

# Segítők segítése – avagy ügyelői válság kezelési lehetőségei

- Dr Lázár Imre PhD
- SE Magatartástudományi Intézet

# A segítőik betegsége- a kiégés (?)

- *„Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek”*
- *Herbert Freudenberger, 1974*
  - *in Fekete S. Segítő foglalkozások kockázatai. Helfer szindróma és burnout jelenség. Psychiatria Hungarica 1991;1:17-29.*

# A Segítő szindróma (*Schmidbauer* 1977)

- 
- *Schmidbauer* szerint a Helfer-szindróma a segítő saját ingatag pszichés egyensúlyával hozható összefüggésbe, ami a szociális segítesen keresztül merev életformává alakul.
- A pályaválasztás motivációja az öngyógyítás.

- A kiégés az érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, és az egyéni teljesítménycsökkenés tünetegyüttese, amely emberekkel foglalkozó személyek körében lép fel.
- *Maslach, Jackson, Leiter*
- A kiégés tartós vagy ismételt emocionális terhelés eredménye más emberekért való hosszú távú, intenzív erő feszítéssel összefüggésben”
- *Dista Kafry*
- Az egyén a törődési szándékát veszíti el azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik – a háttérben ő is az érzelmi kapacitás kimerülését hangsúlyozza, aminek következtében az egyén nem lesz képes pozitív érzéseket, tiszteletet, empátiát tanúsítani a kliens iránt.
- *Christina Maslach*
- A kiégési szindróma (*Burnout*) főként a segítő szakmákban dolgozókat érintő tünetegyüttes, amely hosszútávú fokozott érzelmi megterhelés, stressz következtében létrejövő fásultság, cinizmus, depresszió és/vagy a pálya elhagyása
- *Wikipédia*

# A kiégés összetevői

- **1. Érzelmi kimerülés:** mely alatt az emberi problémákkal szembeni közönyt, a társas helyzetek kezelésére való alkalmasság elvesztésnek érzését értjük.
- **2. Elszemélytelenedés:** azaz a betegek tárgyként való kezelése
- **3. Teljesítménycsökkenés:** negatív önértékelés, kompetencia hiányának érzése

# A kiégettség tünetei

- **Az emocionális kimerültség tünetei**
  - - fáradtság (már a munka gondolatától is)
  - - krónikus kimerültség
  - - álmatlanság
  - - megbetegedési hajlam
  - - diffúz testi panaszok

# Deperszonalizáció

- - Negatív, cinikus viszony a kollégákkal
- - Negatív érzések a betegek és kliensek iránt
- - Büntudat
- - Visszahúzódás
- - Hárító magatartás
- - A munka redukálása
- - Túlterheltség

# A teljesítménnyel való elégedetlenség csökkent teljesítőképeség

- - A sikertelenség és tehetetlenség megélése
- - Hiányzó elismerés
- - Elégtelenségérzés

## A kiégés tünetei

A kiégés mind testi, mind lelki tünetekkel jár.

Testi tünetek: fáradtság, kimerültség, alvászavarok, fejfájás, súlyingadozás, fekélybetegségek, magas vérnyomás.

Lelki tünetek: ingerlékenység, változó hangulat, agresszivitás, lehangoltság, cinizmus, teljesítőképeség, a munkabírási csökkenése.

# A KIÉGÉS SZAKASZAI

Herbert Freudenberger és Gail North 12 szakaszra osztja a burnout folyamatát, melyek nem követik következetesen egymást.

- Önigazolási kényszer
- Még keményebb munka
- A saját szükségletek, személyes igények elhanyagolása
- A konfliktusok elfojtása, elhanyagolása (a valódi okokat a distressz miatt nem ismeri fel vagy elhárítja a személy)

- – A bizonyítani akarástól a bizonyításkényszerig.
- – Fokozott erőfeszítés.
- – A személyes igények és a konfliktus elhanyagolása.
- – Az értékrend megváltozása.
- – A fellépő problémák tagadása.
- – Visszahúzódás.
- – Magatartás- és viselkedészavarok.
- – Deperszonalizáció.
- – Belső üresség.
- – Depresszió.
- – A teljes kiégettség

# Más szavakkal a segítők körében

- **A kiégés folyamatának fázisai**
- *Idealizmus*
- Nagy lelkesedés a szakmáért, a kliensért való intenzív fáradozás, a kollégákkal való élénk kapcsolattartás.
- A segítség kudarcát saját kudarcként élik meg, irreális elvárások a kliens változni akarásával szemben, azonnali eredmények akarása,
- A határok feloldódnak a segítő privát és szakmai élete között.

- *Realizmus*
- Szakmája iránt elkötelezett, kooperatív együttműködés a kollégákkal, érdeklődés a kliens fejlődése iránt.
- A távolságtartás és a részvét megteremtésén fáradozik.
- Kreatív tervek, kezdeményezések iránti nyitottság.

# Stagnálás vagy a kiábrándulás fázisa

- Csökken az érdeklődés, teljesítőképeség, nyitottság,
- A klienssel való kapcsolat a legszükségesebbekre korlátozódik,
- A kollégákkal való beszélgetések terhesek, csak a védekező viselkedés megerősítését szolgálják.

# A frusztráció fázisa

- Szakmájukban visszahúzódnak, a klienseket becsmérlik, egyre több negatív változást észlelnek rajtuk,
- A kapcsolatban a megengedő és a tekintélyelvű stílus ingadozik,
- A szakmai, közéleti életből való visszavonulás annak értelmetlensége és üressége miatt,
- Kétségbe vonódik a saját hivatás értelme és értéke,
- A kliens egyre idegesítőbb.

# Az apátia fázisa

- A minimumra korlátozódik a klienssel való interakció,
- A szakmai munka sematikusán történik, a kliens felé a hangulat ellenséges,
- A segítő a kollégákat kerüli, a helyzet változtatás lehetőségét elveti.

# Kiégés alakulása

- Nem egyszeri jelenség, hanem folyamat, melyben ciklikus ismétlődések vannak.
- Kialakulásáért egyszerre tehető felelőssé az egyes ember személyiségbeli jellemzői és a munkaszervezet jellemzői

# A kiégés okai

- Pozitív munkakörnyezet hiánya
- Rutin- és egyhangú munka
- Túlmunka a munkaerőhiány következtében
- A nagyszámú betegellátásból fakadó megterhelés
- Költségvetési megszorítások, anyag- és eszközhiány
- A halállal való mindennapos szembesülés
- Kritikus állapotban lévő betegek
- A munkahelyi előmenetel hiánya
- A munkakör ellátásához elégtelen vagy túl magas képzettség
- A megbecsülés hiánya a kliensek és a munkahelyi vezetők részéről
- Alacsony bér

# A kiégésre hajlamosító személyes tényezők

## Egyéni tényezők:

- tapasztalatlanság,
- alacsony képzettség,
- idealizmus, irreális elvárások,
- állandó elismerés igénye,
- azonnali siker elvárása,
- kevés önismeret.
- .

## Munkahelyi tényezők:

A szakmai támogatás hiánya,  
A világos szerephatárok-,  
felelősség határok hiánya,  
Autoriter vezetés,  
kaotikus munkahelyi légkör,  
Állandó időnyomás,  
sok adminisztratív feladat,  
Az egy főre jutó kliensek magas száma.

# A kiégés okai

- Önálló kompetenciakör meghatározásának hiánya
- Kortársaktól való elszigeteltség
- Társas kapcsolatok hiánya
- Interperszonális konfliktusok a betegekkel és családtagjaikkal
- Kártérítési perek, büntetőjogi felelősségre vonástól való félelem
- Feloldhatatlan személyes konfliktusok a munkahelyen kívül (magánéleti konfliktusok, anyagi nehézségek)
- Érzelmi túlterheltség,
- Bizonyos személyiségjegyek, amelyek a pályaválasztáshoz vezettek,
- Kliensközpontú orientálódás.

