

**Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar
Pécsi Képzési Központ
Ápolás és Betegellátás Intézet
Ápolástudományi Tanszék**

**Ápolás Mesterképzési Szak
Levelező munkarend**

IVÁNKOVITS LÁSZLÓ
PSZICHÉS ÁLLAPOT ÉS KIÉGÉS A MENTŐK
KÖRÉBEN

**Betlehem József
Egyetemi docens
Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar
Helembai Kornélia
Tanszékvezető főiskolai tanár
Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar**

TARTALOMJEGYZÉK

1. Bevezetés	2
1.1. Problémafelvetés, a témaválasztás indoklása	2
1.2. Vizsgálat célja	5
1.3. Hipotézisek.....	5
2. Szakirodalmi áttekintés	6
2.1. Hazai kutatások főbb tudományos eredményei.....	17
2.2. Nemzetközi kutatások főbb tudományos eredményei.....	29
2.3. Főbb alapfogalmak és egyéb meghatározások.....	35
3. Vizsgálati anyag és módszer	37
3.1. Mintaválasztás módjának meghatározása	37
3.2. Elemszám meghatározása.....	37
3.3. A vizsgálat helye	37
3.4. A vizsgálat ideje.....	37
3.5. Adatgyűjtési módszerek és eszközök	38
3.6. A vizsgált változók ismertetése.....	38
3.7. Statisztikai elemzés módja.....	38
4. Eredmények	38
4.1. A vizsgált minta bemutatása	38
4.2. A vizsgált hipotézisek eredményei	39
5. Megbeszélés.....	50
6. Összefoglalás.....	54
6.1. Magyar nyelvű összefoglalás	54
6.2. Angol nyelvű összefoglalás.....	55
7. Mellékletek	56
7.1. Statisztikai számítások közlése.....	56
7.2. Kérdőív	56
7.3. Kiegészítő Önértékelési Skála	56

1. Bevezetés

1.1. Problémafelvetés, a témaválasztás indoklása

Az emberiség írásos történetét végigkísérik a katasztrófák, melyektől rettegett az ember és igyekezett következményeinek súlyosságát csökkenteni, illetve bekövetkezését elhárítani. Minden társadalom próbált tenni a katasztrófhelyzetek megelőzésére, az imától az áldozatokon keresztül a célszerű megelőzésig (pl. gátak építése). A keletkezett személyi és anyagi károk felszámolása mindig társadalmi ügy volt, mely az emberiség fejlődésével nemzetközi problémává nőtt.

Hazánkban az **Országos Mentőszolgálat** 1948. máj. 10.-i megalakulásával a mentésügy állami feladattá vált és megteremtődött az egyedi és tömeges balesetek ellátásának lehetősége az ország egész területén.¹

Az Országos Mentőszolgálat (továbbiakban OMSZ) tevékenységét a 3/1972-es Egészségügyi Miniszteri rendelet, ill. annak végrehajtási utasítása (7/1972 Eü.M.sz.utasítás) szabályozza, mely szerint az OMSZ feladata:

- A. Országosan ellátja a mentést és a betegszállítást
- B. Országos mentőállomáshálózatot alakít ki, amely hálózat biztosítja, hogy minden állampolgár megközelítőleg azonos-lehetőleg rövid-időn belül segítséghez, vagy gyógyintézetbe jusson, ha arra szükség van.
- C. Szakemberek (oxyiológus szakorvos, mentőtiszt, mentőszakápoló, mentőápoló és gépkocsivezető) képzése. Oxyológiai tanfolyamok szervezése és lebonyolítása.
- D. Elsősegélynyújtás oktatásának elvi irányítása.
- E. Külföldi intézményekkel való kapcsolattartás, tapasztalatok átadása, átvétele.

Az OMSZ az Egészségügyi Minisztérium gyógyító-megelőző, szervezési-módszertani tudományos intézménye az elsősegélynyújtás terén és hatásköre kiterjed az ország egész területére.

Fenti rendelet és utasítás kimondja, hogy elemi csapás, tömeges baleset esetén az OMSZ-nak tevőlegesen közre kell működnie, ugyanakkor szakvéleménnyel rendelkezésére kell állnia a hatóságoknak, együtt kell működnie a kiértékelésben annak érdekében, hogy a jövőben hasonló nagy baleset, tömegkatasztrófa esetén- az előző káresetek tapasztalatait felhasználva- az egészségügyi ellátás minél tökéletesebb legyen.

A kárhelyparancsnoki teendők ellátásának jogait és kötelmeit tömeges baleset esetén az OMSZ szervezési és működési szabályzata határozza meg.

A tömeges balesetek tudományos feldolgozásával általában a katasztrófamedicina és újabban a katasztrófapszichológia foglalkozik, melynek megállapításai az egy-egy adott eseményre szükségszerűen kerülnek alkalmazásra.

A tömeges balesetek és katasztrófák pszichológiai hatásainak vizsgálata, felmérése, az ez ellen való védekezés módjainak megtervezése rendkívül fontos - napjainkban egyre nagyobb szerepet kaphat. Ennek oka:

- a rohamosan fejlődő technikai civilizáció, amely bár növeli a balesetek, katasztrófák kivédési lehetőségeit, egyúttal új baleseti forrásokat is teremtenek ipari, közlekedési és egyéb területeken;
- a természeti csapások változatlanul fenyegető veszélyt jelentenek az emberiség számára;
- végül, szerepel az esetleges tömegpusztító fegyverekkel vívott háború lehetősége, amely a tömegkatasztrófa jellegét viseli magán.

Ezen események kóros pszichológiai hatást gyakorolnak nemcsak az azt elszenvedőkre, de a balesetet vagy katasztrófát felszámoló szakemberekre is.

A mentés során a nap bármely percében, szélsőséges időjárási körülmények között is mindig a lehető legtöbbet kell nyújtaniuk, a kárhelyen való gyors döntéshozás pedig fokozott mértékben próbára teszi a mentők szellemi és fizikai teljesítőképességét.

A munkával járó stresszt tovább növeli az a tény, hogy a dolgozók úgy érzik, munkájuk nemcsak erkölcsileg, de anyagilag sincs megbecsülve. A 12-24 órás szolgálatok mellett sokszor kénytelenek mellékállást vállalni, kiegyensúlyozatlanságot teremtve a dolgozók életvitelében. Ez tovább csökkenti annak a lehetőségét, hogy megfelelő fizikai és lelki állapotban végezzék el feladatainkat.

WHO becslése szerint 2030-ra a vezető halálokok között a kiégés is szerepelni fog.

A munkahelyi stresszel való elégtelen megküzdésnek és a kiégés kialakulásának számos negatív következménye lehet, ellehetetleníti a betegekkel való kommunikációt, fokozza a testi és lelki megbetegedések kialakulásának kockázatát, és magánéleti problémákhoz is vezethet.²

A szomatikus betegségek kialakulása kedvezőtlenül hat a mentődolgozók életminőségére, és a rontja annak esélyét, hogy kielégítő fizikai állapotban éri el a nyugdíjas kort. Kutatási eredmények is igazolják, hogy a mentődolgozók jelentős része szenved mozgásszervi megbetegedésektől (hát és derékfájás, vállízületi fájdalmak) és küzd alvászavarral a többműszakos munkarend következtében felboruló bioritmus miatt.³

A munkával járó stresszorokra adott válaszreakciókat és a kiégés kialakulását az egyéni jellemzőkön és a genetikai adottságokon túl befolyásolja a társas támogatás mértéke és a munkahelyi környezet.⁴

Annak ellenére, hogy mentődolgozók kifejezetten veszélyeztetettek a kiégés kialakulásának vonatkozásában, a megelőzést még nem sikerült prioritásként kezelni.

1.2. Vizsgálat célja

A kutatás célja az Országos Mentőszolgálat állományában dolgozók mentális állapotának vizsgálata volt kiváltképp a kiégés vonatkozásában és cél volt azon tényezők azonosítása, amelyek kedvezőtlenül hatnak a mentőszolgálatnál dolgozók pszichés állapotára. Emellett fel kívántam tární azt is, milyen szerepet játszik a munkahelyi légkör és a munkakörnyezet a kiégés kialakulásában.

1.3. Hipotézisek

1. A mentők legalább egynegyede küzd a munkájából adódó stresszhelyzetekkel és veszélyeztetett a kiégést illetően.
2. A tömeges balesetek felszámolásában résztvevők a sokkoló élményt illetve a munkájuk során szerzett lelki traumákat nehezen tudják feldolgozni.
3. A kiegyensúlyozatlan életvitel növeli a kiégés kialakulásának kockázatát a mentők körében.
4. A munkával járó stresszel való megküzdést tekintve a mentők gyakran alkalmaznak negatív elkerülő stratégiát (káros szenvedélyek, gyógyszerek).
5. Azok a dolgozók, akik elégedetlenek a munkahelyi légkörrel és a munkahelyi körülményekkel, veszélyeztetettebbek a kiégés kialakulását illetően.
6. A kiégést tekintve a rosszabb mentális állapotban lévők általános egészségi állapota is rosszabb.

2. Szakirodalmi áttekintés

Azok a problémák, amelyekkel életünk folyamán szembekerülünk (erőfeszítés, kimerültség, fájdalom, félelem, lesújtó bírálat, vérveszteség, váratlan nagy siker stb.) merőben különböző természetűek, azonban orvostudományi kutatások igazolják, hogy a szervezet sok tekintetben egyforma választ ad rájuk, azonos biokémiai változásokat hoz létre, hogy megbirkózzék az emberi szervezetre rótt fokozott terheléssel. A stressz a szervezet nem specifikus válasza bármilyen igénybevételre.

A stresszt előidéző tényezők - szakkifejezéssel *stresszorok* - különbözők, mégis lényegileg azonos biológiai stresszt váltanak ki. A stresszornak és a stressznek ilyen módon való megkülönböztetése volt talán az első fontos lépés annak az általános biológiai jelenségnek a tudományos vizsgálatában, amelyet tapasztalatból valamennyien jól ismerünk.

A stressz fogalma nagyon régi. Alighanem már a történelem előtti idők emberének is feltűnt, hogy annak az elcsüggedésnek és kimerültségnek, ami nehéz munka, tartós hőség, hideg, vérveszteség, kínzó félelem vagy betegségek után erőt vesz rajta, van valami közös vonása. Ha nem tudatosult is benne az, hogy mindig hasonló reakciók lépnek fel, ez az érzés ösztönösen figyelmeztette arra, hogy túllépte saját képességeinek határait. Biológiai szempontból a stressz fáradtság, ingerlékenység, emésztési problémák, alvászavar és ezen jelenségekkel kapcsolatos betegségek formájában jelentkezik. Generális adaptációs szindrómában (G.A.S.) nyilvánul meg, ez magába foglalja a gyomor-bélrendszer fekélyeit, mellékvese ingerületét, testsúly csökkenését, nyirokszervek zsugorodását, a szervezet vegyi összetételének eltolódásait. Az igen intenzíven és hosszútávon fellépő káros hatások elősegítik a baktériumok szervezetbe való bejutási lehetőségeit, amelyek az érintett szövetekben gyulladásos folyamatokat indukálhatnak, ezt orvosi nyelven lokális adaptációs szindrómának (L.A.S.) nevezik. A stressz folyamatának leírásában kiemelten fontos Selye János magyar orvos munkássága aki a stressz két fajtáját különbözteti meg.

A negatív és káros hatású stresszt a distressznek, a pozitív és vitalizáló hatású, életfontosságú stresszt pedig az eustressznek nevezi. Nézete szerint a distresszt - mely szenvedést, betegséget, depressziót, a félelem növekedését okozza - háttérbe kell szorítani, az eustresszt - ami az örömet váltja ki, javítja az egészségi és megelégedettségi állapotot, a boldogságot és az élet kiteljesedését hozza magával - pedig igyekezni kell tudatosan előidézni. Selye felfedezésével az orvostudományt előrevivő Pasteur-i, klasszikus kijelentés látszott megdőlni. Pasteur azt állította, hogy a betegség nem más, mint egy adott korokozó támadására adott

specifikus válasz. Vagyis a tünetek és a kórokozó egymástól elválaszthatatlanul összetartoznak. Selye munkássága rávilágított arra, hogy a stressz akár pszichikai vagy fizikai eredetű, amennyiben hosszútávon jelen van, önmagában is képes betegséget előidézni.

Mivel a mai világban egyre nagyobb a kiszámíthatatlanság, a stressz jelenlétére lehet számítani, kezelésére törekedni kell.

A stressz jobb megértéséhez tisztázni kell azt is, hogy a stressz milyen kapcsolatban van a félelemmel. A félelem a mai élet egyik vezérmotívuma és nagy szerepet játszik a különféle szenvedélybetegségek, a depresszió kialakulásában és felelős az öngyilkosságokért is. Sir William Osler orvos az elmúlt század elején hangsúlyozta, hogy a szívbetegségek kialakulásában is jelentős szerepet játszik a feszültség és a stressz. Húsz angina pectorisban szenvedő orvos életkörülményeit és szokásait vizsgálta, és arra következtetésre jutott, hogy kollégáira a mindennapi taposómalom nagyfokú terhet ró. Megállapította, hogy ha az aggodalom és a feszültség jelenléte tartósan fennáll, akkor az valóban betegségeket, például gyomor- és bélfekélyeket, szívbetegségeket okozhat. Az, hogy a stresszt okozó helyzetek valóban kiváltanak-e félelmi reakciókat az attól függ, hogy hogyan minősítjük ezeket a helyzeteket és milyen megküzdési stratégiával rendelkezünk.

A stressz tehát egy bonyolult pszichobiológiai folyamat, melynek összetevői:

- a stresszor
- a fenyegető helyzet észlelése
- a fenyegetés minőségének és mértékének kiértékelése
- félelmi állapot.

A stressz vizsgálatokor figyelembe kell venni, hogy a stresszorokat milyen külső körülmények idéznek elő, valamint, hogy a stresszorok hogyan befolyásolják a stresszt létrehozó testi és lelki folyamatokat. Az úgynevezett bootstrap (cipőfűző) elmélet szerint a stresszt befolyásoló tényezők között - a cipőfűzőkhöz hasonlóan - többszörös összefonódás figyelhető meg és hatásmechanizmusában a fenyegetettség mellett a homeosztázis is döntő szerepet játszik.

A homeosztázis az élő szervezetnek az a tulajdonsága, hogy a belső állapotát viszonylag állandósítani tudja, mely állandóságot az életfontosságú testi funkciók (testhőmérséklet, légzés, vérkeringés) szabályozása biztosítja. Amikor a homeosztatis egyensúly felborul vagy rendkívüli igénybevételnek van kitéve, akkor beszélhetünk stresszről.

Selye János kutatásai során vizsgálta azt is, hogy a stressz hogyan hat a különböző testi funkciókra. Megfigyelte, hogy a speciális stresszreakciókon kívül mindig jelentkezik a fiziológiai változásoknak egy tünetegyüttese. Két viselkedésmódra készül fel az egyén teste,

melyek a következők: aktív válasz, azaz küzdelem, vagy pedig passzív válasz, azaz menekülés vagy eltűrés.

A testi tünetek a következők:

- felgyorsuló szívverés (több vér az agy és az izomzat számára),
- bőr alatti véredények összehúzódása (esetleges vérzés esetén kisebb vérvesztés),
- mélyebb, gyorsabb légzés (nagyobb oxigénmennyiség),
- csökkenő nyálképződés (tüdő több oxigénhez jut),
- megfeszülő izomzat (felkészülés gyors, erőteljes reakcióra),
- kitáguló pupillák (fényérzékenyebb szemek),
- nagyobb mennyiségű fehérvérsejt keletkezése (fertőzésveszély csökkenése),
- pillanatnyi helyzet szempontjából nem lényeges funkcióik, jelzések (éhség, szomjúság, stb.) átmenetileg szünetelnek.

Látható tehát, hogy a fenyegetett személy minden erejét összpontosítja annak érdekében, hogy a veszéllyel szemben felvegye a harcot vagy elmeneküljön.

A magyar kutató orvos a testi reakciók összességét általános adaptációs (alkalmazkodási) szindrómának nevezte el (Á.A.S.).

John M. Mason véleménye szerint a stresszreakciókat emocionális izgalmak indítják be, melyben főszerephez a fenyegetettség és félelem érzése jut. Kritikus tényezőnek valamely helyzet veszélyesként való felismerését tekinti. Amennyiben az illető személy a vele kapcsolatos szituációt veszélyesnek találja, akkor beindul a közvetítés a stresszor és a stresszreakciók között, ez kiváltja a félelmet és beindítja az adaptációs szindrómát.

Hogy valaki az adott helyzetben érez-e fenyegetettséget vagy sem, az az illető szubjektív értékelésétől függ. Az értékelésnek természetesen vannak objektív körülményei is, és az emberek többsége ezeket az objektíve veszélyes helyzeteket azokként is érzékeli.

A fenyegető helyzet kiértékelésének jellemzője:

- a veszély érzését olyan esemény kelti, amely még be sem következett,
- mentális folyamatok (észlelés, gondolkozás, emlékezés, döntés) segítségével történik az értékelés.

Az ember fenyegetettség miatti stresszt érezhet akkor is, ha objektív vészhelyzet nem áll fenn. Azon emberek akik emocionálisan labilisak, bizonytalanok, féltősek, azok másoknál több helyzetet értékelnek veszélyesnek, fenyegetőnek, és ezért hajlamosabbak a stresszre, pszichoszomatikus panaszokra és depresszióra.

A stresszhormonok felhalmozódásának is rengeteg káros következménye lehet. A katekolaminok egyik közismert fajtája az adrenalin, amely hat a keringési rendszerre, és ha túlságosan felhalmozódik, akkor különböző szív- és érrendszeri betegségeket okoz.

