

Kiegész szindróma a szegedi SBO dolgozóinak körében a koronavírus-járvány után

A kiegész szindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Sürgősségi
Betegellátó Önálló Osztály dolgozóinak körében a koronavírus-járvány után

Bicskei Rebeka Julianna

SZTE BTK Pszichológiai Intézet

Témavezetők:

Dr. Tőreki Annamária

Dr. Sallay Viola

2023. január

Tartalom

Összefoglaló	3
Bevezetés.....	4
A kiégés szindróma	4
Kiégés szindróma az egészségügyi dolgozók körében.....	4
<i>Az egészségügyi dolgozók kiégését befolyásoló tényezők</i>	<i>4</i>
<i>Az egészségügyi dolgozók kiégésének jelentősége</i>	<i>6</i>
A koronavírus-járvány hatása	6
A kiégés vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályán.....	7
Célkitűzés	8
Anyag és módszer	9
Résztevők.....	9
<i>A koronavírus-járvány előtti, alatti és utáni felmérésben résztvevők csoportjai.....</i>	<i>10</i>
Vizsgálati eszközök	10
A vizsgálat leírása.....	11
Statisztika.....	11
<i>A kiégés és a demográfiai, valamint életmóddal kapcsolatos tényezők közötti összefüggés elemzéséhez használt próbák</i>	<i>11</i>
<i>A koronavírus-járvány előtti, alatti és utáni kiégés-értékek összehasonlításához használt próbák</i>	<i>12</i>
Eredmények.....	13
A kiégés-skálák eredményei.....	13
Demográfiai változók és a kiégés kapcsolata	13
Életmóddal kapcsolatos változók és a kiégés kapcsolata	16
A koronavírus-járvány előtti, alatti és utáni kiégés-eredmények összehasonlítása.....	17
Megvitatás	20
A kiégés kapcsolata a demográfiai változókkal	20

<i>Az életkor és az egészségügyben töltött évek számának kapcsolata a deperszonalizációval</i>	20
<i>A nők és férfiak kiégésének összehasonlítása</i>	20
A kiégés kapcsolata az életmóddal kapcsolatos változókkal.....	21
<i>A testi tünetek és a deperszonalizáció kapcsolata</i>	21
<i>A dohányzás és a teljesítmény kapcsolata</i>	21
Kiégés a koronavírus-járvány tükrében.....	21
<i>Érzelmi kimerülés a koronavírus-járvány tükrében</i>	22
<i>Teljesítmény a koronavírus-járvány tükrében</i>	22
<i>Deperszonalizáció a koronavírus-járvány tükrében</i>	22
A kiégés megelőzése és kezelése.....	23
Limitációk.....	23
Felhasznált irodalom	25