## • Leginkább érintett foglalkozások

Ápolók (főleg haldokló vagy súlyos betegeket, idős embereket kezelő kórházi osztályokon dolgozók)

Orvosok (Leggyakoribb háziorvosok között)

Pszichiáterek

Pedagógusok/oktatók

Pszichológusok

Lelkészek

Szociális munkások

Könyvtárosok (leginkább egyetemi vagy központi könyvtárakban, szakinformációban, olvasószolgálatban dolgozók)

Rendőrök

Rendszergazda – informatikusok

Programozók

Felsővezetői munkakörben dolgozók

Ügyfélszolgálati munkakörben dolgozók

Pénzügyi tanácsadók

# A kiégés mérése

- **Maslach-féle kérdőív Burn-out Inventory**,
- Az MBI egy 22 tételből álló kérdőív, mely a kiégést három dimenzióban méri (emocionális kimerülés, deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés skálák).
- A résztvevők egy 7-fokozatú Likert skálán (0=soha, 6=minden nap) jelzik, hogy egyes munkájukkal kapcsolatos érzéseiket milyen gyakran észlelik.
- Az emocionális kimerülést 9 kérdés (pl. Kifacsartnak érzem magam a munka után.), a deperszonalizációt 5 kérdés (pl. Mióta ezt a munkát végzem, érzéketlenebb vagyok az emberek iránt.) és a teljesítményvesztést 8 kérdés méri (pl. Úgy érzem, hogy a munkámon keresztül pozitívan befolyásolom az emberek életét.).
- A kérdésekre adott válaszok alapján a kiégés mindegyik dimenziójára egy érték jellemző. Az értékeket három csoportba (alacsony, közepes, magas) soroltuk. A csoportosítás alapjául egy normatív minta értékei szolgáltak. Az orvosok körében a magas fokú kiégést a következő értékek jelzik: emocionális kimerülés =27 pont, deperszonalizáció =10 pont és teljesítménycsökkenés =33 pont.

*MBI-General Survey MBI-GS*  
*MBI-Educators Survey MBI-ES*  
*MBI-Human Services Survey; MBI-HSS*

- Általános kérdőív - mely a nem szociális szférában dolgozókra vonatkozik, ahol személyes kapcsolatok kis mértékűek. Ilyenek például a kormányintézmények, bizonyos cégek, informatikusok, managerek, hadseregben dolgozók és adminisztratív jellegű munkát végzők
- Oktatás területén dolgozók - mint például tanárok, segítők és adminisztrátorok.
- Humán szolgáltatást végzők humán szolgáltatást nyújtó intézményekben, valamint az egészségügyben dolgozók, mint például orvosok, nővérek, szociális munkások, pszichológusok.
- .

# ÉRTÉKEK

- **Emocionális kimerülés**
- Alacsony: 0 - 18
- Közepes: 19 - 26
- Magas: 27 -
- **Deperszonalizáció**
- Alacsony: 0 - 5
- Közepes: 6 - 9
- Magas: 10 -
- **Teljesítményvesztés**
- Alacsony: 40
- Közepes: 34 - 39
- Magas: 0 - 33

# Kutatások

- *Hegedűs K.* A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae* 2000;10(5):448-52
- *Hegedűs K, Riskó Á, Mészáros E.* A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinae* 2004;14(11):786-93.
- *Herr EL.* Kiégés. In: *Szilágyi K, Váry A (eds.).* A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség. *Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem; 1997. p. 27-40.*
- **Kovács Mariann** A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében *LAM* 2006;16(11):
- *Kovács M.* Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban. *Pszichoterápia* 2006;15(1):19-25.
- *Pikó B.* Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006
- *Pálfi F.* Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? – A kiégés veszélyei ápolók körében. *Nővér* 2003;16(6):3-9.
- *Petróczi E, Fazekas M, Tombácz Zs, Zimányi M.* A kiégés jelensége pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle* 1999;3:429-41
- *Szicsek M.* Kiégés és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharón, Thanatológiai Szemle* 2004; 8(1-2):88-131.

# Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban

dr Ádám Szilvia, Dr. Györffy Zsuzsa, Dr.  
Csoboth Csilla

- **Célkitűzések:** A kiégés prevalenciájának felmérése magyarországi orvostársadalom körében a Maslach Burnout Inventory (MBI) felhasználásával, valamint a kiégés prevalenciája és az orvosok szomatikus és pszichés egészségi állapota, egészségmagatartása, szociodemográfiai változói, valamint a munkával és otthoni élettel kapcsolatos tényezők közötti kapcsolat feltárása.
- **Módszerek:** Kvantitatív epidemiológiai vizsgálat (N=187) országos reprezentatív orvosi minta alapján.
- **Eredmények:** Az MBI 3 kiégési dimenzióját tekintve, az orvosok **21,2%-ára** jellemző az *emocionális kimerülés*, **7,7%-ára** a *deperszonalizáció* és **33,1%-ára** a *teljesítményvesztés*.
- A kiégés egyes alsókálái szoros összefüggésben állnak a szomatikus és pszichés megbetegedések prevalenciájával, az egészségmagatartás egyes tényezőivel, a munkával, munkahellyel, munkakörülményekkel való elégedetlenséggel és a munkahely-otthon közötti szerepkonfliktus meglétével.

Ádám és mtsainak eredményei alapján elmondható, hogy az emocionális kimerülés leginkább a kórházi- és szakrendelőben dolgozókra a legjellemzőbb.

A deperszonalizáció a kórházi orvosok között a legmagasabb, míg a teljesítményvesztés leginkább a szakrendelőben dolgozók sajátja.

Hasonló eredményeket közölt *Olkinuora*, aki a finn orvosok körében végzett vizsgálatot a kiégés prevalenciájáról.

A finn orvosok esetében a legmagasabb kiégési pontszámok azoknál volt megfigyelhető, akik nagy egészségügyi központban dolgoznak (főleg általános orvosok és nem szakorvosok).

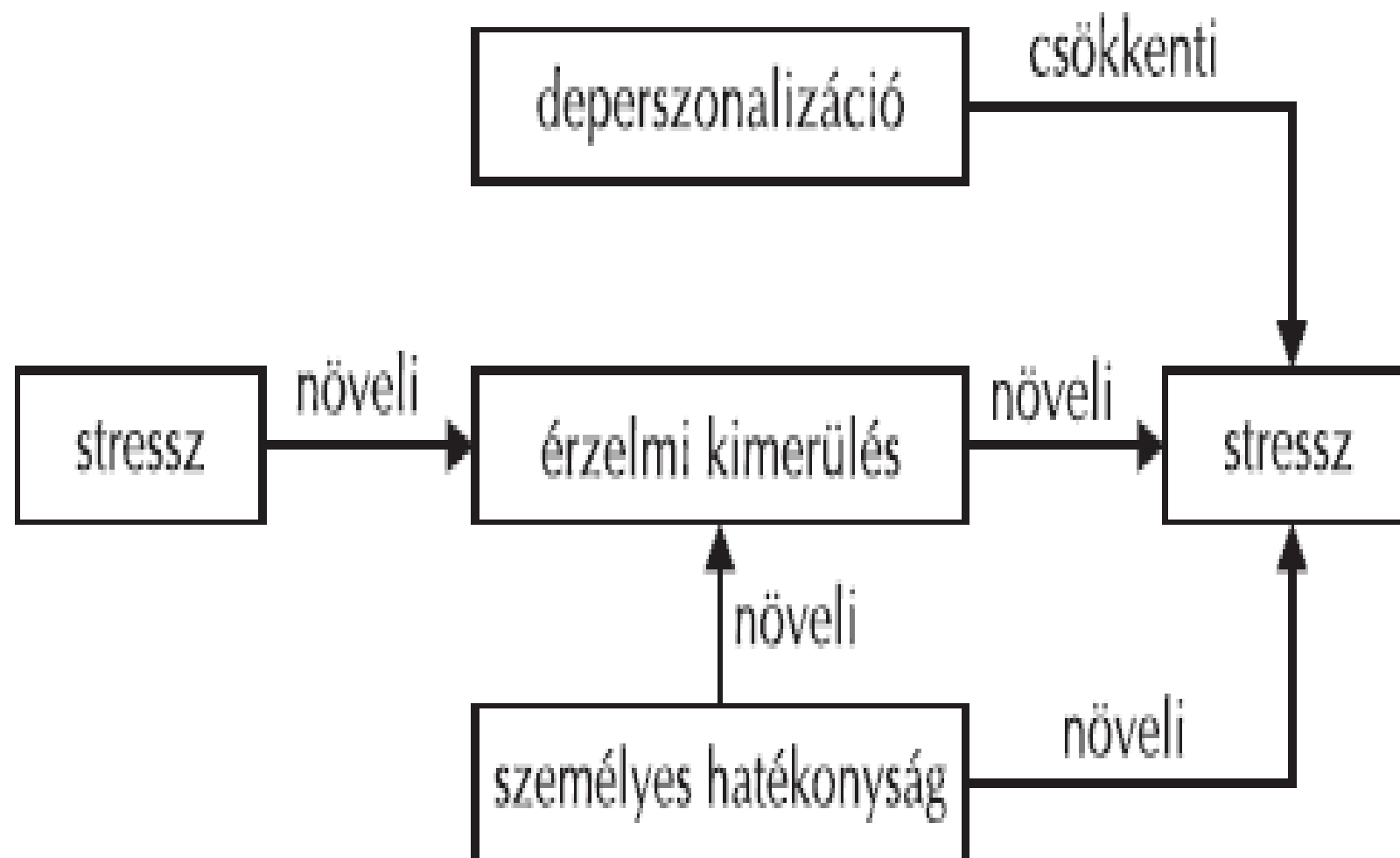
E területeket a magas munkaterhelés, a kiszámíthatatlan munkaidő és az állandó bizonytalanság problémái

jellemezik. A legalacsonyabb kiégési pontszámok azoknál fordult elő, akik magánpraxist folytatnak, egyetemeken, kutató intézetekben dolgoznak.

