.S et al; (1999): Chronic burnout, somatic arousal and elevated salivary cortisol levels.*Journal of Psychosomatic Research*, Vol.46, No 6, pp.591-598,
- 122.Molnár Edit (2002). *Ápolók egészségi állapota*. 2001. *Nővér*, 15, 4-10.
- 123.Molnár Péter, Csabai Márta (1996) *A gyógyítás pszichológiája*. Springer Hungarica. Budapest. 1996.
- 124.Molnár Péter, Csabai Márta, és Csörsz Ilona *Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány*. *Magyar Tudomány*, 2003 .11. 1391.o
- 125.Moore. T. F. and Simendinger, E. A. (1982) Organizational burnout: is our hospital on fire? *Dimensions of Health Service* 59, 17-18.
- 126.Mórotz Kenéz, Perczel Forintos Dóra (2005): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Könyvkiadó Rt, Budapest. 255-265
- 127.Morissette, F. (1993) Factors related to burnout in Quebec nurses working in intensive care. Unpublished master's thesis. Université de Montréal.
- 128.Murray, Dyck (1992) Subscales of the Dysfunctional Attitude Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 333-335

- 129.Pálfi Ferencné (2001/a) Ahol a segítők is segítségre szorulnak – előadás Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója. Nyíregyháza, (2001)
- 130.Pálfi Ferencné (2001/b) A segítők segítése – A kiégés szindróma kialakulásának veszélyei. Győr, Egészségügyi Szakdolgozók XXXII. Kongresszusa, 2001.
- 131.Pálfi Ferencné (2002) A kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében. Egészségügyi Menedzsment, 2002.
- 132.Pálfi Ferencné (2003) Szolgálat, önfeláldozás, hivatás?- A kiégés veszélye ápolók körében. Nővér, 16 (6), 3-9
- 133.Papadatoaou, D., Anagnosttopoulos F. and Monos D. (1994) Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. British Journal of Medical Psychology (1994), 67, 187-199.
- 134.Parahoo, K. and Barr, O. (1994) Job satisfaction of community nurses working with people with a mental handicap. J. Adv. Nur. 20, 1046-1055.
- 135.Payne N. (2000) Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. Journal of Advenced Nursing 33 (3) 396-405
- 136.Petróczi Erzsébet (1999) A kiégés jelensége pedagógusoknál Magyar Pszichológiai Szemle, 1999, LIV, 3. 429-441.
- 137.Piczil M., Kasza G., Markovic M., Pikó B., (2005) Határon innen és túl.... Nővér, 18, 2, 3-10
- 138.Pikó Bettina (1995). A stressz szociológiája: változás és stresszmenedzsment az egészségügyben. Lege Artis Medicinae, 5, 3 286-289.
- 139.Pikó Bettina (1999) Work-related stress among nurses: a challenge for health care institutions. The Journal of the Royal Society of Health. 119(3):156-162
- 140.Pikó Bettina , Piczil Márta (2000) ” És rajtuk kisegít...?”-Kvalitatív egészségzociológiai elemzés a nővéri hivatásról. Esély,10,110-120.
- 141.Pikó Bettina (2001) A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. Lege Artis Medicine 2001, 11, (4) 318-325
- 142.Pikó Bettina.,Piczil M.(2002) Megküzdési (coping) stratégiák és a társas támogatottság összefüggése az ápolónők egészségi állapotával. Pszichológia, 22, 4 437-447.
- 143.Piko Bettina (2006) Burnout,role conflict, job satisfaction and psychological health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. InternationalJournal of Nursing Studies, 43 (3): 311-318