Összefoglaló

A kiegész szindróma prevalenciája egészségügyi dolgozók körében igen magas, kiváltképp a sürgősségi munkakörökben. A koronavírus-járvány jelentős terhet jelentett az egészségügyi szervezeteknek, ám a járványhelyzet csillapodásával lassan normalizálódnak a körülmények. Jelen kutatás a kiegész szindróma koronavírus-járvány utáni mértékét kívánja összehasonlítani a járvány előtti és alatti vizsgálatok eredményeivel, hipotézisként felállítva, hogy a járvány után jelentősen alacsonyabb az egészségügyi dolgozók kiegész, mint a járvány alatt volt. Emellett a vizsgálat a kiegész kialakulását elősegítő és hátráltató, demográfiai és életmódbeli tényezők feltárására is irányult, feltételezve a szakirodalomban kimutatott összefüggések érvényesülését. A Szegedi Tudományegyetem Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályának dolgozói ($n = 88$) által kitöltött Maslach Burnout Inventory eredményei szerint a dolgozók a koronavírus-járvány utáni időszakban a kiegész érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, és teljesítmény skáláján is mérsékelt szintű kiegész mutatnak. Alacsonyabb deperszonalizációról számoltak be a magasabb életkorú és az egészségügyben régebb óta munkát vállaló dolgozók, emellett a több testi tünet összefüggést mutatott a nagyobb fokú deperszonalizációval. Jelen minta kiegész-értékei a COVID-19 járvány előtt és alatt végzett felmérésekhez képest szignifikánsan eltérnek a teljesítmény ($H(2) = 11,85$, $p = 0,003$) területén. A koronavírus-járvány utáni felmérésben résztvevők magasabbnak értékelték a teljesítményüket, mint a járvány előtti ($W = -4,14$, $p = 0,01$) és alatti ($W = 3,97$, $p = 0,014$) időszakban résztvevők. Jelentős eltérés mutatkozott az érzelmi kimerülés ($H(2) = 6,3$, $p = 0,043$) tekintetében is, ám a három felmérés eredményeinek páronkénti összevetésekor nem jelent meg szignifikáns különbség. A fenti eredményekből láthatjuk, hogy a koronavírus-járvány hatása fokozatosan enyhül, ám a kiegész csökkenő tendenciájának fenntartása érdekében továbbra is szükséges az egészségügyi dolgozók számára prevenció és intervenció programok biztosítása.

Kulcsszavak: kiegész, sürgősségi osztály dolgozói, koronavírus-járvány

Plágiumnyilatkozat: A plágiumszabályokat ismerem, és dolgozatomban azokat betartottam.

Bicskei Rebeka Julianna, 2023.01.09.

Bevezetés

A kiegész szindróma

A kiegész szindróma egy hosszú évtizedek óta vizsgált jelenség, amely az egyén tartós emocionális megterhelésre adott válasza. Jellemző tünetei a fizikai és emocionális kimerülés, reménytelenség, inkompetencia érzése, valamint az egyén saját személyére, másokra, és a munkájára irányuló negatív attitűdje (Fekete, 1990). Három dimenzióját különböztethetjük meg, melyek az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció, és a teljesítmény (Maslach és mtsai., 2001). A kiegész tipikusan munkahelyi környezetben jelenik meg, okai leginkább a külső - munkáltatótól, társadalomtól érkező -, valamint a belső - az egyén önmaga iránt táplált - elvárások, illetve a feladatkör rutinszerűvé, egyhangúvá válása (Freudenberger, 1974). A kiegész kialakulásában jelentős szerepet játszó fizikai kimerülés ösztönzően hat a munkától való érzelmi és kognitív eltávolodásra, így küzdve meg a túlterhelődéssel. Az ilyen módon kialakuló cinizmus csökkenti a hatékonyságot, valamint a munkával való megelégedettséget (Maslach és mtsai., 2001). Különösen nagy arányban fordul elő a kiegész a segítő szakmákban, mivel az ilyen területen dolgozó személyek gyakran a saját igényeik feladása ellenére is ragaszkodnak a másokon való segítséghez. Ilyen foglalkozások többek között a tanári, pszichológusi, egészségügyi pályák (Schmidbauer, 1977). A kiegészzt súlyosbító további tényezők lehetnek számukra a munka és magánélet közötti határ elhalványulása, az alacsony jövedelem, a társadalmi és a szakmai elismertség, valamint az intézményi támogatottság hiánya, a hosszú munkaidő és az irreális elvárások (Fekete, 1990).

Kiegész szindróma az egészségügyi dolgozók körében

A kiegész szindróma által más foglalkozásokhoz képest kifejezetten veszélyeztetettek közé tartoznak az egészségügyi dolgozók. A kiegész előfordulásának gyakoriságáról született eredmények szerint az egészségügyi dolgozók hozzávetőleg 30-60%-a mérsékelt vagy magas szintű kiegészről számol be (Ádám és mtsai., 2009, 2015; Shanafelt és mtsai., 2012). Mivel a kiegészzt feltáró tanulmányok többnyire önkéntes részvétellel, önkitöltős módon valósulnak meg, a kiegész előfordulásának gyakorisága nagy valószínűséggel aluljelentett, azaz több egészségügyi dolgozó küzd a szindrómával, mint amennyiről az a felméréseken keresztül kiderül (Dimou és mtsai., 2016).