A kortikoszteron felhalmozódása (mely az a gének működését befolyásolja és az immunrendszerre van hatással) a szervezet természetes védekező képességét ronthatja el, így könnyen kialakulhatnak különböző immunbetegségek, melyeknek egyik napjainkban is előforduló kegyetlen fajtája a rák. Ez persze nem azt jelenti, hogy ezen hormonoknak csak káros hatásai vannak, mindegyik fontos élettani szereppel rendelkezik, és bajt abban az esetben okoznak ha túlzott mennyiségben, túlságosan hosszú ideig vannak jelen a vérben.

Az elmúlt évek során több ezer emberen végeztek különböző vizsgálatokat (Baltrusch és munkatársai 1991, Bochs és munkatársai 1993), melyeknek eredményei egyértelműen igazolják a említett egészségügyi összefüggéseket. A koszorúér-betegségekre éppen azon embereknek van a legnagyobb esélye, akik a stressz hatására sok adrenalint termelnek, a fertőző, illetve rákos, daganatos betegségek pedig az erős kortikoszteron-stressz hatásainak kitett embereknél jelentkeznek. Ez az ártalmas állapot főleg akkor fejlődik ki, ha az egyén maga is védtelennek érzi magát, és ha a helyzetben amelyben él, semmiképpen nem tud úrrá lenni. Különösen veszélyes lehet a különböző érzelmi kitörések visszafojtása, tagadása.

Valójában azonban nem csak arról van szó, hogy a különböző stresszhelyzeteket kerülni kell, hanem arról, hogy magatartási típusainktól és személyiségünktől függően más és más kockázatnak vagyunk kitéve. Az túlságosan aktív személy dominanciára tör, ami dicséretes dolog, ellenben tudva levő, hogy a domináns posztok száma véges. Ha viszont beosztotti, alárendelt posztba kerül, akkor jönnek a problémák. A passzívabb típus az e fajta stresszeket jobban viseli mint az aktív, de természeténél fogva gyakrabban kerül alárendeltté, a hosszú alárendeltségi viszony pedig nem múlik el nyomtalanul, különösen, ha a domináns személy szeszélyesebb a kelleténél.

Aligha tévedünk nagyot, ha azt állítjuk, hogy az elmúlt évek legjelentősebb felfedezéseinek egyike a magatartási stratégiák, a stresszreaktivitás és a betegségek közötti összefüggések felismerése. A stressz-előidéző hatás vagy más néven stresszaktivitás szempontjából mindegy, hogy az helyzet vagy dolog amellyel szembeállunk, kellemetlen vagy kellemes, csupán az számít, hogy milyen mérvű az újraalkalmazkodás iránti szükséglet.

A stressz hatását az emberre hármas mechanizmuson keresztül jellemezhetjük:

- a stresszor hatása közvetlenül a szervezetre,

-első hatás: a hatósugárban lévő sejtek riasztó jelzéseket küldenek az idegrendszerbe, melyen keresztül növelik az ellenállóképességet, ez a szövetek védekezőképesség serkentő ellenhatása,

-szintén belső reakció, mely a szöveteket a védekezés feladására igyekszik rábírní.

Az adaptáció és az ellenállás sikere a három tényező egyensúlyától függ.

A stressz kutatások eredményei közül a végső megállapítások, következtetések a legfontosabbak, hiszen ezekre odafigyelve, ezeket felhasználva tudunk védekezni a káros hatások ellen.

A kutatás három fontos - inkább orvosi szempontból jelentős - tanulságát kell mindenképpen megemlítenünk:

-A legkülönbféle ártalmakra szervezetünk ugyanazzal az adaptációs védelmi mechanizmussal válaszol.

-Képesek vagyunk ezt a mechanizmust elemezni, továbbá felismerni tényezőit olyan pontosan mérhető kémiai és fizikai tények alapján, amilyen például bizonyos hormonok termelésének növekedése vagy csökkenése, illetve egy-egy szerv strukturális változása.

-Lehetőséget nyújtanak mindezen ismeretek egy új típusú gyógykezelésre, melynek lényege, hogy a betegségeket legyőzhetjük ha a stresszel szemben felerősítjük a szervezet saját védelmi készségét.

A stresszel való megküzdést elősegítheti ha a beteget - aki a stressz káros hatásai miatt beteg - teljes nyugalmi állapotba helyezzük, és a megfelelő étkezési szokásoknak is kondicionáló hatása van stresszre. A rosszul kialakított étrend, táplálkozás (alul- és túl) érzékenyebbé teszi a szervezetet. Mint általában az életben mindennek, a stressz-tűrő képességnek is van határa. A tapasztalatok szerint, ha ezt a határt túllépik még a legnyugodtabb, leghiggadtabb emberek is összeroppanhatnak. Időről időre vissza kell tehát vonulni, hogy pihenjen a szerveztünk és módunk legyen erőink átcsoportosítására, a következő támadás előkészítésére. Egy megfelelő alvás nagyon sokat tehet a stressz ellen. Egy kanadai felmérés szerint akik hét óránál kevesebbet alszanak többet idegeskednek, feszültebbek, gyorsabban elfáradnak. Természetesen ugyanilyen fontosságúak a hétvégi és a tartósabb kikapcsolódások is. Dr. Berick Wright orvosi tanácsadó szerint a stressz, a betegség, és a kifáradás ellen a jól eltöltött szabadság a legjobb biztosítás.

A stresszel való megküzdést sokan negatív elkerülő stratégiákat alkalmaznak, ilyenek a drogok, gyógyszerek, ez azonban nem jár kockázatok nélkül. Az ilyen nyugtatószerek hátránya, hogy bár oldhatják a stresszt, de egyen eltompítják érzékeinket, lassítják reakcióinkat, pedig sokszor ettől függ biztonságunk, eredményességünk. A drogok tehát nem

tekinthetők megoldásnak a stresszel szemben és ez érvényes az alkoholra is. A feszültség és stressz oldásának legeredményesebb formáját a különböző meditációs gyakorlatok és relaxációs terápiák nyújtják. Ezen módszerek végeredménye - noha részleteikben lehetnek eltérések - a test és a lélek nyugalma. Egyik legfontosabb jellemzőjük, hogy nincs káros hatásuk. Emellett a mozgás, a sportolás, a játék változatosságot visz az emberek életébe. Ha idegrendszerünknek egy bizonyos része van csak stressz alatt, akkor csupán változatosságra van csak szükségünk, amelyre a játék kiváló lehetőséget ad.^{5, 6}

A mentők többsége a stresszt munkája során éli meg. Az észlelt munkastressz és a személyiség keménységének elégtelensége közrejátszik az úgynevezett kiégés kialakulásában. A kiégés szindróma H. Freudenberger pszichoanalitikus révén került a szakirodalomba 1974-ben. A jelenséget a következőppen definiálta: *„a krónikus, emocionális megterhelések 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”*.¹¹

A hetvenes években a kutatások célja az volt, hogy leírják a jelenséget. A vizsgált populációt leginkább egészségügyi dolgozók, valamint a szolgáltatás szektor dolgozói alkották. Ekkor leíró, kvalitatív jellegű munkák születtek, az alkalmazott vizsgálati módszerek pedig az interjú, az esettanulmány és a megfigyelés voltak. A hangsúly az intervencióra, a probléma azonnali megoldására, kezelésére terelődött, számtalan burnout workshop került meghirdetésre.

A kiégéssel kapcsolatos kutatások első szakaszára jellemző, hogy *individuális megközelítésből* veszik szemügyre a kiégést, vagyis a kiégett személy tüneteire, tulajdonságaira helyezik a hangsúlyt. Ez a megközelítések feltételezik, hogy a kezdeti túl magas és be nem teljesült elvárások, törekvések egyértelműen kiégéshez vezetnek. Ezen megközelítések szerint a legveszélyeztetettebbek mindenképpen az idealisztikus elképzelésekkel munkába álló, erősen motivált egyének, akik munkájuknak elkötelezettek, s épp ezért pszichikailag, emocionálisan túlságosan is bevonódnak abba. Ezekben a megközelítésekben fontos szerepet kap a pályaválasztás, a pályán maradás motívuma, a stresszkezelés, valamint a copingtechnikák.¹²

M. Burisch koncepciójának középpontjában az autonómia érzésének elvesztése áll, ami a vágyak, célok elérésének kudarcát jelenti, vagy a szembesülést mindazzal, amit el akart kerülni. Az egyén tehát úgy érezheti, hogy nem ura a történéseknek.

Hallsten, aki a depresszió sajátos formájának tekinti a kiégést, kulcsfaktorként jelöli meg a gyenge személyiséget, sebezhetőséget, erős célorientáltságot, valamint a környezeti inkongruencia megtapasztalását.

S. Hobfoll és J. Freedy a források megőrzésének elméletét a motivációelmélet alapján dolgozták ki és a veszteség elsőbbségét hangsúlyozzák a nyereség másodlagos fontosságához képest. Erőforrást képezhetnek a kiégés megelőzésében az értékes tárgyak, személyek, az élet nyújtotta lehetőségek és a személyes tulajdonságok. Ezeket elveszítve nagyobb mértékben vagyunk kitéve a kiégés veszélyének, mint ha soha nem is rendelkezünk volna ezekkel az értékekkel.¹²

Az *interperszonális megközelítések* a kiégés fő okának a „támaszt adó” és a „támaszt elfogadó” közötti érzelmileg megterhelő interperszonális kapcsolatokat tekintették. A segítő és a segített közti aszimmetrikus viszonytal járó kötelezettségvállalások, mint például a segített-ről való gondoskodás, a segített támogatása, odafigyelés rá, fizikai, pszichikai, emocionális kényelem biztosítása számára – is érzelmi kimerüléshez vezethetnek. S mindezt tetézi, hogy a segítőnek nem mindig hálások, sőt gyakran kell megélnie azt, hogy észre sem veszik segítő szándékát vagy a segítséget, amit adott, esetleg még akadályozzák is a segítségadást.¹²

Ezen megközelítések közül a legismertebb Maslach multidimenzionális modellje. Maslach szerint a kiégés során az egyén a törődési szándékát veszti el azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik. Háttérben az érzelmi kapacitás kimerülését hangsúlyozza, aminek következtében az egyén nem lesz képes pozitív érzéseket, tiszteletet, empátiát tanúsítani a kliens iránt.⁷

Aronson és Pines egzisztencialista perspektívája szerint a kiégés a kudarc következménye, amit a segítő akkor él át, amikor munkájának értelmetlenségével, haszontalanságával szembesül. Szerintük azok vannak leginkább kitéve a kiégés veszélyének, akik munkájuktól várják egzisztenciájuk megerősítését, akik nem szakmaként, hanem hivatásként értelmezik munkájukat, épp ezért a klienssel/segítettrel való kapcsolat létük értelme.¹²

A *szervezeti megközelítések* közös jellemzője, hogy az intézmény szervezeti struktúrájában keresik és találják meg a kiégéssel kapcsolatos legfontosabb tényezőket, melyek a következők: autonómia, kontroll, a jutalmazás, szociális támogatás, szervezeti stílus, kommunikáció ami meghatározza az intézményen belüli interperszonális kapcsolatokat is. A szervezeti megközelítések másik fontos meglátása, hogy a kiégés nem individuális probléma, hiszen befolyásolja a hatékonyságot, a szolgáltatások minőségét s ezáltal az intézmény produktivitását, elismertségét is.¹²

Cherniss koncepciójának középpontjában az egyénnek egy meghatározott (szakmai) szerepben a saját hatékonyságával való megelégedettsége, az eredményesség tudata áll. A

szakember társadalmi státusa, melyet leginkább a szervezeti tényezők határoznak meg, nagymértékben befolyásolja a hatékonyság tudatát. Szerinte a kiégés olyan folyamat, amelyben a stressz és a hajszolt munka hatására a hajdanában elkötelezett szakember eltávolodik munkájától.^{8, 9}

J. A. M. Winnubst az intézmény szervezeti struktúráját, az alkalmazottak szociális támogatottságának minőségét hozza összefüggésbe a kiégéssel. Az általa leírt két szervezeti struktúrának, a mechanikus bürokráciával rendelkező és a professzionális bürokráciával rendelkező intézménynek is megvannak az áldozatai, véleménye szerint a kiégéshez vezető állandó érzelmi igénybevétel tulajdonképpen a szakma sajátossága.

Maslach és Leiter a munkahelyi elvárások és a személyes képességek közötti egyenlőtlenségben látják a kiégés kialakulásának legfőbb okát. Függetlenül a munka típusától, az intézmény szervezeti életéből következően a kiégés hat fő forrását állapítják meg: a túlterheltséget, a kontroll, az elismerés, a közösség és a méltányosság hiányát, valamint az értékbeli konfliktusokat.¹²

A társadalmi megközelítések közé tartozik Jocelyn A. Handy elmélete, akik a pszichológiai perspektívát kritizálja, amiért nem fektet elég hangsúlyt a kiégés problematikájának szociológiai hátterére: a társadalmi feltételek és az egyéni tapasztalatok közötti kapcsolat komplexitására. Szociológiai fogalmak bevezetését sürgeti a kutatásokba, valamint a szervezeti struktúra hatásainak elemzését a szubjektív munkatapasztalatok értékelésében.

Bartlett és Sarason a kiégésre elsősorban mint szociális és kulturális jelenségre tekintenek. Richelson és Freudenberg szerint a társadalom maga a kiégés táptalaja, gerjesztője. A hagyományok elkopása, a hagyományos társadalmi támogató rendszerek elutasítása, és az ezek által biztosított kapcsolatok eltűnése vezet egy olyan szociális környezet kialakulásához, ahol az energia közönybe, unalomba, a lelkesedés idegességbe, az optimizmus pedig kiábrándultságba torkollik.

Felix Ladstatter és Eva Garrosa szerint az egyének szubjektív értelmezésétől függetlenül létező valóság kulturális, szociális tényezői nagyobb hatással vannak a kiégésre, mint az individuális, interperszonális és szervezeti tényezők, amelyeknek a vizsgálata túlságosan szubjektív képet fest a kiégésről. Ennek a szociológiai megközelítésnek egy másik sarokpontja az az elképzelés, hogy az alkalmazottak nem passzív áldozatai a kiégésnek, hanem maguk is aktív tényezőként vesznek részt a munkahelyi, magánéleti szituációkban, aktivitásuk jellege, minősége által járulva hozzá a kiégéshez vagy kerülve el azt.¹²

Moreno-Jiménez, Garrosa és González-Gutiérrez szerint a kiégés kialakulásában mind a négy faktor egyforma fontossággal bír, egy integratív modellből tehát nem hiányozhatnak az individuális, az interperszonális, a szervezeti és a társadalmi faktorok sem.¹²

A kiégésnek ciklikusan is előfordulhat és folyamatjellege is van. Fázisai a következők:³²

- az idealizmus szakasza
- a realizmus szakasza
- a stagnálás vagy kiábrándulás fázisa
- a frusztráció fázisa
- az apátia fázisa.

Az idealizmus szakaszában nagy a lelkesedés a szakmáért, jellemző a betegekért való intenzív fáradozás, a kollégákkal való élénk kapcsolattartás. A lelkes idealista segítők a személyiségüket tekintik a legfőbb munkaeszköznek és a segítség sikertelenségét személyes felelősségként, saját kudarcként élik meg. Irreális elvárások figyelhetők meg a betegek állapotának változtatni akarásában, az azonnali eredmények szükségletében. A túlazonosulás miatt összekeverednek a segítő saját szükségletei a beteg szükségleteivel. A határok feloldódnak a beteg és a segítő saját élete, valamint a segítő szakmai és magánélete között.

A realizmus fázisában az egyén a szakmája iránt változatlanul elkötelezett. A kollégákkal együttműködő és továbbra is érdeklődik a betegek állapota, fejlődése iránt, kreatív tervek kidolgozására képes. A feloldódott határok és lelki terhei miatt a távolságtartás és a részvét egyensúlyának megteremtésére törekszik.

A stagnálás vagy kiábrándulás fázisában csökken az egyéni teljesítőképesség, az érdeklődés és a nyitottság. A betegekkel való kapcsolat a legszükségesebbekre korlátozódik. A beszélgetések a kollégákkal gyakran terhessé válnak, vagy csupán a saját védekező viselkedésének megerősítését szolgálják.

A frusztráció fázisában a személy a szakmájában visszahúzódik, a betegeket becsmérli és egyre idegesítőbbnek is találja őket. Növekszik a negatív észlelések és megállapítások száma, az eltávolodás miatt a betegeket személytelen beteganyagként hajlamos kezelni. A kapcsolatban a megengedő és a tekintélyelvű stílus ingadozik. A szakmai, közéleti tevékenységéből visszavonul, annak értelmetlensége és üressége miatt. Kétségbe vonja szakmai tudásának és hivatásának értelmét és értékét.

Az apátia fázisában az apátia kialakulása miatt a munkája során az egyén minimumra korlátozza az interakciók gyakoriságát, de hangulata akkor is ellenséges a betegekkel szemben, kollégáit kerüli, a helyzet megváltoztatásának lehetőségét elveti. Megnövekszik a negatív elkerülő stratégiák mozgósításának valószínűsége.

Hézser munkájában a burnout szindróma alakulását 12 lépcsős folyamatként írja le.¹⁰

Ezek a következők:

- Bizonyítási kényszer: túlzott lelkesedés, hatalmas energia mobilizálása a feladatok elvégzéséért
- A fokozott erőfeszítés fázisa: képtelen másoknak átadni a feladatokat
- A saját igények elhanyagolása: komorság, lehangoltság, káros szenvedélyek megjelenése a keletkező feszültségek oldására
- A saját igények, konfliktusok elfojtása: kiegyensúlyozatlanság, az egészség miatti aggodás, megközelíthetlenség
- Értékrend-átalakulás: az időérzékelés torzulása, a jelenre való beszűkülés, a közvetlen emberi kapcsolatok deformálódása
- A problémák tagadása: izolálódás, intolerancia a környezettel, a kapcsolatok redukálása a legszükségesebbre
- Kimenekülési igény: agresszió vagy bohóckodás, félelem az elmagányosodástól
- Magatartás-változás: minden külső vélemény és kritika elutasítása
- Deperszonalizáció: elvész, megváltozik az önérzékelés, a saját test érzékelése
- Belső üresség: a belső ürtől való félelem, napi szinten néhány percnyi elégedettséggel járó elfoglaltság
- Depresszió: energiahány, örömtelenség érzése, kétségbeesés, aggodás az egészség miatt, kilátástalanság, negatív jövőkép
- Súlyos pszichoszomatikus állapot: testi és/vagy lelki megbetegedés, súlyos, akár életveszélyes állapot.