- 144.Pines, A. (1986) Who is to blame for helpers burnout? Environmental impact. Inc. D. Scott at J. Hawk (Eds), Heal Thyself: The Health of Health Care Professionals. New York Brunner/Mazel
- 145.Pines, A. and Maslach C. (1978) Characteristic of staff burnout in mental health setting. Hospital and Community Psychiatry 29, 233-237.
- 146.Pines, A. and Aronson. E. (1981) Burnout: From Tedium to Professional Growth. Free Press New York
- 147.Pines, A. M., and Kanner, A. D. (1982) Nurses's burnout: lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 20, p 30-35, August 1982.
- 148.Pertman, B. and Hartman, E. A. (1982) Burnout: Summary and future research. Human Relations, 35, 283-305.
- 149.Peteet, J. R. et al (1989):Job stress and satisfaction among the staff members at a cancer center. Cancer, 64, 975-982.
- 150.Price, T. and Bergen, B. (1976) The relationship to death as a source of stress for nurses on a coronary care unit. Omega, 8, 229-237.
- 151.Prosser D., Johnson S., Kuipers E., Szmukler G; Bebbington P. and Thornicroft G. (1996) Mental health, burnout and job satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. Journal of Psychosomatic Research, 43, 51-59
- 152.Prosser D., Johnson S., Kuipers E. et al (1999) Mental health, burnout and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34, 295-300.
- 153.Power K. G. and Sharp G. R. (1988) A comparison of sources of nursing stress and job satisfaction among mental handicap and hospice nursing staff. Journal of Advanced Nursing, 13, 726-732.
- 154.Rice R. W. (1984) Organizational Work and the overall quality of life. In Applied Social Psychology Annual 5, 155-178.
- 155.Rich, V. L. and Rich, A. R. (1987) Personality hardiness and burnout in female staff nurses. Image 19 (2) 63-66.
- 156.Rognstad,M.K., Aasland,O., and Granum,V. (2004) How do nursing students regard their future career? Career references in the post-modern society. Nurse Education Today, 24(7), 493-500
- 157.Sabo, B.M.(2006) Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? International Journal of Nursing Practice, 12, 136-142
- 158.Selye János (1965) Életünk és a stressz. Akadémiai Kiadó, Budapest, 76- 97

- 159.Selye János (1983) Stressz distressz nélkül. Akadémiai Kiadó, Budapest, 23-64
- 160.Shirom A. (1989) Burnout in work organizations. In International Review of Industrial and Organizational Psychology. John Wiley and Sons Chichester, 25-48.
- 161.Schaufeli W. B. and Enzmann D. (1998) The Burnout Companion to Research and Practice: A Critical Analysis. Taylor and Francis, London
- 162.Schaefer J. A. and Moos R. M. (1993) Work stressors in health care: contexts and outcomes. Journal of Community and Applied Social Psychology, 3, 235-242.
- 163.Schmidbauer,W.(1977) Die hilflosen Helfer.Rohwolt,Reinbek.
- 164.Siegrist,J; Peter,R;Junge,A; Cremer,P; and Seidel,D; (1990) : Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue collar men. Soc.Sci.Med., 31, 1127-1134
- 165.Siegrist J.,Klein D., and Voigt KH., (1997) Linking sociological with physiological data:the model of effort-reward-imbalance at work. Acta Physiol Scand, special issue November.
- 166.Steffen, S. and Bailey, J. T. (1997) Sources of stress and satisfaction in ICU nursing. Focus, 6, 26-32.
- 167.Simendinger E. A. and Moore T. F. (1985) Organizational Burnout in Health Care Facilities. Strategies for Prevention and Change. AN. Aspen Publication, 1985
- 168.Seymour, E. and Buscherhof. J. R. (1991) Sources and consequences of satisfaction and dissatisfaction in nursing: findings from a national sample. Int. J. Nurs. Stud. 28 (2) 109-124.
- 169.Smocek. M. R. (1993)Hardiness: its relationship to health and burnout in undergraduate nursing students. Unpublished doctoral dissertation, University Widener.
- 170.Szokolszky Ágnes (2004) Kutatómunka a pszichológiában. Osiris Kiadó, Budapest.
- 171.Teague, J. B. (1992) The relationship between various coping styles and burnout among nurses. Unpublished doctoral dissertation, Ball State University.
- 172.Theorell T., (1996) The Demand-Controll-Support model for studying health in relation to the work environment:an interactive model.In K.orth-Gomer,& N.Schneiderman (Eds.), Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention, 69-85. Mahwah,NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 173.Toft M. (1989) Personality hardiness, occupational stress and burnout in critical care nurses. Research in Nursing and Health, 12, 179-186.
- 174.Tringer László (1991) A gyógyító beszélgetés. Viselkedéstudományi Társaság, Budapest