Az egészségügyi dolgozók kiegészét befolyásoló tényezők

Az egészségügyi dolgozók kiegészének előfordulását környezeti és személyes faktorok is befolyásolják. A kiegész kialakulásában legjelentősebb környezeti faktorok a munkaórák

átlagosnál magasabb száma, a munka és a magánélet instabil egyensúlya, a tisztázatlan munkafeltételek, a képességeken túlmutató felelősségvállalás, az alacsony kontroll, a túlórázás, a társas támogatottság és jutalmazás hiánya, valamint a kielégítetlen eszközigeny (Ádám és mtsai., 2015; Demir és mtsai., 2003; Mészáros és mtsai., 2013; Shanafelt és mtsai., 2012). Összességében, a kiegészítést leginkább a magas stressz és az alacsony elégedettség indokolja (Visser és mtsai., 2003). Az eddigi kutatások alapján a kiegészítés kialakulásában meghatározó személyes faktorok az életkor, a gyermekek száma, a családi állapot, a munkaviszony hossza, a munka jellege, és az aktuális munkahelyek száma. Magasabb a kiegészítés-szintje azoknak a dolgozóknak, akik 30 évnél fiatalabbak, egyedülállók vagy elváltak, nincsenek gyermekeik, 10 évnél kevesebb ideje dolgoznak az egészségügyben, sürgősségi vagy fekvőbeteg-ellátásban dolgoznak, esetleg több munkahellyel rendelkeznek. Ezen változók kombinációi különösen erős prediktív tényezők (Ádám és mtsai., 2015; Alacacioglu és mtsai., 2009; Cañadas-De la Fuente és mtsai., 2018; Györffy, 2019; Györffy & Girasek, 2015; Hompoth és mtsai., 2018; Stankovic és mtsai., 2019). A kiegészítés további, életmóddal kapcsolatos súlyosbító tényezői a magasabb számú testi tünet (Hompoth és mtsai., 2018; Stankovic, 2022), a pszichiátriai betegségek kezelt vagy kezeletlen formában való jelenléte (Grassi & Magnani, 2000), a rendszeres dohányzás (Alanazi és mtsai., 2020; Fabio és mtsai., 2019), és a testmozgás hiánya (El-Menyar és mtsai., 2021). A kiegészítésre hajlamosító tényezők kölcsönhatásban állnak egymással, így például a munkahelyi stressz és a dohányzás növelik a testi tünetek megjelenésének valószínűségét (Pikó, 2001). Eltérés figyelhető meg az orvosok és az egyéb egészségügyi dolgozók kiegészítésének mértékében. Az orvosok jellemzően magasabb kiegészítés-szintet mutatnak, mint más beosztásban lévő kollégáik (Shanafelt és mtsai., 2012; Stankovic, 2022). Ezzel szemben az iskolai végzettség magasabb szintje protektív tényezőként tűnik fel, a képzettség magasabb szintű teljesítményt és szakmai elégedettséget eredményez (Demir és mtsai., 2003). A kiegészítés és a nem kapcsolatáról eltérő eredmények születtek (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Pachi et al., 2022). A nők és férfiak kiegészítésének mértéke között alapvetően nincs jelentős különbség, ám az elmondható, hogy a nők jellemzően magasabb érzelmi kimerülésről, míg a férfiak jellemzően magasabb deperszonalizációról számolnak be (Purvanova & Muros, 2010). Az egyéni és környezeti tényezők nem kizárólagos befolyásolói a kiegészítés kialakulásának, számításba kell venni a jelenség áttételes, mondhatni ragályos jellegét is. Egy Európa-szintű vizsgálat eredményei szerint azok az ápolók éltek át a legnagyobb eséllyel maguk is magas szintű kiegészítést, akik kollégáik körében a legmagasabb kiegészítés gyakoriságáról számoltak be (Bakker és mtsai., 2005). Ezek a tényezők együttesen támasztják alá azt a megközelítést, miszerint hosszú távon

az egészségügyi dolgozók kiegészítésének megelőzéséhez nem csak az egyének, hanem a teljes munkahelyi szervezet szintjén is szükségesek beavatkozások (Ibrahim és mtsai., 2022; Visser és mtsai., 2003).