Ádám és mtsai epidemiológiai felmérésének elsődleges célja a kiégés prevalenciájának feltárása volt a magyarországi orvostársadalom körében. A vizsgált minták 21,2%-ára jellemző a magas fokú emocionális kimerülés, 7,7%-ára a deperszonalizáció és 33,1%-ára a teljesítményvesztés.

Nemzetközi összehasonlításban, a magyar orvosok kiégési mutatói hasonlóak a más országokban dolgozó orvosokéhoz képest. 2001-ben 1824 amerikai és 1435 holland orvost vizsgáltak a kutatók, melyek körében a kiégés (emocionális kimerülés) előfordulási gyakorisága 22% illetve 11%-os volt.

Svájci háziorvosok és brit sebészek körében a kiégés (emocionális kimerülés) prevalenciája ugyancsak hasonló értéket mutatott a magyarországi orvosokéhoz képest (19% valamint 27%).



- Hazánkban elsősorban az egészségügyi dolgozókat vették górcső alá – különösen az ápolók, nővérek, illetve az orvosok váltak a burnout kutatás alanyaivá. A tanárok kiégésével foglalkozó empirikus munkák is ismertek..
- *Szicsek, Hegedűs* és munkatársainak kutatása a társas védőháló és a munkahelyi légkör szerepére,
- *Pikó* a szerepkonfliktusok és a pszichoszomatikus panaszok jelenlétére,
- *Pálfí* az osztály mint ellátási forma szerepére,
- *Kovács* az érzelmi kapcsolatok és a munkával töltött idő szerepére mutat rá.

- *Szicsek Margit* krónikus osztályon és szociális intézményben dolgozó ápolók kiégettségét és pszichológiai immunkompetenciáját vizsgálta. „Azoknál a dolgozóknál, akiknél a kiégettségi mutató magasabb volt, a pszichológiai immunkompetencia bizonyos értékei eltértek az átlagtól.” Úgy tűnik, hogy nem a munkából adódó stressztényezők okozzák a legnagyobb veszélyt, inkább a munkahelyi légkörnek van döntő szerepe a tünetcsoport alakulásában.
- *Hegedűs* és munkatársai mélyinterjúkat készítettek különböző szakterületeken dolgozó orvosokkal. Elemzéseik alapján arra a jelenségre mutatnak rá, hogy az orvosok úgy érik el az érzelmi távolságtartást, hogy egyre kevesebbszer keresik fel a beteget a betegágyánál . A vizsgálatban körvonalazódik a társas támogatás igénye, különösen szakmai nehézségek esetén fokozottabb az igény a kollégáktól kapott támogatásra, támogató csoportokra .
- *Hegedűs* súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapotát vizsgáló nagyszabású kutatásából kiderül, hogy valamennyi mutató szerint – öngyilkossági gondolatok, depresszió, betegségek – súlyosabb képet jeleznek, mint más egészségügyi dolgozók.

- Kovács M a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás területén dolgozó szakemberek állapotát vizsgálta. A kiégés, különösen az érzelmi kimerülés számottevő probléma ezen a területen. A minta 38%-a közepes, 33%-a magas érzelmi kimerültségről panaszkodott. Ez azért is aggasztó, mert a pszichiátriai és pszichoterápiás gyógyítótevékenység fókuszában éppen az érzelmi munka áll. A vizsgálatban szereplők érzelmi kimerülése és dehumanizáló hozzáállása szempontjából nem mellékes, hogy hány órát dolgoznak hetente, míg hatékonyságérzésük szempontjából az a fontos, hogy hány emberrel foglalkoznak érzelmi kapcsolatban.
- Egy 2000-ben Pécsen végzett nagyszabású (N=805) kérdőíves felmérés eredménye szerint az osztály ellátási formája meghatározó a kiégés szempontjából: legmagasabb a mutatója az intenzív osztályon dolgozóknak, őket a krónikus, majd az aktív osztály dolgozói követik. A vizsgált minta 34%-a a kiégés szempontjából veszélyeztetett, 5,5% kiégettség állapotában van, és közel 1% gyógyításra szorul.

- *Pikó* kérdőíves vizsgálatában a kiégés, szerepkonfliktus, munkaelégedettség között keresett kapcsolatot. Abból indult ki, hogy a munkahelyi légkör előbb említett pszichoszociális tényezői befolyásolják a pszichoszomatikus tünetek előfordulását. A kiégés érzelmi kimerülés és deperszonalizáció dimenziója összefüggésbe hozható a pszichoszomatikus panaszokkal, a szerepkonfliktussal és a munkaelégedettséggel – ez utóbbival fordított kapcsolatot mutatott. A személyes hatékonyság a munkaelégedettséggel pozitív, a szerepkonfliktussal és pszichoszomatikus betegségekkel negatív összefüggést mutatott. Nem meglepő az, hogy a munkaelégedettség és a szerepkonfliktus képes megjósolni az érzelmi kimerülést és a dehumanizáló attitűdöt.

- *Petróczi* a pedagógusok közérzetét, a kiégés létrejöttében szerepet játszó tényezők jelenlétét vizsgálta kérdőíves és interjú módszerrel. Eredményei a társas támogatás jelentőségére hívják fel a figyelmet. A vizsgálatban a legjelentősebb stresszortényezők: a jelzésekre nem reagáló vezetés, az együttműködés hiánya, a kollégák őszinteségének hiánya, az elismerés hiánya, a vezetőkkel való egyet nem értés, a tanulók tiszteletlen magatartása, a gyermekek agresszivitása, csúnya beszéde, a saját család háttérbe szorulása, a szülőkkel való konfliktusok. Kiemelendő, hogy a stresszortényezők hatására megjelenő tünetek közül a legmagasabb arányban az elégedetlenségérzés (58%) jelentkezett, ezt követte a jövő miatti aggodás, a problémák jövőbeni megoldásának bizonytalansága, koncentrációs problémák, állandó fáradtságérzés, kilátástalanság, a tehetetlenségérzés, a rosszabb egészségérzet, illetve közérzet .

- Felmérések jelzik, hogy az orvosok a lelki egészség szempontjából veszélyeztetett csoportnak tekinthetők. (Clarke és Singh 2004; Tyssen 2007; Firth-Cozens 2007, Schernhammer és Colditz 2004)
- Mortalitásra vonatkozó kutatások szerint a középkorú orvosok halálózása felülmúlja más értelmiségi foglalkozásokét, külön kiemelve az orvosnők magas mortalitását. (Fodor J. 1860; Simon 1978; Mezey 1991; Molnár és munkatársai 1991-1992, KSH 2003)