175. Vachon, M. L. S. (1978) Motivation and stress experienced by staff working with the terminally ill. *Death Education*, 2, 113-122.
176. Vachon, M. L. S. (1987) *Occupational Stress in the Care of the Critically Ill, the Dying and the Bereaved* New York: Hermisphere
177. Van Vegchel, N.; De Jonge, J.; and Schaufeli, W. (2005): Rewriting the effort-reward imbalance: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Social Science and Medicine*, 60: 1117-1131
178. Wade, B. E. (1993) The job satisfaction of health visitors, district nurses and practice nurses working in areas served by four trusts: year 1. *J. Adv. Nurs.* 18, 992-1104.
179. Weissman, M. M. and Beck, A. T. (1979) *The Dysfunctional Attitude Scale Thesis*. University of Pennsylvania, Philadelphia
180. Whippen, D. A. and Canellos, G. P. (1991): Burnout syndrome in the practice of oncology: Results of a random survey of 1,000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1916-1920.
181. World Health Organization, 1992. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, WHO. Geneva
182. World Health Organization (1996) *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*, Geneva, 1996
183. Wholistic Stress Control Institute, Inc (WSCI) Atlanta, Georgia. (2000)
184. Wynne, R., Clarkin, N., McNieve, A (1996) *Work-related Stress in Nursing: Controlling the Risk to Health*. Working paper CONDI/T/WP.4/1996 Labour Office, Geneva



## **A PhD alapját képező eredményekkel kapcsolatos publikációk, konferencia részvételek**

- 1. Kóczán Gy- Boncz I-Pálfi Fné : Burnout jelenség vizsgálata kórházi és klinikai osztályokon**  
Kutatási project. ETT-12 751/93 sz. kutatási program. 1997.
- 2. Pálfi Fné: A segítők segítése: A kiégés szindróma kialakulásának veszélyei.**  
Nővér Praxis, 2002. január. 5. évf. 1. sz.12- 16.
- 3. Pálfi Fné: A kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében.**  
Egészségügyi Menedzsment, 2002. IV. évf. 2. sz. 20-24.
- 4. Pálfi Fné: A segítőkéről...**  
Nővér Praxis, 2002. 5. évf. 9. sz. 7-16.
- 5. Pálfi Fné-Blasszauer B: **Struggling alone: nurses in Hungary.****  
Bulletin of Medical Ethics, 2002. october 182. pp. 13-16.
- 6. Pálfi Fné: Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? A kiégés veszélyei ápolók körében.**  
Nővér, 2003. 16. évf. 6. sz. 3-9.
- 7. Blasszauer B-Pálfi I: **Moral dilemmas of nursing in end-of-life care in Hungary: a personal perspective.****  
Nursing Ethics, 2005. 12. 1. pp. 92-105. IF: 0,592
- 8. Pálfi Fné: **Amikor már kihűlt a láng : A kiégés vizsgálata ápolók körében.****  
Informatika és Menedzsment az egészségügyben (IME): Járóbeteg Szakellátási és szakdolgozói különszám 2006. IV. évf. 10. sz. 31-35.
- 9. Pálfi Fné: **Az ápolók betegsége, a kiégés szindróma.****  
Napi gazdaság: Napi Egészségünk, 2006. február 15. XVI. évf. 33. sz. 3.
- 10. Pálfi Fné -Vránicsné Horváth I -Németh K -Betlehem J: **Az ápolók mentálhigiénés állapota és a kiégés szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban.****  
Nővér, 2007. (közlésre elfogadva 2007. ősz)
- 11. Pálfi.I- Németh.K-Kerekes.Zs- Kállai.J-Betlehem.J:  
**The role of burnout among Hungarian nurses.**  
International Journal of Nursing Practice.(regisztrációs szám: IJNS-2007-00030)  
(közlésre elfogadva-2007 őszi megjelenés)**