A burnout kialakulásához vezető legfontosabb okok:

- Hiányos teljesítménymérés (kontroll)
- Visszajelzés, megerősítés hiánya
- Alacsony jövedelem
- Extra igénybevétel mellett nagy felelősség
- Gyakori krízishelyzet
- Elégtelen adminisztratív támogatás, adminisztratív terhek
- Korlátozott előrelépési lehetőség

A kiégés tünetei:

- Pszichés tünetek: reménytelenség, tehetetlenség érzése, az érzelmek kontrollálása felborul, düh, agresszió; csökken a koncentrálókéesség és az emlékezőtehetség.

- Fiziológiai tünetek: állandósult feszültség, csökken az immunitás, magas vérnyomás, ritmuszavar, magas pulzusszám
- Magatartásbeli tünetek: gyakori kontrollálatlan, agresszív kitörések, a szakmai érdeklődés csökkenő tendenciája, csökken a teljesítő- és kezdeményezőkészség: a „felső utasításra várás” lesz jellemző
- A szociális magatartás változása: visszahúzódás, a kollegiális kooperatív kapcsolatok csökkenése, a baráti kör elhanyagolása, korábbi hobbik feladása
- Problemátikus viselkedésformák: elhatalmasodó cinizmus, közömbösség, dehumanizáció.

A kiégés jelenségét nem szabad összetéveszteni a Schmidtbauer által leírt Helferszindrómával (1977), amely a segítő saját ingatag pszichés egyensúlyának fenntartásával hozható össze, míg a kiégés elsősorban a munkahelyi stresszel.¹¹

A kiégést célzó vizsgálatok során számos mérőeszköz kidolgozásra került. Freudenberger által kifejlesztett mérőeszközzel mérhető az emocionális kimerülés mértéke és a burn out fokozata.

Maslach és munkatársai több ezer amerikai és külföldi segítő foglalkozást végző szakembert vizsgáltak kutatásuk során. Az általuk összeállított mérőeszköz a Maslach Burn Out Inventory mérőeszköznek számít a kiégettségi vizsgálatok vonatkozásában. Ezen mérőeszköz három dimenzió mentén mér. Az emocionális kimerülés – talán ez a legmeghatározóbb dimenzió – a kiégés vezető tünete. Arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kiapadnak, úgy érzi, nincs semmi, amit másoknak lelki szempontból adhatna. A deperszonalizáció nem más, mint egy negatív és személytelen attitűd kialakítása a kliensekkel szemben, akikkel együtt dolgozik a személy a mindennapokban. Ezen felül azt is tartalmazza, hogy ezek a személyek megérdemlik ezt a hozzáállást, és az őket ért rossz dolgokért saját maguk a felelősek. Ez egyfajta értékítélet, melyet a segítő hivatásban dolgozó közvetít – gyakran emocionális kimerülése miatt – kliensei számára. A harmadik dimenzió a személyes teljesítmény hatékonyságának csökkenése, mely arra vonatkozik, hogy az egyén teljesítménye eltér től, amit önmagától elvár és ehhez még nagyfokú negatív önértékelés is társul.¹¹ Az Maslach féle Burn Out Inventory-hez hasonló módon a kiégést több dimenzió szerint lehet mérni a Jerabek féle Burnout Inventory segítségével, amely vizsgálja az érzelmi kimerülést, az általános kimerülés mértékét, a deperszonalizációt, és a munkával kapcsolatos érdektelenséget is.¹²

Az Appelbaum (1980) által összeállított mérőeszköz testi és pszichológiai tüneteket feltáró kérdőív, míg a Pines és Aronson által kidolgozott mérőeszköz a kiégés mértékének és előfordulási gyakoriságának mérésére szolgál.¹³

A kiégés kezelése történhet a munkakörülmények módosításával vagy az egyén megváltoztatásával. Vannak, akik a kiégés kezelésének szervezeti és egyéni kerete mellett megkülönböztetnek egy harmadik segítségi módot, ez pedig az úgynevezett támogató csoport, ahol empátiás kapcsolatok alakulhatnak ki, amelyeknek köszönhetően a résztvevők kevésbé érzik, hogy egyedül lennének problémáikkal. A támogató csoportban az egyénnek lehetősége nyílik a közös problémamegoldásra, a résztvevők tapasztalataikat átadhatják egymásnak.

Mások úgy közelítik meg a burnout szindróma terápiáját, hogy a beavatkozásokat különböző szinteken – prevenció, intervenció, krízisintervenció – képzelik el.

A kiégés folyamatjellegének köszönhetően a kezelés szempontjából máshová kerül a fókusz. A lelkesedés fázisában a realitásra kerül a súlypont, míg a stagnáció állapotában a mozgósítás, képzések, tréningek kerülnek előtérbe. A frusztráció állomásán a pozitívumok tudatosítása, az elnyomott energiák felhasználásával a változtatás lehetősége fontos, míg az apátia fázisában új, reális célok keresését, reális involvációt célozza a beavatkozás.¹⁴

2.1. Hazai kutatások főbb tudományos eredményei

A hazai szakirodalmak elsősorban az ápolók pszichoszomatikus állapotának feltárására irányultak.

A kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában¹¹:

A foglalkozási deformációval, a pszichológiai immunkompetenciával, a munkahelyi légkörrel, a munkahelyi stressz-forrással és a mentális védelemmel foglalkozó tanulmány célja, hogy felhívja a figyelmet arra, hogy az egészségügyben illetve minden olyan munkahelyen, ahol a dolgozók a szakmai tudásukon túl a saját személyiségükkel is dolgoznak, számolni kell a pszichés elfáradás, telítődés, a foglalkozási deformáció jelentkezésével.

A kutatás célja volt a kiégés és a pszichológiai immunkompetencia közötti összefüggés feltárása. A felmérést 100 ápoló bevonásával végezte el a szerző. A vizsgált személyek kórházi osztályokon, valamint szociális otthonokban dolgoztak. A mintavétel módja esetleges, kényelmi mintavétel volt, beválasztási és kizárási kritériumokat nem alkalmaztak.

Az adatgyűjtéshez használt eszközök a következők voltak: Maslach féle Burnout kérdőív, Burnout Öndiagnózis kérdőív, Eysenk EPQ Személyiség kérdőív, valamint egy 80 itemből és 16 skálából álló Pszichológiai Immunkompetencia kérdőív.

A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy azoknál a dolgozóknál, akiknél a kiégettségi mutató magasabb volt, a pszichológiai immunkompetencia bizonyos értékei eltértek az átlagtól. Megállapításra került az is, hogy a munkahelyi légkörnek döntő jelentősége van a kiégés kialakulásában.

Az eredmények a mentálhigiénés önvédelemmel kapcsolatos oktatás szükségességét támasztja alá az egészségügyi dolgozók körében.

A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata - Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás:¹⁵

A vizsgálat célja volt az ápolók munkahelyi körülményei és pszichoszomatikus egészségi állapotának összefüggéseit elemezni. Kvantitatív, keresztmetszeti kutatás keretein belül 420 ápolót vontak be, akik közül 218 regisztrált ápoló, 202 fő pedig tanulónővér volt. Beválasztási és kizárási kritériumokat nem alkalmaztak. A regisztrált ápolók 80,7%-a szakközépiskolai vagy szakmunkás bizonyítvánnyal rendelkezett.

A szerzők által alkalmazott mintavételi eljárás az esetleges, kényelmi mintavétel volt.

Kérdőíves felmérésük során adatokat gyűjtöttek a pszichoszomatikus tünetekre, az egészségi állapot egyéb pszichoszociális jellemzőire, a munkahelyi stresszre és érzelmi megterhelésre, valamint a kollegiális társas támogatásra vonatkozóan. Az adatokat SPSS MSWR 8.0 statisztikai szoftver segítségével dolgozták fel, melynek során keresztábra elemzéseket végeztek khi négyzet statisztikai próbákkal, valamint korreláció és regresszioelemzést.

A pszichoszomatikus tünetekre vonatkozó eredmények azt mutatták, hogy mind az ápolók, mind pedig a tanulónővérek körében a leggyakoribb tünet a fáradtságérzés, emellett igen sokan számoltak be hát és derékfájásról, alvászavarokról és szabálytalan szívdobogásról is. Emellett igen gyakori volt a stressz érzés is mindkét csoportban. A megkérdezett ápolók 48,8%-a, a tanulónővérek pedig 34,4%-a válaszolta azt, hogy gyakran éri stressz a munkahelyén. A munkahelyi stresszt tekintve szignifikáns volt a különbség a két csoport között ($p < 0,01$). A többváltozós elemzések eredményei alapján arra következtettek a szerzők, hogy az ápolók pszichoszomatikus egészsége elsősorban a munkahelyük pszichoszociális jellemzőitől függ, ami olyan team struktúrák kialakítását teszi szükségessé, ami elősegíti a stressz feldolgozását és a társas támogatás megvalósulását.

A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet - Vizsgálat a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében:¹⁶

A vizsgálat célja volt, hogy egy szabadkai egészségügyi szakdolgozói mintában végzett adatgyűjtés és elemzés segítségével megnézzék, mennyiben befolyásolja a pszichoszociális munkakörnyezet a dolgozók saját egészségének megítélését. Feltételezték, hogy az emocionális megterheltség mértéke, a munkával való elégedettség és elégedetlenség szintje, az egészségügyben eltöltött évek száma valamint az esetleges kiegészítő munka okozta megterhelés is befolyásoló tényezők. A kutatási mintában 253 fő szabadkai egészségügyi dolgozó vett részt, átlagéletkoruk 29 év és átlagosan 10 éve dolgoznak az egészségügyben.

A munkarendet tekintve 60,1% állandó délelőtti, 28,4% kétműszakos, 11,0% három műszakos munkarendben dolgozik, 0,5 % állandó éjszakai ügyelet. Csak olyan dolgozók kerülhettek a mintába, akik rendelkeznek egészségügyi szakképesítéssel.

A statisztikai elemzés során regresszióelemzést és korrelációelemzést végeztek, valamint megbízhatósági tartományokat határoztak meg.

A vizsgálat eredményei szerint a lelki megterhelés gyakorisága, a társas támogatás hiánya, a pluszmunka vállalása, a három műszakos munkakör, valamint a munkával való elégedetlenség negatívan hat a saját egészség megítélésére ($p < 0,05$), továbbá, az életkor és az egészségügyben eltöltött évek száma is növelik az esélyét az önértékelés rossz, illetve elfogadható minősítésének ($OR = 1,2$).

A vizsgálati eredmények rávilágítottak arra, hogy a lelki megterhelések a kiegészítés jelenségéhez vezethetnek, ami rontja a munkateljesítményt és veszélyezteti a dolgozók egészségi állapotát is.

A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota:²

A mind túlterheltebbé váló egészségügyi dolgozókkal szemben napjainkban egyre fokozódnak az elvárások. Elsősorban azt várják tőlük, hogy gyógyítsanak, továbbá, hogy legyenek jól képzettek, tapasztaltak, empátikusak, kreatívak és hatékonyak, miközben bizonyuljanak fáradhatatlanoknak. A kutatás célja volt a súlyos betegek mellett dolgozó szakemberek fizikai és mentális állapotának felmérése.

A vizsgálatot 200, súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozó és kontrollcsoportként – a Hungarostudy vizsgálatból kiválasztott – 1356 nem egészségügyi dolgozó, valamint 227 egészségügyi dolgozó bevonásával végezték, így a minta elemszáma 1783 fő volt. Mindhárom csoportban azonos volt a nemi, életkori és az iskolai végzettségi arány. A vizsgálatba bevont egészségügyi szakemberek onkológiai, mozgásszervi-rehabilitációs,

pszichiátriai, nőgyógyászati, valamint hospice osztályokon dolgoznak. A vizsgálat során a szerzők elkészítették az eredeti, Hungarostudy kérdőív egészségügyi dolgozók számára módosított változatát. Az adatokat az SPSS 10.0 statisztikai szoftver segítségével dolgozták fel. Az általuk alkalmazott statisztikai eljárás az Anova-teszt volt, a szignifikancia határt $p < 0.05$ -nél állapították meg.

A vizsgálati eredmények azt mutatták, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében szignifikáns mértékben magasabb a kimerültség, a stresszfüggő testi és lelki tünetekkel való együttélés, rosszabb a káros szenvedélyek aránya és gyengébb a szociális háló ($p < 0,01$). Az adatok az ápolók esetében még rosszabbak, mint az orvosok és egyéb diplomások esetében, sokkal több ápoló panaszkodik fájdalomra, mint orvos ($p = 0,035$).

A szerzők kiemelik képzés fontosságát a nehéz helyzetekkel való megküzdést illetően.

Egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapota Csongrád megyében-egy felmérés tükrében:³

A vizsgálat célja volt felmérni a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók szomatikus állapotát, valamint azt, hogy a különböző munkarend és ellátási szint miképpen hat a kollégák egészségi állapotára, illetve az egészségügyben eltöltött évek száma mennyire növeli meg a krónikus betegségek előfordulásának esélyét.

A mintát a MESZK Csongrád megyében regisztrált tagjai alkották, összesen 980 fő. A mintavételi eljárás esetleges, kényelmi mintavétel volt. Beválasztási és kizárási kritériumokat nem alkalmaztak. A vizsgált minta 15%-a dolgozott alapellátásban, 21% járóbeteg ellátásban, 64% pedig fekvőbeteg ellátásban. A válaszadók átlagéletkora 39,5 év volt és átlagosan 18,1 éve dolgoztak az egészségügyben. Az adatgyűjtési módszer a kérdőíves felmérés volt saját szerkesztésű kérdőívvel. Az adatok feldolgozása az SPSS 16.0 statisztikai szoftver segítségével történt. Khi-négyzet próbát, Mann-Whitney tesztet és Kruskal-Wallis próbát végeztek. Az eredményeket szignifikánsnak tekintették, ha $p < 0,05$.

A vizsgálat eredményei szerint a saját egészségi állapot értékelését nem befolyásolta a munkaterület ($p = 0,066$), de minél magasabb volt az iskolai végzettség, annál jobbnak értékelték a válaszadók egészségi állapotukat. Szignifikáns összefüggés mutatkozott továbbá az egészségügyben eltöltött évek száma és a krónikus betegségek előfordulása között. Pszichoszomatikus tüneti skálán vizsgálva az egészségi állapotukat, leggyakrabban hát- és derékfájást, gyengeség és fáradtságérzést, fejfájást, alvási problémákat jeleztek a válaszadók, továbbá a minta 50,6%-a szenved valamilyen krónikus betegségben.

A kutatási eredmények rávilágítottak arra is, hogy a megromlott egészségi állapotból következően nem érzik képesnek magukat az egészségügyi dolgozók arra, hogy hivatásukat nyugdíjas korukig gyakorolják.

Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei:⁴

A burnout súlyossága és gyakorisága ellenére az intézetek többsége nem tesz semmit a megelőzés és a gyógyítás érdekében. A vizsgálat célja volt bebizonyítani, hogy a kiégés elleni felülvizsgálatnak pozitív hatása van az egészségügyi dolgozók lelki állapotára.

Az egészségügyi szakdolgozók pszichés állapotát a Pines-Aronson féle Kiégés Önértékelési Skála alkalmazásával mérték fel egy korábbi kutatás keretén belül, melynek során megállapították, hogy a járóbetegellátás területén a 30 éve pályán tevékenykedő dolgozók között a súlyos kiégettségi és az azt megelőző állapotban lévők aránya elérte a 66,7%-ot. A fekvőbetegellátás területén ez az arány 58,5% volt. Ugyancsak a fekvőbetegellátásban, de a pályakezdeket tekintve ez az arány 35,5%, ami azt jelenti, hogy a 0-9 éve a pályán dolgozók közül minden harmadik ápoló kiégett. Az eredmények hatására kidolgozták a Szakdolgozók Lelki Egészségvédelmének Programját, ami egy 4-8 órás tréning keretén belül valósult meg, melynek keretein belül a szakdolgozók részt vettek Bálint-csoportos foglalkozáson, szupervízió, veszteség feldolgozó tréningen, valamint a stresszről és a kiégésről szóló általános ismereteket adó szemináriumon. A programban összesen 6 csoport vett részt, összesen 62 fővel. A 62 kiosztott kérdőívből 29 volt értékelhető.

Az elvégzett páros T próba azt adta eredményül, hogy a tréningnek köszönhetően szignifikáns javulás következett be a kiégés kategóriákban ($p=0,001$).

A szerzők rávilágítottak arra is, hogy az egészségügyi dolgozók igényelnének olyan programokat, amelyek segítséget nyújtanak a munkahelyi problémák leküzdésében.

Amikor kihűlt a láng - A kiégés vizsgálata ápolók körében:¹⁷

A kutatás tárgya a segítő foglalkozású szakemberek mentálhigiénés problémáinak, kiégettségi szintjének vizsgálata volt. Feltételezték, hogy az ápolók körében a szociodemográfiai faktorok (kor, nem, iskolai végzettség, munkakör, egészségügyben eltöltött idő, másodállás ténye, pályaelhagyás gondolata) befolyásolja a burnout kialakulását és hogy bizonyos intézményes faktorok (a betegek ellátási formája, a kórházi osztályok típusai, bérezés) szerepet játszanak a kiégés kialakulásában.

A minta 805 ápolóból állt, akik intenzív, aktív és krónikus ellátást nyújtó osztályokon dolgoztak. Az egészségügyben eltöltött idő átlaga 13,13 év volt.