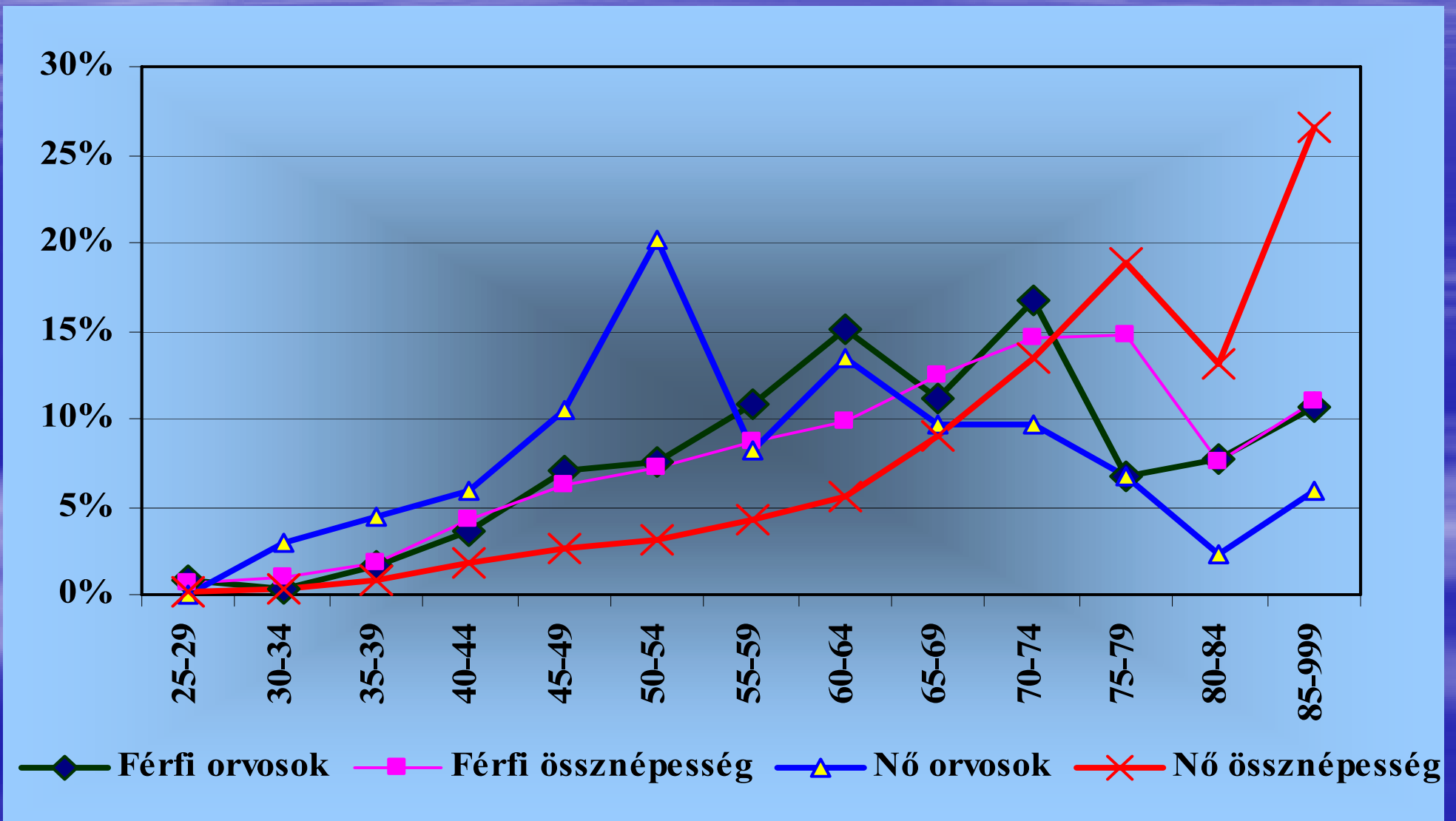
Morbiditásra vonatkozó vizsgálatok (Molnár és Mezey 1991; Tettinger 2006; Hegedűs 2006; Rurik 2008) felhívják a figyelmet a krónikus betegségek magas prevalenciájára és incidenciájára és az egészségmagatartás problémájára.

# Mit mutatnak a magyarországi kutatások ?

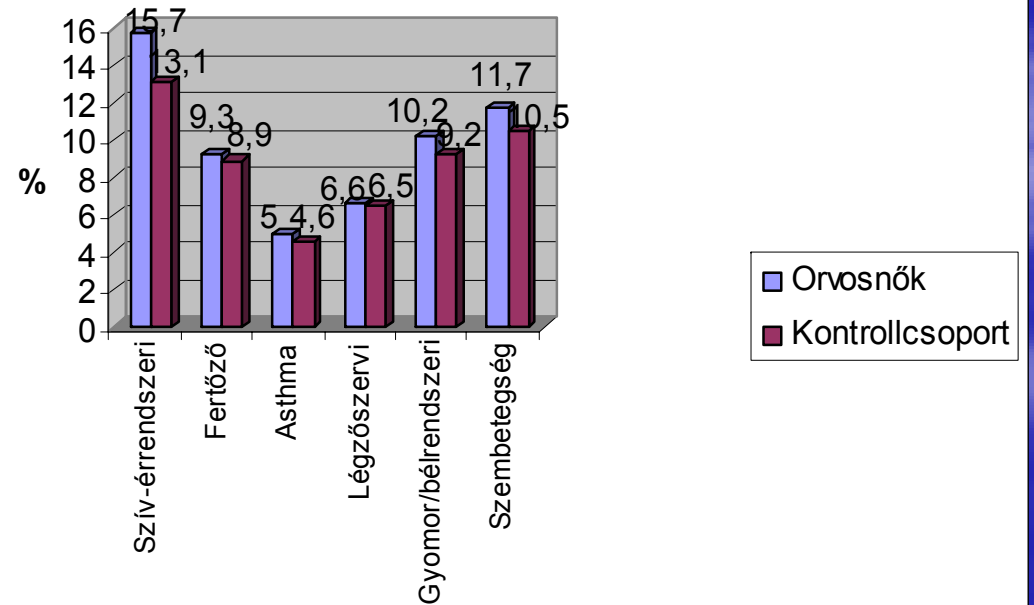
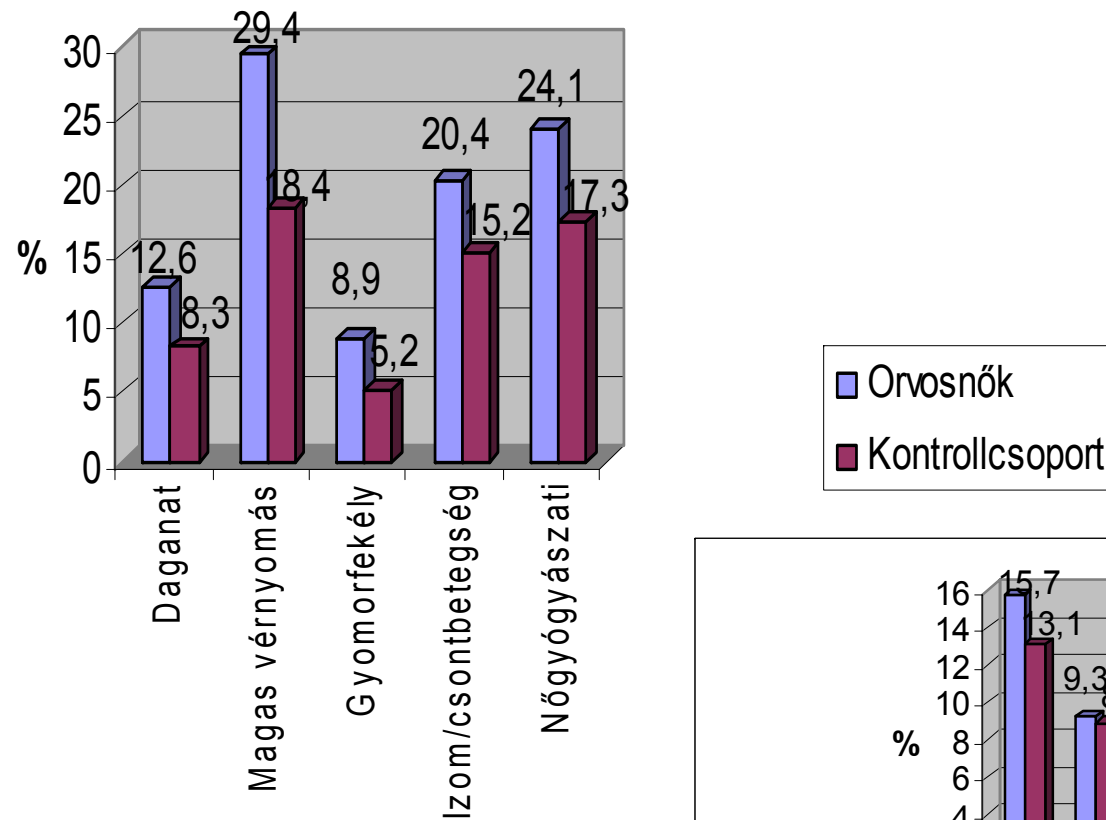
- Mortalitásra vonatkozó kutatások szerint a középkorú orvosok halálózása felülmúlja más értelmiségi foglalkozásokét, külön kiemelve az orvosnők magas mortalitását. (Fodor J. 1860; Simon 1978; Mezey 1991; Molnár és munkatársai 1991-1992, KSH 2003)

Morbiditásra vonatkozó vizsgálatok (Molnár és Mezey 1991; Tettinger 2006; Hegedűs 2006; Rurik 2008) felhívják a figyelmet a krónikus betegségek magas prevalenciájára és incidenciájára és az egészségmagatartás problémájára.