Az egészségügyi dolgozók kiegészítésének jelentősége

Az egészségügyi dolgozók kiegészítésének megelőzése, valamint kezelése megkülönböztetett figyelmet igényel. Mérsékelt vagy magas szintű kiegészítéssel rendelkező orvosok jelentősen több hibát ejtenek a betegellátásban (pl. nem megfelelő beavatkozás, késleltetett diagnózis), mint alacsony szinten, vagy egyáltalán nem kiegészített kollégáik. Ezen hibázásokat nem környezeti, hanem egyéni szintű tényezők váltják ki, mint az érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, és nagyfokú nyomás érzése (Prins és mtsai., 2009; Shanafelt és mtsai., 2010). Az egészségügyi ellátás során fellépő hibák hosszú távon is erősen meghatározó, káros következményekkel járhatnak mind az orvosok, mind a páciensek, mind pedig az egészségügyi intézmények számára (Leape és mtsai., 1991). A rezidensek pályaelhagyását indukáló leggyakoribb okok az alvásmegvonás, a munkaórák túlzott száma és a nem megfelelő munkakörülmények (Gifford és mtsai., 2014), melyek megegyeznek a kiegészítést kiváltó környezeti tényezőkkel.

A koronavírus-járvány hatása

A COVID-19 vírus rohamos terjedése okozta világjárvány eddig még nem tapasztalt zavart okozott a mindennapi életben (Robertson & Doshi, 2021). Ahogy a fertőzés egyre több országot érintett egyre súlyosabb mértékben, a felnőtt populációban a szorongás és a depresszió szintjének növekedése, valamint a mentális egészség romlása volt megfigyelhető (Généreux és mtsai., 2021). A járványhelyzet kifejezetten nagy terhet helyezett az egészségügyi ellátórendszerre és annak munkavállalóira, akik foglalkozásukból kifolyólag nap mint nap szembesültek a vírus okozta körülményekkel, következményekkel. A nem mindennapi és fokozott veszélyességű helyzet miatt keletkező szorongás a kiegészítés által még inkább veszélyeztetett csoporttá tette az egészségügyi dolgozókat (Stoyanova & Stoyanov, 2021). Ebben az időszakban akár megközelítőleg 45-80%-os szintre is nőtt a kiegészítés előfordulásának gyakorisága (Ibrahim és mtsai., 2022; Stankovic és mtsai., 2022). Ez jóval magasabb arány, mint ugyanebben az időszakban az általános népesség kiegészítésének gyakorisága, vagy mint a korábbi években a SARS és MERS járványok alatt gyűjtött ápolói kiegészítés-tesztek eredményei (Al-Maqbali és mtsai., 2021). A COVID-19 járvány által előidézett sürgős intézkedések következményeként számos dolgozó új munkakörnyezetbe került, ahol a