Kérdőíves adatgyűjtést végeztek az alábbi eszközök segítségével:

- H.J.Freudenberger-G.Richelson Burnout kérdőve

- Appelbaum Burnout tüneti kérdőíve

- DAS skála, ami az ápolók diszfunkcionális attitűdértékeit is vizsgálták

A kutatás eredményei szerint a kiégés jelenségét legjelentősebb mértékben befolyásolja a főállás mellett végzett tevékenység ténye, valamint az anyagi és erkölcsi megbecsülés hiánya. Megállapításra került az is, hogy pályaelhagyás gondolata szoros összefüggésben van a kiégettséggel. Az egészségügyi szakmából való kilépés a minta 66%-át jellemezte a jelenben, vagy az elmúlt időszakban, míg 34% vallotta azt, hogy ezzel a gondolattal még nem foglalkozott.

A szerzők fontosnak tartanak szupervíziós csoportok szervezését, jobb munkakörülmények kialakítását, valamint a felelősség megosztását a munkaközösségben a kiégés megelőzésében.

Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiégési szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban: ¹⁸

A kutatás célja volt az ápolók és az ápolóhallgatók körében feltárni a burnout szindróma előfordulásának gyakoriságát és hogy mely szociodemográfiai faktorok azok, amelyek befolyásolják a szindróma kialakulását. Célt volt továbbá feltérképezni azt, hogy milyen súlyú a megkérdezett ápolókra, gondozókra nehezedő teher az egészségügyben jelenlévő stresszes munkakörnyezetben, valamint azonosítani a stressz gyakoriságát, a munkahely stresszforrásait. Az adatgyűjtési módszer a kérdőíves felmérés volt, amely rákérdezett a szociodemográfiai adatokra, és felhasznált három standard mérőeszközt, amelyek a következők voltak:

- H.J.Freudenberger-G.Richelson Burnout kérdőve

- Appelbaum Burnout tüneti kérdőíve

- The Nursing Stress scale, amely az ápolói munkában előforduló stresszhelyzetek mérésére szolgál.

A felmérés kapcsán 481 kérdőívet értékelt ki, a statisztikai elemzést Anova eljárással végezték.

A vizsgálat eredményei szerint a főálláson kívül végzett túlmunka és a szociodemográfiai faktorok nem befolyásolják a kiégés mértékét. Az ápolói munkával járó stresszorokat illetően pedig azt az eredményt kapták, hogy leginkább a halállal, haldoklással való szembesülés érinti meg a ápolókat, ezt követi a fizikai terhelés mértéke, majd a személyzeti támogatás hiánya.

A kutatás eredményei felhívják a figyelmet a családok nem megfelelő anyagi helyzetére is.

Érzelmi megterhelődés és lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében.¹⁹

Az 1970-es és 1980-as években kizárólag a segítő foglalkozásúak körében használták a kiégés fogalmát, az egészségügyi dolgozók csoportja tehát a kezdetektől fogva a kutatások fókuszpontjában állt. A kutatások során több olyan egyéni és környezeti tényezőt sikerült azonosítani, melyek vélhetően a kiégés lehetséges okai. Napjaink kiégés kutatásait nagymértékben előremozdítják a munkahelyi stresszt magyarázó elméletek. Az egészségügyben dolgozók magas érzelmi megterhelés alatt állnak, az érzelmi megterhelődés a páciensekkel történő interakcióból fakad.

A szerző kutatása során a segítő-kliens interakciót állította a középpontba és az érzelmi munka főbb dimenzióit: az érzelemszabályozásra vonatkozó munkakövetelményeket, az érzelemszabályozással kapcsolatos lehetőségeket és az érzelemszabályozás zavarát mérte. Az egészségügyi dolgozók csoportján belül kiemelten vizsgált csoportot képzett pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók csoportja, míg az egészségügy egyéb területein dolgozók alkották a kontrollcsoportot.

A kutatás kiindulópontját az adta, hogy a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók egészségmagatartásáról, életmód tényezőiről bebizonyosodott, hogy rosszabbak, mint az egyéb területen dolgozó orvosok vagy az egyéb diplomások mutatói és, hogy a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás az érzelmi munka speciális formája.

A kiégést a Maslach féle Burnout Inventory segítségével mérték, a megküzdést a rövidített Konfliktusmegoldó kérdőívvel, a társas támogatást pedig a Caldwell féle Társas Támogatás Skálával. Az érzelmi munka mérésére a Frankfurti Érzelmi Munka skála hazai adaptációját használták. A kutatási eredményeik rávilágítottak arra, hogy a fiatal egészségügyi dolgozókra nagyobb figyelmet kell fordítani, hiszen ők veszélyeztetettebbek a kiégés szempontjából. Kiemelik annak fontosságát, hogy a kiégés prevenciót már az oktatás során el kellene kezdeni a szakmai személyiség fejlesztésével, a szakmai szerep pontosabb körvonalazásával, az egészségügyi szakmához kapcsolódó munkakövetelmények, különösen az érzelmi követelmények megvilágításával.

Megállapították azt is, hogy a munkával kapcsolatos tényezők közül kiemelkedő a kliensek, betegek száma, a pszichoterápiás órák száma és az egészségügyi terület jellege. A kliensek száma pozitív irányú összefüggést mutat a kiégéssel, vagyis a mennyiségi ellátás kedvez a burnout tünetcsoport kialakulásának. A szakterületet tekintve mind az onkológiai, mind a

pszichiátriai területeken való dolgozás prediktortényezőnek bizonyult az érzelmi kimerülés szempontjából.

Szoros összefüggés mutatkozott továbbá a kiégés stresszkomponense (az érzelmi kimerülés) és az érzelmi munka stresszkomponense (érzelmi disszonancia) között.

A megbirkózás szempontjából fontos tényező az észlelt társas támogatás és a problémacentrikus megküzdési stratégia. A szerző javasolja, hogy a megküzdés hatékonyságát növelő tréningeket az adott célcsoporthoz kell igazítani a foglalkozás és a szakterületen tapasztalt különbségek miatt.

Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban:²⁰

Nagyszámú nemzetközi vizsgálat alapján úgy tűnik, hogy az orvosok között jelentős arányban fordulnak elő pszichés zavarok, alkohol- és drogfüggőség, öngyilkosság. Az öngyilkosság orvostanhallgatók között is gyakori, és az irodalmi adatok megegyeznek abban, hogy az orvosok között a pszichiáterek öngyilkossága egyike a legmagasabbaknak. Az öngyilkossági gondolatok talán a legerősebb előrejelzői a befejezett öngyilkosságoknak és az öngyilkossági kísérleteknek. Az orvosok körében az öngyilkossági gondolatok előfordulási aránya is magasabb prevalenciát mutat, mint az átlagpopuláció értékei. Különböző elméletek magyarázzák az orvosok nagyfokú szuicidum-veszélyeztetettségét. Felvetődik ebben a körben többek között az orvosok mindennapi találkozása a betegségekkel és a halállal, a túlterheltség és a gyógyszerek halálos adagjának ismerete, valamint a könnyű hozzáférhetőség.

Fontos tényezőnek tűnik továbbá az is, hogy az orvosok későn kerülnek pszichiátriai kezelés alá, illetve az, hogy kooperációjuk sem megfelelő a kezelések időtartama alatt. Az orvosok nehezen tudják elfogadni a betegszerepet, s ez a lelki betegségekre talán még inkább vonatkozik, mint a testiekre. A kezelést általában hosszú, sikertelen öngyógyítási periódus előzi meg. A hospitalizáció ugyanakkor hirtelen és radikális szerepváltozást jelent, ami nagyon komolyan aláássa a személyes és szakmai identitást. Közismert, hogy „az emberekkel foglalkozó szakmák” magukban hordozzák a kiégési szindróma veszélyét. 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, teljesítménycsökkenéshez, valamint a szakmai és az önértékelési problémákhoz.

A szerzők tanulmányukban összegzik az orvosi hivatásból fakadó stressz összetevőit, melyek a következők: hosszú munkaidő, fizikai és pszichés nyomás – amely már az orvosi tanulmányok folytatása során megkezdődik, és a szakképzésben hozzáadódó nagy

felelősséggel súlyosbodik –, gyakori krízis-helyzetek, alacsony jövedelem, adminisztratív terhek.

Talán a legnagyobb stresszt a sikertelen kezelés, a diagnosztikai nehézségek, a betegek elvesztése, valamint az orvosi munkának a magánéletre gyakorolt hatása jelenti.

A vizsgált mintába 57 fő került, 27 férfi és 30 nő, akikkel mélyinterjúkat vettek fel. Átlagéletkoruk 47,86 év volt, szórás 9,13. A szakági megoszlást tekintve többségük háziorvos, belgyógyász 4, szemész 3, üzemorvos 3, pszichiáter 3, fül-orr-gégész 4, bőrgyógyász 3, reumatológus 2, radiológus 3, aneszteziológus 2, szülész-nőgyógyász 1, fogorvos 1, traumatológus 1, tisztiorvos 1. A családi állapotot tekintve a mintába döntő arányban házasságok kerültek.

Az interjúk főbb kérdéskörei az alábbiak voltak:

- A munkával való általános elégedetlenség és okai
- Szerepkonfliktus, mint rizikófaktor
- Időhiányból fakadó problémák, mint pl. a feladatok ellátásának hiányosságai
- Financiális tényezők hatása
- A munkahely, mint stresszkeltő tényező (rutinfeladatok, autonómia hiánya, vezetési stílus)
- Kollegialitás hiánya
- Cinizmus, a betegek tárgyként, munkadarabként való kezelése
- Megküzdés a kiégéssel

A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a munkahelyi légkör, a feladatok egyhangúsága, a betegekkel kapcsolatos ellenérzések, a pénzügyi- és időhiányból fakadó magánéleti problémák, valamint a testi tünetek markáns faktorokként jelentkeznek. Mivel a szerepek egyidejű ellátása megnövekedett terheket jelent, gyakran felmerülő kérdés a szerepkonfliktus problémája is. Ezen elméleti megközelítés szerint a különböző szerepek (feleség, anya, orvos) az életút bizonyos szakaszaiban állandó ütközésbe kerülnek, jelentős feszültséget és túlterheltséget keltve. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy az egészségi állapot alakulásának kérdésében az orvosnők talán még a férfi orvosokhoz képest is veszélyeztetettebb helyzetben vannak.

A nagyfokú fizikai megterhelés, illetve a tartós kimerültségi állapotok is jelentős mértékben hozzájárulnak az orvosok pszichés problémáihoz. A munka és a pihenés arányának szabályozása alól az orvosi szakma általában kivétel. Az egészségügyi szakmák legtöbbször hétvégenként, ünnepek alatt, délután és este egyaránt helyt kell állni. Külön energiát emészt

fel a ritmusingadozás is, illetve az, hogy az egészségügy néhány ágazatában (elsősorban a kórházi

üzleti rendszert tekintve) az orvosok és az ápolónők a törvényben előírtnál jóval többet dolgoznak. A Magyar Orvosi Kamara számításai szerint egyébként egy 30-35 évig dolgozó orvos szolgálati ideje az ügyeletekkel együtt ötven év munkavégzésnek felel meg.

A kiegészítési prevencióját illetően a szerzők hangsúlyozzák az eset-, illetve stábmegbeszélések, a szakmai továbbképzés és a szupervíziók fontosságát. Intézményes segítség lehet továbbá a hasonló profilú munkák közötti munka-csere: más jellegű munka végzése, esetlegesen eltérő munkabeosztás, a munkatársak kicserélődése, vagy akár a különböző képzettségeken való részvétel egyaránt jó hatással lehet a fáradtság, a közöny elkerülésére. A szerzők véleménye szerint szakmai továbbképzések a munkát érdekesebbé és motiváltabbá tehetik, az új ismeretek és az elmélet átültetése a gyakorlatba ismét új kihívásokkal gazdagíthatja a napi rutint.

Kulcsfontosságú a segítők munkán kívüli élete és a kikapcsolódás is: nem elhanyagolható, hogy kinek mennyi szabadidő jut, ki mennyi szabadságot tud kivenni évente, és azt aktívan el tudja-e tölteni. Kiemelik továbbá a társas kapcsolatrendszer fontosságát, annak feszültségoldó erejét.

Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében:²¹

A nemzetközi irodalom szerint a rendőrök és tűzoltók mellett a mentődolgozók körében legmagasabb a poszttraumás stressz betegség (PTSD) előfordulása a civil foglalkozásúak körében. A poszttraumás stressz betegség egy szorongással járó rendellenesség, melynek megélése fokozottan igénybe veszi a szervezetet. Diagnosztizálni mégis nehéz, mivel a tünetek igen sokfélék, és a mentődolgozók nincsenek tisztában a PTSD mibenlétével. Azoknál, akik nem tudják megfelelő módon kezelni ezeket a stresszhelyzeteket, később egyéb, pszichés problémák alakulhatnak ki. A vizsgálat célja annak felmérése volt, hogy milyen mértékben érinti a magyar mentődolgozókat a poszttraumás stressz betegség, amely a stressz-reakciók által kiváltott pszichés és testi egészségkárosodások összessége, valamint annak vizsgálata, hogy melyek azok a faktorok, amelyek leginkább meghatározzák a betegség kialakulását, és milyen módon lehet az ártalmakat csökkenteni.

A kutatást 100 fő budapesti, kivonuló szolgálatot teljesítő mentődolgozó körében végezték, kényelmi mintavételi eljárás alapján. A vizsgálatba bevonásra kerültek a gépkocsivezetők, az ápolók (képesítés nélküliek és szakképzettek egyaránt), orvostanhallgatók, mentőtisztek és mentőorvosok egyaránt. Kizárásra kerültek azon a dolgozók, akik nem vesznek részt

mentésben, tehát nem a kivonuló állományba tartozó mentőgépkocsikon dolgoznak, illetve a mentésirányításban dolgozók, valamint adminisztratív tevékenységet végzők is kizárásra kerültek. A nemeket tekintve 14 fő nő és 86 fő férfi került be a vizsgálati mintába. A megkérdezettek átlagéletkora 36 év volt, a legfiatalabb 19, a legidősebb 56 éves.

Családi állapot tekintetében egyedülálló volt 30 fő, élettársi kapcsolatban 16-an éltek, 43-an voltak házasok, 11 fő vált el és senki sem volt özvegy. Iskolai végzettségüket tekintve egy főnek volt nyolc általános, 18 főnek szakmunkásképző, 49 főnek érettségi a legmagasabb iskolai végzettsége. Főiskolát 21-en végeztek, míg egyetemi diplomát 11 fő szerzett. A válaszadók közül 37 fő volt gépkocsivezető, ugyanennyi mentőápoló, 13-an dolgoztak mentőtisztként, 7 fő rezidens orvos, 5 mentőorvos és 1 fő oxyológus szakorvos vett részt a vizsgálatban. A mentőszolgálatnál eltöltött időt tekintve átlagosan 9 éve dolgoztak az Országos Mentőszolgálatnál.

Az adatgyűjtéshez használt mérőeszköz a Briere-féle standard PTSD felmérő teszt volt, melyet saját kérdés csoportokkal egészítettek ki. A Briere teszt eredetileg negyven olyan tünetet tartalmaz, mely összefüggésben van a traumás élményekkel. Az elemzéshez a khi-négyzet próba, kétmintás T-próba és Mann-Whitney teszt került alkalmazásra az SPSS 13.0 statisztikai szoftverrel.

A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a megkérdezettek körében a standard PTSD teszt segítségével megállapított összes PTSD pontszám 0 és 65 közötti, átlagosan pedig 20 volt. A vizsgálatban résztvevők majdnem háromnegyede (72 fő) találkozott már munkája során olyan megrázó esettel, ami lelkileg megviselte. A PTSD mértéke és a válaszolók neme között szignifikáns összefüggés van (Mann-Whitney: $p = 0,003$), továbbá a lakhely, a nem és a PTSD szintje között is szignifikáns összefüggéseket találtak.

A poszttraumás stressz betegség tüneteit illetően a legtöbben azzal az állítással értettek egyet, hogy nem érzik magukat kipihentnek reggelenként (44 fő). A második leggyakoribb panasz a fejfájás volt, melyet 32 fő tapasztalt több, mint hat alkalommal a vizsgálatot megelőző két évben.

A PTSD jellemző tünete továbbá az emléketörés. 63-an jelölték azt a választ, hogy sohasem volt ilyen élményük, 27 főnél 1-2 alkalommal fordult elő az elmúlt két évben, 6 válaszadónál 3-6 alkalommal, és 4-en válaszolták azt, hogy több mint 6 alkalommal. Ennek a négy főnek a PTSD pontszáma 34, vagy 34 feletti volt, közülük csak egyikük venné igénybe szakember segítségét.

Markáns tünet a PTSD vonatkozásában a rémálom is. Négy kitöltőnél 3-6 alkalommal, három főnél több, mint 6 alkalommal jelentkezett a vizsgálati időszakban. Közöttük két nő és 5 férfi volt, összpontszámuk 2 kivételével szintén 30 fölött volt.

Ugyancsak jelentős tünet volt a fentiekén túl az is, hogy a kitöltő feszültnek érezte magát. A vizsgálatot megelőző két évben 18-an érezték magukat feszültnek munkájuk során 3-6 alkalommal, valamint 4 fő jelölt több, mint 6 alkalmat. Az ő átlagpontszámuk 36,7 volt.

A szerzők rávilágítottak arra, hogy a mentődolgozók munkájuk során olyan hatásoknak vannak kitéve, melyek nagyban hozzájárulhatnak a poszttraumás stressz betegség kialakulásához, ami intervenciós programok kidolgozását teszi szükségessé.

A mentődolgozók egészségi állapotának vizsgálata generikus kérdőívvel:²²

A mentődolgozók nagyfokú munkahelyi leterheltsége ismert tény. A szerzők célja volt a kivonuló mentődolgozók fizikai és mentális egészségi állapotának felmérése két hazai régióban. Az észak-magyarországi és a nyugat-dunántúli régió került bevonásra. Adatgyűjtésük módszere az írásbeli kikérdezés volt keresztmetszeti vizsgálat keretein belül – melynek részét képezte az SF-36 kérdőív. A vizsgálatban 810 fő, 18 évet betöltött mentődolgozó adatait válaszait értékelték.