# Az orvosok és az össznépeesség mortalitásának összehasonlítása



# Eredmények .Az egészségi állapot mutatói



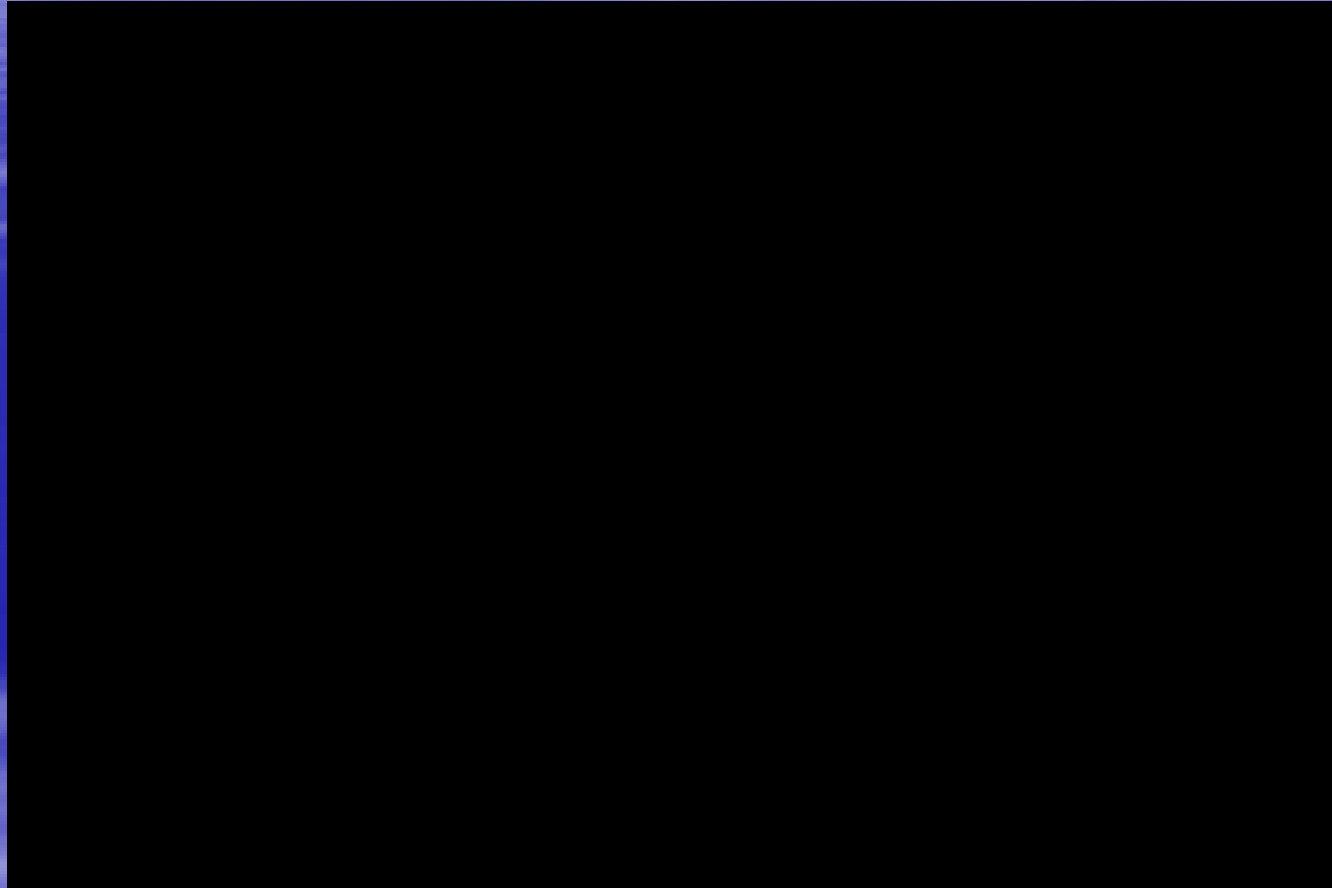
# Eredmények III. A reprodukciós zavarok mutatói

| Terhességekkel, szüléssel kapcsolatos problémák | Orvosnői minta (N=402) | Kontrollcsoport (N=794) | Szignifikanciaszint  |
|---|------------------------|-------------------------|--|
| Művi abortuszok előfordulása                    | 33,8 (134)             | 25,8 (197)              | $\chi^2=48,634$ df=2, <b>p=0,000</b> és Cramer's V=0,209 p=0,000 |
| Spontán vetélés                                 | 23,6 (96)              | 12,1 (96)               | $\chi^2=11,270$ df=1, <b>p=0,001</b> és Cramer's V=0,097 p=0,001 |
| Veszélyeztetett terhesség                       | 23,8 (97)              | 13,2 (108)              | $\chi^2=6,333$ df=1, <b>p=0,013</b> és Cramer's V=0,073 p=0,012  |

# Krónikus betegségek a 34-43 éves korosztályban

| Krónikus betegségek a 34-43 éves korcsoportban | Orvosnők (N=104) | Kontrollcsoporthoz (N=211) | P*  |
|--|------------------|----------------------------|---|
| Daganatos betegség                             | 4,8 (5)          | 4,2 (9)                    | NS  |
| Cukorbetegség                                  | 3,8 (4)          | 0,4 (1)                    | $\chi^2=5,068$ , $df=21$<br><b>p=0,046</b> és Cramer's<br>V=0,101 p=0,024   |
| Magas vérnyomás                                | 4,8 (5)          | 3,31 (7)                   | NS  |
| Szív-érrendszeri betegségek                    | 7,6 (8)          | 7,5 (16)                   | NS  |
| Gyomorfekély                                   | 16,3 (17)        | 5,2 (11)                   | $\chi^2=10,192$ , $df=1$ ,<br><b>p=0,001</b> és Cramer's<br>V=0,143 p=0,001 |
| Gyomor- és bélbetegségek                       | 10,5 (11)        | 10,4 (22)                  | NS  |
| Nőgyógyászati betegségek                       | 42,2 (44)        | 23,6 (50)                  | $\chi^2=9,916$ , $df=1$ ,<br><b>p=0,002</b> és Cramer's<br>V=0,142 p=0,002  |

# A krónikus betegségek halmozódása



# Az alvászavarok legfontosabb háttértényezői

| Munkamegterhelés, pszichés háttértényezők, szerepkonfliktus előfordulása | Összefüggés az alvászavarokkal*   |
|--|---|
| Depressziós tünetek  | $\chi^2=43,173$ df=3, p=0,000 és Cramer's V=0,207 p=0,000                           |
| Naponta 8 óránál több munka  | $\chi^2=11,669$ df=1, p=0,001 és Cramer's V=0,204 p=0,001, OR=2,588, CI=1,486-      |
| Emocionális kimerülés (magas és közepes)                                 | $\chi^2=8,509$ df=1, p=0,014 és Cramer's V=0,192 p=0,014                            |
| Nyugtatószedés   | $\chi^2=12,899$ df=1, p=0,001 és Cramer's V=0,180 p=0,000, OR=3,991, CI=-           |
| Szerepkonfliktus (gyakran, nagyon gyakran érzi)                          | $\chi^2=10,035$ df=1, p=0,002 és Cramer's V=0,159 p=0,002, OR=2,125, CI=1,326-      |
| Dohányzás  | $\chi^2=9,940$ df=2, p=0,007 és Cramer's V=0,157 p=0,007, OR=1,915, CI=-            |
| Öngyilkossági gondolatok   | $\chi^2=11,436$ df=1, p=0,001 és Cramer's V=0,140 p=0,001, OR=1,030, CI=0,87-       |
| Két és több munkahely  | $\chi^2=7,575$ df=2, p=0,022 és Cramer's V=0,129 p=0,022                            |
| Túlterheltség érzése   | $\chi^2=4,358$ df=1, p=0,046 és Cramer's V=0,105 p=0,037, OR=1,915, CI=-1,033-8,916 |

\* A p érték a Khi-négyszet próbának megfelelő szignifikanciaszintet jelöli, mivel használt változóink kategoriálisak voltak