szerepkör tisztázatlansága, a megnövekedett érzelmi igénybevétel, a megfelelő eljárási rendszer és a szükséges felszerelések hiánya csökkentették a munkával való elégedettség szintjét, ezzel növelve a kiegésző megjelenésének esélyét (Sasangohar és mtsai., 2020). Nagyobb fokú kiegészőt tapasztaltak a tartósabb ideig frontvonalban, közvetlenül koronavírus-fertőzött páciensekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók, különösképpen a fiatalabb, kevesebb tapasztalattal rendelkező női ápolók (Batra és mtsai., 2020; Ibrahim és mtsai., 2022; Pachi és mtsai., 2022; Sikaras és mtsai., 2021). A kiegésző mellett az egészségügyi dolgozók jellemzően nagyobb gyakorisággal tapasztaltak depressziót, alvászavart és szorongást is a koronavírus-járvány alatt (Al-Maqbali és mtsai., 2021; Deng és mtsai., 2021; Pachi és mtsai., 2022). A kiegésző jelensége alapvetően munkahelyi vonatkozású, ám a koronavírus-járvány esetében bizonyos mértékben összefüzdött a személyes élettel is. Az egészségügyi dolgozók helyzete által a családtagjaik is a fertőzés fokozott veszélyének voltak kitéve, ami hozzájárult a dolgozók általános szorongásának növekedéséhez (Sasangohar és mtsai., 2020).

A kiegésző vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályán

Jelen tanulmány a sürgősségi munkakörben dolgozóakra helyezi a hangsúlyt, akik között az egyéb egészségügyi pályán dolgozókhoz képest is nagyobb arányban fordul elő kiegésző (Shanafelt és mtsai., 2012). A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályának dolgozói az elmúlt években többször is részt vettek a kiegészőt felmérő vizsgálatokban. 2018-ban, a koronavírus-járvány előtti időszakban végzett felmérés eredményei mérsékelt szintű kiegészőről tanúskodtak az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció és a teljesítmény tekintetében is. 2021 nyarán, a koronavírus-járvány alatt a szegedi Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály dolgozói szignifikánsan magasabb kiegésző-szintet értek el, mint a járvány előtt. A magas szintű kiegésző korábbi 5%-os előfordulásával ellentétben a pandémia alatt ez az arány 40%-ra nőtt. Ezen felmérés részeként a koronavírusról való félelem és a kiegésző összefüggése is vizsgálva volt, melynek eredménye szerint azok a dolgozók, akik a járvánnyal kapcsolatban magasabb szintű félelmet éltek meg, nagyobb eséllyel számoltak be kiegészőről is. Emellett egyenesen arányos összefüggés mutatkozott a kiegésző és a depresszió között, és fordítottan arányos összefüggés a kiegésző és a szorongás között (Stankovic, 2022). Ebben az időszakban a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály számos dolgozója lett átirányítva a COVID-19 Intenzív Terápiás Osztályra.

Célkitűzés

Tanulmányunk célja a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályán dolgozók kiegészének vizsgálata a COVID-19 világjárvány utáni időszakban, a kiegész kialakulását elősegítő és hátráltató, demográfiai és életmódbeli tényezők feltárása, valamint a járvány előtti, alatti és utáni időszakban felvett kiegész-tesztek eredményeinek összehasonlítása. A koronavírus-járvány elleni védőoltás elterjedésével fokozatosan csökken a vírus okozta halálozások száma, valamint nő a személyes és kollektív immunitás. Bár a vírus véglegesen eltűnni nem fog (Robertson & Doshi, 2021), az eddigiekhez képest jelentősen kevesebb teher hárul az egészségügyre, és a korlátozások visszaszorulásával a személyes élet is visszatérhet a megszokotthoz (Ioannidis, 2022). Erre alapozva hipotézisként állítottuk fel, miszerint a koronavírus-járvány után az egészségügyi dolgozók érzelmi kimerülésének és deperszonalizációjának mértéke alacsonyabb, mint a járvány alatt. A saját teljesítmény mértékének megítélésével kapcsolatban valószínűsítettük, hogy a dolgozók a járvány utáni időszakban alacsonyabbnak ítélik a teljesítményüket a járvány alatti felfokozott mértékű teljesítményhez képest. Korábbi évek eredményei alapján feltételeztük, hogy az egészségügyi dolgozók körében a kiegész hátráltató tényezők a magasabb életkor (Alacacioglu és mtsai., 2009; Györffy & Girasek, 2015), a magasabb gyermekszám (Cañadas-De la Fuente és mtsai., 2018; Györffy & Girasek, 2015), az egészségügyben töltött évek magasabb száma (Ádám és mtsai., 2015; Hompoth és mtsai., 2018), a magasabb iskolai végzettség (Demir és mtsai., 2003), és a rendszeres testmozgás (El-Menyar és mtsai., 2021), a kiegész rizikótényezője pedig a heti munkaórák (Fekete, 1990; Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997) és a testi tünetek magasabb száma (Hompoth és mtsai., 2018; Stankovic és mtsai., 2020), a másik állás megléte (Györffy & Girasek, 2015), az egyedülálló családi állapot (Alacacioglu és mtsai., 2009; Cañadas-De la Fuente és mtsai., 2018), a pszichés probléma megléte (Ádám és mtsai., 2015; Grassi & Magnani, 2000), és a rendszeres dohányzás (Alanazi és mtsai., 2020; Fabio és mtsai., 2019). Valószínűnek tartottuk azt is, hogy az orvosok kiegészének mértéke magasabb, mint az ápolók és egyéb egészségügyi dolgozók kiegészének mértéke (Shanafelt és mtsai., 2012; Stankovic, 2022), valamint, hogy az egészségügyi dolgozók körében a nők és a férfiak kiegészének mértéke között összességében nincs jelentős eltérés (Purvanova & Muros, 2010).