A statisztikai elemzés azt mutatta, hogy a válaszadók a legjobbnak a fizikai működésüket ítélték, legrosszabbnak pedig a vitalitásukat tartották. Emellett megállapítottak azt is, hogy az OMSZ-nál eltöltött idő és a másodállás vállalása is kedvezőtlenül befolyásolja az egészségi állapot megítélését. Minél régebb óta tevékenykedett a dolgozó a mentőknél, annál rosszabbnak ítélte fizikai egészségi állapotát ($p < 0,001$). A másodállással rendelkezők minden dimenzióban rosszabbnak vélték egészségüket. A sporttevékenység protektív hatása mind a fizikai, mind a mentális egészségi állapotban igazolódott ($p < 0,001$). A magasabb testtömegindexszel rendelkezők rosszabbnak tartották egészségi állapotukat az SF-36 négy dimenziójában és rávilágítottak arra is a kutatók, hogy a mentális egészségi állapoton belül az életerő hiánya, a fáradtság, a kimerültség a meghatározó, ezek pedig a mentális problémák előfutárai lehetnek.

A kivonuló mentődolgozók egészségi állapotát befolyásoló főbb tényezők hazánkban:²³

A mentődolgozók egészségi állapota önmagában is hatással van a betegellátás minőségére. A kutatás célja voltnak bemutatása, hogy mely egyéni és munkahelyi tényezők befolyásolják a mentődolgozók egészségi állapotát. A szerzők keresztmetszeti vizsgálat keretein A 364 fő mentődolgozóval készítettek kérdőíves felmérést. Átlagéletkoruk 35,2 év volt és átlagosan

11,3 éve dolgoznak az OMSZ-nál. Beválasztási kritérium volt, hogy a dolgozó legalább egy éve teljesítsen kivonuló szolgálatot az adott munkakörben. A megkérdezett dolgozók 58%-a vállalt másodállást is, ami átlagosan körülbelül 20 óra túlmunkát jelent. A szociodemográfiai kérdéseken túl az általuk alkalmazott mérőeszköz az életvitellel és a mentők egészségmagatartásával kapcsolatos kérdéseket is tartalmazott. A vizsgált változók az egészségi állapot tekintetében a következők voltak: az egészségi állapot önértékelése, a fizikai fittségi állapot önértékelése, valamint a napi munkavégzésben akadályozó egészségi problémák. A leíró statisztikán túl Spearman-, χ^2 -tesztet és logisztikus regressziós elemzést végeztek az SPSS 15.0 szoftverrel. A vizsgálati eredmények azt mutatták, hogy a mentődolgozók észlelt egészségi állapota szignifikánsan nem különbözik az ellátóegység-típusok szerint a legtöbb vizsgált paraméterben, jóllehet az általuk ellátott esetek különböző összetettségűek. Az egészségmagatartást tekintve azt kapták eredményül, hogy a válaszadók 41,5 %-a rendszeresen dohányzott a vizsgálat idején, rendszeresen alkoholt fogyasztott 3,8%. A többség (78,3%) alkalmanként fogyaszt alkoholt. Megállapították azt is, hogy azon mentők, akik rendszeresen sportolnak, kedvezőbbnek ítélik meg egészségi állapotukat, a fizikai fittségi állapotukat és a mindennapokban jelentkező munkájukat befolyásoló egészségi problémájukat is. A kedvezőtlen életmódból következően a kóros elhízás minden ötödik dolgozónál megjelent, így elmondható, hogy mentődolgozók kevés figyelmet fordítanak a rekreációs jellegű fizikai aktivitásra.

2.2. Nemzetközi kutatások főbb tudományos eredményei

Mentődolgozók és kritikus események:²⁴

A szerzők fel kívánták tární a skót mentődolgozók körében, hogy mi az összefüggés a kritikus események rendszeres megtapasztalása és az érzelmi, mentális jóllét között, továbbá fel kívánták tární azon tényezőket, amelyek védelmet nyújthatnak a kritikus események káros hatásaival szemben. A vizsgált csoport elemszáma 110 fő volt, kizárásra kerültek az adminisztrációs dolgozók és betegszállítók.

A vizsgálat során az alábbi mérőeszközöket használták:

1. General Health Questionnaire – az általános pszichés állapotra vonatkozó kérdéseket tartalmaz,

2. Impact of Event Scale – poszttraumás tünetek feltárása ad lehetőséget (elkerülő viselkedés, emlék betörés, rémálmok). Ezt azon vizsgált személyekkel vették fel, akik az elmúlt 6 hónap során éltek át megrázó élményt.
3. Maslach Burnout Inventory – kiégettséget vizsgáló eszköz, amely méri a deperszonalizáció előfordulását, az érzelmi kimerülést és a személyes teljesítményt.
4. Hardiness Scale – az elköteleződésre, a kontrollra és a kihívásra irányuló skálákból áll.
5. Pressure Management Indicator – a munkahelyi és szervezeti elégedettségre vonatkozó alskálákat tartalmaz.
6. Coping Methods Checklist – amellyel a megküzdési stratégia vizsgálható.

Az adatok elemzéséhez használt statisztikai próba a Spearman korreláció volt.

A vizsgálat eredményei azt mutatták, hogy a válaszadók harmada rendelkezett pszichopatológiával, kiégés és poszttraumás tünetekkel. A kiégés összefügg a munkahelyi elégedettség alacsony mértékével, a szolgálati évek számával, a vonulások közti pihenőidő rövidségével, a megterhelő esetek gyakoriságával.

Megállapításra került az is, hogy a kiégés és a negatív pszichés státusz pozitívan korrelál az elmúlt 6 hónap során átélt megrázó élményekkel.

Poszttraumás stressz a svéd mentődolgozók körében:²⁵

A szerzők fel kívánták tární a poszttraumás zavarra utaló tünetek előfordulásának gyakoriságát a svéd mentődolgozók körében. A felmérés során négy mérőeszközt használtak: az Antonovsky féle koherencia skálát, egy kérdőívet, amely általános adatokat és demográfiai adatokat tartalmazott valamint vizsgálták a mentés során átélt események hatásait és a poszttraumás zavarra utaló tüneteket. A vizsgált csoport elemszáma 362 fő volt, közülük 222 fő élt át munkája során olyan eseményt, amelyet megterhelőnek érzett.

A kutatás során megállapításra került, hogy a vizsgált személyek 15,2 %-a nem tudott hatékonyan megküzdni a munkával járó magas stresszrel és igénybevétellel és szenved a traumás élmények okozta lelki megrázkodtatásokról.

A statisztikai elemzés (Spearman korreláció), kimutatta azt is, hogy azok, akik a koherencia skálán magas értéket értek el, hatékonyabban tudnak megküzdni a stresszrel, így az Antonovsky skála hatékonyan alkalmazható lenne a munkaerő kiválasztásánál.

Az általános munkahelyi és a mentősökre jellemző specifikus munkahelyi stresszorok összehasonlítása:²⁶

Jelen kutatásban a szerzők az általános munkahelyi stresszorokat, a mentő munkával specifikusan járó stresszorokat és az egyéni jellemzők összefüggését vizsgálják a munkahelyi elégedettséggel és egészségi állapottal a mentő dolgozók körében.

A minta elemszáma 1180 fő volt, majd utánkövetéses vizsgálat keretén belül 298 mentődolgozó adatait vizsgálták újra. A kutatás során az alábbi mérőeszközöket használták:

1. Maslach Burnout Inventory
2. Job Satisfaction Scale
3. Hopkins Symptom Checklist (SCL-10)
4. Job Stress Survey
5. Norwegian Ambulance Stress Survey
6. Basic Character Inventory.

Az adatok elemzéséhez az SPSS 17.0 statisztikai szoftvert használták, t-tesztet, khi-négyzet próbát, regresszió analízist, és korrelációelemzést végeztek.

A statisztikai elemzés azt az eredményt adta, hogy a munkahelyi stresszorok szignifikánsan korrelálnak az utánkövetés során tapasztalt munkahelyi elégedettséggel és egészségi állapottal. A munkahelyi vezető támogatásának hiánya és a megterhelő munka az utánkövetés során alacsonyabb szintű elégedettséget eredményezett.

Megállapításra került, az is, hogy a neuroticitás személyiségjegy, munkahelyi vezető támogatásának hiánya, az időnyomás, és a fizikai megterhelés az utánkövetés során az érzelmi kimerüléssel korrelált, valamint a pszichológiai distresszel és a kiégéssel.

A mentésben résztvevők vizsgálata Dél-Afrikában:²⁷

A kutatás célja volt a kritikus eseményekhez vonuló sürgősségi mentő, rendőr, tűzoltó dolgozók mentális egészségének vizsgálata.

Kényelmi mintavételi eljárását alkalmazták, a minta elemszáma 1099 fő volt. Az általuk használt mérőeszközök kérdéscsoportjai és skálái a kritikus eseményekhez való vonulás során szerzett tapasztalatokra, a poszt traumatikus tünetekre, az általános egészségi állapotra, pszichés zavarokra, alkoholfogyasztásra, agresszióra és konfliktuskezelésre irányultak.

A szerzők által alkalmazott statisztikai próbák a korrelációelemzés és a lineáris regresszió voltak.

A kutatás eredményei azt mutatták, hogy az Afrika déli részén dolgozók a fejlett országokhoz képest több kritikus eseményhez vonulnak és magasabb közöttük a pszichopatológia előfordulása.

A kritikus események összefüggést mutattak az általános pszichés állapottal, a poszttraumás zavarral, a munkatársak közti agresszióval, de az alkohol fogyasztással nem.

Megállapításra került az is, hogy a nők pszichés állapota rosszabb.

További stresszorok: halál, munkahelyi körülmények, szervezeti problémák.

Légzőszervi problémák és mentális egészség a World Trade Center támadását követő 7-9 évvel:²⁸

A vizsgálat során a szerzők arra keresték a választ, hogy 7-9 évvel a World Trade Center katasztrófánál szolgálatot teljesítő mentősök és tűzoltók körében milyen gyakorisággal fordulnak elő légzőszervi problémák és milyen a mentális egészségi állapotuk. A minta elemszáma 10943 fő volt, mindannyian részt vettek a katasztrófát követő mentésben és a helyreállítás során. A légzőszervi tünetekre és a légzésfunkciós vizsgálatok eredményeire vonatkozó adatokat egy elektronikus orvosi adatbázisból nyerték, emellett kérdőíves adatgyűjtést végeztek a dohányzási szokásokra, a poszttraumás stresszre, az általános egészségi állapotra és a depressziós tünetek előfordulására vonatkozóan.

A vizsgálat azt adta eredményül, hogy 9 évvel a katasztrófát követően gyakoriak (41%) a légzőszervi tünetek, továbbá, hogy a vizsgált személyek 7 %-ánál jelentkeztek poszttraumás tünetek, 19,4 % esetében pedig depresszió. Megállapításra került az is, hogy a légzőszervi megbetegedések gyakoribbak azon vizsgált személyeknél, akik a támadást követő korai órákban érkeztek a helyszínre.

Egészségügyi problémák és orvoshoz fordulás a norvég mentősök körében:²⁹

A kutatás során feltételezték a szerzők, hogy a szorongásos és depresszív tünetek előfordulási valószínűsége nagyobb a mentő dolgozók körében, mint az átlag dolgozó populáció körében, mégis kevésbé vesznek igénybe szakszerű segítséget. Feltételezték azt is, hogy a vázizom fájdalmak, alvászavarok előfordulása a mentő dolgozók körében magasabb és hogy a mentő dolgozók inkább a szomatikus, mint a mentális problémák esetén kérnek orvosi segítséget.

A kutatás során egész országra kiterjedő kérdőíves felmérést végeztek 1180 mentődolgozó bevonásával, majd összehasonlító elemzést végeztek egy nemzeti felmérés adataival, amelynek elemszáma 31987 fő volt. A vizsgálat során amellet, hogy fel kívánták tární a minta orvoshoz fordulási szokásait, az alábbi standard mérőeszközök segítségével is adatgyűjtést végeztek:

1. Hospital Anxiety and Depression Scale
2. Subjective Health Complaints Questionnaire

3. Karolinska Sleep Questionnaire

4. Need for Recovery after Work Scale

A statisztikai elemzés során varianciaanalízist, t-próbát és khi négyzet próbát végeztek.

A vizsgálat azt adta eredményül, hogy a hipotézis, miszerint a mentő dolgozóknál nagyobb mértékben jelenik meg a szorongás és depresszió, mint az átlag populációban, nem igazolódott. Sőt, szignifikánsan kisebb mértékű szorongást, depressziót találtak náluk.

Megállapították azt is, hogy a mentő dolgozók nagyobb mértékben számolnak be vázizom fájdalmakról és hogy kevésbé vesznek igénybe szakszerű segítséget, mint az átlag populáció, leginkább szomatikus problémák esetén fordulnak orvoshoz. Alvászavar a vizsgált minta 6,3%-ánál fordult elő.

Mentődolgozók egészségi állapota:³⁰

A szerzők tanulmányukban szisztematikusan elemzik a munkával kapcsolatos egészségügyi problémák kialakulására vonatkozó szakirodalmat, összesen 49 tanulmányt tekintettek át. A releváns empirikus irodalmat a következő adatbázisokból nyerték: Medline, EMBASE, PsychINFO, CINAHL, ISI Web of Science. A mentő dolgozók körében: magas a halálozási arány, magas a halálos balesetek száma, sok a baleseti sérülés, magas a korai nyugdíjba vonulás száma, sok a vázizom probléma – az átlag népességhez és más egészségügyi szakmában dolgozókhöz képest.

A szakirodalmi adatok szerint a poszttraumás stressz tünetek 20% felett vannak a dolgozók körében. Szintén magas a szorongás és más pszichopatológiák megjelenésének aránya.

Kérdés, hogy milyen mértékben járulnak hozzá a kapott eredményekhez a munkával kapcsolatos tényezők és az egyéni személyiség jellemzők.

Akut és krónikus munka stresszorok a mentősök körében:³¹

A kutatás célja volt a mentődolgozók munkájával járó stresszorok azonosítása és a mentők pszichoszomatikus állapotának felmérése. A vizsgálatba a holland mentősök mellett bevonásra kerültek a mentőautók sofőrjei is, a minta elemszáma 123 fő volt, átlagéletkoruk 39,8 év és átlagosan 9,3 éve dolgoznak a mentőszolgálatnál. A statisztikai elemzés során a leíró statisztika mellett t-próbákat és variancianalízist végeztek. Akut stresszorként határozták meg a súlyos baleseteket, az agresszív cselekményeket, a pszichiátriai betegekkel való foglalkozást, a haláleseteket, a sérültekkel való konfrontációt, krónikus stresszorként pedig a munkahelyi légkört, az autonómia hiányát, az anyagi megbecsülés hiányát, a hiányos információkat és a kommunikációs problémákat.

A vizsgálati eredmények azt mutatták, hogy a felmérést megelőző 5 évben a vizsgált személyek 85%-a élt át munkája során súlyosan megrázó eseményt, 66 %-uk az utóbbi egy évben is. A vizsgált személyek 23%-a szembesült munkája során gyermek halálával, 21% vett részt súlyos balesetet követő ellátásban, 13% -ot ért agresszív támadás, és 8% esetében az is előfordult, hogy téves információkat kapott a sérültek állapotáról. A krónikus stresszorokat tekintve a vizsgált személyek 57,1 %-a hiányolta munkája során az autonómiát, 54,3 % említette az anyagi megbecsülés hiányát, a válaszadók több, mint 50%-a pedig a munkatársakkal való összetartás hiányát emelte ki.

A statisztikai elemzés rávilágított továbbá arra, hogy a mentők mentális állapota szoros összefüggést mutat az általános egészségi állapotukkal ($p < 0,01$).

A szerzők vizsgálati eredményeik alapján kiemelték a munkahelyi vezetők szerepét és a munkakörülmények javításának szükségességét.

2.3. Főbb alapfogalmak és egyéb meghatározások

Altruista viselkedés:³²

Olyan pozitív társas viselkedés, amely szándéka szerint egy másik ember javát szolgálja és amelyet a cselekvő annak ellenére hajt végre, hogy cselekedhetne másként is.

Stressz:³²

Olyan negatív emóciókkal társuló ingerek összessége, amelyek a belső egyensúly elvesztésével fenyegetnek.

Munkahelyi stressz:¹⁵

A munkatevékenység fizikai jellegzetességeiből adódik, például a több műszak, az ügyeleti rendszer, a megerőltető munka, de ehhez járulnak még a pszichoszociális stresszhatások is, amelyeknek hátterében a magas felelősségtudat, az érzelmi megterhelést jelentő helyzetek és a beosztásból eredő szerepkonfliktusok állnak.

Michigen modell¹⁵

A modell szerint egy munkahely két esetben a legveszélyeztetőbb a munkahelyi stressz kialakulását illetően. Egyrészt, ha eltérés van a környezet elvárásai, valamint az egyén rendelkezésére álló források között, amelyek segítségével a követelményeknek meg tudna felelni. Másrészt pedig abban az esetben, amikor a munkakörnyezet nem nyújt elegendő lehetőséget arra, hogy az egyén saját céljait megvalósítsa.

Kiegészítés:

Az egyén foglalkozásából, hivatásából adódó nagyfokú érzelmi igénybevételt jelentő elvárásokra adott stresszreakció. Fizikai, érzelmi, attitűdbeli kimerülés. Jellemzői: fáradtság, depresszió, álmatlanság, csökkenő munkateljesítmény, a testi betegségekre való fogékonyság megnövekedése. Túlzott mértékű alkoholfogyasztáshoz, függőséget okozó drogfogyasztáshoz és öngyilkossághoz vezethet.³³

Helfer szindróma³²

Kényszeres segítség definiálása Schmidbauer nevéhez fűződik, amelynek során a segítő hivatást gyakorló egyén az saját ingatag pszichés állapotából adódóan mások segítségével látja az önmegvalósítását. Korai gyermekkorban átélt, nem tudatos szülői elutasítás, illetve annak érzése előzi meg. 4 jellegzetes viselkedéstípust figyelt meg Helfer szindrómában, ezek a következők:

1. A foglalkozás áldozata: privát kapcsolataiban is a segítő szerepét folytatja, így magánélete elsorvad.

2.Éles hasítás: kényszeres szétválasztás kísérlete a munka és magánszféra között.