\* Az összefüggések sorrendbe rendezésénél a Cramer V értéket vettük alapul

# Az alvászavarok kapcsolata a krónikus megbetegedésekkel, többváltozós elemzésben

\* $p < 0,05$ , életkor, dohányzás, BMI-re kontrollálva

| Krónikus betegségek          | Esélyhányados (OR) | Konfidencia intervallum (CI) |
|------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Daganatos betegség           | 2,16               | 1,001 - 4,6728               |
| Magas vérnyomás              | 2,47               | 1,440 - 4,2553               |
| Gyomorfekély                 | 2,17               | 1,071 - 4,4052               |
| Nőgyógyászati megbetegedések | 1,72               | 1,043 - 2,8571               |

# Munkamegterhelés alakulása és kapcsolata a krónikus betegségekkel

| Munkával kapcsolatos tényezők  | Különbség a két vizsgált csoport között   | Kapcsolat a morbiditással   |
|--|---|---|
| munkahelytípus   | -----   | NS  |
| Vállalkozói munkavállalási forma   | $\chi^2=12,548$ df=3, <b>p=0,000</b> , Cramer V=0,374, p=0,000                        | NS  |
| Munkahelyek száma  | Mann-Whitney: p=0,000   | NS  |
| Napi munkaidő mennyisége   | -----   | NS  |
| Változó műszakbeosztás/<br>ügyeletek                                       | $\chi^2=217,545$ , df=1, <b>p=0,000</b> és Cramer's V=0,470 p=0,000                   | NS  |
| Egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés                             | $\chi^2=77,365$ , df=1, <b>p=0,000</b> és Cramer's V= 0,259 p=0,000, OR=3,07 2,3-3,96 | Daganatos betegségek,<br>Magas vérnyomás, Szív-érrendszeri betegségek, Nőgyógyászati betegségek |
| Munkatársi támogatás   | NS  | NS  |
| Munkával való elégedettség   | $\chi^2=20,451$ , df=2, <b>p=0,000</b> és Cramer's V=0,131 p=0,000)                   | NS  |
| Munkavégzés közben megjelenő megterhelő, feszült helyzetek                 | $\chi^2=92,130$ , df=2, <b>p=0,000</b> és Cramer's V=0,362, p=0,000                   | NS  |
| Kiegészítés(emocionális kimerülés, deperszonalizáció, teljesítményvesztés) | -----   | NS  |

# A szerepkonfliktus előfordulása és hatása

- Az orvosnői csoportban magasabb a gyakran/nagyon gyakran észlelt szerepkonfliktus. (42,8 % vs. 27,1% ( $\chi^2=143,630$ ,  $df=3$ ,  $p=0,000$  és Cramer's  $V=0,451$   $p=0,000$ )).

| Munkamegterhelés, pszichés háttértényezők, szerepkonfliktus előfordulása | Összefüggés a súlyos szerepkonfliktussal*   |
|--|---|
| Emocionális kimerülés (magas és közepes)                                 | $\chi^2=18,268$ $df=2$ , $p=0,000$ és Cramer's $V=0,282$ $p=0,000$                            |
| Naponta 8 óránál több munka  | $\chi^2=11,669$ $df=1$ , $p=0,001$ és Cramer's $V=0,204$ $p=0,001$ , $OR=2,588$ , $CI=1,486-$ |
| Gyermekek  | $\chi^2=15,598$ $df=1$ $p=0,000$ és Cramer's $V=0,199$ $p=0,000$ , $OR=3,005$ $CI=1,723-$     |
| Túlterheltség érzése   | $\chi^2=9,934$ $df=1$ , $p=0,002$ és Cramer's $V=0,158$ $p=0,032$ , $OR=2,368$ , $CI=-$       |
| Ügyeletek  | $\chi^2=5,936$ $df=1$ , $p=0,018$ és Cramer's $V=0,123$ $p=0,015$ , $OR=1,703$ , $CI=1,108-$  |
| Fáradtság kialvatlanság miatt  | $\chi^2=5,958$ $df=1$ , $p=0,021$ és Cramer's $V=0,123$ $p=0,015$ , $OR=2,785$ , $CI=1,188-$  |
| Feszült helyzetek megléte munkavégzés közben                             | $\chi^2=4,794$ $df=1$ , $p=0,047$ és Cramer's $V=0,110$ $p=0,029$ , $OR=2,400$ , $CI=-$       |

\* A p érték a Khi-négyzet próbának megfelelő szignifikanciaszintet jelöli, mivel használt változóink kategoriálisak voltak

\* Az összefüggések sorrendbe rendezésénél a Cramer V értéket vettük alapul.

# Szerepkonfliktus és a morbiditás kapcsolata

| Krónikus betegségek          | Esélyhányados (OR) | Konfidencia-intervallum (CI) |
|------------------------------|--------------------|------------------------------|
| Művi abortuszok              | 1,75               | 1,0395-2,9761                |
| Nőgyógyászati megbetegedések | 2,01               | 1,1312-2,9761                |

\*  $p < 0,05$ , életkor, dohányzás, BMI és gyermekek számára kontrollálva

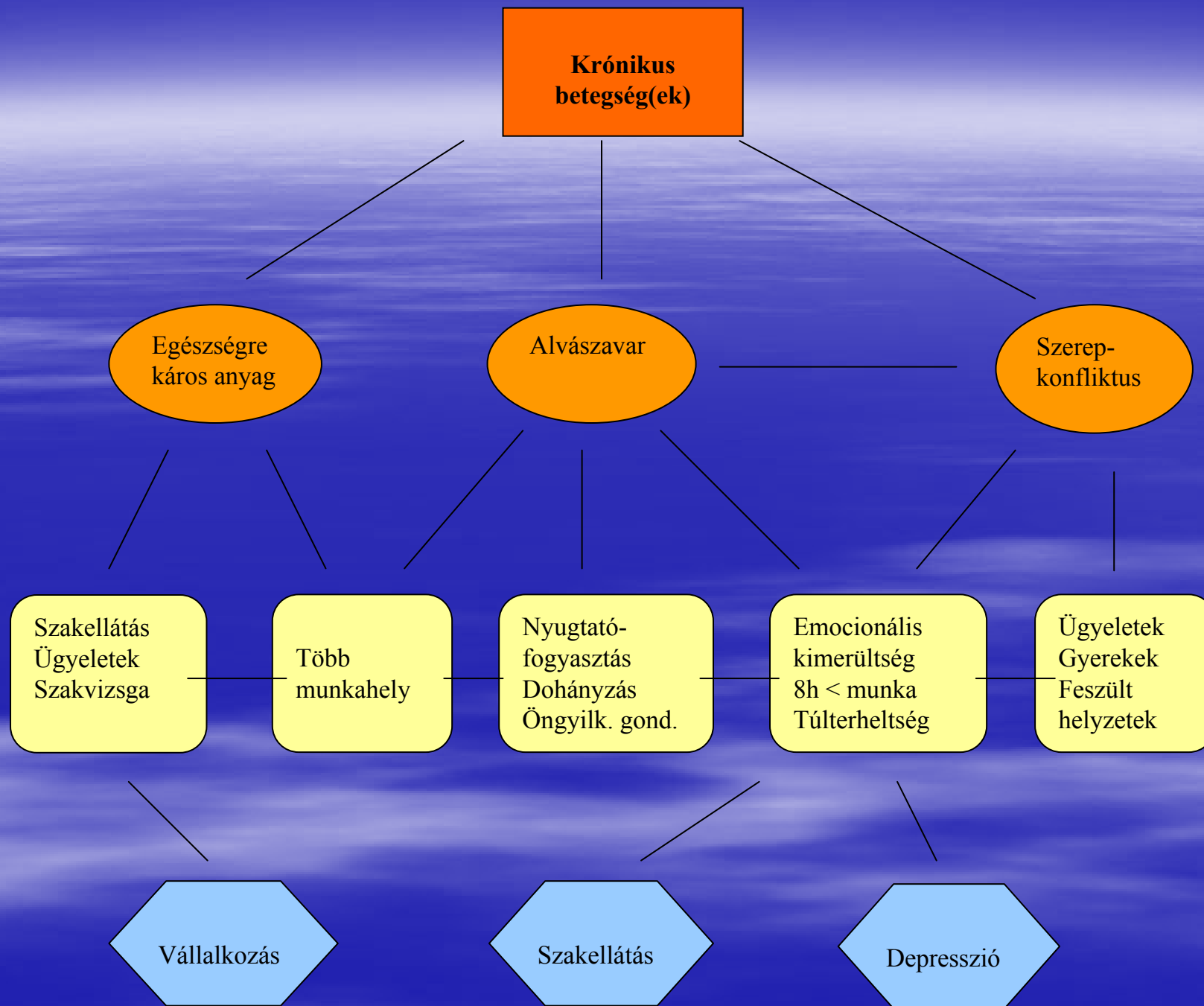
# Kvantitatív vizsgálat fiatal orvosnőkre (N=164, 24-43 éves) vonatkozó eredményei összehasonlítva középkorú és idősebb korosztállyal

