

A burnout- szindróma vizsgálata a nyíregyházi ápolók körében

Jelige: RON 170

A dolgozat lezárásának dátuma: 2015.01.05.

2014

Tartalomjegyzék

Bevezetés	2
1. Szakirodalmi áttekintés	4
<i>1.1A Kiegész</i>	4
<i>1.2Krónikus betegek és ápolásuk</i>	11
<i>1.3Jól- lét</i>	12
<i>1.4Országos és nemzetközi kutatások a témában</i>	14
2. Kutatási módszerek	16
<i>2.1.A kutatás során alkalmazott kérdőívek</i>	16
<i>2.2.Mintaválasztás, elemzési módszerek</i>	16
<i>2.3.Hipotéziseim</i>	17
<i>2.4.Kutatói kérdés</i>	17
3. Eredmények és megbeszélés	18
<i>3.1. Maslach Burnout Inventory (MBI) elemzése</i>	18
<i>3.2. 1.Hipotézis</i>	22
<i>3.3. 2.Hipotézis</i>	26
<i>3.4. 3.Hipotézis</i>	29
<i>3.5. 4.Hipotézis</i>	31
<i>3.6. 5.Hipotézis</i>	33
<i>3.7. Kutatói kérdés</i>	35
4. Hipotézisek és kutatói kérdések ellenőrzése	37
5. Következtetések és javaslatok	38
Összefoglalás	40
Irodalomjegyzék	42
Melléklet	44

Bevezetés

A munka jelentősége

Életünk nagy része a munkahelyen zajlik. Ezért nagyon fontos, hogy szeressük azt, amit csinálunk - nap, mint nap-, emellett jól is érezzük magunkat munkahelyünkön, ne szorongjunk, hanem felszabadultan lépünk be munkahelyünk kapuján. Élvezzük a munkánkat, ne csak kötelességből tegyük mindezt, mert az megkeserítheti mindennapjainkat. A munkahely kihatással van egész életünkre, érzelmeinkre, lelki egyensúlyunkra.

„Az embernek dolgoznia kell. Először is azt kell tisztáznunk, hogy a munka biológiai szükséglet. Miképpen izmaink petyhüdték lesznek és sorvadásnak indulnak, ha nem használjuk őket, agyunkban is zűrzavar és rendetlenség támad, ha nem foglalkoztatjuk olyasmivel, amit arra érdemesnek tartunk. Az átlagember úgy gondolja, hogy anyagi biztonságáért vagy társadalmi státusáért dolgozik, de amikor sikeres pályafutása végére mindezt elérte, már semmi sem marad, amiért küzdjön, további haladásra már nincs kilátása, csak a biztonságos egyhangúság unalma marad meg.”¹”(SELYE, 1976: 78)

A tevékenyen végzett nap után - főleg ha az sikeres is-, a megelégedettség érzése támad fel az emberekben, ami egy újabb lendületet ad ahhoz, hogy másnap újra hasznosan akarják eltölteni az időt, örömmel végezzék el a kötelességeiket.

Az emberek gyakran panaszkodnak munkahelyükre, mely miatt idegesek, nyugtalanok, ezért a köztudatban elterjedt az a gondolat, hogy a munkahelyet teszi felelőssé a lelki egyensúly felborulásáért. A szakirodalmak nagyrészt egyet értenek ezzel az állítással, véleményük szerint az egyensúly felborulásában szerepe van még a személyiségnek és a munkahelyen belüli emberi kapcsolatoknak. (BUDA, 1994)

Az érzelmi munka még nagyobb megterheléssel jár, ez még hamarabb vezethet a lelki egyensúly felborulásához. Az érzelmi munka hosszú távú és lehetséges következménye a kiégés. (TANDARY- KOVÁCS, 2010)

Témaválasztás indoklása

Az ápolás sikerességéhez nagyon fontos tényező az ápoló személyzet érzelmi állapota, hiszen ez meghatározza az ápoló viselkedését, amely kihatással van a betegek környezetére, biztonságérzetére, gyógyulására. Napjaink egyik gyakori problémájává vált az ápolói kiégés, melyhez véleményem szerint nagymértékben hozzájárul az egészségügyi intézmények rossz helyzete, az ápoló személyzet túlterheltsége, a rossz munkakörülmények, az alacsony bérezés.

A kiégés nem csak lelki, hanem testi panaszokkal is jár, ezáltal az ápolók egészségi állapotának romlását is okozhatja. Az ápolás személytelenné válhat, az ápolók türelmetlensége súlyos lelki terhet róhat a betegekre, sőt a munka minőségének romlásához is vezethet.

Mindezek mellett a személyes tapasztalataim miatt is fontosnak tartom a kiégés vizsgálatát, hiszen a kórházi gyakorlatok során gyakran találkozom olyan ápolókkal, akiken a kiégés jelei mutatkoznak. Több beteg is felvetette azt a kérdést, hogy miért van az, hogy a fiatal, gyakorló ápolók, kedvesebbek, figyelmesebbek, viszont a munkában töltött néhány év

¹ SELYE (1976): Stressz distressz nélkül, Akadémiai Kiadó, Budapest

elteltével ez megváltozik. Véleményem szerint ennek egyik oka a kiégés, persze lehet oka még a befásultság, életuntság, depresszió stb.

Fontosnak tartom, hogy felhívjuk a figyelmet arra, hogy a kiégés egy jelen lévő probléma, melyre sokkal nagyobb hangsúlyt kellene fektetni. Bár a kiégéssel kapcsolatos kutatások száma nő, tapasztalatom szerint ennek ellenére az egészségügyi intézmények nem fordítanak nagy figyelmet a személyzet lelki ápolására, nem biztosítanak megfelelő tréningeket, programokat erre, pedig ez nagyon fontos lenne.

Problémafelvetés

Az intenzív és krónikus ellátású osztályokon gyógyíthatatlan, súlyos állapotú betegek vannak ezért az ápolók sikerélménye itt jelentősen csökken, mely az ápolói kiégés egyik tényezője lehet. Kutatásomban ezért főleg krónikus ellátású osztályokon dolgozó ápolók kiégését szeretném vizsgálni, illetve összehasonlítani más típusú osztályon dolgozó ápolók helyzetével.

A kutatás indoklása és célja

Nagyon fontosnak tartom, hogy minél nagyobb hangsúlyt fektessünk az ápoló személyzet kiégtségének vizsgálatára, hiszen az ápolók segítő személyek, ezért a lelki megterhelésük igen nagy. Naponta kell megbirkózniuk a testi és érzelmi problémák megoldásával, mely a saját lelki egyensúlyukat is felboríthatja. A saját lelki egyensúlyuk felborulása pedig kihatással van a betegekre és az ápolás milyenségére. Ezért egyik célom, hogy kutatásommal, illetve a téma fontosságára való felhívással az ápolás minőségét javítsam.

Kutatásom másik célja, hogy megvizsgáljam melyek a leggyakoribb okai az ápolói kiégésnek, milyen tényezők játszanak szerepet a kiégésben, van-e összefüggés az iskolai végzettséggel, mindemellett érdekel a kiégés és a pályaelhagyás kapcsolata. Szeretném megvizsgálni mely testi panaszok jelennek meg leggyakrabban a kiégés kapcsán, valamint össze szeretném hasonlítani a kiégés arányát aktív, krónikus osztályon dolgozó ápolók körében és idősoththonban dolgozó ápolóknál is. Végül szeretném megvizsgálni a kiégés és a pszichológiai jól- lét kapcsolatát is.

1. Szakirodalmi áttekintés

1.1. A Kiegész

A kiegész fogalmának tisztázása

A kiegész fogalma melyet Freudenbergger definiált először, 1974-ben jelent meg. Ez a következőképpen hangzik Fekete Sándor fordításában: *"Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek."*. (FEKETE, 1991:17)²

Több fogalom is ismertté vált a kiegészel kapcsolatban, több nézőpontból, más kutatási irányvonalból vizsgálva a jelenséget. A fogalmakban közös, hogy a kiegész hosszabb ideig fennálló stressz és érzelmi megterhelés hatására jön létre, melyet az egyén nem tud megoldani. Fontos megkülönböztetnünk a fogalmat a helper szindrómától, a depressziótól, a kifáradástól, a berozsdásodástól, az életuntságtól és a stagnálástól. Ezek is hasonló tüneteket okoznak, de megvannak a különbségek is: a kifáradásnál nem jelenik meg a reményvesztettség érzése; a berozsdásodást pedig azokra a személyekre használjuk, akik a bennük lévő képességeket nem tudják alkalmazni munkájuk során; a depresszióban gyakoribbak a suicid gondolatok; a segítő szindróma pályaválasztási motivációja az öngyógyítás, míg a kiegész az elhúzódo munkahelyi stressz következménye. A XXI. századra egyre tisztábban kialakult a fogalom, melynek lényege az interperszonális stresszorokra adott válaszreakció során létrejött pszichológiai tünetcsoport, emellett mind az egyén és a környezeti meghatározottság jelen van a fogalomban. (TANDARY-KOVÁCS, 2010)

A fogalom főleg a humán szolgáltatói szakmákban terjedt el, azok között, akik munkájuk során nap, mint nap az emberi kapcsolatok fókuszában állnak és ezeknek a kapcsolatoknak az emocionális feszültségét érzékelik pl. orvosok, nővérek, tanárok, lelkeszek. (BORDÁS, 2010)

Kiegész elméletek

² Fekete Sándor (1991): Segítő foglalkozások kockázatai - helper-szindróma és burnout-jelenség. Psychiatria Hungarica, 1991. VI. évf. 17-29.

A kiégés elméleteket 4 fő csoportba osztjuk Schaufeli, Maslach és Marek beosztása alapján, melyet a megközelítések háttérében lévő elképzelések alapján hoztak létre.

1. Interperszonális megközelítés (a segítő és a segített közötti kapcsolat, kötelezettségek; a munkatársakkal; felettesekkel való kapcsolat befolyásolja a kiégés kialakulását)

2. Individuális megközelítés (a kiégett egyén tulajdonságait veszi szemügyre)

3. Társadalmi megközelítés (a kiégés szociológiai háttérét helyezi középpontba: az egyéni tapasztalatok és a társadalmi feltételek közötti kontaktust)

4. Szervezeti megközelítés (az intézmény szervezeti struktúráját, a kommunikációt, a jutalmazást, a szervezeti stílust tekinti a kiégés fő tényezőinek) (BORDÁS, 2010)

A burnout kutatásának fejlődése

Az 1970-80-as években jelent meg a fogalom, ekkor két irányvonalból közelítették meg a jelenséget: a személyiség és a munkahelyi, társas környezet szempontjából. Az 1980-as években jelent meg a Maslach Burnout Inventory kérdőív, melyet Maslach és munkatársai fejlesztettek ki 1982-ben és lehetővé tette a szélesebb körű adatfelvételt. A kérdőív világszerte elfogadott, elismert és ma is a leggyakrabban használt kérdőív a témában, tehát nagy előrelépést jelentett a kutatásokban. Ezekben a kutatásokban nagy hangsúlyt kapott a stressz, a siker és kudarc aránya, a tanult tehetetlenség, a munkahelyi körülmények és a társas kapcsolatok vizsgálata. Az 1990-es években a munkahely vizsgálatán kívül fontos volt a családi kapcsolatok vizsgálata. Napjainkban 3 fő tényezőt vizsgálnak: a munkahely körülményeit, a foglalkozás jellegét, valamint a szervezet specifikumait. A kutatások során nagy jelentőséget kapnak a gazdasági szempontok a munkahelyi hiányzások miatt. Megtörtént a különböző országok illetve földrészek összehasonlítása is. (TANDARY- KOVÁCS, 2010)

Magyarországon a 90-es évektől van jelen a fogalom, egyre több kutatási eredménnyel. A kutatások különböző szemszögből közelítik meg a problémát, Kulcsár Zsuzsanna az empátiás kapacitás kimerülését helyezte a középpontba, Oláh Attila a megküzdési stratégiákat vizsgálta a kiégés kapcsán, Szicsek Margit a munkahelyi légkört helyezte a középpontba, míg Kovács Mariann az érzelmi kapcsolatokra helyezi a hangsúlyt. (BORDÁS, 2010)

A kiégés okai

A beteg emberek ápolása egy feszültséggel telített munka, hiszen az emberek szenvedése, a három műszakos munka, a szerepek tisztázatlansága, a korlátozott előrelépési lehetőségek, az alulfizettség, olyan faktorok, melyek pszichológiai problémákat okozhatnak. A túl sok stresszhatás pedig lelki és testi tüneteket okozhat, mely megnehezíti a jelen lévő stressz leküzdését. Az észlelt munkastressz pedig a burnout kockázatát növeli. (PÁLFI, 2006)

Helembai Kornélia szerint a burnout szindróma kialakulásának predisponáló tényezői a személy foglalkozás választása, ha ez nem tudatosan történik, hanem ezzel saját hiányosságait szeretné kiegészíteni. Fontosnak tartja még az életről, halálról való felfogását: *„Ha valaki az ápolásban a munkája fokmérőjének az élet megmentését tekinti, valószínűleg nehezen birkózik meg az elmúlás, halál tényével”*³(HELEMBAI, 2010:39). Az időskorúak ápolása, gondozása kevesebb sikerélményt nyújt, így ezt is a kiégés egyik kockázati tényezőjeként említi meg. Ilyenkor ugyanis irreális elvárásai vannak a beteggel szemben, a kis lépéseket, amelyeket elér, jelentéktelennek tartja, tehát az ápolói attitűdből fakad a probléma. Az emberi tulajdonság egyike az is, hogy fontos számára az elismerés, mely az ápolói munkában nem mindig teljesül, főleg a társadalom részéről. Az intézményi problémák is jelentősek a szindróma kialakulásában, hiszen a nem megfelelő tájékoztatás miatt megjelenhet a kiszolgáltatottság érzése. Ha pedig nem érzik fontosnak magukat az adott munkahelyen, a pályaelhagyás is megjelenhet. (HELEMBAI, 2010)

A kiégés okaként megemlítsre kerül még a döntéshozatal problematikája is. Hiszen az egészségügyi szakembereknek naponta olyan döntéseket kell hozniuk, melynek súlyos következményei lehetnek és ez óriási külső- belső nyomásként jelenik meg náluk. Tudják, hogy a munkájukat legjobb tudásukhoz mérten kell végezniük, a lehető legkevesebb hibával. (CSABAI-MOLNÁR, 1999)

Nagy Edit leírja, hogy hazánkban a krónikus nővérhiány miatt az egészségügyben fokozottan megjelenik a kiégés, és minél több tényező áll fenn egyidejűleg mely a kiégést segíti, annál nagyobb a veszélye, hogy létre is jön. Ilyen tényezőnek nevezi meg a munkarendet, a szerepfeszültséget, a váratlan eseményeket, munkahelyi kudarcot, melyek gyorsíthatják a folyamatot.(NAGY, 2005)

Utolsó okként pedig az alturista kapacitás kimerülését említeném meg. Az alturizmus tulajdonképpen az empátia interperszonális kimenetele, és így az ápolás is egy alturista

³ Helembai Kornélia (2010): Általános ápoláslélektan, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest

tevékenységnek tekinthető. Az alturizmus azonban nem lehet folytonos, a kiégéshez vezethet, ha a kapacitása kimerül, viszont nem feltétlenül jelenik meg. Kulcsár szerint: „Az emberi pszichés teljesítőképeség legmagasabb funkciójáról van szó, amelynek senki sincs állandó birtokában, megélésükre azonban minden embernek megvan az esélye. E kapacitás rendkívül sérülékeny, visszaélést nem tűr, könnyen kimerül. A segítő hivatás tehát, miközben az ember legkomplexebb késztetéseit és legjobb erőit mozgósítja, veszély forrása is. A genuin alturizmus kapacitásának kimerülése, e legjobb erővel való visszaélés a kiégés szindrómájához vezet.”⁴ (KULCSÁR, 2002:207)

A kiégés szakaszai és tünetcsoportjai

A kiégés nem egy pillanatnyi állapot, hanem egy ciklikus folyamat, melynek szakaszai Edelwich Brodsky és Georg E..Becker felosztása szerint a következők:

1. az idealizmus szakasza
2. a realizmus fázisa
3. a stagnálás vagy kiábrándulás fázisa
4. a frusztráció fázisa
5. az apátia fázisa

(PÁLFI, 2007)

Az idealizmus szakaszában a lelkeség, a munkatársakkal való kapcsolattartás, a túlazonosulás jellemző. A realizmus fázisában a részvét és távolságtartás közötti egyensúly megteremtése a cél, míg a kiábrándulás fázisában csak a legszükségesebbre korlátozódik a kapcsolat és az érdeklődés is csökken. A frusztráció fázisában egyre jobban megjelenik a negatív beállítódás, a kliensek becsmérése, a hivatás értelmének és tudásának kétségbe vonása. Az apátia fázisában a hangulat ellenséges lesz, a munkavégzés rutinszerűvé válik. (ÓNODI, 2001)

A tünetcsoportjai a következők: emocionális kimerülés (lehangoltság érzése, reménytelenség, ingerlékenység, harag), fizikális kimerültség (krónikus fáradtság, gyengeség, alvászavar, fejfájás, hányinger), mentális kimerültség (negatív hozzáállás), deperszonalizáció (elszemélytelenedés, társadalmi kontaktusok beszűkülése), csökkent teljesítőképeség és teljesítménnyel való elégedetlenség (tehetetlenség, sikertelenség, túlterheltség miatt). (HELEMBAI, 2010)

A kiégés első tünete az ellátás minőségének a romlása lehet, melyet a munkával való elégedetlenség követ. Megjelennek a munkahelyi hiányzások, sőt ha a munkahelyén tartózkodik, akkor is inkább távol marad a betegektől. Következő lépésként állásváltogatás

⁴ Kulcsár Zsuzsanna (2002): Egészségpszichológia, ELTE Eötvös Kiadó Budapest

jöhet szóba, de ha ez sem segít a helyzeten, megjelennek a pszichoszomatikus betegségek, eközben a családi feszültség is nő. Kialakulhat depresszió, alvászavar, majd a problémák oldására súlyos esetben alkohol és drogfogyasztás is előfordulhat. (CSABAI-MOLNÁR:1999)

Egy másik felosztás szerint a kiégés egy 12 lépcsőből álló ciklikus folyamat. A folyamat stádiumai összemosódnak, a szakaszok a személyiségtől függően különböző intenzitásúak.