Anyag és módszer

Résztvevők

A kérdőívesomago 90 egészségügyi dolgozó töltötte ki a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályáról. A 90 beküldött kérdőív közül 88 volt kiértékelhető. A kitöltők között 73 nő és 15 férfi volt, 21 és 59 év közöttiek, átlagéletkoruk 38,63 év volt ($SD = 9,87$). A legnagyobb arányban ápolók válaszoltak (62,5%), őket követték az egyéb dolgozók (20,5%) – úgymint orvosírnokok, mentőtisztek, segédápolók, adminisztrátorok, - valamint az orvosok (17%). A vizsgálati résztvevők demográfiai és életmóddal kapcsolatos adatai az 1. és 2. táblázatban találhatók.

1. táblázat

Résztvevők demográfiai adatai

	Életkor (n = 88)	Gyermekek száma (n = 88)	Egészségügyben eltöltött évek száma (n = 88)	SBO-n eltöltött évek száma (n = 88)	Heti munkaórák száma az SBO-n (n = 88)	Heti munkaórák száma másik állással együtt (n = 26)
Átlag	38,63	1,08	15	7,34	39,92	57,92
SD	9,87	1,09	10,74	5,86	13,82	12,39

2. táblázat

Résztvevők demográfiai és életmóddal kapcsolatos adatai

	n	%
Család állapot		
Egyedülálló	25	28%
Párkapcsolatban	63	72%
Van másik állása?		
Igen	26	30%
Nem	62	70%
Beosztás		
Orvos	15	17%
Ápoló	55	63%
Egyéb	18	20%
Legmagasabb iskolai végzettség		
Szakiskola, szakmunkásképző	2	2%
Érettségi	23	26%
Felsőfokú képesítés	16	18%
Főiskolai/egyetemi diploma	40	45%
Posztgraduális végzettség	7	8%

	n	%
Kezelték valaha pszichés problémával?		
Igen	13	15%
Nem	75	85%
Milyen rendszerességgel dohányzik?		
Rendszeresen	35	40%
Alkalmanként	7	8%
Leszoktam	15	17%
Soha	31	35%
Milyen rendszerességgel sportol?		
Rendszeresen	22	25%
Alkalmanként	33	38%
Soha	33	38%