1. szerepkonfliktus előfordulás nagyobb arányú:
  - $\chi^2=35,101$  df=5, p=0,000 és Cramer's V=0,298 p=0,000
2. több ügyelet
  - $\chi^2=27,879$  df=5, p=0,000 és Cramer's V=0,268 p=0,000
3. kevesebb szabadidő
  - $\chi^2=13,296$  df=5, p=0,021 és Cramer's V=0,183 p=0,021
4. kevesebb szabadság egy évben
  - $\chi^2=13,2969$  df=5, p=0,021 és Cramer's V=0,183 p=0,021
5. több feszült helyzet
  - $\chi^2=36,694$  df=5, p=0,000 és Cramer's V=0,307 p=0,000

# Megbeszélés I.- Új eredmények

1. Az orvosnők körében egyes krónikus betegségek valamint a depressziós tünetek, és az öngyilkossági gondolatok prevalenciája magasabb, mint a kontrollcsoport esetében.
2. Egyes krónikus betegségek korábbi életkorban jelentkeznek.
3. Az orvosnők körében jellemző a krónikus betegségek halmozódása.
4. Fontos megállapítanunk, hogy a munkamegterhelés és a munkastressz legfontosabb tényezői (hosszú munkaidő, több munkahely, illetve változó műszakbeosztás, valamint a kiégés emocionális kimerülés komponense) önmagukban nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a krónikus megbetegedésekkel.

- 
4. A magas orvosnői morbiditás mögött eredményeink szerint három tényező hatásmechanizmusa figyelhető meg: az egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés, az alvászavarok megléte és a szerepkonfliktus problémája. E három tényező többváltozós modellben való elemzése azt mutatta, hogy hatásuk a hagyományos kockázati tényezők mellett jelentős további magyarázó tényezőként jelentkezett.
  5. A kvantatív és a kvalitatív vizsgálat együttes értelmezése azt mutatja, hogy az orvosnői hivatás legkritikusabb – morbiditás szempontjából legveszélyeztetettebb – része a gyermekvállalás és kisgyermeknevelés időszaka: az orvosnők ekkor látnak el a legnagyobb arányban éjszakai munkát, túlmunkát, munkamegterhelésük fizikai és emocionális szempontból ekkor a legnagyobb.



## A munkahely-család konfliktus prevalenciája, prediktorai és hatása az orvosok egészségi állapotára Magyarországon

### Az orvosok körében magas a szomatikus és pszichés morbiditás prevalenciája

|  | Összes orvos<br>N (%) | Orvosnők<br>N (%) | Férfi orvosok<br>N (%) | Különbözőségi<br>vizsgálat (df) |
|--|-----------------------|-------------------|------------------------|---------------------------------|
| Szorongás <sup>a</sup>   | 230 (54.8)            | 118 (53.9)        | 112 (55.7)             | NSz <sup>b</sup>                |
| Alvászavar   | 161 (38.3)            | 85 (38.8)         | 76 (38.8)              | NSz <sup>b</sup>                |
| Fáradtság kialvatlanság miatt <sup>c</sup>                     | 155 (36.8)            | 86 (39.3)         | 69 (34.3)              | NSz <sup>b</sup>                |
| Magas szintű teljesítmény-<br>csökkenés <sup>d</sup>           | 148 (35.2)            | 76 (34.7)         | 72 (35.8)              | NSz <sup>b</sup>                |
| Hypertenzió  | 133 (31.7)            | 47 (21.5)         | 86 (42.8)              | $\chi^2=22.0 (1)^{***}$         |
| Magas szintű emocionális<br>kimerülés <sup>e</sup>             | 106 (25.3)            | 67 (30.6)         | 39 (19.4)              | $\chi^2=7.0 (1)^{**}$           |
| Gasztrointesztinális<br>betegségek (pl.<br>nyombélfekély)      | 85 (20.2)             | 44 (20.1)         | 41 (20.4)              | NSz <sup>b</sup>                |
| Egyéb kardiovaszkuláris<br>betegségek (pl.<br>atherosclerosis) | 81 (19.3)             | 44 (20.1)         | 37 (18.4)              | NSz <sup>b</sup>                |
| Magas szintű<br>deperszonalizáció <sup>f</sup>                 | 71 (16.9)             | 37 (16.9)         | 37 (16.9)              | NSz <sup>b</sup>                |
| Allergia   | 67 (16.0)             | 44 (20.1)         | 23 (11.4)              | $\chi^2=5.8 (1)^*$              |
| Myocardialis infarktus   | 18 (4.3)              | 3 (1.4)           | 15 (7.5)               | $\chi^2=9.5 (1)^{**}$           |

<sup>a</sup> Magában foglalja a szorongás szomatikus tüneteit, mint pl. a fáradtságot és alvászavarokat.

<sup>b</sup> NSz = Nincs szignifikancia

<sup>c</sup> A 'gyakran' és 'nagyon gyakran' jelentett fáradtság prevalenciája.

<sup>d</sup> Az MBI emocionális kimerülés skáláján  $\geq 27$  pontot értek száma.

<sup>e</sup> Az MBI deperszonalizáció skáláján  $\geq 10$  pontot értek száma.

<sup>f</sup> Az MBI teljesítmény-csökkenés skáláján  $\leq 33$  pontot értek száma.

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

# Szignifikánsan magasabb szintű kiégés (emocionális kimerülés) az orvosnők közében a férfi orvosokhoz képest

|                         | Orvosnők<br>Átlag (SD) | Férfi orvosok<br>Átlag (SD) | Különbözőségi<br>vizsgálat (df) |
|-------------------------|------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| <b>Kiégés-szindróma</b> |                        |                             |                                 |
| Emocionális kimerülés   | 20.8 (10.8)            | 16.6 (11.3)                 | $t = -3.9 (418)^{***}$          |
| Deperszonalizáció       | 5.0 (4.9)              | 5.3 (5.1)                   | NSz <sup>a</sup>                |
| Teljesítmény-csökkenés  | 35.3 (7.6)             | 35.7 (8.2)                  | NSz <sup>a</sup>                |

<sup>a</sup> NSz: Nem szignifikáns

\*\*\*  $p < .001$

# A munkahely-család konfliktus a szomatikus és pszichés megbetegedések szignifikáns prediktora

- Binomiális és lineáris regressziós analíziseink eredményei alapján megállapítható, hogy a munkahely-család konfliktus a következő szomatikus és pszichés betegségek szignifikáns prediktora:
  - - Egyéb pszichológiai és pszichiátriai betegségek (pl. öngyilkossági gondolatok),
    - Neurológiai betegségek,
    - Depresszió,
    - Urológiai betegségek,
    - Hypertenzió,
    - Gasztrointesztinális betegségek,
    - Tumoros megbetegedések,
    - Egyéb kardiovaszkuláris betegségek (pl. atherosclerosis),
    - Szorongás,
    - Nőgyógyászati betegségek,
    - Kiegészé-szindróma (emocionális kimerülés, deperszonalizáció, teljesítmény-csökkenés)
- Adataink alapján, a munkahely-család konfliktus szintjének egy egységnyi növekedése 4,5-szeresére emeli a depresszió kialakulásának valószínűségét.