1. szakasz: Bizonyításkényszer: Az adottságok képességek bizonyítása. Ha viszont ez kényszeres lesz, veszélyeztetheti a lelki egészséget.

2. szakasz: Fokozott erőfeszítés: Állandó túlterheltség van jelen, a feladatokat nem képesek másnak átadni. A teljesítmény folyamatosan nő, emiatt krónikus fáradtság jelenik meg, mely viszont az eredményességet csökkenti.

3. szakasz: Saját igények elhanyagolása: A fókuszba a munka kerül, a személyes életre kevesebb idő jut. Azok az események, amelyekből a személy feltöltődött, pozitív élményeket jelentett számára egyre jobban eltűnnek az életéből.

4. szakasz: Az igények, konfliktusok elhanyagolása: Próbálják elrejteni a környezetük elől a fáradtságot, a problémákat. Ebben a szakaszban még tudják, hogy jobban oda kellene figyelniük saját magukra.

5. szakasz: Az értékrend átalakulása: Egyre inkább egyedül maradnak, mert a barátaikat, családjukat már csak teherként érzik életükben. Nem tudnak különbséget tenni, hogy mi fontos és kevésbé fontos életükben.

6. szakasz: A problémák eltagadása: A gondolkodásuk és érdeklődésük beszűkül, csupán a feladatokra koncentrálnak. A kapcsolat a külvilággal fokozatosan megszűnik.

7. szakasz: Visszahúzódás: Elmagányosodástól való félelem jelenik meg, egyre kevesebbet kerülnek kapcsolatba másokkal.

8. szakasz: Magatartásváltozás: Kritikaként él meg minden véleményt, szélsőségek jellemzik ezt az időszakot: pl. falánkság vagy fogyókúra.

9. szakasz: Deperszonalizációs jelenségek: A belső világgal megszűnik a kapcsolat, idegenként tekint magára.

10. szakasz: Belső üresség érzése: A belső ürességet szeretné eltörölni, megpróbálja feltölteni magát, általában káros szenvedélyek segítségével: drog, futó kalandok.

11. szakasz: Depresszió: Kimerültség jelenik meg, a legkisebb dolgot is hatalmas teherként élik meg. A fáradtság pihenés ellenére sem szűnik, életét örömtelennek tartja. Fennáll az öngyilkosság veszélye is.

12. szakasz: Teljes kiégettség, kimerültség: Pszichoszomatikus betegségek alakulhatnak ki, illetve a pszichés és szomatikus tünetek olyan súlyosan léphetnek fel, hogy az életet veszélyeztető állapot is kialakulhat. (HÉZSER, 1996)

A burnout tünetegyüttes kialakulásában nagy szerepet játszik a depresszív személyiségstruktúra, a pozitív visszacsatolás hiánya és az emocionális túlterheltség. (NAGY, 2007.)

A kiegészítő következményei

Hárdi István az egyik legnagyobb problémának tartja a munka elrutinosodását, az ápolás mechanikus végzését. Ekkor bár minden feladat végrehajtódik, a beteg kimarad az ápolásból. Nem a beteg lesz a középpontban, hanem az ápolás, mint tevékenység. Az ápolás elszemélytelenedése pedig veszélyezteti a beteg- nővér kapcsolatot, a feszültségek ennek hatására halmozódni fognak. A kommunikáció hivatalos, érzelmektől mentes lesz, ezért az érzelmek verbális levezetődésének, az érzelmek hiánya -alexithymia- a pszichoszomatikus betegségek kialakulását segítik elő. Emellett a nővérek hűvössége a gondozottakra is hatással vannak. A betegek ugyanis elesettségükben elvárják a törődést, a szeretetet. (HÁRDI, 1998)

Az emocionális kimerültség voltaképpen az empátia kapacitás kimerülése, melynek következménye a deperszonalizáció. Az empátia kimerülése az érett személyiség funkciók csökkenésével is együtt jár, tehát csökkenni fog a problémamegoldó képesség, a kreativitás, melyek nagyon fontos tényezők az ápolásnak. (KULCSÁR, 2002)

A kiegészítő megelőzése és kezelése

A munkahelynek figyelembe kell vennie, hogy embereket foglalkoztat, különben hamar megjelenhet a kiégés. Ennek megelőzése érdekében fontos, hogy csökkentsék a munkahelyi frusztrációt és stresszt. A dolgozó érezze, hogy hasznos munkát végez; ne legyen túl nagy a munkaterhelés; az elvégzett munkáért részesüljön elismerésben, jutalomban; a munkahelyi légkör igazságos legyen. (MÁTHÉ, 2013)

„A munkastressz elleni küzdelemben a legnagyobb támogatást az osztály pozitív hangulata, a szakmával való pozitív azonosulás és a hozzátartozók társas támogatása

jelenti.”⁵ (LAZÁNYI, 2009:72) Az osztály hangulatát jelentősen befolyásolja: az orvosok viszonyulása az ápolók problémái iránt, a szakmai továbbfejlődésre való lehetőségek, a hangnem és a haldokló beteg ápolásáról szóló konzultációk. A szakmával való azonosulást meghatározza a kor, az elvárások beteljesülése és a hozzátartozókkal szembeni viselkedésmód. A társas támogatás a szabadidő, a családi munkamegosztás és a hozzátartozók megértésén át jellemezhető. (LAZÁNYI, 2009)

A kiégés megelőzéséhez fontos, hogy a tartós feszültséget kiiktassuk az életünkől. Erre jó módszer a megtervezett napirend, mely segítségével az időhiány elkerülhető; minél több időt fordítunk pihenésre és sportolásra, a barátokra és a családra. Fontos, hogy elegendő időt fordítsunk önmagunkra, szükség esetén kérjük a barátaink segítségét, illetve ha olyan problémáról van szó, amelyet csak szakember segítségével lehet megoldani, nyugodtan forduljunk pszichológushoz, mentálhigiénés szakemberhez. Keressük a pozitív élményeket az életünkben. A munkahelyen a kiégés elkerülése érdekében, figyeljünk a jó időbeosztásra, a felelősség megosztására a munkatársak között, reális célokat tűzzünk ki, szabjunk határt a munka és a magánélet között, határozzuk meg a céljainkat. A munkahely biztosítson lehetőséget a szakmai fejlődésre és az előrejutásra, törekedjen a minél jobb munkakörülmények megteremtésére, csökkentse a túlterhelést, a konfliktusokat és a nem egyértelmű munkahelyzeteket. (www 1)

Ónody a prevencióban kiemelt szerepet tulajdonít a támogató rendszereknek: fontosak az esetmegbeszélések, a kollegiális konzultációk, a szakmai továbbképzésre való lehetőség, az anyagi és az erkölcsi megbecsültség is. (ÓNODY, 2001)

A lelki egészségvédelemben kiemelkedő helyen van a munkahelyi légkör, a munkahelyi kollektíva. Fontos, hogy a dolgozók elismerjék egymást, toleránsak legyenek, illetve felelősséget vállaljanak egymásért. A munkahelyi légkör így pozitívvá válik, mely egy védőfaktor lehet a kiégéssel szemben. Fontos továbbá, hogy a dolgozók mentálhigiénés önvédelmi módszereket sajátítsanak el, illetve a vezetők kövessék nyomon a beosztottak lelki állapotát. (SZICSEK, 2004)

⁵ Lazányi Kornélia Rozália (2009): Ph.D. értekezés „Az érzelmi munkát befolyásoló tényezők- Érzelmi munka az onkológiában” Budapest Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola

A kiegészéssel szembeni védőfaktoroknak tekinthetők az önismeret, a rugalmasság, nyitottság, a támogató kapcsolatrendszer, a pozitív visszajelzések felismerése, a betegekkel való partneri kapcsolat kialakítása, a segítő csoportokon való részvétel pl. Bálint- csoport, készségfejlesztő tréningek. (KOVÁCS, 2010)

A kiegészés kezelésére 2 fő ponton van lehetőség: a munkakörülmények és az egyén megváltoztatása során. Emellett a segítő csoportok is egy lehetséges formának tekinthetők a kezelésben. A csoportok révén az egyének az empátia révén támogató közösségre találhatnak, nem egyedül kell szembenézniük a problémáikkal. Tanácsokat adhatnak egymásnak, a tapasztalatlanabbak segítséget kérhetnek jártasabb csoporttársaiktól, problémamegoldó módszereiket ismertethetik egymással. Jó megoldás lehet, ha a kiegészés különböző fázisaiban különböző kezelési módszereket alkalmazunk, különböző szinteken kezeljük a problémákat. (TANDARY- KOVÁCS, 2010)

1.2. Krónikus betegek és ápolásuk

Krónikus betegség

„A krónikus betegség fogalma eléggé széles körű. Magába foglalja a kórképeket a világra hozott rendellenességektől a szerzett betegségeken és a maradandó károsodással járókon át egészen a halálhoz vezetőig. Fontos elemei az irreverzibilitás és a következményes hiányosságok, illetve a fogyatékoság.”⁶(HÁRDI, 1998:41.o)

A fejlett országokban egyre nő a krónikus betegek száma, akiknek ápolása jelentős terhet ró a társadalomra és az egészségügyre. Ennek a növekedésnek egyik oka az életmód megváltozása, a felgyorsult életforma és az ezzel együtt járó stressz, rossz táplálkozási szokások. Ezeknek a betegnek az ellátási ideje pedig egyre nő, hiszen az orvostudomány és az egészségügy fejlődésével nő az ellátás minősége, és a várható élettartam is.

A magyar népességben nagy számmal találhatók krónikus betegek, akiknek a helyzete nagyrészt megoldatlan. Ezek a betegek hamarabb meghalnak, mint az egészségkultúrában fejlettebb államokban élő betegek, ennek két fő oka a biomedikális modell elterjedése és a passzív betegségmagatartás. Ilyenkor a páciens önértékelése romlik, mely végül depresszióhoz is vezethet, melyen a biomedikális modell szemlélete még tovább ront, hiszen gyakran pszichiátriai esetként kezelik a beteget, és ez még további állapotrosszabbodást vált

⁶ Hárdi István (1998): Pszichológia a betegágynál- Orvos, nővér és a beteg, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest

ki. A stressz hatására a betegek állapota negatív irányba indul meg, az egészségügyi dolgozók a helyzetet nem jól kezelve, nem ismerve fel a stressz hatásait, azt hogy a betegek érzékenyek, sérülékenyek sokat árthatnak a betegeknek. Az orvosok tehetetlensége és a betegek félelmei gyakran megnehezítik a megfelelő kapcsolat megteremtését a gyógyító és a páciens között, mely a beteg állapotromlását és a gyógyító kiégését hozhatja létre. (KULCSÁR, 2002)

A krónikus betegek ellátása sokrétű kérdés, nagyban befolyásolják az ellátási lehetőségek és a beteg alkalmazkodó képessége is. A súlyos betegek ellátása gyakran kudarcérzést okozhat az őt ellátók körében, mely akár a betegek ápolásában is kárt tehet. A betegek állapotát nagyban befolyásolja a társadalom magatartása velük szemben, az hogy mennyire illesztik be a beteg- szerepbe. (HÁRDI, 1998)

A krónikus, haldokló betegekkel való foglalkozás igénybe veszi az egészségügyi szakembereket. Ezekkel a betegségekkel gyakran jár együtt a düh, szorongás, depresszió melyet a személyzetnek megfelelően kell kezelni, hiszen gyakran a düh rajtuk csapódik, a beteg néha ingerülten reagálhat a legártatlanabb megjegyzésre is. A kiégés szindróma gyakran jelenik meg a súlyos betegeket ellátó személyeken, hiszen nekik folyamatosan kell használniuk empátiás képességüket, folyamatos kapcsolatban kell lenniük a betegekkel. Ennek ellenére kevés pozitív visszacsatolást kapnak, alacsony a sikerélményük, bizonytalanok, mely szerepbizonytalansághoz vezet. (CSABAI-MOLNÁR, 1999)

Szociális otthoni ápolás

A szociális otthonokban a gondozottak hosszú időt töltenek el, így az állapotromlás miatt a gondozásból teljes körű ápolás lesz. A szakmai sikerélmény nem látványos ezen a területen, így az egészségügy nehezebb területének tekinthetjük ezt az ágazatot. Ez a munkakör fizikailag és lelkileg is megterhelő, így fontos a fizikai és lelki felkészültség is, az ápolók, gondozók testi és lelki egészségének megőrzése érdekében. (SZICSEK, 2004)

1.3. Jól- lét

Pszichológiai jól-lét

Az emberiség egyik legfontosabb kérdése, hogy mitől lesz az élet boldog, mi az élet értelme. A kérdés már Arisztotelész munkáiban is megtalálható, aki szerint az élet értelme az eudaimonia (jelentése: eudaimonia: az isteni kísérvél való azonosulás) , mely azonos a mai boldogság fogalmával. A fő cél az emberi funkciók legmagasabb szintű gyakorlása. A funkciók az erények, melyek megkülönböztetik az embereket az állatoktól. Az az ember, aki

az erényeket gyakorolja, eléri a boldogságot is. Az erények nem egyenrangúak, hierarchiába rendeződnek. (KOPP és SKRABSKI, 2009)

Az életminőség kutatások gyökerei Arisztotelész munkájából erednek, a XX. század közepe óta egyre több kutatás születik a témával kapcsolatban. A nyugati társadalmak egyik alapvető célja lett az életminőség, a jóllét, vagy más néven a well-being javítása. (KOPP és SKRABSKI, 2009)

*„A szubjektív jól-lét egy heterogén fogalom, magába foglalja a boldogságot, az étellel való megelégedettséget, valamint a pozitív érzelmi tényezőket is.”*⁷(NÉMETH, 2013: 35)

„A szubjektív jóllétet 3 fő tényezővel lehet jellemezni:

- *a pozitív érzelmek/ affektivitás- öröm és boldogság gyakorisága és intenzitása,*
- *az élet egészével való megelégedettség szintje, ami egy kognitív ítélő rendszerre utal, amellyel az egyén az életét globálisan ítéli meg,*
- *a negatív érzelmek, depresszió, a félelem, a szorongás, a szomorúság vagy más negatív állapotok viszonylagos hiánya.”*⁸ (PAUWLIK, 2008)

Ryff felosztása szerint a jóllét hat összetevőből áll, melyek a következők: autonómia, jó kapcsolat másokkal, önfogadás, életcél, a környezet uralása és a személyes fejlődés. Az autonóm személy nem befolyásolható mások által, jellemzői még emellett a függetlenség és az önmeghatározás. A másokkal pozitív kapcsolatot létesítő személy empátikus, kapcsolatai bizalmon alapulnak, törődik másokkal. Az önfogadó személy múltját pozitívan elfogadja, saját magához pedig pozitív attitűddel áll. A céltudatos személynek elképzelései vannak az életéről, melyek megadják annak értelmét és irányait pontosan képes meghatározni. A környezetét uraló személy kihasználja a lehetőségeket, a külső működéseket képes irányítani. A személyes fejlődés tekintetében kimagasló személyiség a fejlődés érzésével folyamatosan rendelkezik, nyitott a tapasztalatszerzésre, önismerete folyamatosan nő. (RYFF, 1989)

Munkahelyi jól-lét

A munkahelyi jól- lét definícióját gyakran azonosítják a WHO által megfogalmazott egészség fogalmával: *Az egészség a teljes testi (fizikai, szomatikus), szellemi (pszichés) és*

⁷ Németh Anikó (2013)Ph.D értekezés: Fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolónők munkával való elégedettségének követéses országos vizsgálata, valamint a jól-létének (well being) alakulása a változó hazai egészségügyi rendszerben, Pécs

⁸ Pauwlik Zsuzsa Orsika (2008) Ph.D értekezés. Szubjektív értékkategóriák és vallásosság/ spiritualitás mint a mentális egészség meghatározó faktorai főiskolai hallgatóknál, Debreceni Egyetem

szociális jólét állapota és nem csupán a betegség, illetve a nyomorékság hiánya.⁹(EXTERDÉNÉ és SZARKÁNÉ, 1997:84) Diener szerint pedig a szubjektív jóllét nem azonos a pszichológia egészséggel és nem is feltétele annak. A munkahelyi jóllét modelljei közül a Warr által meghatározott Vitamin- modell, a Maslach- féle burnout modell, a munkahelyi kontroll- jutalom modell és az ASSET modell a legmeghatározóbb. (SZOMBATHELYI, 2012)

Az emberek életük nagy részét munkával töltik. Néhányak munkájában az önértékelés és az identitás jelentős szerepet tölt be. Ezért nem meglepő, hogy a munka nem csak javíthatja, hanem árthat is az emberi jól- létnek. (BLACHE és mtsai, 2011)

A stressz és a jóllét kapcsolata

A jóllétet kettős polaritás jellemzi. A pozitív póluson, tehát a jóllétben élő személyre jellemző, hogy kihívásokat tűz ki magának, kreatív, munkájában képes kiteljesedni, illetve munkahelyi kapcsolatai is jók. Ehhez a munkában való elégedettség érzésén át vezet az út. A munkahelyi elégedettség fontos alapja a jóllétnek, de nem elég ahhoz, hogy a jóllét állapotát elérjük. A negatív póluson, tehát a jóllét hiányában szenvedő egyénre jellemző az idegesség, szorongás, türelmetlenség, fáradtság, alvászavarok, stb. Ez a stressz hatására következik be, tehát a stressz következményeként áll elő a jóllét hiánya. (SZOMBATHELYI, 2012)

Ápolók körében végzett felmérések alapján a pozitív jóllét érzését elősegíti a dicséret, a jutalom, a megfelelő szintű ellenőrzés, a munkájuk megtervezése, mindemellett a munkahelyi támogatás is jelentős szerepet foglal el. A negatív jóllét érzéséhez hozzájárul az alacsony kontroll, a magas pszichés igénybevétel, a társas támogatás hiánya, a felettesekkel való elégedetlenség és a hétfőnkénti munka. (NÉMETH, 2013)

1.4. Országos és nemzetközi kutatások a témában

Nemzetközi kutatások

A kiégés fogalmának megalakulása óta rengeteg felmérés született a témával kapcsolatban. A kutatások elsősorban a segítő szakmákra irányulnak (tanár, ápoló, orvos, stb.), de például a gazdasági szektorban és az adminisztratív munkakörben dolgozók körében is végeznek felméréseket.