## **Előadások hazai és nemzetközi tudományos rendezvényeken:**

- 1. Pálfi Fné : Ahol a segítők is segítségre szorulnak.**  
Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója. Nyíregyháza. 2001. április 20-21.  
Előadás
- 2. Pálfi Fné: A segítők segítése: A kiégés szindróma kialakulásának veszélyei.**  
Egészségügyi Szakdolgozók XXXII. Kongresszusa Győr. 2001. augusztus 21-23.  
Előadás
- 3. Pálfi Fné: Tények és gondolatok a kiégés jelenségéről az ápolók körében.**  
Szakdolgozói Fórum - Honvéd Kórház Pécs, 2002. február. 6. - Előadás
- 4. Pálfi Fné: A kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében.**  
Ápolásmenedzsment Konferencia Szeged, 2002. május 9-10. - Előadás
- 5. Pálfi Fné: Kiégésről- normák és értékek.**  
Pécsi Tudományegyetem Orvostudományi Centrum és a Magyar Ápolási Egyesület  
Szociális Szekció Szakmai Nap Pécs, 2002. július 17. - Előadás
- 6. Pálfi Fné: A kör bezárul....**  
Egészségügyi Szakdolgozók XXXIII Kongresszusa Szombathely, 2002. augusztus  
21-23. Előadás
- 7. Pálfi Fné: A segítő kapcsolat csapdái.**  
Szociális Szolgáltatók I. Országos Konferenciája Pécs, 2002. augusztus 30-31. -  
Előadás
- 8. Pálfi Fné: Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? A kiégés veszélyei ápolók körében.**  
Egészségügyi Szakdolgozók XXXIV. Kongresszusa Balatonaliga, 2003. augusztus  
25-27.
- 9. Pálfi Fné: Előadás sorozat a burnout jelenségről - felkért előadás**  
Magyar Ápolási Egyesület Budapest, 2005. január 28.
- 10. Pálfi Fné: A kiégés vizsgálata ápolók körében - felkért előadás**  
Magyar Ápolási Egyesület Tolna megyei Szervezete, Ápolók Nemzetközi Napja  
Ünnepi emlékülés Szekszárd, 2005. május 06.
- 11. Pálfi Fné: Amikor már kihűlt a láng...: A kiégés feltárása ápolók körében. -  
felkért előadás**  
II. Országos Járóbeteg Szakdolgozói Konferencia - Medicina 2000 Balatonvilágos,  
2005. szeptember 16-17.