# Számítógépes lelki segély szolgálatok

- <http://bura.hu/> fórumos tanácsadás  
<http://szorongas.com/>,
- <http://www.pszichoterapia.tenyek-tevhitek.hu/counselling.htm>. e-mailen ingyenes pszichológiai tanácsadást kínáló pszichológusok fóruma
- <http://lelkiero.unideb.hu/node/13>, Debreceni Egyetem re-mail szolgáltatása egyetemistáknak szóló e-mail mentálhigiénés, életvezetési, pszichológiai tanácsadást illetve kapcsolatfelvételt szolgál,
- Necc Programiroda (<http://www.necc.hu/>) e-mail és fórumos tanácsadás
- Psyche Lelki segély Alapítvány által működtetett Psyche-chat szoba a <http://gyaloglo.hu/-n>

- **A kitöltött kérdőívek alapján elmondható, hogy:**
- A szolgáltatások a segítségkérők számára ingyenesek.
- A legtöbb szolgáltatásnál még nem alakult ki hatékony belső struktúra.
- A szervezetek, szolgáltatók finanszírozási problémákkal küzdenek.
- A munkatársak számára általában nincs speciális képzés, de szupervíziót többnyire tartanak.
- Előfordul bizonyos szolgálatoknál, hogy másik internetes segítségnyújtó szolgáltatáshoz továbbküldik a klienst, ha a probléma nem súlyos, csak éppen úgy látják, hogy a másik internetes szolgáltatásnál jobb segítséget kaphatnak, a probléma speciális jellege miatt. Vannak olyan szolgáltatások is ahol nem szívesen küldik tovább a kliens másik internetes szolgáltatáshoz, viszont az gyakran előfordul, hogy szakembert keresnek a komolyabb problémákkal küzdőknek (személyes találkozást, terápiát javasolnak).
- Az általam megkérdezett segítők végzettsége: pszichológus, szociálpedagógus, kriminálpedagógus, orvos, pszichoterapeuta, pszichológus asszisztens.
- A munkát szinte minden esetben otthonukban végzik.
- Az önkéntesek és a térítést kapó munkatársak száma hasonló.

# Az internetes lelki segítségnyújtás Magyarországon

## Tóth Anikó Panna

- „Van olyan segítő, aki gyakran, hetente úgy érzi, hogy munkája érzelmileg kimerítő és, hogy túl nagy erőbedobással dolgozik. Ez amiatt van, mert nagyon kevés a szakember az egyes szolgálatoknál és nagyon sok a segítségkérő. (Csak példaként: a bura.hu szolgálat segítője, Milák Piroska fórumában 2005. augusztusa óta több mint 15000 hozzászólás, tanácskérés illetve válasz született. Hasonlóan Fodor Sándor fórumban is 22 féle témában, már több mint 1100 hozzászólás született.) Ez hatalmas érzelmi terhet jelenthet a segítőknél. Gondoljunk csak bele, több száz ember, sokféle problémával ír és segítőként nem teheti meg az ember, hogy ne válaszoljon, hiszen a sorok mögött valódi emberek állnak, akik gondokkal küzdenek, talán mástól nem is kérhetnek, kaphatnak segítséget. Tehát nagy felelősség ez, mely sajnos a segítők kiégésének, túlterheltségének, összeroppanásának veszélyét rejti magában.
- Ezért nagyon fontosnak érzem, hogy több segítő, nyugodtabb körülmények között dolgozzon, és, hogy a segítők segítségére is figyelmet fordítsanak. Ebben nagyon fontosak lehetnek a rendszeres szupervíziók, esetmegbeszélések, a segítőt elismerő és támogató, megbecsültséget biztosító munkahelyi környezet.
- Fontos lenne, hogy a segítőknél ne kelljen az egzisztenciájuk miatt aggódniuk és, hogy megfelelő szakmai, speciálisan az internetes pszichológiai tanácsadással kapcsolatos képzéseken vehessenek részt. Ez természetesen tudásuk frissítésére, tapasztalatcserére is kitűnő, továbbá a segítők rekreációját, a kiégés megelőzését is segíti. „

■ .

# A kiégés kezelése

- **Megelőzés**
  - - A segítők segítése intézményi szinten:
  - - 7 évenként egy, szabad fizetett év a regenerálódásra
  - - „Forgórendszer” alkalmazása, változatosság a munkabeosztásban
  - - Esetmegbeszélő, szupervíziós csoportok
  - - Képzéseken való részvétel
  - - Munkán kívüli tevékenységek fontossága!

# Általános motiváció

- - A munkával, hivatással kapcsolatban a saját személy fontosságának érzése a munkahelyen. Pozitív megerősítések.
- - Autonómia, szakmai fejlődés lehetősége.
- - Támogató rendszerek: esetmegbeszélő csoportok, stábmegbeszélések, szakmai továbbképzés, szupervízió, kollegális konzultáció lehetősége.
- - A szakmai túlterhelés szabályozása, jobb kliens/segítő arány.
- - A legmegterhelőbb munka szakaszolása, beépített szabadidő a stábnak (pl. kirándulás)

# Személyes motiváció

- Professzionális segítő foglalkozás választásának átgondolása, tudatosítása.
- A segítség ne válhasson pszichoterápiás szükségletté.

# Intervenció

- Saját stresszre adott reakció megismerése.
- Az élet büntudat nélküli élvezete.
- Megfelelő étkezés, alvás, mozgás.
- Megtanulni nemet mondani.
- Reális cél kijelölés, prioritások (a munka csak egy területe az életnek)
- A stresszel teli szituációkat kevésbé személyes módon, intellektuális, racionális oldalról kell megközelíteni.
- A stressz teli interakciókban az involválódást csökkenteni kell.
- Szorosabbra fűzni a személyzeten belüli támogató, feszültséget csökkentő,
  - feszültség- megosztásra lehetőséget adó kapcsolatokat.
- Coping, megküzdési stratégiák gyarapítása.
- Mindenhatóság érzés elkerülése.

# A burn-out szindróma terápiája

- A végstádium terápiás beavatkozást igényel, az egész személyiséget érinti a zavar.
- A kiégés öndiagnózis!
- A segítő szakmában időnként meg kell állni és megfogalmazni mi tart a pályán és mit jelent a segítség? Hogyan látnak engem a kliensek és a kollégák? A kiégés fázisában hol tartok?

# A Bálint csoport által kínált lehetőség

- Bálint Mihány módszerének végső megalapozását az 1950-60-as években végezte el. A Bálint csoport 7-18 (eredetileg szociális munkásokból, majd családorvosokból) álló hetenként, kéthetenként összejövő társaság, **esetmegbeszélés** céljából. Bálint rájött arra, hogy a gyakorló szakembereket a konkrét eseteken, a gyakorlati problémákon keresztül lehet egyfajta mélyebb megértéshez eljuttatni. Az általános keretfeltételek és szabályok hasonlatosak, mint a legtöbb csoportpszichoterápiában. A Bálint csoportban azonban nem közvetlenül fókuszálunk a csoporttag személyiségére, hanem alkalmanként egy-egy konkrét orvos/segítő/-beteg kapcsolat verbalizálásán, megosztásán, átélésén és elemzésén keresztül jutunk el hozzá.
- A lényeg tehát egy **kapcsolati diagnosztika és kapcsolati terápia** . Kipróbált (nem kötelező) módszer a következő: 10 perc beszámoló a betegről, további 10 perc alatt kiegészítő kérdésekre válaszol a referens - ezután a referáló visszavonul (nem szól hozzá, csak figyel miközben szabad interakciós módon, a fantáziát szabadonengedve a csoporttagok megbeszélik az esetet), fél-egy óra múlva visszakapja a szót, reflektál, majd közös értékelés: végül ki-ki nyilatkozhat a közérzetéről.



- A csoport légkörének természetesen olyannak kell lennie, hogy a referálónak és többi tagnak legyen bátorsága érzései megnyilatkozására. Így az orvos-beteg kapcsolat tükrében önismerete tágul, rádöbben saját vakfoltjaira, esetleges sebeire is írt talál a csoportdinamikában kikristályosodott tanulságos esetekből okulva. Mikroszinten leképeződnek az összefüggések - ezt sztereohatásnak is nevezik - az ember úgy érzi: kagylóban zúg a tenger.

A tapasztalt Bálint-csoport vezető primus inter pares, csupán arra ügyel, hogy a beszélgetés ne legyen parttalan és ne sérüljön senki. A legjobb csoportvezető költői túlzással "nem látható, nem hallható - csak van". Jó, ha a vezetőnek koterapeuta segítőtje van: egyikük a szavakra ügyel, a másik pedig a nonverbális kommunikációt kíséri figyelemmel. Az 50-90 perces csoportok 2-3 éven át találkoznak. A csoport idővel megtalálja saját identitását. Hangulata függ a csoporttagok személyiségétől, a csapat kohéziójától, a beteganyagtól, a csoportvezető gyakorlatától, képzettségétől

# A BPSS és a burn-out

- Volt-e burn out időszak a Albert Schweitzernek és Teréz anyának, vagy Szent Erzsébetnek?