⁹ Exterdéné Zsurkai Ilona, Szarkáné Kövi Mária (1997): Segítő kapcsolat- Szociális gondozó és ápoló szakképzés tankönyve, INTER TECHNO-H Kft. Budapest

Pines és munkatársai az életeseményeket, társas kapcsolatokat, a magányosság érzését vizsgálták a kiégéssel kapcsolatban. Pines Maslach és Kafry-val közösen végzett felmérésében az ápolók attitűdjét, az ápolói létszámot, a szabadidőt, a munkafeltételeket, a beteggel való kontaktust, a képzettséget, a pályán eltöltött időt, a pályamotivációt és az adminisztratív tevékenységeket vizsgálta. (TANDARY- KOVÁCS, 2010)

Egy Németországot, Angliát, Hollandiát, Svédországot, Norvégiát, Svájcot, Lengyelországot, Görögországot és Dél-Afrikát összehasonlító tanulmány a MBI érzelmi kimerülés alskáláját hasonlította össze a fenti országok között, mely szerint az érzelmi kimerés legalacsonyabb Hollandiában (10,2%) a legmagasabb pedig Görögországban (78,4%). Az orvosok és a nővérek közötti együttműködést, a munkakörnyezetet, a béreket is összehasonlították az országok között. (ZANDER és mtsai, 2013)

Egy Kínában készült felmérésben az ápolók életkorát vizsgálták a kiégéssel kapcsolatban. A felmérés alapján azok között az ápoló között, akik fiatalabbak és kevesebb munkatapasztalattal rendelkeznek, alacsonyabb az érzelmi kimerülés. Ennek oka talán az, hogy a fiatalabb nővérek pályájuk elején még nem érték el a kitűzött célokat, eredményeket, illetve alacsonyabb pozícióban dolgoznak, így nincs meg az autonómia érzése bennük. Ezt az eredményt Froster kutatása alátámasztja, viszont Maslach Egyesült Államokban készült kutatása cáfolja. (LIN és mtsai, 2009)

Országos kutatások

Hazánkban is egyre nő a kiégéssel kapcsolatos kutatások száma főleg a humán szektorban. Györfy és Ádám a szerepkonfliktust, a munkaszervezet jellegét és a munkavégzés feletti kontrollt, a szociáldemográfiai változók és a kiégés közti különbséget vizsgálta. Hegedűs és munkatársai a társas kapcsolati hálót vizsgálták, mely egy fontos védőfaktor a kiégéssel szemben. Pikó és Piczil az ápolók egymás közötti és az orvosokkal való kapcsolatát, a nővérhiányt, a túlterheltséget, a megbecsülés hiányát, az eszköz ellátottság problémáit vizsgálta, mint bizonyos stresszfaktorokat, melyek a kiégés létrejöttéhez is hozzájárulhatnak. (TANDARY- KOVÁCS, 2010)

Szicsek Margit, Hegedűs Katalin, Riskó Ágnes és Mészáros Eszter a társas védőháló és a munkahelyi légkört vizsgálták a kiégéssel és testi- lelki egészséggel kapcsolatban. Kovács Mariann az érzelmi kapcsolatokat és a munkával töltött időt vizsgálja elsősorban. (BORDÁS, 2010)

Pálfi 2001-ben kórházi osztályok ellátási formáját, a pályaelhagyás, és a másodállás szerepét vizsgálta a kiégéssel kapcsolatban. Szicsek Margit egy szociális otthonban és egy hospice otthonban vizsgálta meg a kiégést. Piczil és Pikó elsősorban a munkaszervezeti

pice otthonban vizsgálta meg a kiégést. Piczil és Pikó elsősorban a munkaszervezeti jellemzőket és a társas kapcsolatokat vizsgálta a kiégéssel kapcsolatban. Kutatásukból kiderült, hogy a három műszak, a szervezési bizonytalanságok, a nem megfelelő kommunikáció, a feszültséggel telt munkahelyi kapcsolatok, a kollegiális társas támogatás hiánya, az anyagi és erkölcsi megbecsülés alacsony foka szintén gyakran idéznek elő feszült helyzeteket, ilyen módon a munkahely szervezeti keretei és társas kapcsolatai kedvező feltételeket teremtenek a kiégés jelenségének kialakulására. (PICZIL, 2009)

2. Kutatási módszerek

2.1. A kutatás során alkalmazott kérdőívek

Kutatásom során egy 3 részből álló kérdőívet osztottam ki, melynek kitöltése anonim és önkéntes volt (1. számú melléklet). A kérdőív kitöltése kb. 10 percet vett igénybe. A kérdőív az alábbi 3 részből állt:

a) Maslach Burnout Inventory (MBI)

A kiégés mértékének a felmérésére a Maslach Burnout Inventory standard kérdőívet használtam. Ezt a kérdőívet Maslach és Jackson 1981- ben dolgozta ki és azóta ez az egyik leggyakrabban használt kérdőív ebben a témában. A kérdőív 3 elemből épül fel, vizsgálja az érzelmi kimerülést, a deperszonalizációt és az egyéni teljesítőképességet. (PÁLFI, 2007) A kérdőívben összesen 22 állítás található melyet a gyakoriság és az intenzitás szempontjából is értékelnek a kérdőív kitöltői. A gyakoriságot egy 6 fokozatú skálán, míg az intenzitást egy 7 fokozatú Likert- skálán értékelik a válaszadók. A legritkább (soha) és leggyengébb (egyáltalán nem) választ 0-val jelölik, a leggyakoribb (minden nap) választ 6-al, a legintenzívebbet (igen erős) 7-el jelölik.

b) Ryff jóllét skálája

Kutatásom második része Ryff jóllét skáláját tartalmazza, melyben 18 állítást kell értékelni a válaszadóknak egy 6 fokozatú Likert- skálán, ahol az 1 az „egyáltalán nem értek egyet”, a 6 az „erősen egyetértek” jelölése. A kérdőív a jól-lét 6 faktorát- autonómia, környezet uralása, személyes fejlődés, másokkal való jó kapcsolat, életcél, önelfogadás- tartalmazza és minden faktorhoz 3 kérdés tartozik.

c) Egyénileg szerkesztett kérdőív

Kutatásom harmadik részében egy saját szerkesztésű kérdőívet állítottam össze, melyben demográfiai kérdéseket (nem, kor, iskolai végzettség) és a kiégés kutatására irányuló kérdéseket helyeztem el. Ebben központi szerepet kapnak a munkahelyi kapcsolatok, munkahelyi légkör felmérése, a pályaelhagyás gondolata, a munkahelyi stresszt okozó tényezők felmérése és a kiégés tüneteinek felmérése. Ez a kérdőív tartalmaz zárt és félig

és a kiegészítő tüneteinek felmérése. Ez a kérdőív tartalmaz zárt és félig nyitott kérdéseket, illetve értékelési skálákat is.

2.2. Mintaválasztás, elemzési módszerek

A kérdőíveket a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház aktív és krónikus ellátású osztályain osztottam ki. Krónikus ellátású osztálynak tekintettem a Krónikus Belgyógyászatot, az Ápolási osztályt, a Gerontopszichiátriát, a Rehabilitációs osztályt és Szeptikus sebészetet. Aktív osztálynak tekintettem az Általános sebészetet, az Ideg és Gerincsebészetet, a Kardiológiát, az Endokrinológiát, és a Neurológiát. A Nyíregyháza Városi Református Egyházközség Sóstói Szivárvány Idősek Otthonában is osztottam ki kérdőíveket, ezeket külön csoportban elemeztem, nem tekintettem sem krónikus, sem aktív osztálynak. Összesen 250 db kérdőívet hagytam az osztályokon és az Idősothonban 2014. április 18- 2014. június 30 között, melyből 160 db kitöltött kérdőívet kaptam vissza. Ezekből 130 db kérdőív volt értékelhető. Aktív osztályon 50 fő, krónikus osztályon 43 fő és az idősothonban 37 fő töltötte ki értékelhetően a kérdőívet.

A kutatásomban az intézményekben ápolóként dolgozó személyeket választottam be. Statisztikai elemzésem módja: leíró statisztika. Az elemzéshez az alábbi statisztikai módszereket alkalmaztam: átlag, gyakoriság, statisztikai próbák, korrelációs vizsgálatok,

2.3. Hipotéziseim

1. Feltételezem, hogy a kiegészítő mértéke a krónikus osztályokon dolgozó ápolók körében magasabb, mint az aktív osztályon vagy az idősothonban dolgozó ápolók körében, hiszen a krónikus ellátási formájú osztályokon alacsony a sikerélmény, emellett a súlyos betegek ápolása lelkileg nagyon megterhelő.
2. Azt feltételezem, hogy a diplomával rendelkező ápolóknál alacsonyabb a kiegészítő mértéke, mint a diplomával nem rendelkező ápolóknál, ugyanis a főiskolai oktatásban a pszichológiai oktatásra nagyobb hangsúlyt fektetnek, a hallgatóknak lehetőségük van megküzdési módokat és konfliktuskezelési stratégiákat tanulniuk.
3. Feltételezem, hogy azok az ápolók foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával, akik a burnout- szindróma magasabb fokát mutatják, ugyanis a kiegészítő kapcsán frusztráció, lehangoltság esetleg a pályából való kiábrándultság is megjelenik.
4. Feltételezem, hogy a fejfájás a leggyakoribb panasz, a kiegészítő testi tünetei közül. A lelki problémák egyik gyakori tünete a fejfájás, a többi tünet, mint például az émelygés, hányinger ritkábban fordul elő.
5. Feltételezem, hogy a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza az ápolóknál. Azért feltételezem ezt, mert hazánkban az egészségügyi dolgozók igencsak

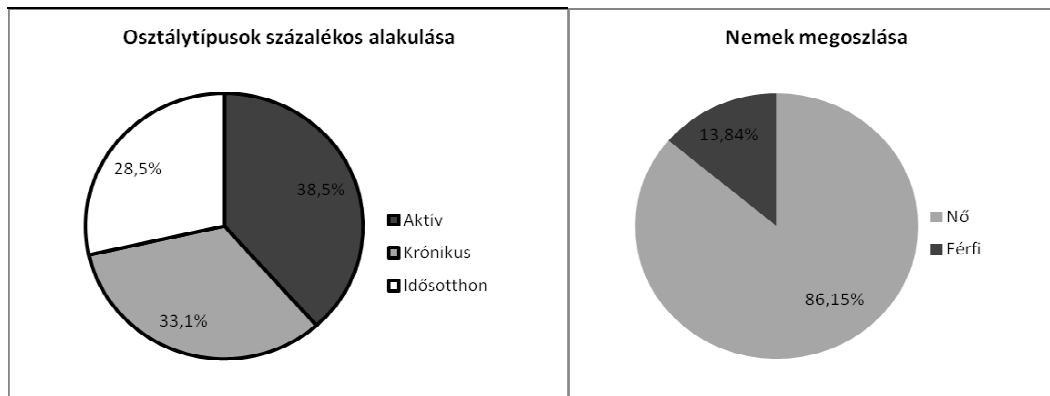
alulfizetettek, a Nyugat- Európai országokhoz képest. Emiatt gyakran vállalnak másodállást a jobb megélhetés reményében, így kevesebb idejük marad a pihenésre, feltöltődésre.

2.4. Kutatói kérdés

- Hogyan alakul a pszichológiai jóllét az osztályok ellátási formája szerint és a kiégéssel milyen kapcsolatban van? Galea M. Máltában végzett felmérése alapján a kiégés és a jóllét között negatív korreláció volt kimutatható. Így azt várom, hogy a jóllét is hasonló eredményeket fog mutatni az osztályok ellátási formája szerint, mint a kiégés.

3. Eredmények és megbeszélés

Eredményeimet a 130db visszkapott értékelhető kérdőívből készítettem el, melyből 50db (38,5%) aktív osztályon, 43db (33,1%) krónikus osztályon, 37db (28,5%) idősotthonban került kitöltésre. A teljes minta osztálytípusonkénti százalékos alakulását a lenti kördiagramon ábrázolom. A minta 86%-a nő, a 14%-a férfi.



2.ábra: Osztálytípusok százalékos alakulása

3.ábra: Nemek aránya

3.1. Maslach Burnout Inventory (MBI) elemzése

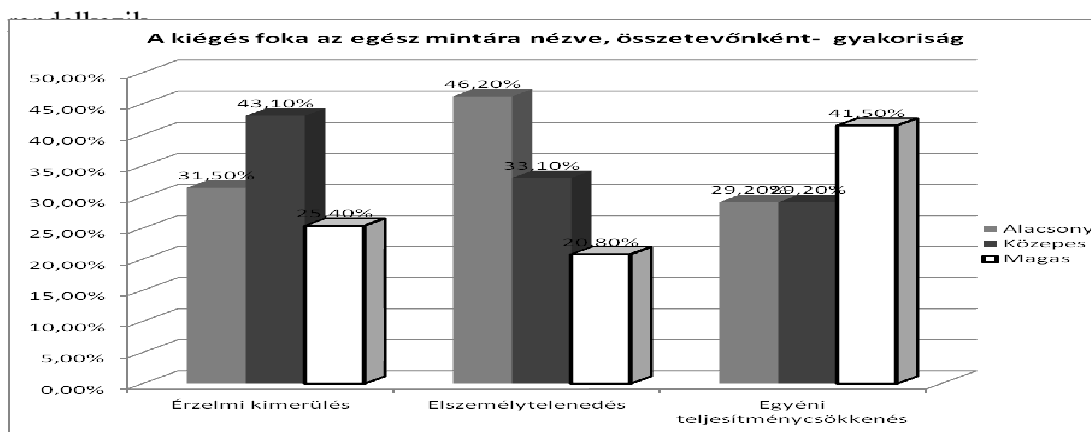
Az MBI elemzését az egész mintára elvégeztem. A kiégés 3 skáláját (érzelmi kimerülés, elszemélytelenedés, egyéni teljesítménycsökkenés) megvizsgáltam a gyakoriság és az intenzitás alapján. Magas érték az érzelmi kimerülés és az elszemélytelenedés tekintetében, és alacsony érték az egyéni teljesítménycsökkenés tekintetében kiégésre utalnak. (SIRIGATTI és STEFANILE, 1998)

A kiégés 3 összetevőjénél kapott pontok átlagai alapján egyértelműen elmondható, hogy a minta egésze a közepesen kiégett kategóriába tartozik. A gyakoriságot tekintve az érzelmi kimerülés 23,092 (átlag); az elszemélytelenedés 6,915 (átlag); az egyéni teljesítménycsökkenés 33,83 (átlag) pont volt. Az intenzitást tekintve az érzelmi kimerülés 26,36 (átlag); az elszemélytelenedés 8,63 (átlag); az egyéni teljesítménycsökkenés 36,14 (átlag) pont volt. Az alábbi táblázatban a saját eredményeimet mutatom be, a kiégés elemzéséhez használt ponthatárokkal együtt.

	Alacsony	Közepes	Magas	Saját eredményeim-átlag
1.Érzelmi kimerülés				
gyakoriság	17 alatt	18-29	30 felett	23,092
intenzitás	25 alatt	26-39	40 felett	26,361
2.Elszemélytelenedés				
gyakoriság	5 alatt	6-11	12 felet	6,915
intenzitás	6 alatt	7-14	15 felett	8,638
3.Egyéni teljesítmény csökkenése				
gyakoriság	40 felett	39-34	33 alatt	33,838
intenzitás	44 felett	43-37	36 alatt	36,146

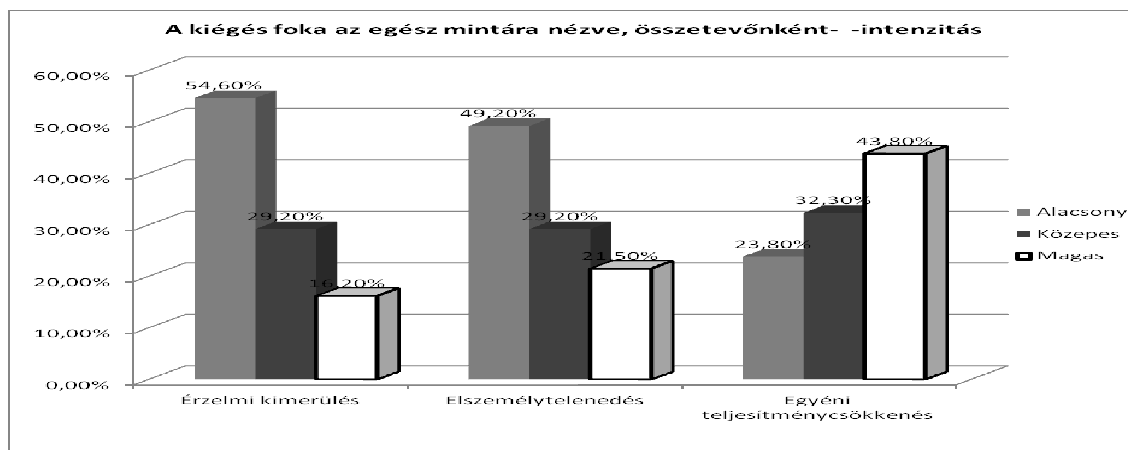
1.táblázat: A minta egészének kiégési mutatói az kiégés 3 skálájának összpontszámainak átlaga alapján

A kiégés fokát tekintve a minta százalékos megoszlását a 4. és az 5. ábra mutatja be. A 4. ábra a kiégést a gyakoriság szempontjából ábrázolja. Az érzelmi kimerülést tekintve a minta 43,1%- a (56fő) közepesen kiégett, 31,5%-a (41fő) alacsony kiégési mutatókkal rendelkezik, a 25,4%-a (33fő) pedig magas kiégettségi szinten van. Az elszemélytelenedés tekintetében a minta 46,2%-a (60fő) alacsony, a 33,1%-a (43fő) közepes, a 20,8%-a (27fő) magas kiégettségi szinten van. Az egyéni teljesítménycsökkenést tekintve a minta 29,2%-a (38fő) alacsony, 29,2%-a (38fő) közepes, 41,5%-a (54fő) magas kiégettségi mutatókkal



4.ábra: A kiégés foka az egész minta százalékos megoszlásában, a kiégés 3 összetevőjének(érzelmi kimerülés, elszemélytelenedés, egyéni teljesítménycsökkenés) tekintetében, a gyakoriság vizsgálatával

Az 5. ábra a kiégést az intenzitás szempontjából ábrázolja. Az érzelmi kimerülést tekintve a minta 54,6%-a (71fő) alacsony kiégettségi mutatókkal rendelkezik; 29,2%-a (38fő) közepes kiégettségi mutatókkal rendelkezik, a 16,2%-a (21fő) pedig magas kiégettségi szinten van. Az elszemélytelenedés tekintetében a minta 49,2%-a (64fő) alacsony, a 29,2 %-a (38fő) közepes, a 21,5%-a (28fő) magas kiégettségi szinten van. Az egyéni teljesítménycsökkenést tekintve a minta 23,8%-a (31fő) alacsony, 32,3%- (42fő) közepes, 43,8%-a (57fő) magas kiégettségi mutatókkal rendelkezik.