3.Perfekcionista attitűd:a helper szindrómás segítő a szakmai ideálokat akarja a magánéletben is megvalósítani.

4.Kalóz típusú segítő: aki a foglalkozási szerepét használja ki annak érdekében, hogy elszegényedett intim szféráját berendezze.

Empátia: ³²

A másik emberre irányuló tudatos figyelem, szándékos odafordulás és értelmi feldolgozás. A megnevezés a görög „patosz”származik, melynek eredeti jelentése baj, szenvedés, betegség.

Deperszonalizáció:³⁴

Negatív és személytelen attitűd kialakulása azon klinsekkel szemben, akikkel az egyén a mindennapi munka során együtt dolgozik.

Pályaidentifikáció: ³²

Az a tanulási folyamat, amelynek során az egyén a foglalkozási szerephez tartozó értékeket és normákat, valamint viselkedési szabályokat elsajátítja.

Szituációs tolerancia:³²

A helyzeti feszültségek elviselésének képessége, amely lehetővé teszi azt, hogy az egyén ellenálljon a frusztrációnak anélkül, hogy inadekvát választ produkálna.

Coping-mechanizmusok:³³

Alkalmazkodás, adaptáció, a stressz leküzdésének tudatos vagy tudattalan módszerei, sikeres megfelelés egy kihívásnak. Magukban foglalnak minden-tudatos vagy tudattalan-módot, amelyet az egyén a környezeti kihívásoknak való megfelelésben felhasznál anélkül, hogy céljait vagy szándékait megváltoztatná.

Adaptív alkalmazkodás:³²

A helyzetnek megfelelő rugalmas válaszreakció.

Maladaptív alkalmazkodás:³²

Azon kedvezőtlen interperszonális reflexek felerősödése, amelyek sok esetben nehezen kezelhető magatartást, és az emberi, szakmai kompetenciák és kapcsolatok zavarát idézhetik elő.

Apátia:

Közhány, az érdeklődés és mindenfajta érzelm teljes hiánya, közömbösséggel társult tompa érzelmi tónus. ³³

Poszttraumás stressz:³⁵

Abnormális ingerre adott normál emberi reakció. A traumás helyzetben túlélési stratégia, a trauma megszűntével azonban kóros adaptációt jelent, ami elérheti a betegség mértékét.

3. Vizsgálati anyag és módszer

3.1. Mintaválasztás módjának meghatározása

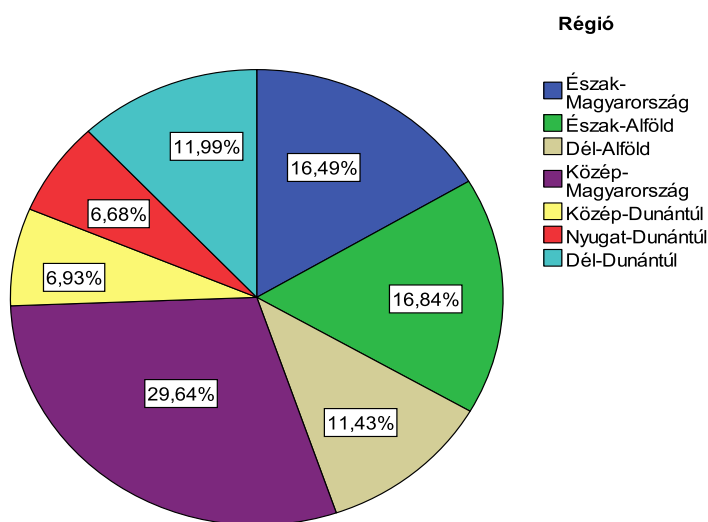
Kutatásom típusa szerint kvantitatív, keresztmetszeti kutatás, melynek módszere az írásbeli kikérdezés volt. A vizsgálat célcsoportját az Országos Mentőszolgálat állományában dolgozók alkották. Minden magyar mentőállomás bevonásra került. A mintát a kivonuló állomány és a mentésirányítás azon dolgozói alkották, akik rendelkeznek egészségügyi végzettséggel. Az általam alkalmazott mintavételi eljárás nem véletlenszerű, kényelmi mintavétel volt. Az adatgyűjtést a mentőszolgálatok vezetőinek bevonásával végeztem.

3.2. Elemszám meghatározása

Az Országos Mentőszolgálat állománya 4000 fő, közülük 2900 fő felelt meg a beválasztási kritériumoknak. A kiküldött kérdőíveket végül 2362 fő töltötte ki, amelyből 1979 volt értékelhető, így a minta elemszáma 1979 fő lett.

3.3. A vizsgálat helye

A vizsgálatba minden magyar mentőállomás bevonásra került. A minta régiók szerinti megoszlását mutatja az 1-es számú ábra:



1. ábra
A vizsgált minta régiók szerinti megoszlása

3.4. A vizsgálat ideje

A vizsgálatot a 2013. március 1 - június 30.-ig terjedő időszakban végeztem.

3.5. Adatgyűjtési módszerek és eszközök

Az adatgyűjtéshez saját szerkesztésű, önkitöltős kérdőívet használtam, amely nyitott és zárt kérdéseket, valamint skálákat tartalmazott. A kérdőív kérdéscsoportjai a következők voltak: szociodemográfiai adatok, a munkával járó stresszorokra és megküzdésre irányuló kérdések. Saját szerkesztésű kérdőívemet kiegészítettem a Pines-Aronson féle Kiegészítő Önértékelési Skálával¹³, valamint egy Pszichoszomatikus Tüneti Skálával¹⁵.

3.6. A vizsgált változók ismertetése

Függő változóként határoztam meg mentőszolgálatnál dolgozók kiegészítő szintjét.

Független változók voltak iskolai végzettség szintje, a mentőszolgálatnál eltöltött munkaévek száma, a munkarend, az életvitel, a munkahelyi légkör, a munkakörülmények és a nem.

3.7. Statisztikai elemzés módja

A kapott adatokat az SPSS 17.0. statisztikai program segítségével dolgoztam fel, melynek során a következő számításokat végeztem el: leíró statisztika (átlag, gyakoriság, szórás) keresztábra elemzések khi-négyzet statisztikai próbával, ANOVA, valamint korrelációelemzés.

A szignifikancia határt $p < 0,05$ -nél állapítottam meg. A statisztikai számítások a 1. számú mellékletben tekinthetők meg.

4. Eredmények

4.1. A vizsgált minta bemutatása

A vizsgált minta jellemzői az 1-es számú táblázatban láthatók:

Nem	
Férfi	90,30%
Nő	9,70%
Munkakör	
Mentőorvos	3,08%
Mentőtiszt	12,73%
Mentőápoló	46,18%
Mentő gépkocsivezető	32,49%
Egyéb	5,51%

OMSZ-nál eltöltött idő	
10 évnél rövidebb ideje	51,29%
11-20 éve	28,85%
Több, mint 21 éve	19,86%
Mellékállása van	
Igen	61,50%
Nem	38,50%
Munkarend	
Egyműszakos	6,33%
Többműszakos	93,67%
Iskolai végzettség	
Alapfokú	11,49%
Középfokú	66,63%
Felsőfokú	21,87%

1. táblázat
A vizsgált minta jellemzőinek bemutatása

A vizsgált személyek átlagéletkora 38,61 év volt, 90,30%-a férfi. Munkakörüket tekintve a minta 3,08%-a mentőorvos, 12,73%-a mentőtiszt, 46,18% mentőápoló, 32,49% pedig gépkocsivezető. 51,29% 10 évnél rövidebb ideje dolgozik az Országos Mentőszolgálatnál, 28,85% 11-20 éve, 19,86% pedig már több mint 21 éve. Megállapításra került az is, hogy a minta 61,50%-a emellett mellékállást is vállal. A munkarendet tekintve 93,67% többműszakos munkarendben dolgozik. Az iskolai végzettség szerinti megoszlást tekintve a minta 11,49%-a alapfokú iskolai végzettséggel rendelkezik, 66,63% középfokú végzettséggel, 21,87% pedig felsőfokúval.

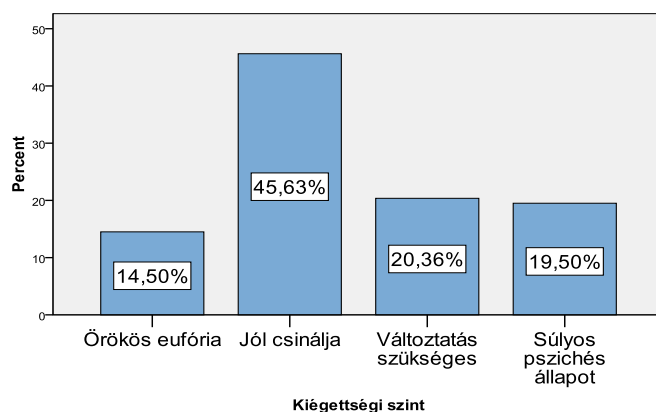
4.2. A vizsgált hipotézisek eredményei

Vizsgálatom első hipotézise szerint *a mentők legalább egynegyede küzd a munkájából adódó stresszel és veszélyeztetett a kiégést illetően.*

A minta kiégési szintjének mérése a Kiégés Önértékelési Skála alkalmazásával történt, amely 21 kiégettségre utaló tünetet tartalmaz, melyeket 7 fokozatú skálán kellett értékelnie a vizsgált személyeknek.

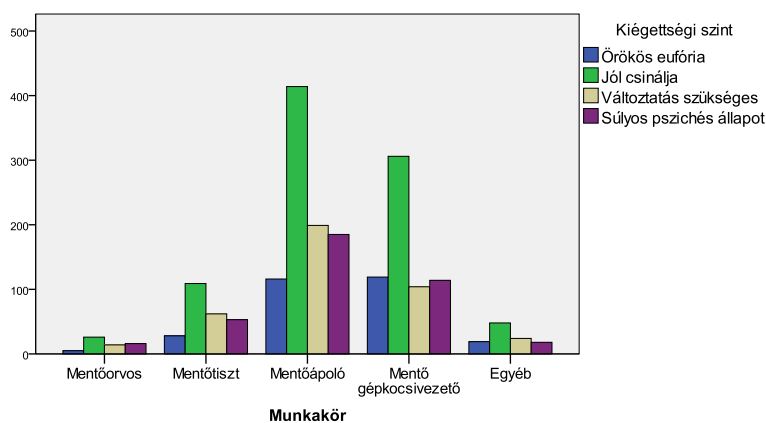
Az egyes kérdésekre adott pontokból meghatározott képlettel történt a kiégési szintet jelző végső pontszám kiszámítása, ily módon a kiégés szintje négy kategóriával volt jellemezhető. A Kiégés Önértékelési Skála a 7.3. számú mellékletben tekinthető meg.

A minta kiégési szintjét szemlélteti a 2-es számú ábra.



2. ábra
A minta kiégési állapota (n=1979 fő)

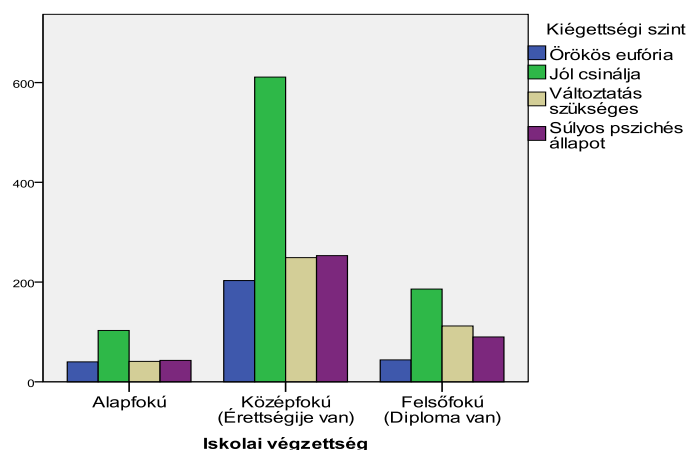
Az 2-es számú ábrán az látható, hogy a vizsgált személyek 19,50%-a szenved súlyos kiégettségre utaló tünetekről és további 20,36% volt az, aki a kiégést megelőző állapotban van. A vizsgálat során fel kívántam tártani azt is, hogy mely tényezők függnek össze szorosan a kiégéssel. A munkakör és kiégési szint kapcsolatát szemlélteti a 3-as ábra.



3. ábra
A munkakör és a kiégési szint kapcsolata

Az elvégzett khi négyzet próba azt az eredményt adta, hogy a munkakör szignifikánsan befolyásolja a kiégés alakulását ($p=0,008$). Talán a szakmai felelősséggel hozható összefüggésbe, hogy a mentőorvosok a leginkább veszélyeztetettebb csoport, őket követték a mentőtisztek, és a mentőápolók. A kiégést tekintve a legkevésbé veszélyeztetett csoport a mentő gépkocsivezetők.

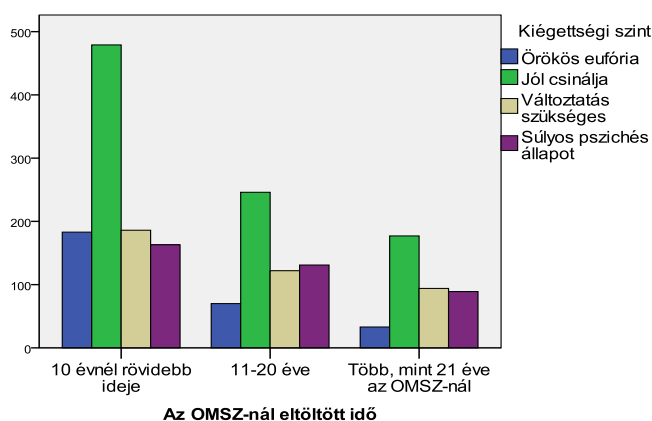
A következő ábra az iskolai végzettség szerinti különbséget mutatja a kiégés vonatkozásában.



4. ábra
Az iskolai végzettség és a kiégési szint kapcsolata

A 4-es számú ábrán látható, hogy az iskolai végzettséget tekintve a leginkább veszélyeztetett csoport a felsőfokú végzettséggel rendelkezők csoportja a kiégés kialakulását illetően. Az elvégzett khi négyzet próba p értéke $p=0,007$.

Khi négyzet próba alkalmazásával mérésre került az is, hogy milyen összefüggést mutat a kiégési szint az Országos Mentőszolgálatnál eltöltött idő, a munkarend és a nem. Az Országos Mentőszolgálat kötelékében eltöltött idő és a kiégési szint közötti kapcsolatot mutatja az 5-ös számú ábra.

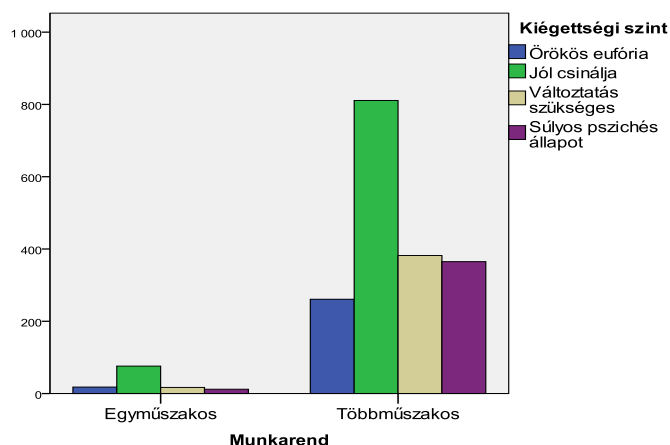


5. ábra
Az OMSZ-nál eltöltött idő és a kiégési szint kapcsolata

A Khi négyzet próba azt adta eredményül, hogy szignifikáns összefüggés van az Országos Mentőszolgálatnál eltöltött idő és a kiégési szint között ($p<0,001$). Minél több időt tölt valaki

a Mentőszolgálat kötelékében, annál veszélyeztetettebb a kiégést tekintve, ami felhívja a figyelmet a megelőzést segítő intézkedések bevezetésének szükségességére.

A kutatás során megállapításra került az is, hogy a többműszakos munkarendben dolgozók körében gyakoribb a kiégés. A khi négyzet próba p értéke $p=0,001$. (6-os ábra)



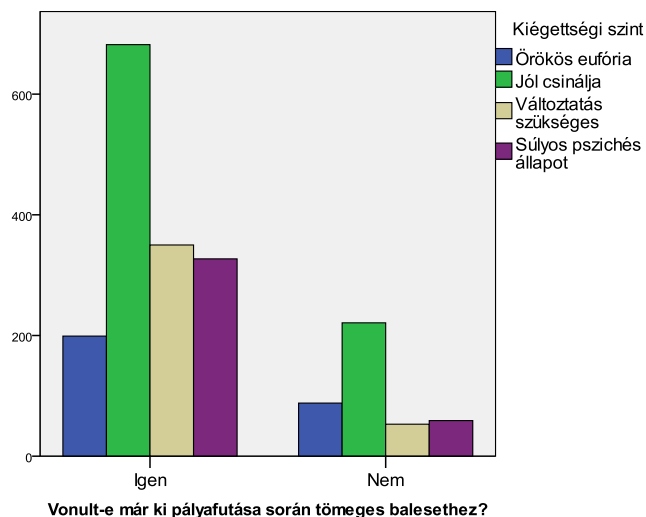
6. ábra
A munkarend és a kiégés kapcsolata

A nemek között nem volt szignifikáns különbség kimutatható ($p=0,708$).

A fentiek alapján vizsgálatom első hipotézise igazolást nyert.