12. Hidegné M.M- Pálfi Fné: **Egy működő Hospice osztály valóságai**  
VII. Országos Hospice - Palliatív Kongresszus Pécs, 2006. május 12-13.
13. Pálfi Fné: **A kiegészés, mint a mentális, a fizikai és az érzelmi kimerülés állapota.**  
Magyar Ápolási Egyesület- Ápolók Nemzetközi Napja Ünnepi emlékülés Pécs  
2006. május 10. - Előadás
14. Pálfi Fné: **Kötelességeink hálójában: „a burnout szindróma,,**  
Magyar Szakdolgozói Kamara Tudományos Nap Pécs, 2006. november 16.
15. Kerekes.Zs-Pálfi Fné- Müller.M: **Burn Out Syndrom among Hospice Nurses.**  
10 th. Congress of the European Association for Palliative Care June 7-9. 2007  
Budapest, Hungary - In: European Journal of Palliative Care, June 2007. Hayward  
Medical Communications, UK, pp.179.
16. Kerekes.Zs-Pálfi Fné- Müller.M: **Patiens' Satisfaction with the Quality of Life  
in Hospice.** (Poszter szám: No. 533) 10 th. Congress of the European Association  
for Palliative Care, June 7-9. 2007. Budapest, Hungary - In: European Journal of  
Palliative Care, June 2007. Hayward Medical Communications, UK, pp. 183.
17. Kerekes,Zs; Pálfi, I.: **Burn out Syndrome and Prevention Among Nurses.**  
EHPS Conference 15-18 August 2007, Maastricht, The Netherlands. Health  
Psychology Review. pp. 42-43.
18. Pálfi.I-Kerekes.Zs- Hideg.M: **Burn Out Syndrom and Areas of Interventions  
Among Hospice Nurses.** First Conference of the Central and Eastern European  
Society of Behavioural Medicine 20-22. August. 2007. Pécs, Hungary. Pp.80.
19. Pálfi Fné: **A munkastressz és a kiegészés alakulása az ápolói hivatásban.** - felkért  
előadás  
Fizioterápiás Szakdolgozók Egyesülete III. Országos Kongresszusa. Harkány  
2007. október 20.
20. Kerekes, Zs., Pálfi, I.; Hidegné, M.M.;: **Burn Out szindróma hospice ellátásban  
dolgozó nővérek között.** Pécs. 2007. November 8-10. Magyar Gerontológiai és  
Geriátriai Társaság XXX. És a Preventív Gerontológiai és Geriátriai  
Társaság V. Kongresszusa.- poszter elfogadva.

### **Egyéb témában megjelent publikációk:**

- 1. Pálfi Fné: A nővér és beteg közötti kapcsolatról.**  
Egészségügyi Munka, 1991. XXXVIII. évf. 3.sz. 71-73.
- 2. Pálfi Fné: Félúton a diploma megszerzéséért.**  
Összekötő - A POTE Egészségügyi Főiskolai Kar információs lapja.  
Pécs, 1995. április
- 3. Pálfi Fné: Tanulmányút margójára. Hannoveri tanulmányútról beszámoló.**  
Összekötő - A POTE Egészségügyi Főiskolai Kar információs lapja.  
Pécs, 1998.
- 4. Pálfi Fné: Emberségesen meghalni, vagy embertelenül élni.**  
Praxis, 2004. 13. évf. 12. sz. 8-15.
- 5. Pálfi Fné-Blasszauer B: Hungarian nursis' attitudes to euthanasia**  
Bulletin of Medical Ethics 2004. March. 196. pp. 23.
- 6. Pálfi Fné: A főiskolai hallgatók szakmai gyakorlatának szerepe, a gyakorlatok tervezése, előkészítése. A mentorság jelentése**  
Ápolásügy, 2005. 18. évf. 3. sz. 17-21.
- 7. Kovácsné L. Sz.-Pálfi Fné: Fájdalomcsillapítás a beteg és az ápoló szemszögéből.**  
Praxis, 2006. 15. évf. 9. sz. 74-82.