5.ábra: A kiégés foka az egész minta százalékos megoszlásában, a kiégés 3 komponensének tekintetében, az intenzitás vizsgálatával

Korrelációs vizsgálatot is végeztem a kiégés egyes alskáláin belül, melyek szignifikáns korrelációkat mutattak. Egyértelműen kimutatható, hogy az érzelmi kimerülés az elszemélytelenedés között pozitív kapcsolat van, míg az érzelmi kimerülés és az elszemélytelenedés negatív kapcsolatban áll az egyéni teljesítménycsökkenéssel, viszont a korrelációs értékek viszonylag alacsonyak. Ezeket a korrelációs eredményeket az alábbi

2.táblázatban ábrázolom.	érzelmi kimerülés- gyakoriság	elszemélytelenedés - gyakoriság	egyéni teljesítmény csökkenés- gyakoriság	érzelmi kimerülés- intenzitás	elszemélytelenedés - intenzitás	egyéni teljesítmény csökkenés- intenzitás
érzelmi kimerülés- gyakoriság	1	,518**	-,044	,812**	,357**	-,102
elszemélytelenedés- gyakoriság	,518**	1	-,261**	,407**	,685**	-,257**
egyéni teljesítmény csökkenés- gyakoriság	-,044	-,261**	1	-,023	-,171	,808**
érzelmi kimerülés- intenzitás	,812**	,407**	-,023	1	,540**	,083
elszemélytelenedés- intenzitás	,357**	,685**	-,171	,540**	1	-,089
egyéni teljesítmény csökkenés intenzitás	-,102	-,257**	,808**	,083	-,089	1

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). *. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

2.táblázat: A kiégés alskálái között lévő korrelációs értékek

Eredményim összehasonlítása országos és nemzetközi adatokkal

Egy felmérésben, melyet 8 ország összehasonlításában végeztek, (USA, Kanada, Egyesült Királyság, Németország, Új- Zéland, Japán, Oroszország, Örményország) 54738 ápoló között, az Maslach Burnout Inventory összetevőit tekintve: az érzelmi kimerülés a legmagasabb az Amerikai Egyesült Államokban (átlag: 22,0), a legalacsonyabb pedig Örményországban (átlag: 8,4) volt. Az elszemélytelenedést tekintve a legmagasabb érték Japánban (átlag: 12,4), a legalacsonyabb érték Oroszországban (3,6) született, míg az egyéni teljesítménycsökkenést tekintve a legmagasabb érték Új- Zélandon (átlag: 37,9), a legalacsonyabb Oroszországban (átlag: 20,4) volt. (Poghosyan .és mtsai, 2009)

Az eredményeimet (kiégés gyakoriság) összevetettem a fenti kutatás eredményeivel. Az érzelmi kimerülést tekintve az Amerikai Egyesült Államok kiégési mutatójával (átlag:22,0) volt hasonló az eredményem (átlag: 23,092). Tehát mind a 8 országnál magasabb eredmény volt kimatatható a saját kutatásomban az érzelmi kimerülést vizsgálva. Az elszemélytelenedést tekintve a Németországi eredményekhez kaptam hasonló eredményt, ugyanis itt a deperszonalizáció értéke 7,4 (átlag), az én kutatásomban pedig 6,91 (átlag). Az általam kapott eredményhez képest csak Oroszországban és Örményországban születtek alacsonyabb értékek, tehát a többi ország magasabb kiégettségi mutatókkal rendelkezik az eredményeimhez képest az elszemélytelenedést vizsgálva. Az egyéni teljesítménycsökkenést tekintve az eredményeim (átlag:33,83) az Egyesült Királyság adataival voltak hasonlóak (átlag: 35,8). Ennél alacsonyabb értéket mértek Japánban, Örményországban és Oroszországban, tehát csak ez a három ország rendelkezett magasabb kiégési mutatókkal az eredményemhez képest az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva.

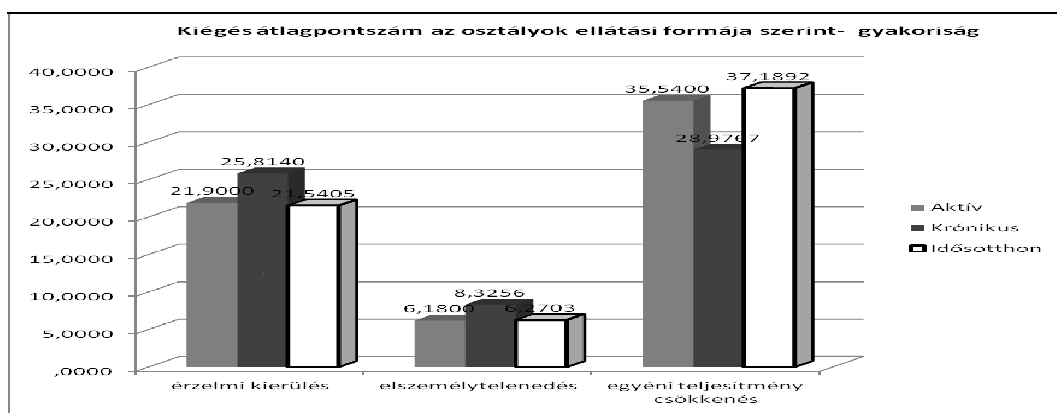
A korrelációs vizsgálataim az országos és nemzetközi szakirodalmakban leírt eredményekhez is hasonlított. Nagy Edit hasonló kapcsolatokat talált az egyes kiégés skálák között, illetve Lin F, St John W, McVeigh C. is leírják a Kínában végzett kutatásukban, melyet ápolók között végeztek el, hogy az érzelmi kimerülés és az elszemélytelenedés között pozitív kapcsolat van, miközben az elszemélytelenedés és a deperszonalizáció az egyéni teljesítménycsökkenéssel negatívan korrelál. (LIN, és mtsai, 2009)

3.2. 1. Hipotézis

Feltételezem, hogy a kiegészítés mértéke a krónikus osztályokon dolgozó ápolók körében magasabb, mint az aktív osztályon vagy az idősoththonban dolgozó ápolók körében.

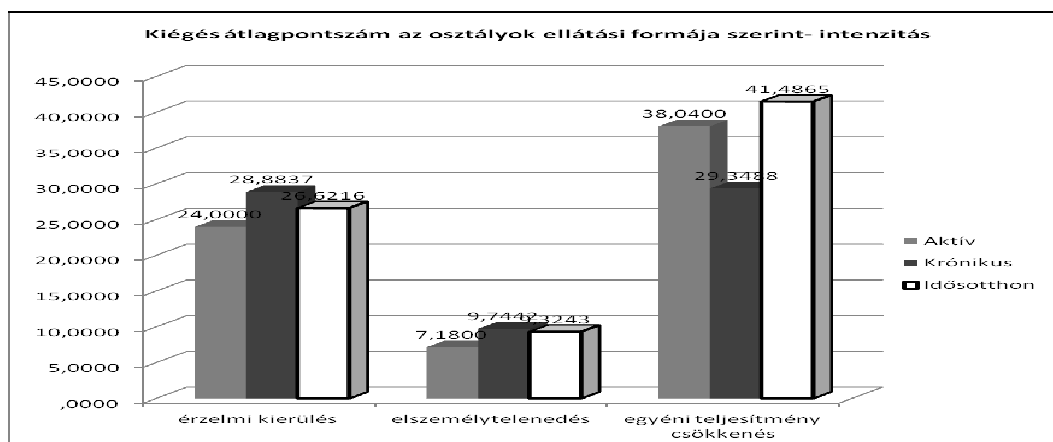
Hipotézisemet a szakirodalomban leírtak alapján állítottam fel, mely leírja, hogy a krónikus ellátású osztályok az egészségügy egy nehezebb területének tekinthetők, ugyanis a sikerélmény alacsony szintű és a súlyos betegek dühe, szorongása gyakran az ápolókon csapódik le. Pálfi kutatási eredménye is beigazolta, hogy a krónikus osztályon magasabb a kiegészítés veszélye. (PÁLFI, 2007)

A 6. ábrán az osztályok ellátási formája szerint mutatom be a kiegészítés pontszámának átlagát a gyakoriság tekintetében. Az érzelmi kimerülést tekintve a krónikus osztályon a legmagasabb a kiegészítés pontszámának átlaga (25,81pont), ezután az aktív osztály (21,9pont), majd az idősoththon (21,54pont) következik. Az elszemélytelenedést vizsgálva a krónikus osztályon a legmagasabb a kiegészítés pontszámának átlaga (8,32pont), ezután az idősoththonban (6,27pont), majd az aktív osztályon (6,18pont). Az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva a legalacsonyabb átlag a krónikus osztályon van (28,97pont), a legmagasabb pedig az idősoththonban (37,18pont).



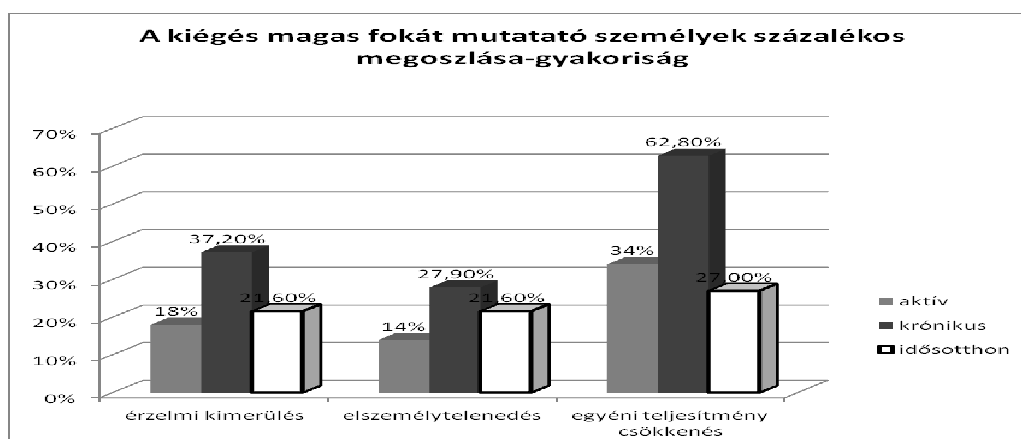
6.ábra: A kiegészítés átlagpontszámának alakulása az osztályok ellátási formája szerint, a kiegészítés 3 komponensének tekintetében, a gyakoriság vizsgálatával

A 7. ábrán az osztályok ellátási formája szerint mutatom be a kiegészítés átlagát az intenzitás tekintetében. Az érzelmi kimerülést tekintve a krónikus osztályon a legmagasabb a kiegészítés pontszámának átlaga (28,88pont), ezután az idősoththon (26,62pont), majd az aktív osztály (24,00pont) következik. Az elszemélytelenedést vizsgálva a krónikus osztályon a legmagasabb a kiegészítés pontszámának átlaga (9,74pont), ezután az idősoththonban (9,32pont), majd az aktív osztályon (7,18pont) dolgozók körében. Az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva a legalacsonyabb átlag a krónikus osztályon van (29,34pont), a legmagasabb pedig az idősoththonban (41,86pont).



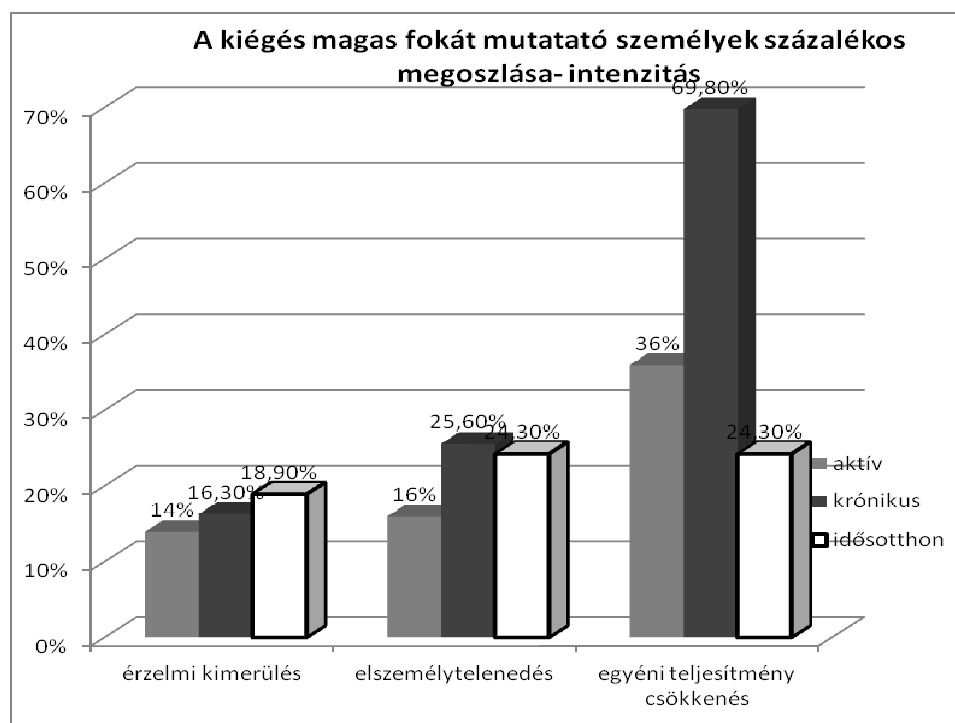
7.ábra: A kiegészítés átlagpontszámának alakulása az osztályok ellátási formája szerint, a kiegészítés 3 komponensének tekintetében, az intenzitás vizsgálatával

A 8. ábrán a kiegészítés magas fokát mutató személyek százalékos megoszlása látható az osztályok ellátási formája szerint, a gyakoriságot vizsgálva. Az érzelmi kimerülés szempontjából az osztálytípusok közül a krónikus osztályon dolgozó ápolók közül mutatják legtöbbször a kiegészítés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 37,2%-a esik a magas kiegészítésségű kategóriába, míg az idősothonban 21,6% és az aktív osztályon 18%-uk. Az elcszemélytelenedést tekintve az osztálytípusok közül a krónikus osztályon dolgozó ápolók közül mutatják legtöbbször a kiegészítés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 27,9%-a esik a magas kiegészítésségű kategóriába, míg az idősothonban 21,6% és az aktív osztályon 14%-uk. Az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva osztálytípusok közül a krónikus osztályon dolgozó ápolók közül mutatják legtöbbször a kiegészítés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 62,8%-a esik a magas kiegészítésségű kategóriába, míg az aktív osztályon 34% és az idősothonban 27% -uk.



8.ábra: A kiegészítés magas fokát mutató személyek százalékos megoszlása az osztályok ellátási formája szerint, a gyakoriságot figyelembe véve

A 9. ábrán a kiégés magas fokát mutató személyek százalékos megoszlása látható az osztályok ellátási formája szerint, az intenzitást vizsgálva. Az érzelmi kimerülés szempontjából az osztálytípusok közül az idősothonban dolgozó ápolók közül mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 18,9%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, a krónikus osztályon 16,3% és az aktív osztályon 14%-uk. Az elszemélytelenedést tekintve az osztálytípusok közül a krónikus osztályon dolgozó ápolók közül mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 25,6%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, míg az idősothonban 24,3% és az aktív osztályon 16%-uk. Az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva osztálytípusok közül a krónikus osztályon dolgozó ápolók mutatják legtöbben a kiégés magas fokát, ugyanis ott a dolgozók 69,8%-a esik a magas kiégettségű kategóriába, míg az aktív osztályon 36% és az idősothonban 24,3% -uk.



9.ábra: A kiégés magas fokát mutató személyek százalékos megoszlása az osztályok ellátási formája szerint, az intenzitást figyelembe véve

Az osztályok összehasonlításánál az átlagot vizsgálva a gyakoriság és az intenzitás szempontjából is, a kiégés mindhárom összetevője nagyobb értéket mutatott a krónikus osztályon, mint az aktív osztályon és az idősothonban. A kiégés magas fokát mutató személyek legnagyobb arányban a krónikus osztályon vannak a gyakoriság tekintetében a kiégés mindhárom alszkáláját vizsgálva. Az intenzitást vizsgálva az érzelmi kimerülést és egyéni teljesítménycsökkenést tekintve, a krónikus osztályon vannak a legnagyobb arányban azok, akik a kiégés magas fokát mutatják, míg az elszemélytelenedést tekintve az aktív

kiegés magas fokát mutatják, míg az elszemélytelenedést tekintve az aktív osztályon vannak a legnagyobb arányban azok, akik a kiegészítés magas fokát mutatják. Az egyéni teljesítménycsökkenést vizsgálva az osztályok között szignifikáns eltérés igazolható.

Úgy gondolom, hogy nagy szerepet játszik a súlyos, gyakran gyógyíthatatlan betegek ápolása, a kevesebb sikerélmény szerzése abban, hogy a krónikus osztályon dolgozó ápolók körében magasabb kiegészítési mutatókat kaptam. Mindezek mellett úgy vélem, hogy a krónikus osztályon dolgozó ápolóknak még nagyobb empátiát kell tanúsítaniuk a betegek felé, mely egy idő után kimerítő lehet.

Eredményeim összevetése országos adatokkal

Pálfi felmérésében, melyet Pécsen 805 fővel végzett el 2007-ben, megállapította, hogy a krónikus osztályon dolgozó ápolók között (2,9%) magasabb a kiegészítés aránya, mint aktív osztályon dolgozó ápolók között (0,6%) (PÁLFI, 2007).