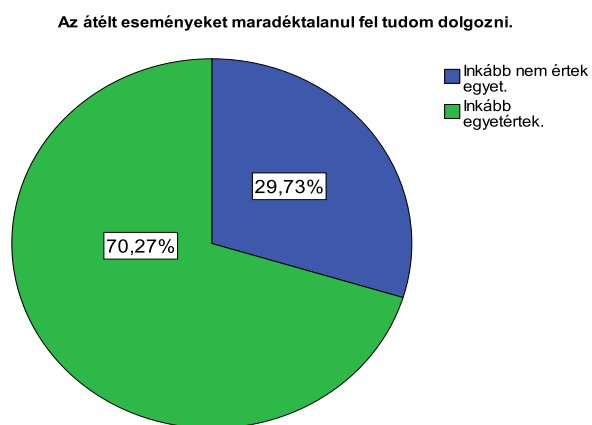
Vizsgálatom második hipotézisében feltételeztem, hogy *a tömeges balesetek felszámolásában résztvevők a sokkoló élményt illetve a munkájuk során szerzett lelki traumákat nehezen tudják feldolgozni.*

A khi négyzet próba azt adta eredményül, hogy szignifikáns összefüggés van a tömeges balesetekhez való vonulás és a kiégettség között (7. ábra).



7. ábra
A tömeges balesetekhez való vonulás és a kiégés közötti összefüggés

Megállapításra került, hogy azon dolgozók, akik vonultak már ki tömeges balesetbe, rosszabb pszichés állapotban vannak, körükben gyakoribb a kiégés ($p < 0,001$). A 8-as számú ábra az átélt események feldolgozására vonatkozik.



8. ábra
Az átélt események feldolgozása

A fenti ábrán látható, hogy a vizsgált személyek 29,73%-a nehezen tudja feldolgozni a munkája során átélt eseményeket, ami fokozza a kiégés kialakulásának kockázatát.

Mindezek alapján hipotézisem igazolást nyert.

Vizsgálatom harmadik hipotézise szerint a kiegyensúlyozatlan életvitel növeli a kiégés kialakulásának kockázatát. A korrelációelemzés eredményei a 2-es számú táblázatban láthatók.

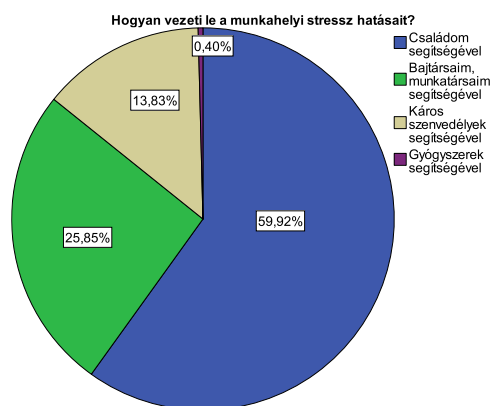
Kiégettség	Életvitel	
	Pearson Correlation	-,553**

	Sig. (2-tailed)	,000
	N	1979

2. táblázat
Az életvitel és a kiégettség közötti kapcsolat

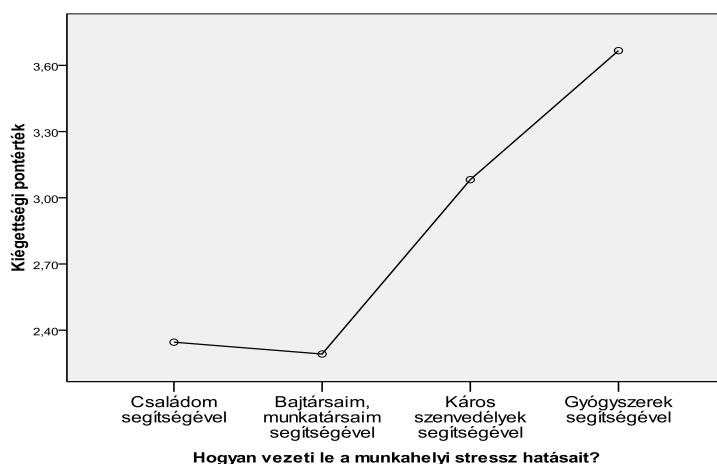
Megállapításra került, hogy a kiegyensúlyozatlan életvitel és a kiégettség között közepes erősségű, szignifikáns a korreláció ($p < 0,001$), ami igazolta a hipotézist.

Vizsgálatom negyedik hipotézise szerint *a munkával járó stresszel való megküzdést tekintve a mentők gyakran alkalmaznak negatív elkerülő stratégiát (káros szenvedélyek, gyógyszerek)*. A vizsgált személyek által alkalmazott megküzdési stratégiákat szemlélteti a 9-es ábra.



9. ábra
A vizsgált minta megküzdési stratégiája

A fenti ábrán látható, hogy a vizsgált személyek 59,92%-a a családja segítségével vezeti le a munkája során felgyülemlett feszültséget, 25,85% a bajtársai segítségével, 13,83% káros szenvedélyek segítségével, 0,40% pedig gyógyszereket használ. Arra vonatkozóan, hogy van-e összefüggés a megküzdés módja és a kiégetési szint között, varianciaanalízist végeztem. Ennek eredményét szemlélteti a 10-es ábra.

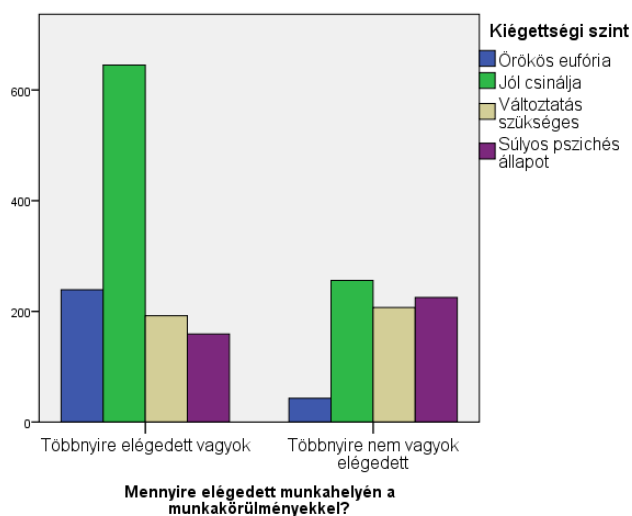


10. ábra
A kiégetési szint és a megküzdési mód kapcsolata

Az elvégzett varianciaanalízis azt adta eredményül, hogy van összefüggés a kiégési szint és megküzdési mód között. Azon mentősök, akik káros szenvedélyekkel, illetve gyógyszerekkel vezetnek le a bennük felgyülemlett stresszt, átlagosan magasabb pontszámot értek el a Kiégés Önértékelési Skálán. A varianciaanalízis p értéke $p < 0,001$, a hipotézis tehát igazolódott.

Vizsgálatom ötödik hipotézisében azt feltételeztem, hogy *azok a dolgozók, akik elégedetlenek a munkahelyi légkörrel és a munkahelyi körülményekkel, veszélyeztetettebbek a kiégés kialakulását illetően.*

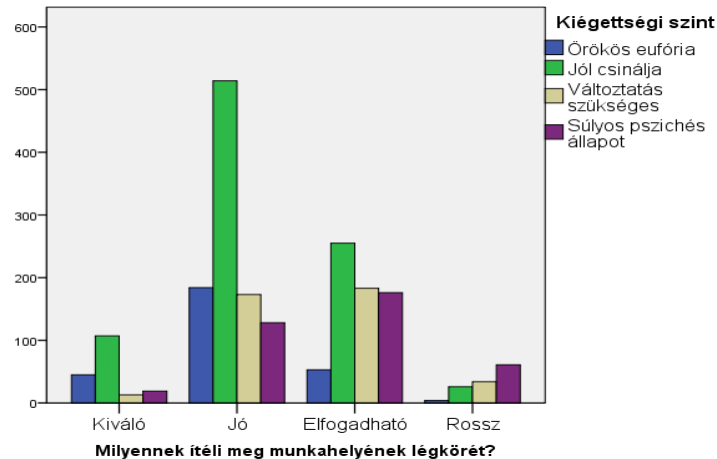
A munkakörülményekkel való elégedettség és a kiégés kapcsolatát szemlélteti a 11-es ábra.



11. ábra

A kiégés és a munkahelyi körülményekkel való elégedettség kapcsolata

A fenti ábrán látható, hogy azon dolgozók körében, akik elégedetlenek a munkakörülményeikkel, gyakoribb a kiégés és a súlyos pszichés állapot, mint azok között, akik elégedettek. A khi négyzet próba p értéke $p < 0,001$. A munkahelyi légkörrel kapcsolatosan is hasonló eredményt kaptam ($p < 0,001$), ez a 12-es ábrán látható.

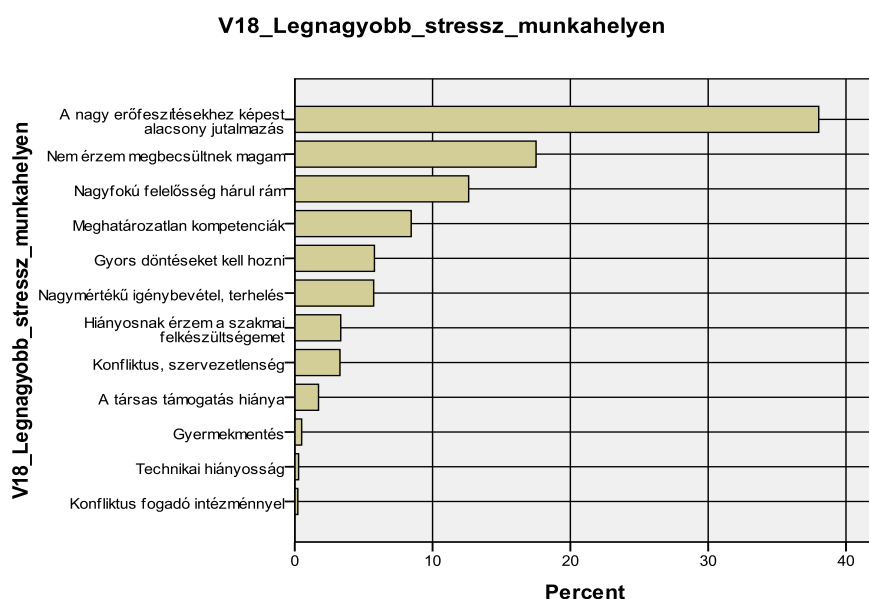


12. ábra
A munkahelyi légkörrel való elégedettség és a kiegészítés kapcsolata

A kutatás során megállapításra került, hogy a munkahelyi légkörrel és a munkakörülményekkel való elégedettség összefüggést mutat a mentők általános egészségi állapotával is. Minél elégedettebb a bajtárs a munkahelyi légkörrel és a munkahelyi körülményekkel, annál kedvezőbbnek ítéli meg az általános egészségi állapotát, annál kiegyensúlyozottabbnak tartja az életét is. Minél negatívabb a munkahelyi légkör és a munkakörülmények megítélése, annál rosszabb az egészségi állapot és az általános elégedettség megítélése ($p < 0,05$).

A munkakör és a mellékállás azonban nincs összefüggésben az elégedettséggel, valamint az általános egészségi állapot és a kiegyensúlyozottság megítélésével ($p > 0,05$).

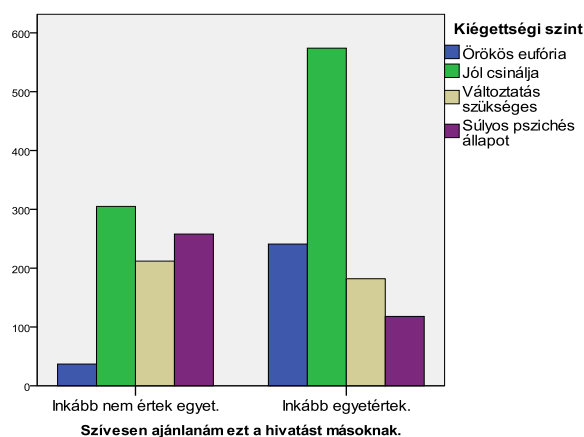
A kutatás során fel kívántam tární azt is, hogy melyek azok a stresszforrások, amelyek a leginkább jelentős terhet róják a mentőkre. A munkahely legfőbb stresszforrásait szemlélteti a 13-as ábra.



13.ábra
A mentők által megnevezett leggyakoribb stresszforrások

A fenti ábrán látható, hogy a bajtársak számára a legnagyobb munkahelyi stresszt a nagy erőfeszítésekhez képest alacsony jutalmazás jelenti. További komoly stressz források: a megbecsültség hiánya, a nagyfokú felelősség és a meghatározatlan kompetenciák.

A munkához való viszonyulást tekintve érdekelt az is, hogy a vizsgált személyek ajánlanák-e hivatásukat másoknak. Az eredmény a 14-es ábrán látható.



14. ábra
Szívesen ajánlaná-e hivatását másoknak?

A fenti ábrán láthatók szerint elmondható, hogy azon dolgozók, akik rosszabb pszichés állapotban vannak a kiégést tekintve, nem szívesen ajánlanák hivatásukat másoknak. A khi négyzet próba p értéke $p < 0,001$.

A munkahelyi megterhelés könnyítésére, a stressz levezetésére a mentők a következő megoldásokat javasolják:

Tevékenység megnevezése	Válaszadók száma	Százalékos megoszlás
Pihenés, szabadidő, család, szórakozás, hobbi, barátok, utazás, wellness. Anyagilag (Szép kártya, belépők, bérletek) és időben (munkaidő, vagy másodállás helyett) OMSZ által támogatott. Aktív és passzív eltöltése a szabadidőnek. Kríziskezelésként (megterhelő esemény után fizetett szabadidő).	585	40%
Fizetésemelés.	563	39%
Sport. Munkaidőben biztosított lehetőség, valamint munkaidőn kívül.	350	24%
Elismerés, megbecsülés. Felettesek empatis viszonyulása, az elvégzett munka elismerése. Kompetenciák tisztázása. Megfelelő munkahelyi körülmények, tárgyi feltételek.	224	15%
Szakember igénybevétele. Pszichológus, pszichiáter, mentálhigiénés szakember. Tréning, beszélgetés, relaxáció. Konferenciák, mentési gyakorlat.	222	15%
Közös programok bajtársakkal.	169	12%
Az események kibeszélése bajtársak körében.	163	11%

3. táblázat

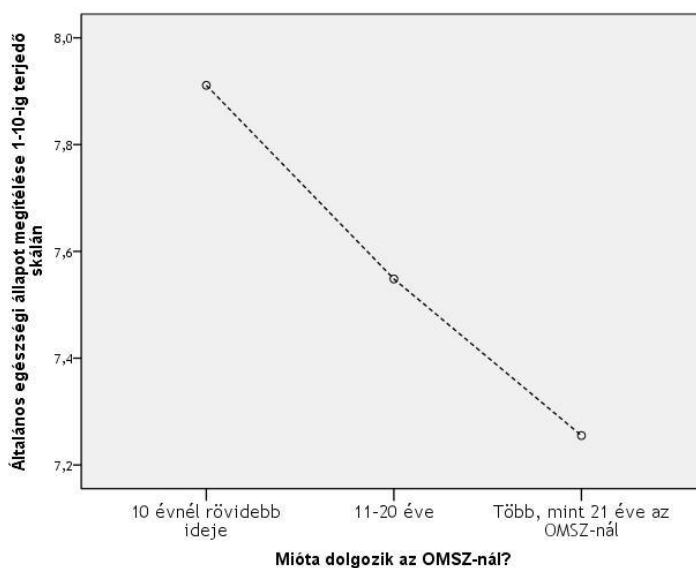
A munkahelyi terhelés könnyítésének módjai a vizsgált személyek szerint

A mentők elsősorban több anyagilag is támogatott szabadidőt (40%) és magasabb jövedelmet szeretnének (39%). 15 %-uk említette a mentálhigiénés szakember bevonásának szükségességét.

Vizsgálatom utolsó hipotézise a kiégés és az általános egészségi állapot összefüggésére utalt. Feltételeztem, hogy a rosszabb mentális állapotban lévő mentők általános egészségi állapota is rosszabb.

Az általános egészségi állapot felmérése egy 1-10 ig terjedő skála alkalmazásával történt, amelynél az 1 azt jelentette, hogy nagyon rossz a megkérdezett egészségi állapota, a 10 pedig azt, hogy kitűnő.

Korábban már utaltam arra, hogy a kiégés és az OMSZ-nál eltöltött évek száma között szignifikáns összefüggés van ($p < 0,001$). A 15. számú ábrával azt kívánom szemléltetni, hogy az általános egészségi állapora hatással van az OMSZ-nál eltöltött idő is.



15. ábra
Az általános egészségi állapot és az OMSZ-nál eltöltött idő közötti összefüggés

A fenti ábrán látható, hogy minél hosszabb ideje dolgozik valaki az Országos Mentőszolgálat kötelékében, annál rosszabbnak bizonyult az általános egészségi állapot szubjektív megítélése is.

A kiégettségi szint és az általános egészségi állapot közötti összefüggés igazolására korrelációelemzést végeztem, ami azt adta eredményül, hogy a kiégés súlyossága és az általános egészségi állapot megítélése között közepes erősségű, szignifikáns a korreláció, ami igazolja a hipotézist (4.táblázat).

	Általános egészségi állapot	
Kiégettség	Pearson Correlation	-,473**
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	1979

4. táblázat
A kiégés és az általános egészségi állapot közötti összefüggés

A szomatikus panaszokat tekintve a leggyakoribbnak a hát és derékfájás, valamint a gyengeségérzés és fáradtság bizonyult a mentők körében. Hát és derékfájástól a megkérdezettek 51%-a szenved, gyengeségérzésről és fáradtságról pedig a megkérdezettek 46,53%-a számolt be.