## **Egyéb témában elhangzott előadások, poszterek**

- 1. Pálfi Fné: A nővér- beteg kapcsolat.**  
Egészségügyi Szakdolgozók II. Kongresszusa 1989. Debrecen - Előadás
- 2. Pálfi Fné: Emberhez méltó módon meghalni.**  
Egészségügyi Szakdolgozók III. Kongresszusa 1990. Nyíregyháza - Előadás
- 3. Pálfi Fné : Meghalni, de másként.**  
Egészségügyi Szakdolgozók IV. Kongresszusa 1991. Zalaegerszeg I. Díj - Előadás
- 4. Pálfi Fné – Váradyné H. Ágnes: Ápolási dokumentáció bevezetése és gyakorlati oktatásának tapasztalatai a diplomás ápoló képzésben.**  
Egészségügyi Világszervezet Ápolási és Szülésznői Együttműködési Központ VIII. Kongresszusa Budapest 1997. - Poszter
- 5. Pálfi Fné Training diploma Nurses at the Faculty of Health Sciences of the Pécs University Medical School Helsinki 5-8. July 1998. - Poszter**
- 6. Pálfi Fné : Diplomás ápolók felkészítése a team-munkára.**  
Szakdolgozói Nap Ünnepi Ülés 1999. július 9. - Előadás
- 7. Pálfi Fné : Munkakapcsolat a felsőoktatási intézmény és a gyakorló területek között.**  
Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar Tudományos Kongresszus Budapest, 2000. május 11-12. - Előadás
- 8. Pálfi Fné – Schmelcz M – Buda J – Komáromy L. : Training for Future: Suitability to Changing Necessities. 10.<sup>th</sup> Bienial**  
Conference of the Workgroup of European Nurse Researchers May 25-27. 2000. Reykjavik Iceland - Poszter
- 9. Pálfi Fné : Megfelelni az oktatás szükségleteinek a gyakorlat kontextusában.**  
Diplomás Ápolók III. Országos Találkozója Nyíregyháza, 2001. április 20-21. Előadás
- 10. Pálfi Fné : Emberségesen meghalni, vagy embertelenül élni?**  
Egészségügyi Szakdolgozók XXXV. Jubileumi Kongresszusa Kecskemét, 2004. június 24-26. - Előadás
- 11. Pálfi Fné : A kezdetektől, napjainkig.**  
Jubileumi Tudományos Emlékülés PTE Egészségtudományi Kar Pécs, 2006. április 29.

**12. Szabó A. - *Pálfi Fné*: Kórházon innen és kórházon túl.**

Egészségügyi Szakdolgozók XXXVII. Kongresszusa Pécs, 2006. augusztus 24-26.  
Előadás

**13. Kerekes,Zs.; *Pálfi, I.*: A páciensek elégedettsége a hospice osztály ellátásának minőségével.** Pécs, 2007. November 8-10. Magyar Gerontológiai és Geriátriai Társaság XXX. És a Preventív Gerontológiai és Geriátriai Társaság V. Kongresszusa.- poszter elfogadva.

## Köszönetnyilvánítás

A PhD dolgozat a végleges változatának megírásáig rengeteg idő eltelt. Nagyon sok munkaóra ráfordítás kellett ahhoz, hogy a rengeteg adathalmazból, egy kerek disszertáció kerekedjen.

Nagy tisztelettel és szeretettel gondolok néhai témavezetőmre Dr Kóczán György egyetemi docensre, aki elindított a kutatásom rögzös útján és ellátott rengeteg hasznos tanáccsal.

Köszönöm Dr Kállai János egyetemi docensnek, hogy előző témavezetőm sajnálatos halála után segítette kutató munkámat befejezni. Kritikus szemléletével és önzetlen segítő készségével bátorított és erősítette bennem a hitet, hogy a kutatói feladatokkal megküzdjek. Szakértelme, hozzáértése, türelme és tisztessége példaértékű volt számomra.

Köszönet illeti azokat az ápolókat, akik közreműködtek a kérdőívek kitöltésében és azokat a segítőköt akik elvégezték a szervezési feladatokat, mellyel segítették munkámat.

Hálával és köszönettel tartozom Pálfiné Heizer Ritának, aki elvégezte a matematikai-statisztikai számításokat, amelyek nélkülözhetetlenek voltak a disszertáció elkészítésénél.

Köszönetet mondok azoknak a jó szándékú embereknek, akik önzetlen segítséget és biztató szavakat adtak kutató munkám befejezésére. Külön köszönet illeti Dr Blasszauer Béla bioetikust, Dr Tahin Tamás, Dr Buda József, Dr Komáromy László főiskolai tanárokat. A továbbiakban Hálás vagyok minden olyan segítő szándékú munkatársnak, kollégának és ismerősnek, akiknek a neve nem szerepel az említettek között.

Végül hadd köszönjem meg családomnak, leginkább férjemnek, hogy megértett, támogatott és biztatott. Segített és hűen kitartott mellettem azokban a nehéz időkben, amikor a kutatásra szánt időt Tőle vettem el.