Szicsek Margit 88 fő ápoló kiegészítését vizsgálta. Ebből 64 fő szociális otthonban, 24 fő hospice otthonban dolgozott. A kiegészítési mutatókat tekintve a szociális otthonokban alacsonyabb értéket kaptak, mint a krónikus ellátású kórházi osztályokon. (SZICSEK, 2004)

Ezek az eredmények lényegét tekintve azonosak az általam kapott nyíregyházi eredményekkel, ugyanis a krónikus osztályon dolgozó ápolók ezekben a kutatásokban is magasabb kiegészítési mutatókkal rendelkeztek, mint az aktív vagy szociális otthonban dolgozó ápolók.

A fenti hipotézisemet elfogadom, ugyanis egyértelműen magasabb volt a krónikus osztályon a kiegészítés mindhárom alskálája. Az egyéni teljesítménycsökkenés tekintetében szignifikáns eltérés is igazolható volt az osztályok ellátási formája között. Emellett a szakirodalomban is hasonló eredmények születtek.

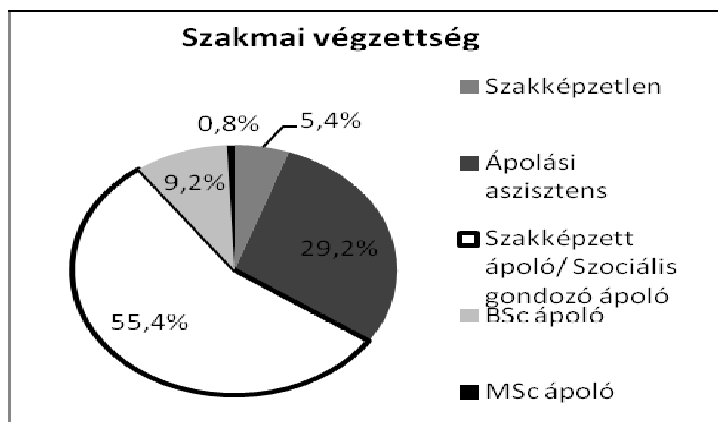
3.3. 2. Hipotézis

Azt feltételezem, hogy a diplomával rendelkező ápolóknál alacsonyabb a kiégés mértéke, mint a diplomával nem rendelkező ápolóknál.

Feltételezésemet arra alapozom, hogy véleményem szerint a főiskolai/ egyetemi oktatásban nagyobb hangsúlyt fektetnek a hallgatók pszichológiai oktatására, arra hogy a problémamegoldó képességüket fejlesszék, illetve a különböző megküzdési módokat elsajátítsák. Ezek pedig segítenek a stressz csökkentésében és a konfliktuskezelésben is, mely a kiégés kockázatát is csökkenti.

Az alábbi ábrán az ápolók szakmai végzettség szerinti megoszlása látszik. Legnagyobb arányban a szakképzett ápolók/ szociális gondozó ápolók vannak, ez a minta 55,5%- át teszi ki. Az ápolási asszisztensek a minta 29, 2%- át teszik ki. A diplomával rendelkező ápolók aránya alacsony, mindösszesen 10%- a mintának.

Ez a 10% -os arányszám megegyezik a KSH Szabolcs Szatmár Bereg megyei egészségügyi szakdolgozói munkakörök százalékos megoszlásával, ugyanis a 2813 főből 304fő aki diplomával rendelkezik.¹⁰

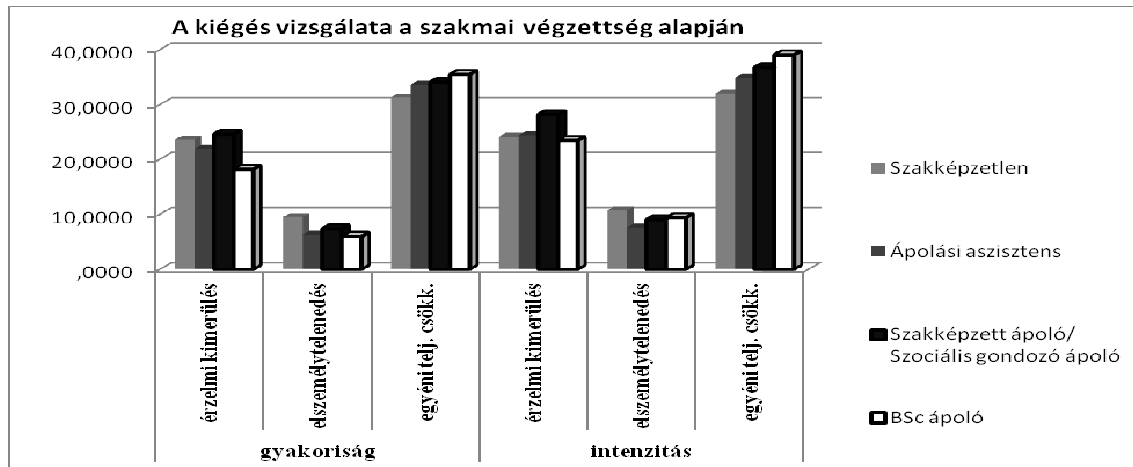


10.ábra: A szakmai végzettség százalékos megoszlása az egész mintát vizsgálva

A 11. ábrán a kiégés mértékét mutatom be a különböző szakmai végzettségek összehasonlításával. A gyakoriságot tekintve, a kiégés mindhárom skáláját vizsgálva a diplomával rendelkező ápolók alacsonyabb kiégési mutatókkal rendelkeznek, mint az alacsonyabb szakmai végzettséggel rendelkezők. Az intenzitást vizsgálva az érzelmi kimerülés és az egyéni teljesítménycsökkenés tekintetében a diplomás ápolók alacsonyabb kiégési

¹⁰ KSH: Szabolcs Szatmár Bereg Megye Statisztikai Évkönyve, 2011. Debrecen, 2012. 74.oldal:5.4.2. Az egészségügyi szakdolgozók munkakör szerint, 2011

mutatókkal rendelkeznek, viszont az elszemélytelenedést vizsgálva a szakképzetlen ápolók után a második legnagyobb kiegészi értékkel rendelkeznek. A szakképzettségek szerinti különbségek mértéke viszont nem volt nagy. A burnout- szindróma összetevőit tekintve a szakképzettség között szignifikáns eltérés nem volt igazolható.



11. ábra: A kiegész 3 komponensének átlaga a gyakoriság és az intenzitás szempontjából, a szakmai végzettség szerint

A 3. táblázatban a fent megkapott átlagokat a kiegész mértéke szerint besoroltam, így látható, hogy nincs lényeges különbség a végzettség szerint a kiegész mértékében. A BSc ápolók alacsony érzelmi kimerülése az intenzitás vizsgálva összefüggésben lehet azzal, hogy a beosztásuknál fogva kevesebb lehetőségük nyílik a beteggel való személyes kapcsolatra.

	Érzelmi kimerülés gyakoriság	Elszemélytelenedés gyakoriság	Egyéni teljesítmény csökkenés gyakoriság	Érzelmi kimerülés intenzitás	Elszemélytelenedés intenzitás	Egyéni teljesítmény csökkenés intenzitás
Szakképzetlen	Közepes	Közepes	Magas	Alacsony	Közepes	Magas
Ápolási asszisztens	Közepes	Közepes	Közepes	Alacsony	Közepes	Közepes
Szakképzett ápoló/Szociális gondozó ápoló	Közepes	Közepes	Közepes	Közepes	Közepes	Közepes
BSc ápoló	Közepes	Közepes	Közepes	Alacsony	Közepes	Közepes

3. táblázat: A kiegész mértékének (alacsony, közepes magas) vizsgálata a szakmai végzettség szerint, a kiegész 3 skáláját vizsgálva, gyakoriság és intenzitás szerint

Eredményeim összevetése a nemzetközi és országos adatokkal

Pálfy 2007- ben végzett kutatásában azt az eredményt kapta, hogy a végzettség nem befolyásolja a kiégést, viszont Maddi és Kobasa, (1984); Duquette, (1995) kutatásában az derült ki, hogy a munkakör befolyásolja a kiégés mértékét. (PÁLFI, 2007) A különböző munkakörök betöltéséhez különböző végzettség szükséges, így nézve pedig a végzettség is fontos tényező lehet a kiégés létrejöttében. Nagy Edit szerint a magasabb iskolai végzettség segíthet abban, hogy az ápolók magasabb beosztásba kerüljenek, így kiszakadnak a megterhelő többműszakos munkarendből, a betegekkel való találkozások is ritkulnak, így az érzelmi megterhelés is csökken, ezáltal a kiégés megelőzhető. (NAGY, 2007)

Ezt a hipotézist nem fogadom el, ugyanis lényeges különbség nem volt látható a végzettség szerint a kiégés mértékében a diplomával rendelkező és nem rendelkező ápolók között, illetve a varianciaanalízis sem igazolta, hogy lenne különbség a végzettségtől függően a kiégés mértékében. Emellett a szakirodalmak sem támogatják egyértelműen, hogy a végzettségtől függ a kiégés mértéke, inkább a beosztással van összefüggésben.

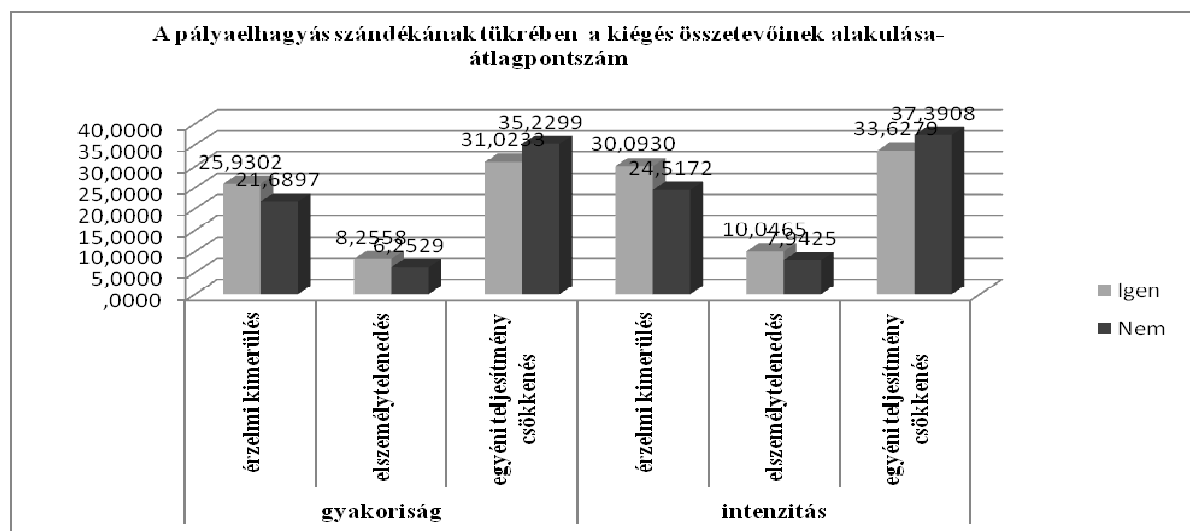
3.4. 3. Hipotézis

Feltételezem, hogy azok az ápolók foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával, akik a burnout- szindróma magasabb fokát mutatják

Azért feltételeztem, hogy azok az ápolók foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával, akik a kiégés magasabb fokát mutatják, mert a kiégés kapcsán megjelenik a kiábrándultság, a folyamatos frusztráció érzése, a lehangoltság és ez a boldogtalanság nagyban hozzájárulhat ahhoz, hogy az ápolók feladják hivatásukat.

A válaszadók 33%-a gondolt már rá, hogy pályát változtat. Az osztályok ellátási formája szerint a krónikus osztályon volt a leggyakoribb a pályaelhagyás gondolata, ugyanis majdnem a megkérdezettek fele (46%) gondolt már a pályaelhagyásra, ami az aktív osztályhoz (28%) és az idősoththonhoz (24%) képest közel a kétszerese.

Az alábbi grafikonon jól látszik, hogy az ápolók azon csoportja, akiknél a pályaelhagyás gondolata megjelent, magasabb kiégettségi szinttel rendelkeznek. Magasabb átlagpontszámot ért el a csoport az érzelmi kimerülés és az elszemélytelenedés tekintetében, és alacsonyabbat az egyéni teljesítménycsökkenésnél, mint azok, akik a pályaelhagyás gondolatával még nem foglalkoztak. Ahogy korábban már megfogalmaztam, magas pontszám az érzelmi kimerülés és az elszemélytelenedés tekintetében, és alacsony pontszám az egyéni teljesítménycsökkenésnél kiégésre utal. Egy 2 mintás T- próbát is elvégeztem, hogy megbizonyosodjak eredményeim valóságáról. A varianciaanalízis kimutatta, hogy van szignifikáns különbség a pályaelhagyás gondolatával foglalkozó és nem foglalkozó ápolók csoportja között az érzelmi kimerülés és az egyéni teljesítménycsökkenés tekintetében is.



12.ábra: A pályaelhagyás gondolata és a kiégés egyes összetevőinek alakulása a gyakoriság és az intenzitás alapján

Eredményeim összevetése nemzetközi és országos adatokkal

Pálfi felmérésében, melyet Pécsen 805 fővel végzett, a megkérdezett ápolók 66%-a foglalkozott már a pályaelhagyás gondolatával, a megkérdezettek harmada a kiégettség szempontjából veszélyeztetett állapotban van, 5,5% a kiégés tüneteit mutatja, és közel 1% a kiégettség állapotában. (PÁLFI, 2007)

Linda H. Aiken és mtsi 2000- ben végzett kutatása alapján, mely 4 ország (USA, Kanada, Anglia, Skócia) 700 kórházára terjedt ki, kimutatta, hogy az ápolók 30-40%-a a kiégés magas fokát mutatja, 60-70%- uk szerint alacsony a nővérek létszáma, több, mint 50-uk elégedetlen a vezetőséggel, és 20-30%- uk tervezi, hogy egy éven belül elhagyják az ápolói pályát. Ehhez a vizsgálathoz hasonló eredmények születtek Magyarországon is.

(PÁLFI, 2007)
Eredményim minden tekintetben azt sugallják, hogy a pályaelhagyás gondolata azoknál az ápolóknál jelenik meg, akik magasabb kiégettségi szinttel rendelkeznek. A 2 mintás T-próba is különbséget mutatott az érzelmi kimerülés az egyéni teljesítménycsökkenés tekintetében a pályaelhagyás gondolatával foglalkozók és nem foglalkozók csoportja között. Ezt a hipotézisemet tehát elfogadom. Emellett a szakirodalmak is alátámasztják ezt az eredményt.

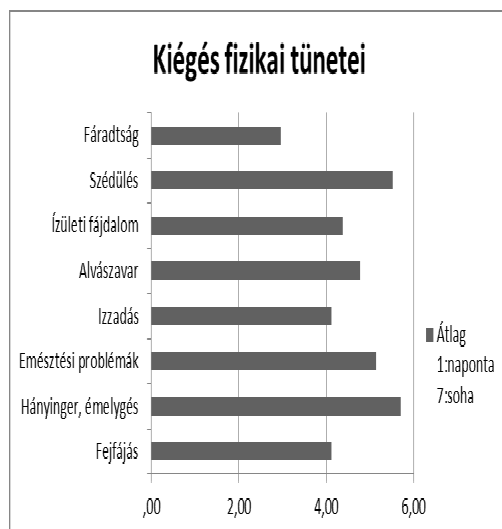
3.5. 4. Hipotézis

Feltételezem, hogy a fejfájás a leggyakoribb panasz, a kiégés testi tünetei közül.

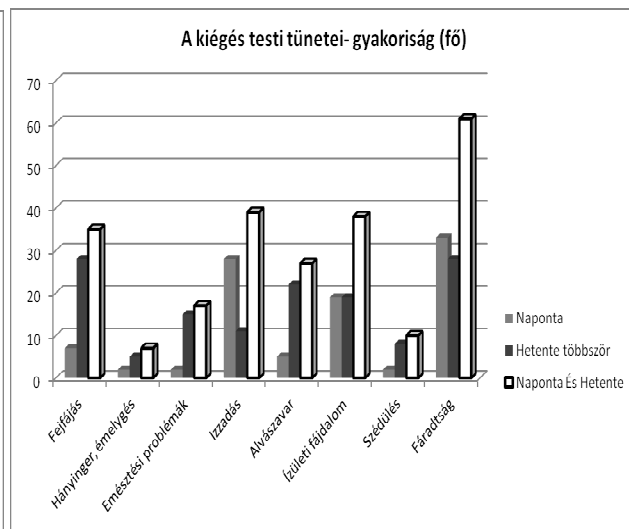
A fejfájás egy nagyon gyakori probléma, talán az egyik leggyakoribb panasz amivel a mindennapi élet során találkozom. A kórházi gyakorlatok során is gyakran hallom panaszkodni az ápolókat a fejfájásra. Természetesen ez nem mindig a kiégés tüneteiként jelenik meg, bármilyen más ok is állhat a háttérben. Viszont úgy gondolom a lelki panaszok elsősorban a fejfájás formájában okoznak testi tüneteket és csak ezután jelenik meg a többi testi tünet, mint például az émelygés és az emésztési problémák. Az általam felmért nyíregyházi ápolók viszonylag magas kiégési pontszámokat értek el. A minta közel 70%-a a kiégés valamely alszálláján közepes vagy magas kiégési pontszámot ért el, ezért az egész mintán megvizsgáltam a kiégés tüneteit.

Az alábbi ábrán a kiégés leggyakoribb testi tüneteit mutatom be, a válaszadók besorolása szerint. A válaszadók 1-el jelölték azt a panaszt amit naponta tapasztalnak, 7-el amit soha. Az ábrán jól látszik, hogy a fáradtságot jelölték a leggyakoribb fizikai tünetnek (átlag: 2,96). A második leggyakoribb tünetnek az izzadást (átlag: 4,12) és fejfájást (átlag: 4,12) jelölték a válaszadók.

Megvizsgáltam azt is hogy melyik tünetet jelölték a legtöbbször naponta és hetente többször, ezt a 14. ábrán ábrázolom. A fáradtságot napi tünetnél a legtöbbször jelölték meg (33 fő). A hetente többször megjelenő tünetek közül is legtöbbször jelölték meg a fáradtságot, illetve a fejfájást (28 fő). Naponta és hetente többször megjelenő tünetként kimagaslóan a fáradtságot jelölték meg a legtöbbször (61 fő), ezután az izzadást (39 fő) és az ízületi fájdalmat (38 fő) jelölték meg második és harmadik leggyakoribb tünetként.