5. Megbeszélés

Minden embernek tudomásul kell vennie, hogy stressz nélkül élni nem lehet. Azonban mindent el kell követni annak érdekében, hogy a stressz káros hatásai minél kevésbé befolyásolják életünket. Ezen hatások megelőzése, csökkentése és kezelése azonban csapatmunkát igényel. Ebben a munkában részt kell venni családtagnak, barátoknak, munkatársnak, munkahelyi vezetőnek, és még nagyon sokaknak egyaránt. De hiába vesznek le terheket rólunk családtagjaink, hiába panaszkodunk barátainknak és kollegáinknak, továbbá főnökünk hiába biztosítja a megfelelő feltételeket számunkra, a legfontosabb, hogy mi magunk akarjunk testileg és lelkileg a legegészségesebben élni. El kell fogadnunk, hogy vannak dolgok amiket nem lehet megváltoztatni, néha meg kell elégedni azzal ami van. Néha muszáj lazítani, hogy feltöltődjön az ember, hogy újult erővel vehesse fel a harcot a következő problémákkal, feladatokkal szemben. Mindenkinek meg kell találnia a számára legmegfelelőbb kikapcsolódási módot. Ki a természetben, ki a társaságban, ki a játékban találja ezt meg.

A téma feldolgozásával egyértelműen bebizonyosodott, hogy mennyire jelentősen befolyásolja a mentők mindennapi munkáját és életét a stressz.

A leírtak rámutatnak arra, hogy akik ehhez hasonló veszélyes munkakörben dolgoznak, azoknak ismerniük kell a stressz és a kiegész pszichológiai alapjait, hiszen előfordulhat, hogy mások élete, illetve sajátjuk is múlhat azon, hogy tisztában vannak-e ezekkel. Csak akkor nyújthatunk hatékony segítséget, ha mi magunk pozitív megküzdési stratégiával rendelkezünk. Mentőnek lenni önmagában sem stresszmentes állapot. Igyekeztem megmutatni ezen emberek mindennapi életét. Nekik is - mint a többségnek - vannak olyan egyéb problémáik is, melyek nincsenek összefüggésben hivatásukkal, és hogy mennyire vannak igénybe véve még szabadidejükben is.

A mentők tisztában vannak azzal, hogy milyen kockázatokat vállaltak azzal, hogy ezt a munkát választották, azonban az érzés, amit egy sikeres mentés után maguknak tudhatnak, kissé kárpótolja őket, azonban ahogy idősebbek lesznek, szolgálati éveiknek száma nő, úgy tűrőképességük a stresszel szemben egyre inkább csökken. Az évek során felgyülemlett, sokszor elkerülhetetlen feszültségek szépen egymásra rakódnak. Ezeknek az embereknek meg kell tanulniuk oldani a stresszt, illetve ha ez nekik nem sikerül, akkor kell a segítség. A mentők jelentős része igényli - akár szakemberek bevonásával is - ezt a segítséget. Mint a bevezetőben említettem a mai napig nincsen e probléma megfelelő szinten kezelve. És ha már mentálhigiénéről van szó egy dolgot sosem szabad elfelejtenünk: a megelőzés mindig

hatékonyabb, mint az utólagos beavatkozás. Számos hazai és nemzetközi kutatás felhívja a figyelmet a munkahelyi stressz szerepére és a kiégés kialakulásában szerepet játszó tényezők jelentőségére. Az áttekintett vizsgálatok részletesen bemutatták az egészségügy különböző színterein dolgozók pszichés állapotát a kiégés vonatkozásában, és utaltak az egészségi állapot és a kiégés közötti összefüggésre is (Sterud et al., 2008). A hazai szakirodalomban azonban kifejezetten kevés a mentésben résztvevők csoportját célzó vizsgálatok száma. Vizsgálatom célja volt az Országos Mentőszolgálat állományában dolgozók pszichés állapotának feltárása a kiégés vonatkozásában. A minta elemszáma 1979 fő volt, bevonásra került a kivonuló állomány és a mentésirányítók közül az egészségügyi végzettséggel rendelkezők. A minta kiégettségi szintjét a Pines-Aronson féle kiégés Önértékelési skála alkalmazásával mértem fel.

Vizsgálatom első hipotézise szerint a mentők legalább egynegyede küzd a munkájából adódó stresszhelyzetekkel és veszélyeztetett a kiégést illetően. A kutatási eredmények azt mutatatták, hogy a vizsgálatban résztvevők közel 40%-ánál egyértelműen jelentkeznek a kiégés testi és pszichés tünetei. A statisztikai elemzés azt mutatta, hogy a kiégés kialakulásában jelentős szerepet játszó tényezők a munkarend, az iskolai végzettség és a mentőszolgálatnál eltöltött idő ($p < 0,01$). Hasonló eredményeket kapott D. A. Alexander és S. Klein is, továbbá megállapították, hogy a kiégés összefügg a vonulások közötti pihenőidő rövidségével és a megterhelő esetek gyakoriságával. Az OMSZ-nál eltöltött idő szerepére hívják fel a figyelmet több hazai vizsgálatban is (Betlehem et al.).

Vizsgálatom második hipotézisében feltételeztem, hogy a tömeges balesetek felszámolásában résztvevők a sokkoló élményt illetve a munkájuk során szerzett lelki traumákat nehezen tudják feldolgozni, ami igazolást nyert. Megállapításra került, hogy azon mentők, akik vonultak már ki pályafutásuk során megrázó tömeges balesethez, veszélyeztetettebbek a kiégés kialakulását illetően és hogy a minta 29,73%-a nehezen tudja feldolgozni az átélt eseményeket, ami fokozza a kiégés kialakulásának kockázatát ($p < 0,001$). Jonsson és munkatársai megállapították azt, hogy azon mentők, akik az Antonovsky féle koherencia skálán magasabb pontszámot értek el, könnyebben tudnak megküzdeni a munkával járó stresszel, így a skála hatékonyan alkalmazható eszköz lehet a munkaerő kiválasztásánál.

Vizsgálatom harmadik hipotézise szerint a kiegyensúlyozatlan életvitel növeli a kiégés kialakulásának kockázatát a mentők körében. Ezen feltételezésem is igazolást nyert, a korrelációelemzés azt adta eredményül, hogy az életvitel és a kiégettség között közepes erősségű, szignifikáns a kapcsolat ($p < 0,001$).

Vizsgálatom negyedik hipotézise szerint a munkával járó stresszel való megküzdést tekintve a mentők gyakran alkalmaznak negatív elkerülő stratégiát (káros szenvedélyek, gyógyszerek). Az elvégzett varianciaanalízis azt adta eredményül, hogy van összefüggés kiégettségi szint és megküzdési mód között, a mentők különféle módokat alkalmaznak a stressz hatásaival való megküzdésben. Kiemelkedik a társas támogatás igénybevétele –a munkatársakkal való összetartás igényét kiemelik Ploeg és munkatársai is- azonban a káros szenvedélyeket is igen nagy számban választják a mentők a feszültség levezetésére.

Megállapításra került, hogy azon dolgozók, akik káros szenvedélyekkel és gyógyszerek használatával vezetnek le a munkájuk során felgyülemlett feszültséget, rosszabb pszichés állapotban vannak a kiégettséget tekintve ($p < 0,001$), .

Vizsgálatom ötödik hipotézisében feltételeztem, hogy azok a dolgozók, akik elégedetlenek a munkahelyi légkörrel és a munkahelyi körülményekkel, veszélyeztetettebbek a kiégés kialakulását illetően, amely hipotézis igazolást nyert ($p < 0,001$). A munkakörülmények és a munkahelyi vezető személyiségének szerepét emelik ki Streud és munkatársai is kutatásukban.

Végezetül pedig megállapítást nyert azon feltételezésem is mely szerint a kiégés és az általános egészségi állapot között összefüggés van. Azon mentők, akik a kiégést tekintve súlyosabb állapotban vannak, általános egészségi állapotukat is súlyosabbnak ítélték meg. A statisztikai elemzés közepes erősségű, szignifikáns korrelációt mutatott ($p < 0,001$).

A felmérés eredményei alapján a következő szakmai javaslatokat szeretném tenni:

- Edukáció: A kiégés kialakulási fázisainak és tüneteinek felismerése növeli az egészségtudatosságot, és valószínűsíti a segítség aktív igénybevételét.
- A munkahelyi légkör fejlesztése: A bajtársak alkalmazzák és igénylik a társas támogatást, a problémák megbeszélését, az összetartást. A szupportív munkahelyi közösség szerepe kiemelkedő a kiégés megelőzésében.
- Krízisintervenció: A pszichésen megterhelő feladatok ellátása során igény jelentkezik a szakemberrel való konzultációra. Az elsődleges és másodlagos prevenció a kiégés tünetek megjelenését csökkenti. Minél hamarabb követi a traumatikus esemény átélését a mentálhigiénés támogatás, annál inkább kivédhető a stressz-betegség megjelenése.
- Stressz káros hatásainak csökkentése, hatékony megküzdési módok megtanítása: A stresszel való megküzdéshez a bajtársak hatékony, kevésbé hatékony, sőt ártalmas módszereket is alkalmaznak. Egy burn out team szakemberei segítségével lehetőségük

nyílna további könnyen alkalmazható technikákat is elsajátítani: relaxáció, asszertív kommunikáció, empátia.

6. Összefoglalás

6.1. Magyar nyelvű összefoglalás

Bevezetés, a vizsgálat célja:

A kutatás célja az Országos Mentőszolgálat állományában dolgozók pszichés állapotának vizsgálata volt a kiégés vonatkozásában és cél volt azon tényezők azonosítása, amelyek kedvezőtlenül hatnak a mentőszolgálatnál dolgozók pszichés állapotára.

Vizsgálati anyag és módszer:

Kvantitatív, keresztmetszeti kutatás keretein belül 1979 fő került bevonásra. A kiégettség szintje a Pines-Aronson féle Kiégés Önértékelési Skála alkalmazásával került felmérésre. Az adatok feldolgozása az SPSS 17.0 statisztikai szoftver segítségével történt khi négyzet próba, ANOVA és korrelációelemzés alkalmazásával. A szignifikancia határ $p < 0,05$ volt.

Eredmények:

A mentők majdnem 40%-a küzd a munkájával járó stresszel, azonban az állandó készenléti helyzet nem hagy időt az átélt események értékelésére, megbeszélésére. Szignifikáns összefüggés mutatkozott a kiégési szint, az OMSZ-nál eltöltött idő, és a munkahelyi körülményekkel, légkörrel való elégedettség között ($p < 0,01$).

Következtetések:

Annak ellenére, hogy mentődolgozók kifejezetten veszélyeztetettek a kiégés kialakulásának vonatkozásában, a megelőzést még nem sikerült prioritásként kezelni.

6.2. Angol nyelvű összefoglalás

Introduction and objectives:

The aim of the presented study was to investigate the psychological well-being and burnout among ambulance personnel of the Hungarian National Ambulance Service. Our goal was to identify the ambulance specific stressors that negatively affect the psychological health of personnel and lead to burnout.

Material and method:

The quantitative, cross-sectional study included 1979 ambulance personnel. Level of burnout was measured by Pines-Aronson Burnout Inventory.

SPSS version 17.0 was used for statistical analyses. Types of analyses included khi square test, ANOVA and correlation analysis. Level of significance was defined at $p < 0.05$.

Results:

40% of ambulance personnel are affected by job-related stressors. The heightened and constant state of readiness does not let time for discussing work-related experiences. There was significant correlation between burnout level, years worked at NAS, and the evaluation of workplace circumstances and climate ($p < 0.01$).

Conclusion:

Although ambulance personnel are especially threatened by burnout, prevention is still not a priority at the Ambulance Service.

7. Mellékletek

A mellékleteket külön file tartalmazza

- 7.1. Statisztikai számítások közlése (1. számú melléklet)**
- 7.2. Kérdőív (2. számú melléklet)**
- 7.3. Kiegészítő Önértékelési Skála (3. számú melléklet)**

8. Irodalomjegyzék

-
- ¹ Diner O., és Novák J.: Sérültek ellátása háborúban és békében. Tömeges sérülések Medicina Kiadó, Budapest, 2003
- ² Hegedűs K., Riskó Á., Mészáros E.: A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota, Lege Artis Medicinae, 2004;14(11):786–793
- ³ Németh A., Irinyi T.: Egészségügyiszakdolgozók szomatikusállapota Csongrád megyében- egy felmérés tükrében, Nővér, 2009, 22(3):33-38
- ⁴ Irinyi T., Németh A.: Egy burn-out egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei, IME, 2011, 10(1), 25-28
- ⁵ Selye J.: Stressz distressz nélkül, Akadémia Kiadó, Budapest, 1985
- ⁶ Selye J.: Életünk és a stressz, Akadémiai kiadó, Budapest, 1965
- ⁷ Brenninkmeyer V, Van Yperen NW, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? Personality and Individual Differences 2001; 30 (5): 873-80.
- ⁸ Herr EL. Kiegész. In: Szilágyi K, Váry A (eds.) A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burnout jelenség. Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem; 1997. p. 27-40.
- ⁹ Ónody S, Bálintné Dr. Dancsó M. Segítő kapcsolat, segítő beszélgetés. „Egy kapcsolat, mely érthetővé tehető.” Szeged: Officina Press Kft.; 2001.
- ¹⁰ Hézszer G.: Miért? Rendszerszemlélet és lelkipálczozói gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok. Kálvin János Kiadó; 1996.
- ¹¹ Szicsek M.: A kiegész és a pszichológiai immunkomptenecia összefüggései az ápolói munkában, Kharon Tanatológiai Szemle, 2004, 8 (1-2)
- ¹² Bordás A.: A kiegész-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban, Elektronikus Periodika Archivum, 2010, 19 (4), 666-672
- ¹³ Pines, A. M., Aronson, E., Burnout: From Tedium to personal growth. New York City: The Free Press, 1981. 17 (20)
- ¹⁴ Kovács M.: A kiegész jelensége a kutatási eredmények tükrében Lege Artis Medicinae, 2006;16(11):981-7
- ¹⁵ Pikó B.: A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata-Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás, 2001, Lege Artis Medicinae, 11,4, 318-325

-
- ¹⁶ Pikó B, Piczil M.: A saját egészség megítélése és a pszichoszociális munkakörnyezet -Vizsgálat a szabadkai egészségügyi szakdolgozók körében, *Lege Artis Medicinae*, 2007,17, 1, 65-69
- ¹⁷ Pálffy F.: Amikor kihűlt a láng-A kiégés vizsgálata ápolók körében, *IME*, 2006, 4, 10, 31-35
- ¹⁸ Pálffy F.-né, Vranesicsné H. I., Németh K., Betlehem J.: Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiégési szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban, *Nővér*, 2007/4. szám
- ¹⁹ Tandari K. M.: Érzelmi megterhelődés és lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében, Doktori Értekezés, Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2011
- ²⁰ Györffy Zs., Ádám Sz.: Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban, *Szociológiai Szemle*, 2004/3. szám
- ²¹ Marton-Simora J., Gyermán O., Dr. Nagy G., Deutsch K., Dr. Göndöcs Zs., Dr. Betlehem J.: Poszttraumás stressz a budapesti mentődolgozók körében, 2008, *Nővér*, 21. évf. 4.szám
- ²² Pék E., Mártai I., Marton-Simora J., Betlehem J.: *Orvosi Hetilap*, 2013, 154(47), 1865–1872.
- ²³ Betlehem J., Horváth A., Göndöcs Zs, Boncz I., Jeges S., Oláh A.: *Orvosi Hetilap*, 151;51:2089-2098 (2008)
- ²⁴ D.A. Alexander, S.Klein: Ambulance personnel and critical incidents, *British Journal of Psychiatry*, (2001), 178, 76-81
- ²⁵ A. Jonsson, K. Segesten, B. Mattsson: Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel, *Emergency Medicine Journal*, 2003;20:79–84
- ²⁶ T. Sterud, E.Hem1, B.Lau, Ø. Ekeberg: A comparison of general and ambulance specific stressors: predictors of job satisfaction and health problems in a nationwide one-year follow-up study of Norwegian ambulance personnel, *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2011, 6:10
- ²⁷ C. L. Ward, C. J. Lombard, N. Gwebushe: Critical incident exposure in South African emergency services personnel: prevalence and associated mental health issues, *Emergency Medicine Journal* 2006;23:226–231

-
- ²⁸ M. P. Webber, M. S. Glaser, J. Weakley, J. Soo, F. Ye, R. Z. Owens, M. D. Weiden, A. Nolan, T. K. Aldrich, K. Kelly, D. Prezant: Physician-Diagnosed Respiratory Conditions and Mental Health Symptoms 7–9 Years Following the World Trade Center Disaster, *American Journal Of Industrial Medicine*, 54:661–671 (2011)
- ²⁹ T. Sterud, E. Hemm, Ø. Ekeberg, B. Lau: Health problems and help-seeking in a nationwide sample of operational Norwegian ambulance personnel, *BioMed Central, Public Health* 2008, 8:3
- ³⁰ T. Sterud, Ø. Ekeberg, E. Hemm: Health status in the ambulance services: a systematic review, *BioMed Central, Health Services Research* 2006, 6:82
- ³¹ E. van der Ploeg, R. J. Kleber: Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms, *Occupational and Environmental Medicine* 2003; 60(Suppl 1):i40–i46
- ³² Helembai K.: Általános Ápoláslélektan, Medicina Kiadó, 2010, Budapest
- ³³ Irinyi T.: Pszichiátriai Szakápolástan, Medicina Kiadó, 2006, Budapest
- ³⁴ C. Maslach, S.E. Jackson. Burnout in health professions. A social physiological analysis., *Social Psychology of Health and Illness*, 1982 New Jersey, p.227-47.
- ³⁵ Hárdi L.: A Poszttraumás Stressz Szindróma – Kommentár Nemeroff C.B., Bremner J.D., Foa E.B., Mayberg H.S., North C.S., Stein M.B.: Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review (*Journal of Psychiatric Research*, 40 (2006)1-21)cikkéhez, Cordélia Alapítvány, www.cordelia.hu/documents/Hardi_PSTD_review.pdf