13.ábra: A kieégés fizikai tünetei átlag szerint



14.ábra: A kieégés fizikai tünetei gyakoriság szerint

A fenti hipotézisemet nem fogadom el, ugyanis a fenti elemzésből egyértelműen kiderül, hogy a válaszadók a fáradtságot észlelik a leggyakrabban. Ennek oka véleményem szerint a személyzet hiánya, a túlterheltség és a három műszakos munkarend lehet. A három műszak megterhelő a szervezet számára a normál alvás ébrenlét felborul, emiatt alvászavar jelentkezhet. A nappali alvás nem olyan pihentető, mint az éjszakai. A fáradtság a munkahelyi motivációt is befolyásolja, a lelkesedés csökken, az aktivitás romlik, koncentrációzavar jelentkezhet a teljesítmény és a hangulat is romlik. Ezek pedig nagyon fontosak az ápolói munkában. Az alváshiányhoz ráadásul szorongás és ingerlékenység is társul. Az állóképesség növelésével a fáradtság csökkenthető, könnyebben leküzdhető a napi fizikai megterhelés.

3.6. 5. Hipotézis

Feltételezem, hogy a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza az ápolóknál.

Véleményem szerint a pénz és az anyagi javak ma már nélkülözhetetlenek az emberek életében. Pénz kell ahhoz, hogy bármit megtudjunk venni, a legalapvetőbb dolgokat is. Magyarországon az egészségügyi dolgozók igencsak alulfizetettek a Nyugat- Európai országokhoz képest. Ezért gyakran vállalnak másodállást is a jobb megélhetés érdekében. Úgy vélem, hogy a biztos anyagi háttér, a biztos megélhetés hiánya komoly stresszforrás lehet, ezért feltételezem, hogy az ápolók körében a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza. Emellett az anyagi megbecsülés hiányát említik a legtöbben az ápolói szakmán belül. Viszont ennek oka az is lehet, hogy sok olyan stresszforrás van, amelyet az emberek nem mernek nyíltan kimondani (pl. munkahelyi légkör) vagy lelkileg megterheli őket, de mégsem szívesen beszélnek róla (halál, sikertelenség érzése).

Eredményeim bemutatását a felmért ápolók válaszainak alapján az egyes stresszkeltő tényezők átlagának ismertetésével kezdeném. Ezeket az eredményeket 4. táblázatban mutatom be. Az idősothonban a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsültség hiánya, a súlyos betegekről való gondoskodás és a sikertelenség érzése okozza. A krónikus ellátású osztályon a legnagyobb stresszkeltő tényező a halál és a munkahelyi légkör. Az aktív ellátású osztályon a legnagyobb stresszt a túlóra, a halál és a megbecsülés alacsony foka okozza. A stresszkeltő tényezők nem egységesek osztálytípusonként. Az egész mintára nézve a legnagyobb stresszkeltő tényezőnek az átlagot tekintve a túlórát és a halált jelölték meg a válaszadók.

	Aktív	Krónikus	Idősothon	Átlag összes
anyagi megbecsültség hiánya	5,18	4,74	6,36	5,35
súlyos betegről való gondoskodás	5,13	5,67	5,91	5,54
a halál	6,02	5,93	5,79	5,93
munkahelyi körülmények	5,64	5,49	5,58	5,57
megfeszített munkatempó	4,98	5,00	4,94	4,98
túlóra	6,47	5,74	5,48	5,94
sikertelenség érzése	5,73	5,74	6,27	5,88
rutincselekvések	5,84	5,33	5,58	5,59
munkahelyi légkör	5,78	6,14	5,18	5,74
megbecsülés alacsony foka	6,02	3,91	5,15	5,03

4.táblázat: A stresszt okozó tényezők átlaga az osztályok ellátási formája szerint

Az alábbi ábrán azoknak a válaszadóknak a számát mutatom be, akik a felsorolt stressz kiváltó tényezőkre magas (7, 8, 9) pontszámot adtak. A táblázatban jól látszik, hogy a válaszadók közül legtöbben a túlórát jellemezték úgy, mint legnagyobb (10pont) stresszt kiváltó tényezőt. Ezután az anyagi megbecsültség hiánya és a halál okozta a legtöbbeknek a legnagyobb stresszt. Úgy gondolom fontosabb, hogy a magas pontszámot (7,8,9) adó válaszadók összegét megvizsgáljuk az egyes tényezőknél, hiszen így a valóban magas stresszt okozó tényezőket kapjuk meg. Így a válaszadók legtöbben a túlórát jelölték meg, mint a legnagyobb stresszkiváltó tényezőt, ezután következett a halál és a súlyos betegekről való

gondoskodás.	8pont	9pont	10pont	Összeg :8+9+10pont
anyagi megbecsültség hiánya	4	15	21	40
súlyos betegről való gondoskodás	14	14	15	43
a halál	12	16	18	46
munkahelyi körülmények	11	14	4	29
megfeszített munkatempó	14	8	10	32
túlóra	13	10	25	48
sikertelenség érzése	18	11	9	38
rutincelekvések	12	11	8	31
munkahelyi légkör	9	12	13	34
megbecsülés alacsony foka	11	9	13	33

5.táblázat: A válaszadók száma az egyes stresszkeltő tényezőknél

Kimagasló különbség nem volt az egyes tényezők között a vizsgálat során. Eredményeim a túlórát, a halált és a súlyos betegekről való gondoskodást mutatták meg, mint a legnagyobb stresszkeltő tényezőt. Az eredmény, főleg az, hogy a túlóra áll az első helyen, meglepő volt számomra. Az okokat tekintve, hogy mi lehet ennek a hátterében, arra a következtetésre jutottam, hogy azért érezhetik az ápolók a túlórát ekkora problémának, mert így még kevesebb idő jut a családra, a magánéletre, a szórakozásra, pihenésre, stb. Ezek pedig nagyon fontos tényezők ahhoz, hogy az ápolók lelkiileg pozitívan feltöltődjenek, a munkahelyi nehézségeket könnyebben leküzdjék.

Eredményeim összevetése országos adatokkal

Szicsek Margit a leggyakoribb stresszt kiváltó tényezőként a munkatársak közötti meg nem értést, a nővérhiányt, a munkából fakadó lelki megterhelést, a gyógyíthatatlan beteg bizakodásának kezelését és lelki vezetését, a megbecsülés hiányát, az orvostól való függést és a halált említi meg. (SZICSEK, 2004) Úgy gondolom a nővérhiány erős kapcsolatban áll a túlórával, hiszen ez a fő oka annak, hogy az ápolóknak rendszeresen kell túlórázniuk.

Hipotézisemet, mely szerint az ápolók az anyagi megbecsülés hiányát gondolják a legnagyobb stresszkeltő tényezőnek nem fogadom el. Ezt is fontos stresszkeltő tényezőnek bizonyult, de a legfontosabbnak a túlórát jelölték meg. Úgy gondolom, hogy azok az ápolók, akik az anyagi megbecsültséggel nem elégedettek más pályára mentek el dolgozni, ha volt rá lehetőségük, esetleg a külföldi munkavállalásban kerestek erre a problémára megoldást.

3.7. Kutatói kérdés

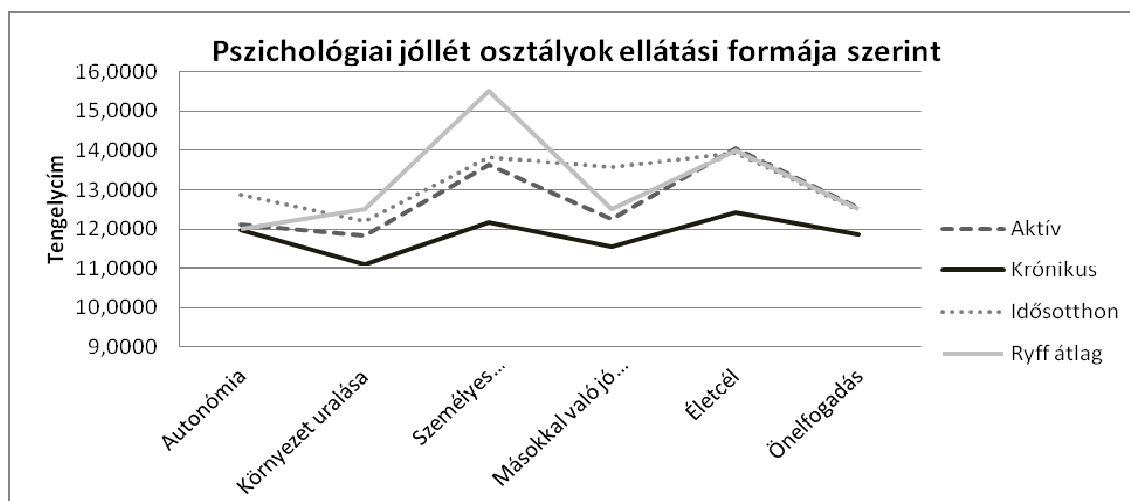
Hogyan alakul a pszichológiai jóllét az osztályok ellátási formája szerint és a kiégéssel milyen kapcsolatban van?

Fontosnak tartom, hogy a pszichológiai jóllétet is megvizsgáljam a kiégéssel kapcsolatban, ugyanis úgy gondolom, van összefüggés a kettő között. A deperszonalizáció megnehezíti a pozitív kapcsolat kialakítását másokkal, az egyéni teljesítménycsökkenés az életcél és a személyes fejlődés akadályozója lehet. A kiégés azon szakaszában ahol a depresszió is megjelenik az önelfogadás alacsonyabb lehet.

Az alábbi ábrán a vizsgálatomban felmért ápolók pszichológiai jóllétét mutatom be a különböző ellátású osztályok között. A jóllét összetevőinek eredményét (autonómia, környezet uralása, személyes fejlődés, másokkal való jó kapcsolat, életcél, önelfogadás) összehasonlítom Ryff eredményeivel, melyet 321 különböző életkorú személy között mért fel 1989-ben. A krónikus ellátású osztályon a jóllét minden összetevője alacsonyabb értéket mutatott, mint az aktív ellátású osztályon, illetve az idősothonban. Ryff eredményeihez képest is alacsonyabb értéket mutatott a pszichológiai jóllét minden összetevője a krónikus ellátású osztályon. A varianciaanalízis szignifikáns különbséget mutatott az osztályok között a személyes fejlődés, másokkal való jó kapcsolat és az életcél tekintetében.

A krónikus ellátású osztályokon a kevesebb sikerélmény, a súlyos betegek ápolása, egy idő után érzelmi kiüresedést okozhat, a deperszonalizáció miatt a másokkal való jó kapcsolat csökken, az empátiás képességgel együtt. A sikerélmény csökkenésével, illetve a tehetetlenség érzése miatt a jelentéktelenség érzése nőhet, mely az életcélok az elképzelések csökkenéséhez vezethet.

A személyes fejlődés a vizsgálatomban mindhárom ellátási formájú osztálynál jóval alacsonyabb értéket mutat Ryff eredményeihez képest. A személyes fejlődésben elért alacsony pontszám utalhat arra, hogy a felmért ápolók kevésbé nyitottak a fejlődésre, nem érzik úgy, hogy szakmailag előrébb juthatnak. Tapasztalataim szerint a megkérdezett ápolóknak kevés lehetőségük van a fejlődésre, a ranglétrán való feljebb lépésre, amely miatt egy idő után csökkenhet a nyitottságuk az új ismeretek megszerzésére, úgymond befásulnak.



13.ábra: A pszichológiai jóllét alakulása a különböző ellátású osztályokon

A kiégés összetevői és pszichológiai jóllét komponensei közötti korrelációs vizsgálatot végeztem. Egyik alszkálán belül sem volt kimutatható kapcsolat a kiégés és a jóllét között.

Eredményeim összevetése nemzetközi eredményekkel

Egy Máltában készült kutatásban, melyben 241 ápoló vett részt a kiégés és a jóllét közötti kapcsolatot is felmérték. A kiégést vizsgálva az érzelmi kimerülés tekintetében 59%-uk ért el magas pontszámot, az elszemélytelenedést tekintve 90%-uk ért el magas pontszámot, az egyéni teljesítménycsökkenés tekintetében 24%-uk alacsony, 42%-uk magas pontszámot ért el. A kutatás eredményeként a kiégés negatívan korrelál a jólléttel. (GALEA, 2014)

Ebben a kutatásban a jóllét felmérésére nem az általam is használt kérdőívet használták, talán ezért nem jelent meg nálam a kiégés a jóllét közötti negatív kapcsolat. Emellett a kérdőívemben a fordított tételek kitöltése is nehézséget okozhatott a válaszaiknál. A krónikus ellátású osztályon megkérdezett ápolók pszichológiai jólléte a legalacsonyabb. Ennek oka az empátia kapacitás kimerülését, a folyamatos lelki megterhelés lehet. A személyes fejlődés minden ellátási formájú osztályon alacsonyabb volt, mint Ryff eredményei. Ezen eredményekből arra következtetek, hogy fontos a pszichoszociális munkakörnyezet javítás az egészségügyi dolgozók körében. Illetve fontos, hogy a dolgozók lehetőséget kapjanak a ranglétrán való feljebb lépésre, a tudásuk és készségeik fejlesztésére.

4. Hipotézisek és kutatói kérdések ellenőrzése

1. **Feltételezem, hogy a kiégés mértéke a krónikus osztályokon dolgozó ápolók körében magasabb, mint az aktív osztályon vagy az idősotthonban dolgozó ápolók körében.** Az osztályok összehasonlításánál az átlagot vizsgálva a gyakoriság és az intenzitás szempontjából a kiégés mindhárom összetevője nagyobb értéket mutatott, a krónikus osztályon, mint az aktív osztályon és az idősotthonban. A kiégés magas fokát mutató személyek legnagyobb arányban a krónikus osztályon vannak. Az egyéni teljesítménycsökkenés tekintetében szignifikáns eltérés is igazolható volt az osztályok ellátási formája között. Emellett a szakirodalmakban is hasonló eredmények találtak. Tehát ezt a hipotézist **elfogadom**.

2. **Azt feltételezem, hogy a diplomával rendelkező ápolóknál alacsonyabb a kiégés mértéke, mint a diplomával nem rendelkező ápolóknál.** Lényeges különbség nem volt megállapítható a végzettség szerint a kiégés mértékében, illetve a varianciaanalízis sem igazolta, hogy a kiégés függne a végzettségtől. Emellett a szakirodalmak sem támogatják egyértelműen, hogy a végzettségtől függ a kiégés mértéke. Mindezeket figyelembe véve ezt a hipotézist **nem fogadom el**. Egy további vizsgálatot javasolnék, ugyanis a szakképzettség részletesebb strukturálásával talán újabb eredmények lennének kimutathatóak.

3. **Feltételezem, hogy azok az ápolók foglalkoznak a pályaelhagyás gondolatával, akik a burnout- szindróma magasabb fokát mutatják.** Eredményeim minden tekintetben azt mutatták, hogy a pályaelhagyás gondolata azoknál az ápolóknál jelenik meg, akik magasabb kiégettségi szinttel rendelkeznek, ezt a feltevésemet 2 mintás T-próba is alátámasztotta. A szakirodalmak is igazolják azt a felvetésem, tehát ezt a hipotézist **elfogadom**.
4. **Feltételezem, hogy a fejfájás a leggyakoribb panasz, a kiégés testi tünetei közül.** A válaszadók az általam felsorolt tünetek közül a fáradtságot érzik a leggyakrabban. A fáradtságot napi tünetként lényegesen többen jelölték meg, mint a fejfájást. Napi/ vagy heti tünetnél a fáradtságot 66 fő, tehát a minta közel 50 %-a jelölte, miközben a fejfájást csak a válaszadók 25%-a. Tehát ezt a hipotézisemet **nem fogadom el**.

5. **Feltételezem, hogy a legnagyobb stresszt az anyagi megbecsülés hiánya okozza az ápolóknál.** Kimagasló különbség nem volt az egyes stresszkelő tényezők között az értékelés során, viszont eredményeim a túlórát, a halált és a súlyos betegekről való gondoskodást mutatták meg, mint a legnagyobb stresszkelő tényezőt, így ezt a hipotézist **nem fogadom el**.

6. **Hogyan alakul a pszichológiai jóllét az osztályok ellátási formája szerint és a kiégéssel milyen kapcsolatban van?** A megkérdezett ápolók pszichológiai jólléte a krónikus ellátású osztályon a legalacsonyabb. A személyes fejlődés az általam felmért mintában alacsonyabb, mint a Ryff által felmért eredmények. A korrelációs vizsgálatok nem találtak kapcsolatot a kiégés és a pszichológiai jóllét között.

5. Következtetések és javaslatok

Az egészségügy egy olyan munkahelyi szféra, ahol a dolgozók fokozott lelki megterhelésnek vannak kitéve. Kutatásom eredményeivel szeretném felhívni a figyelmet arra, hogy fontos az egészségügyi dolgozók mentális egészségének megőrzése, a kiégés megelőzésére prevenciók lehetőségei biztosítása.

Kutatásomban az egész mintát tekintve az érzelmi kimerülés igen nagy más országokban felmért eredményekhez képest. Ennek oka talán az lehet, hogy országunkban – ellenben a nyugati államokkal – még nem terjedt el az embereknek a mentálhigiénés gondozás iránti igénye. Nálunk a szakemberek felkeresése (pl. pszichológus, mentálhigiénikus) sokakban szégyenérzést vált ki. Ez pedig a lelki gondozás egy fontos eleme lenne, hiszen minden embernek igénye az, hogy problémáit valakivel megtudja beszélni, ezáltal érzelmileg feltöltődjön. Sajnos nem mindenkinek vannak olyan személyes kapcsolatai, hogy erre lehetősége legyen, emellett a személyes kapcsolatok nem minden esetben elegendőek, komolyabb probléma esetén szükség lenne szakember felkeresésére. Ezért fontosnak tartom, hogy ezt a nézetet megpróbáljuk megváltoztatni, illetve a munkahelyi vezetők hangsúlyozzák ennek fontosságát az egészségügyi dolgozók részére.

A vizsgálatomból kiderült, hogy a krónikus osztályokon magasabb a kiégés aránya, mint más osztályokon. Ez teljesen érthető, hiszen a súlyos betegek ápolása kevesebb sikerélménnyel jár, érzelmileg még jobban kimeríti az ápolókat. Ennek csökkentése érdekében egy lehetséges megoldási módként látom azt, hogy az egészségügyi dolgozók bizonyos időközönként az osztálytípusok között cserélődjenek, krónikus ellátású osztályról kerüljenek aktív ellátású osztályra, hogy a sikertelenség érzése csökkenjen bennük.

A kiégés megelőzését pedig fontos lenne, hogy már az ápolóképzés során elkezdjük, hiszen a megfelelő szakmai szerep pontosabb ismertetésével, a személyiség fejlesztésével, a munkakövetelmények, főleg az érzelmi követelmények megvilágításával pontosabb képet kapnának a választott szakmájukról. A továbbképzés, a tudás fejlesztése növeli a személyes hatékonyságot, így a kiégés is alacsonyabb szintet érhet el. Fontos lenne a különböző megküzdési technikák ismertetése, hogy az ápolók a különböző helyzeteket megfelelően tudják kezelni. Fontos a munkacsoportokon belül és között az együttműködés, hiszen így bizonyos stresszforrások könnyebben leküzdhetőek. (TANDARY- KOVÁCS, 2010)

A kiégés szindróma prevenciójában és kezelésében fontos momentum, hogy időben fel kell ismerni a problémát, a kimerülés tüneteit, reális célokat tűzzünk ki, segítsük a pozitív gondolkodást, biztosítsunk relaxációs lehetőségeket, illetve komoly probléma esetén

pszichoterapeuta bevonása is szükséges lehet. A munkahelyeknek a túlterhelés csökkentésére is kellene próbálkozásokat tenni, kommunikációs tréningeket, továbbképzési lehetőségeket kellene biztosítani, illetve fontos, hogy az ápolókban erősítsék a fontosság, hasznosság érzését. (NAGY, 2007)

A pályaelhagyás tekintetében beigazolódott a felvetésem, hogy a magasabb kiégettségi szinttel rendelkező ápolók foglalkoznak főleg a pályaelhagyás gondolatával. Ennek hátterében az állhat, hogy a létszámihiány, a kompetenciahatárok elmosódása, a sikerélmény hiánya frusztrációt okoz az ápolóknak. Emellett a fiatal ápolók szembesülnek azzal pályájuk kezdetén, hogy hiába végzik maximálisan a feladataikat, a fizetésük nagyon alacsony, nem tudnak mindent fedezni belőle, sőt ezen gazdasági okok miatt a családalapítás is eltolódik náluk. (NAGY, 2007). Fontos lenne ezeknek a problémáknak a megoldása, hiszen az ápolóhiány folyamatosan nő, és szükség lenne rá, hogy motiváljuk az ápolókat, hogy a pályán maradjon. A válaszadók a túlórákat egy komoly stresszkelző tényezőnek jelölték meg. Fontos lenne a túlórák csökkentése a kiégés megelőzése érdekében, hiszen az ápolóknak szükségük van a feltöltődésre, mind fizikailag, mind pszichésen. Erre pedig csak szabadidejükben van lehetőségük, fontos, hogy végezhessenek egy olyan tevékenységet, amiben sikerélményük van. A pszichés jólléti mutatói közül, a személyes fejlődés alacsony értékű a vizsgált mintában. Ezért szükség lenne rá, hogy lehetőségeket, kedvet és motivációt kapjanak a továbbképzésekre. Egy jó motivációs tényező lehetne a ranglétrán való feljebb lépés lehetősége, esetleg különböző jutalmazási rendszerek bevezetése.

Az eredményeim általánosíthatósága kérdéses, ugyanis igen alacsony volt a válaszadási arány és a mintaválasztáson belüli csoportok (osztályok ellátási formája szerint) aránya sem volt egyforma, illetve az egyes csoportok elemszáma véleményem szerint alacsony az összehasonlítás lehetőségének szempontjából.

Kutatásaim eredményét összevetettem hazai és nemzetközi szakirodalmak eredményeivel is. Az eredmények összevetésénél azonban szeretném felhívni arra a figyelmet, hogy Magyarországon nincs egy egységes standardizált mérőeszköz a kiégés mérésére, mert nem minden kutató ugyanazt a fordítást használja a Maslach Burnout Inventory kérdőív esetében sem, illetve más kérdőívekkel is dolgoznak. (TANDARY-KOVÁCS, Kutatási eredményeim más szakirodalmakkal való összehasonlítása során nem találtam olyan eredményeket, amely az osztályok ellátási formája szerint vizsgálja a jóllétet, így ezt egy jó kiindulópontnak tekintem egy következő kutatás lebonyolításához.

Eredményeim tehát egyértelműen hangsúlyozzák, hogy nagy szükség lenne a burnout-szindróma prevenciók lehetőségeinek használatára a nyíregyházi ápolók körében.

Összefoglalás

Manapság a karrierorientált életünkben az egyik legfontosabb dolog a munkában érzett sikeresség. A sikerrel és az örömmel végzett munka lendületet ad, növeli a lelkesedést, ezáltal a befásultság érzését is csökkenti. Ha valaki sikeres a munkájában az jobban kezeli a konfliktusokat, elégedettebb lesz magával, a rutinfeladatokat is szívesebben elvégzi.

Kutatásom témájának azért választottam a kiégést, mert úgy gondolom, hogy fontos nagy hangsúlyt fektetni a munkahely által okozott lelki megterhelésre, hiszen ez az egész életünket befolyásolja. Az ápolói munka nagy lelki megterhelést okoz, ezért szerettem volna felhívni a figyelmet az ápolók lelki egészségvédelmének fontosságára és a kiégésük megelőzésére. Kutatásom során éppen ezért ezt a foglalkozási csoportot céloztam meg.

Első lépésként a Maslach Burnout Inventory kérdőív alkalmazásával az általam vizsgált csoport kiégés szintjét elemeztem, majd ugyanezt a vizsgálatot az osztályok ellátási formája szerint is elvégeztem. A vizsgálatok kimutatták, hogy a megkérdezettek több mint a fele a kiégés valamelyik alsóskáláján magas illetve közepes kiégettségi szintet ért el. Az osztályok ellátási formáját tekintve a krónikus osztályon voltak a legnagyobb százalékban azok a dolgozók, akik a kiégettség valamely alsóskáláján magas kiégettségi szintet értek el. Az osztályok közötti szignifikáns eltérés volt igazolható a kiégést tekintve, valamint a szakirodalmakkal is összeegyeztetve ez az eredmény.

Megvizsgáltam, hogy a szakképzettség és a kiégés között milyen kapcsolat van. A szakképzettséget tekintve a diplomás ápolók valamivel alacsonyabb kiégés szinttel rendelkeztek, de szignifikáns eltérés nem volt igazolható a szakképzettség szerint a kiégés mértékét tekintve. Így arra a megállapításra jutottam, hogy a szakképzettség nem befolyásolja a kiégés mértékét.

Eredményeim szerint a pályaelhagyás gondolata azoknál az ápolóknál fokozottabban megjelenik, akik a kiégettség magasabb fokát mutatják. Úgy vélem a pályaelhagyás egy súlyos probléma, mely az egészségügyi ellátórendszer még nehezebb helyzetbe hozza, hiszen így is alacsony az ápoló dolgozók száma. Folyamatos humán erőforrás hiány van, mely egyre növekvő tendenciát mutat. Ennek csökkentése miatt is fontos lenne a kiégés megelőzése.

A kiégés testi tünetei közül a fáradtság jelenik meg a leggyakrabban a vizsgált ápolók körében, mely érthető, hiszen a három műszak és az ápolóhiány miatt a túlterheltség mértéke

igen nagy. Kutatásomból az is kiderült, hogy a vizsgált ápolóknak a túlóra, a halál, és a súlyos betegekről való gondoskodás okozza a legnagyobb stresszt.

Végezetül a pszichológiai jóllét és a kiégés kapcsolatát is megvizsgáltam. Az osztályok ellátási formáját tekintve a krónikus osztályon a jóllét minden összetevője alacsonyabb értéket mutatott, mint a többi ellátású osztályon. A személyes fejlődés viszont az egész mintát tekintve is nagyon alacsony volt. Ezek az eredmények azt sugallják, hogy fontos lenne több lehetőséget biztosítani az ápolók fejlődésére, ranglétrán való feljebb lépésére.

Kutatásom rávilágít, hogy célszerű lenne az egészségügyi intézményekben az ápolók mentálhigiénés gondozása, illetve a kiégés prevenciók lehetőségeinek kihasználása. Erre szükség lenne mind az ápolás minőségének javítása, mind az ápolók lelki egészségének megőrzése érdekében is. Bár tudom, hogy a burnout- szindróma az egészségügyben egy mindenki által ismert fogalom, remélem kutatásommal segítettem felhívni arra a figyelmet, hogy a kiégés egy valóban jelen lévő probléma és nagyobb mértékű annál, mint amekkora hangsúlyt fektetnek rá az egészségügyi intézményekben.

Irodalomjegyzék

1. BLACHE, J., BORZA, A., DE ANGELIS, K., FRANKUS, E. GABBIANELLI, G., KORUNKA, C., SCHOLZE, T., SATKE, M., TEMENT, S., WEHR, T., VESTERGAARD, N. C., ZDREHUS, C. (2011). BOIT – Burnout Intervention Training for Managers and Team Leaders. A practice report. Wien: Die Berater (EU Leonardo-LMP
2. BORDÁS A. (2010): A kiégés-szindróma a külföldi és a hazai szakirodalomban. *Educatio*, 2010/4, pp. 666-672.
3. BUDA B. (1994): Mentálhigiéné- A lelki egészség társadalmi, munkaszervezeti, pszichokulturális és gyakorlati vetületei, ANIMULA Kiadó, Budapest
4. CSABAI M., MOLNÁR P. (1999): Egészség, betegség, gyógyítás, Springer Orvosi Kiadó Kft.
5. EXTERDÉNÉ ZS. I., SZARKÁNÉ K. M. (1997): Segítő kapcsolat- Szociális gondozó és ápoló szakképzés tankönyve, INTER TECHNO-H Kft. Budapest
6. FEKETE S.(1991): Segítő foglalkozások kockázatai - helper-szindróma és burnout-jelenség. *Psychiatria Hungarica*, VI. évf. 17-29.
7. GALEA, M (2014): The Progressive Impact of Burnout on Maltese Nurses, *SOP TRANSACTIONS ON PSYCHOLOGY VOLUME 1, NUMBER 1*
8. HÁRDI I. (1998): Pszichológia a betegágyánál- Orvos, nővér és a beteg, Medicina Könyvkiadó Rt. Budapest
9. HELEMBAI K. (2010): Általános ápoláslélektan, Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest
10. HÉZSER G. (1996): Miért? Rendszerelmélet és lelkipogozó gyakorlat, Kálvin Kiadó, Budapest
11. KOPP M., SKRABSKI Á. (2009): Magyar lelkiállapot az ezredforduló után. *Távlatok*, 86. 32-52
12. KOVÁCS B. (2010): A vallásosság,/spiritualitás protektív szerepének vizsgálata a kiégéssel kapcsolatban. PhD értekezés. Debreceni Egyetem
13. KSH (2012): Szabolcs Szatmár Bereg Megye Statisztikai Évkönyve, 2011. Debrecen
14. KULCSÁR ZS. (2002): Egészségpszichológia, ELTE Eötvös Kiadó Budapest
15. LAZÁNYI K. R. (2009): Ph.D. értekezés „Az érzelmi munkát befolyásoló tényezők-Érzelmi munka az onkológiában” Budapest, Corvinus Egyetem, Gazdálkodástani Doktori Iskola
16. LIN F, ST JOHN W, MCVEIGH C. (2009): Burnout among hospital nurses in china. *Journal of Nursing Management*, 17.294–301.
17. MÁTHÉ B. (2013): A kiégésről röviden. In: Karlovitz János Tibor, Torgyik Judit (szerk.): *Vzdelávacia, výskumná a metodická konferencia*. Komárno, International Research Institute s.r.o.,449-458
18. NAGY E. (2005): A lelki túlterheltség szociálpszichológiai megközelítése, *LEGE ARTIS MEDINIAE- Orvostudományi Továbbképző Folyóirat*, 15(2):160-163.
19. NAGY E. (2007) Ph.D értekezés: Egy segítő foglalkozás képviselőinek pályaképe, a kiégés szempontjából, Debreceni Egyetem

20. NÉMETH A. (2013)Ph.D értekezés: Fekvőbeteg ellátásban dolgozó ápolónők munkával való elégedettségének követéses országos vizsgálata, valamint a jól-létének (well being) alakulása a változó hazai egészségügyi rendszerben, Pécs
21. ÓNODY S. (2001): Kiegészi tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. Új Pedagógiai Szemle, 51 (5), 80-85.
22. PAUWLIK ZS. O. (2008): Ph.D értekezés. Szubjektív értékkategóriák és vallásosság/spiritualitás mint a mentális egészség meghatározó faktori főiskolai hallgatóknál, Debreceni Egyetem
23. PÁLFI F. (2006): „Amikor kihűlt a láng”- A kiegész vizsgálata ápolók körében, IME IV. évfolyam 10. szám, 31-35. oldal
24. PÁLFI F. (2007) Ph.D értekezés: Ápolói és gondozói magatartások alakulása különböző ellátási helyzetekben, különös tekintettel a kiegész jelenségére, Pécsi Tudományegyetem
25. PICZIL M. (2009): Az ápolói hivatás magatartástudományi vizsgálata és egészségvédelme. Doktori értekezés, Szegedi Tudományegyetem.
26. POGHOSYAN L., LINDA H. AIKEN, AND DOUGLAS M. SLOANE (2009): Factor structure of the Maslach burnout inventory: An analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries, International Journal of Nursing Studies. 46, 894–902
27. RYFF, C. (1989). "Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being". Journal of Personality and Social Psychology, **57**, 1069-1081
28. SAULO SIRIGATTI, CRISTINA STEFANILE (1998): Burnout among nurses and other health care professionals, The 12th Conference of the European Health Psychology Society
29. SELYE J. (1976): Stressz distressz nélkül, Akadémiai Kiadó, Budapest
30. SZICSEK M. (2004): A kiegész és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. In: KHARÓN Thanatológiai Szemle VIII. évf. 1-2. sz. 2004/1-2. 88-131.
31. SZOMBATHELYI CS. (2012): A munkahelyi jóllét kutatásának előzményei és jelenlegi megközelítése – a stressztől a jóllétig. Alkalmazott pszichológia, 3.sz 33-45
32. TANDARY- KOVÁCS M. (2010): Érzelmi megterhelődés, lelki kiegész az egészségügyi dolgozók körében. Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, (PhD) értekezés. Budapest
33. ZANDER B, BLÜMEL M, BUSSE R. (2013): Nurse migration in Europe—Can expectations really be met? Combining qualitative and quantitative data from Germany and eight of its destination and source countries, International Journal of Nursing Studies 50. 210-218.)

Internetes források

- www1. www.gff-szeged.hu/konyvtar/download/.../savai_janos/lelkigondozas.pdf
(Látogatva: 2014.10.05.)

Melléklet

1.számú melléklet

A kutatásom során használt kérdőív

1. Neme: 1.nő 2.férfi
2. Életkora:.....
3. Hány éve dolgozik egészségügyi pályán?.....
4. Melyik osztályon dolgozik jelenleg?.....
- 5.Hány éve dolgozik ezen az osztályon?.....
6. Milyen szakmai végzettsége van?
 1. szakképzetlen
 2. ápolási asszisztens
 3. szakápoló
 4. BSC diplomás ápoló
 5. MSC diplomás ápoló
 - 6.egyéb.....
7. Gondolt- e már rá, hogy más pályát választ? 1. igen 2.nem
Ha erre a kérdésre nemmel válaszolt ugorjon a 10-es kérdésre!
8. Az egészségügyön kívül szeretne dolgozni? 1.igen 2. nem
- 9.Ugyanebben a kórházban maradna? 1.igen 2. nem
- 10.Munkatársai közül van- e akit a barátjának tekint? 1. igen 2. nem
Ha erre a kérdésre nemmel válaszolt ugorjon a 12-es kérdésre!
- 11.Ha igen hány ember?
 1. 1-3
 2. 3-5
 3. 5-10
 4. 10-nél több
12. Kikéri- e az Ön véleményét az osztállyal kapcsolatos bizonyos döntésekbe? 1. igen. 2. nem
13. Van- e olyan munkatársa akivel az adott osztályon kívül is tartja a kapcsolatot? 1. igen 2. nem
14. Tekintettel vannak az orvosok az ápolók egyéb teendőire? 1. igen 2. nem

15.Milyen gyakran jelennek meg önnél ezek a panaszok?

		Naponta	Hetente többször	Hetente egyszer	Havonta többször	Havonta egyszer	Nagyon ritkán egy évben	Soha
1.	Fejfájás	1	2	3	4	5	6	7
2.	Hányinger,	1	2	3	4	5	6	7
3.	Emésztési problémák	1	2	3	4	5	6	7
4.	Izzadás	1	2	3	4	5	6	7
5.	Alvászavar	1	2	3	4	5	6	7
6.	Ízületi fájdalom	1	2	3	4	5	6	7
7.	Szédülés	1	2	3	4	5	6	7
8.	Fáradtság	1	2	3	4	5	6	7

16.Mi okozza önnek a legnagyobb stresszt a munkájával kapcsolatban? Tegye növekvő sorrendbe 1-10-ig!

1. anyagi megbecsültség hiánya ☐
2. súlyos betegről való gondoskodás ☐
3. a halál ☐
4. munkahelyi körülmények ☐
5. megfeszített munkatempó ☐
6. túlóra ☐
7. sikertelenség érzése ☐
8. rutincselekvések ☐
9. munkahelyi légkör ☐
10. megbecsülés alacsony foka ☐

17.Jellemezze az alábbi állításokat!

		Egyáltalán nem étek egyet	Nem értek egyet	Részben egyetértek	Egyetértek	Teljes mértékben egyetértek
1	Munkatársaival nagyon jól tud/ lehet együttműködni.	1	2	3	4	5
2.	A munkamegosztás jól működik a munkahelyén.	1	2	3	4	5
3.	Munkatársaival jól kijön.	1	2	3	4	5
4.	Fontosnak érzi magát az osztályon dolgozó ápolók csoportjában.	1	2	3	4	5
5.	Teljesülnek a munkával való elvárásai.	1	2	3	4	5
6.	Működik a vezetőséggel az információ csere.	1	2	3	4	5
7.	A vezetők tudnak fegyelmet tartani.	1	2	3	4	5
8.	Sikeresnek érzi magát az osztályon.	1	2	3	4	5
9.	Jól működik a kommunikáció az osztályon belül.	1	2	3	4	5
10.	A főnövével való kapcsolatával meg van elégedve.	1	2	3	4	5
11.	Az osztályon dolgozó orvosokkal való kapcsolatával meg van elégedve.	1	2	3	4	5
12.	Figyelembe veszik az érdekeit a munkája során (pl. munkabeosztásnál).	1	2	3	4	5
13.	Együttműködnek- az orvosok az ápolókkal a mindennapi munka során.	1	2	3	4	5
14.	Az orvosok világosan elmondják az aznapi teendőiket.	1	2	3	4	5
15.	Megbecsültnek érzi magát a betegek által.	1	2	3	4	5
16.	Megbecsültnek érzi magát a társadalom által.	1	2	3	4	5
17.	Megbecsültnek érzi magát a vezetőség által.	1	2	3	4	5
18.	Stresszesnek érzi magát az utóbbi időben.	1	2	3	4	5
19.	Érzelmileg kimeríti a munkája.	1	2	3	4	5
20.	Sikertelennek érzi munkáját.	1	2	3	4	5

18.

	Mennyire tartja ezt problémának az osztályon?	Egyáltalán nem tartom problémának	Nem tartom problémának	Részben problémának tartom	Problémának tartom	Nagy problémának tartom
1.	Felszereltség hiánya	1	2	3	4	5
2.	Személyzet hiánya	1	2	3	4	5
3.	Szünetek hiánya munka közben	1	2	3	4	5

Maslach kiégés kérdőív (MBI)

Milyen gyakran?	0	1	2	3	4	5	6
	soha	néhányszor egy évben vagy kevesebbszer	egyszer egy hónapban vagy kevesebbszer	néhányszor egy hónapban	egyszer egy héten	néhányszor egy héten	minden nap

Milyen erősen?	0	1	2	3	4	5	6	7
	egyáltalán nem	nagyon gyengén, alig észrevehető			közepes(-en)			igen erős (-en)

	<i>gyakoriság</i>	<i>erősség</i>
1. Úgy érzem, hogy a munkámból érzelmileg kikapcsoltam magam.		
2. Úgy érzem, a munkanap végére elhasználódom.		
3. Fáradtnak érzem magam reggel, amikor felkelek, és szembe kell néznem egy újabb nappal a munkában.		
4. Könnyen meg tudom érteni, hogy a klienseim hogyan érznek a dolgokkal (eseményekkel) kapcsolatban.		
5. Úgy érzem, néhány klienseimmel úgy viselkedem, mintha személytelen tárgyak lennének.		
6. Emberekkel dolgozni mindennap valós igénybevételt jelent számomra.		
7. Klienseim problémáit nagyon hatékonyan oldom meg.		
8. Kiégettnek érzem magam a munkám miatt.		
9. Úgy érzem, hogy klienseim életét pozitívan befolyásolom a munkámon keresztül.		
10. Sokkal érzéketlenebbé váltam az emberek iránt, amióta ezt a munkát végzem.		
11. Aggódom, hogy ez a munka érzelmileg megkeményített.		
12. Nagyon energikusnak érzem magam.		
13. A munkámtól frusztráltnak érzem magam.		
14. Úgy érzem, túlságosan keményen dolgozom a munkámban.		
15. Nem törődöm igazán azzal, hogy mi történik néhány kliensemmel.		
16. Túl sok stresszt okoz számomra az, hogy emberekkel dolgozom.		
17. Képes vagyok igazán könnyed légkört teremteni a klienseimmel.		
18. Jókedvűnek és vidámnak érzem magam a betegeimmel végzett munka után.		
19. Nagyon értékes dolgot végzek ebben a munkámban.		
20. Úgy érzem, hogy az erőim végén tartok.		
21. A munkámban az érzelmi problémákat nagyon nyugodtan oldom meg.		

Ryff jólét skálája (1995)

Karikázza be azt a számot, amely legjobban jelzi egyetértésének mértékét az alábbi megállapításokkal kapcsolatban!

1	2	3	4	5	6
erősen					egyáltalán nem
egyetértek					érték egyet

1. Személyiségem legtöbb oldalát szeretem.	1	2	3	4	5	6
2. Amikor megvizsgálom életem történetét, elégedett vagyok azzal, ahogy a dolgok eddig alakultak.	1	2	3	4	5	6
3. Néhány ember céltalanul vándorol egész életében, de én nem tartozom közéjük.	1	2	3	4	5	6
4. Gyakran lehangolnak az élet mindennapi követelményei.	1	2	3	4	5	6
5. Bizonyos tekintetben kiábrándultnak érzem magam az életben nyújtott teljesítményem miatt.	1	2	3	4	5	6
6. Nehézséget és többnyire csalódással teli élményeket hoz számomra a szoros kapcsolatok fenntartása.	1	2	3	4	5	6
7. Napról napra élem az életem és nem igazán gondolok a jövőre.	1	2	3	4	5	6
8. Általában úgy érzem, hogy felelős vagyok azért a helyzetért, amelyben élek.	1	2	3	4	5	6
9. Jól tudom kezelni a mindennapokban rám háruló kötelezettségeket.	1	2	3	4	5	6
10. Néha úgy érzem, mintha már megtettem volna mindent, ami az életben megtehető.	1	2	3	4	5	6
11. Az élet számomra a tanulás, változás és fejlődés szakadatlan folyamata.	1	2	3	4	5	6
12. Úgy gondolom, hogy fontos olyan új élményeket és tapasztalatokat szerezni, amelyek kihívásokat jelentenek önmagunk és világunk újragondolására.	1	2	3	4	5	6
13. Az emberek valószínűleg úgy jellemeznének engem, mint egy adakozó személyt, aki hajlandó időt szentelni másokra.	1	2	3	4	5	6
14. Régen feladtam a próbálkozást arra, hogy valami nagy javulást vagy változást hozzak létre az életemben.	1	2	3	4	5	6
15. Hajlamos vagyok arra, hogy elfogadjam a határozott véleményt képviselő emberek álláspontját.	1	2	3	4	5	6
16. Nem valami sok melegséget és bizalmat tapasztalok a másokkal való kapcsolataimban.	1	2	3	4	5	6
17. Bízom a saját véleményemben még akkor is, ha az gyökeresen eltér mások álláspontjától.	1	2	3	4	5	6
18. Azon értékek alapján ítélem meg magam, amelyeket én fontosnak tartok, nem pedig azok alapján, amiket mások tartanak fontosnak.	1	2	3	4	5	6

2.számú melléklet

A kutatásomhoz lebonyolításához kapott engedély

Szabolcs- Szatmár- Bereg- Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház

	KUTATÁSI, EÜ. DOKUMENTÁCIÓ KÖLCSÖNZÉSI ENGEDÉLY Kórház:..... <u>JAKK</u> Osztály:.....	EHB 4-01/38-01 Változat: I Hatályba lépés: 2013. 04. 01.
	(Signature)	(Signature)

Főig.h. lkt.: MK-SK/9/0002-0/2014 IKEB állásfogl.: Kut. Reg.sz.: 13/2014

1. Kérelmező adatai:

Neve: NAGY ILDIKÓ Szül. idej: 1933. 03. 10. 8/20.
Anyja neve: MÁTE ILDIKÓ ERKA
Lakcíme: 5350 KISKUNHALASZ KUTYEN VESZÉL U. 12. Születési neve: NAGY ILDIKÓ
Munkahely: ŐRSELESI ÉRTÉKELŐ EGYSÉG Tel.: 06 30 646 9359
Oktatási intézmény neve: ŐRSELESI ÉRTÉKELŐ EGYSÉG Munkaköre: HALTÁSAZ
Külföldi nyelvi

2. Kutatás adatai:

Kutatás témája: KI ÉGÉS AZ ÁPOLÓK KÖRÉBEN

Kutatás jogcíme: 52AKDOL602AT .. Kutatás ideje (tól-ig): 2014.03.24 - 2014.06.30

Felhasznált dokumentáció megnevezése: (pl. Kórlap, Zárójelentés, lelet, szabályzat egyéb)

...EGESZSÉGVÉDEL, DOKUMENTÁCIÓ, NEM IGENYELEK

Kutatás módja: anonim kérdőív/adatlap ; esetelemzés ; eredeti dokumentáció ; módszertan

Felhasznált eü. dokumentáció kelte: (től-ig):

[illegible]

Kutatás osztályos résztvevői:

3. Elektronikus adatokra vonatkozó igény: Statisztikai adatok: Nem

Igen

Személyi azonosítót tartalmazó eü. adatok: Nem Igen

Személyi azonosítók:

Lékert adatok köre:.....

Vállalom, hogy a tudásomra jutott névvel összekapcsolt egészségügyi adatokat az Infotv 12§-ában meghatározotti módon kezelem.

Datum: 2.14.03. 24

.....
kérelmező

4. Külső kérelmező kutatásának támogatása, vagy osztályos szintű kutatás jóváhagyása:

kutatott terület oszt. adatvédelmi felelős

kutatott terület vezetője / főorvosa

Adatbázis lekérdezést végezte:

Dátum: Neve: Átvettem:

5. Több osztályt/kórházat/területet érintő kutatás, illetve külső kérelem jóváhagyása

Engedélyező igazgató véleménye:.....Engedélyezem

Datum: 2014. 09. 26.

Kapja: 1/Irártár, vagy osztály 2/kérelmező 3/Adatvédelem

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68. Tel: 42/599-700

E:\B 4-01_38-04_v1_13.kulatasi



Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak
és Egyetemi Oktatókórház

ADATVÉDELEM

Székhely: 4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68.
Levelezési cím: 4403 Nyíregyháza, Pf. 46.
Adószám: 15813743-2-15

Telefon: +36 (42) 599 700/1046 • Fax: +36 (42) 461 174
E-mail: adatvo@josa.hu

Dr. Adorján Gusztáv
Főigazgató Helyettes

Kutatási reg. szám: 13/2014 KK

Tárgy: Kutatási kérelem

Tisztelt Főigazgató Helyettes Úr!

Nagy Ildikó a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának ápolás és betegellátás - ápoló szakos hallgatója szakdolgozatát

„Kiegészítés az ápolók körében” témában készítené el.

Hallgató a kutatását a Jósa András Oktatókórház Neurológiai, Szemészeti, Fül-Orr-Gégészeti, Krónikus Belgyógyászat és Geriátriai, Ápolási és a Sántha Kálmán Szakkórház geronto pszichiátriai osztályán dolgozó ápolók között kiosztásra kerülő anonim kérdőívre kapott válaszok adatainak feldolgozásával mutatná be.

A kutatás ideje : 2014 március. 24 – 2014. június 30.

Hagyományos (papíralapú) dokumentációra, elektronikus adatbázis hozzáférésre nincs szüksége.

Kéri Főigazgató Helyettes úr hozzájárulását.

Adatvédelmi megjegyzés: a kérdőívhez történő hozzájutás módjánál a kiosztásos módszert az anonimitás megőrzése szempontjából nem tartom kívánatosnak. Javaslom a kérdőív meghatározott helyen (Pl. osztály nővérpultjánál, pihenő szobájában, stb.) történő elhelyezését és a célcsoport tájékoztatását a kérdőív kitöltésének lehetőségéről. Javaslom továbbá, hogy a kitöltött kérdőívek összegyűjtése ugyanilyen módon valósuljon meg.

Melléklet:

- Kutatási, eü. dokumentációkölcsönzési engedély
- Kutatási terv
- Anonim kérdőív

Nyíregyháza, 2014. március 26.

Köszönettel:


Dr. Petrus Anna
adatvédelmi megbízott megbízásából
Gaál Katalin
adminisztrátor

1. Címzett
2. Adatvédelem

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei
Kórházak és Egyetemi Oktatókórház
Adatvédelem
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68.

	KUTATÁSI, EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓ	EHB 4-01/38-01
	KÖLCSÖNZÉSI ENGEDÉLY	Változat: 2 Hatályba lépés: 2014. 04. 07.
Telephely:		Osztály:

HK-SA/9/0018-01/214

Főig.h.lkt.: IKEB állásfogl.: Kut. Reg.sz.: 13.2014.44

1. Kérelmező adatai:

Neve: NAGY ILDIKÓ Szül. idő: 1993.03.10.
Anyja neve: MÁTÉ ILDIKÓ ERIKA Születési neve: NAGY ILDIKÓ
Lakcíme: 5340 KISVÉRTÉNY KUTAS JÉZER U. 27. Tel: 06.30.646.3953
Munkahely: DEBRECENI EGYETEM EGÉSZSÉGÜGYI KAR Munkaköre: HALLGATÓ
Oktatási intézmény neve: DEBRECENI EGYETEM EGÉSZSÉGÜGYI KAR Szak: NŐDOKS ÉS BETEGELLÁTÁS - NŐDOKS

2. Kutatás adatai:

Kutatás témája: KÉPES AZ NŐDOKS KÖRÉBEN
Kutatás jogcíme: STADOLGOZAT Kutatás ideje (től-ig): 2014.04.18 - 2014.06.30.
Felhasznált dokumentáció megnevezése: (pl. Kórlap, Zárójelentés, lelet, szabályzat egyéb)
EGÉSZSÉGÜGYI DOKUMENTÁCIÓT NEM ILYEN ELEG
Kutatás módja: anonim kérdőív/adatlap ; esetelemzés ; eredeti dokumentáció ; módszertan
Felhasznált eü. dokumentáció kelte: (től-ig):
Kutatás helye(i): KARDOLGÁ, IV. BELV. ÖSSZEÁLL. IDEG ÉS GERINC SZAK. U. 10. ÁLTALÁNOS EGÉSZSÉG, RENDELŐ
Kutatás osztályos résztvevői: NŐDOKS

3. Elektronikus adatokra vonatkozó igény: Statisztikai adatok: Nem Igen

Személyi azonosítót tartalmazó eü. adatok: Nem Igen
Személyi azonosítók:
Lekért adatok köre:
.....
.....

Dátum: 2014.04.18. Nagy Ildikó

kérelmező

4. Külső kérelmező kutatásának támogatása, vagy osztályos szintű kutatás jóváhagyása:

Adatbázis lekérdezést végezte: Mórész István
Dátum: Neve: Átvett:
Mórész István
VOS

kutatott terület vezetője / főorvosa

5. Több osztályt/kórházat/területet érintő kutatás, illetve külső kérelmező jóváhagyása:

Engedélyező igazgató véleménye:
Dátum:

Kapja: 1/Irártár, vagy osztály 2/kérelmező 3/Adatvédelem



Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak
és Egyetemi Oktatókórház

ADATVÉDELEM

Székhely: 4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68.
Levelezési cím: 4403 Nyíregyháza, Pf. 46.
Adószám: 15813743-2-15

Telefon: +36 (42) 599 700/1046 • Fax: +36 (42) 461 174
E-mail: adatvo@josa.hu

Dr. Adorján Gusztáv
Főigazgató Helyettes

Kutatási reg. szám: 13/2014 KK

Tárgy: Kutatási kérelem

Tisztelt Főigazgató Helyettes Úr!

Nagy Ildikó a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karának ápolás és betegellátás - ápoló szakos hallgatója szakdolgozatát

„*Kiegészítés az ápolók körében*” témában készítené el.

Hallgató a kutatását Intézetünk Kardiológiai, IV. Belgyógyászati, Ideg és Gerincsebészeti, Általános sebészeten, Rehabilitációs Osztályon dolgozó ápolók között kiosztásra kerülő anonim kérdőívre kapott válaszok adatainak feldolgozásával mutatná be.

A kutatás ideje : 2014 április 18. – 2014. június 30.

Hagyományos (papíralapú) dokumentációra, elektronikus adatbázis hozzáférésre nincs szüksége.

Kéri Főigazgató Helyettes úr hozzájárulását.

Adatvédelmi megjegyzés: a kérdőívhez történő hozzájutás módjánál a kiosztásos módszert az anonimitás megőrzése szempontjából nem tartom kívánatosnak. Javaslom a kérdőív meghatározott helyen (Pl. osztály nővérpultjánál, pihenő szobájában, stb.) történő elhelyezését és a célcsoport tájékoztatását a kérdőív kitöltésének lehetőségéről. Javaslom továbbá, hogy a kitöltött kérdőívek összegyűjtése ugyanilyen módon valósuljon meg.

Melléklet:

- Kutatási, eü. dokumentációkölcsönzési engedély
- Kutatási terv
- Anonim kérdőív

Nyíregyháza, 2014. április 18.

Köszönettel:

Gaál Katalin

Dr. Petrus Anna
adatvédelmi megbízott megbízásából
Gaál Katalin
adminisztrátor

1. Címzett
2. Adatvédelem

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei
Kórházak és Egyetemi Oktatókórház
Adatvédelem
4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68

Nyíregyháza- Városi Református Egyházközség Sóstói Szivárvány Idősek otthona

Nyíregyháza- Városi Református Egyházközség Sóstói Szivárvány Idősek Otthona

Dr. Kovács- Szilágyi Eszter

intézményvezető

részére

Tisztelt Intézményvezető Asszony!

Nagy Ildikó, III. éves ápoló hallgató vagyok a Debreceni Egyetem Egészségügyi Karán és azzal a kéréssel fordulok Önhöz, hogy a szakdolgozatomhoz szükséges kérdőív kiosztását engedélyezze az intézményben.

Szakdolgozatom témája: Kiegészítés az ápolók körében, a kitölteni kívánt kérdőív önkéntes és anonim.

Nyíregyháza, 2014. 05.14.

Tisztelettel:

Nagy Ildikó

Nagy Ildikó
alírási

Engedélyezem:



Dr. Kovács- Szilágyi Eszter
intézményvezető

Nyíregyháza, 2014. 06.10.

SÓSTÓI SZIVÁRVÁNY IDŐSEK OTTHONA	
Sóstófürdő	
Beérkezés: 2014. évi 05. hó 14. nap	
Ugyaszi száma: 1437-1/2014	Intézmény kódja:
Ugyaszi vezető neve: Kovács- Szilágyi Eszter	Mezőkód: 1
Utószáma:	