A koronavírus-járvány előtti, alatti és utáni felmérésben résztvevők csoportjai

A járvány előtti ($n = 82$) és a járvány alatti ($n = 45$) felmérések (Stankovic, 2022) mintájának elemszáma eltér a jelen felmérésben résztvevők számától ($n = 88$). Mivel a kérdőívek kitöltése teljesen anonim módon valósult meg, valamint az előző felmérések időpontja óta a szegedi Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon dolgozók körében jelentős fluktuáció volt megfigyelhető, így nem bizonyítható, hogy a három felmérésben ugyanazok a dolgozók vettek részt. Ám mivel a 2022-es vizsgálat során közel kétszer annyi kitöltés érkezett be ($n = 88$), mint Stankovic (2022) 2021-es felmérésében ($n = 45$), így biztosan megállapítható, hogy a korábbi kitöltőktől különböző dolgozók is részt vettek a járvány utáni felmérésben. A három csoport jellemzőinek összehasonlításakor olyan demográfiai adatokra támaszkodhattunk, melyek mindhárom csoport esetében rögzítésre kerültek. Ezek voltak a nem, az életkor, a családi állapot, a gyermekek száma és a legmagasabb iskolai végzettség szintje. A 2018-as, 2021-es (Stankovic, 2022) és 2022-es kitöltők csoportjai között nem mutatkozott jelentős különbség az életkor ($H(2) = 0,76$, $p = 0,683$), a gyermekek száma ($H(2) = 0,07$, $p = 0,964$), és a családi állapot ($\chi^2(8) = 3,67$, $p = 0,886$) tekintetében. A három csoport szignifikánsan eltért egymástól a nemet ($\chi^2(2) = 61,43$, $p < 0,001$) és a legmagasabb iskolai végzettséget ($H(2) = 10,12$, $p = 0,006$) illetően. Mindezek fényében a három mintát az eredmények összehasonlítása során független csoportokként kezeltük.

Vizsgálati eszközök

A vizsgálat két kérdőívből állt. Az első kérdőív a kitöltők demográfiai és életmóddal kapcsolatos adatait rögzítette (nem; életkor; családi állapot; egy háztartásban élők száma; gyermekek száma; legmagasabb iskolai végzettség; beosztás; egészségügyben töltött évek száma; Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon töltött évek száma; heti munkaórák száma a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon; Van másik állása?; heti munkaórák száma másik állással együtt; testi tünetek; Szed valamilyen gyógyszert vagy gyógyszerkészítményt?; Kezelték valaha pszichés problémával?; dohányzás rendszeressége; sporttevékenység rendszeressége; testsúly, testmagasság) (1. melléklet). A második a Maslach Burnout Inventory egészségügyi dolgozók számára adaptált (MBI-HSS (MP)) 22-elemű, magyar változata volt, melyben az egyes állításokat 0-6-ig terjedő Likert-skálán lehetett értékelni. A Maslach Burnout Inventory három alskálára osztható, melyek az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció és a teljesítmény. Az érzelmi kimerülés skála 9 eleme a munkában megjelenő, túlzott elvárások miatt kialakuló pszichés fáradtságot méri. A deperszonalizáció skála 5 eleme az egészségügyi dolgozó ellátása alatt álló betegek felé irányuló

személytelenségének, érzéketlenségének mértékét mutatja ki. A teljesítmény skála 8 elemből áll, és a munkában tapasztalt sikereket és a dolgozó saját kompetencia-érzését méri. Mindhárom skálán megkülönböztethetők alacsony, mérsékelt, és magas szintű tartományok. Az érzelmi kimerülés és deperszonalizáció skálákon elért magasabb pontszám erősebb kiegészőre utal, míg a teljesítmény skálán az alacsonyabb pontszám jelzi a magasabb szintű kiegészőt (Ádám & Mészáros, 2012; Maslach és mtsai., 1996) (2. melléklet).

A vizsgálat leírása

A vizsgálat egy nagyobb felmérés részeként valósult meg, melynek során a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályán dolgozók életmódja, egészségi állapota, testi attitűdjei és dohányzási szokásai töltötték be a központi szerepet, a kiegésző szindrómával összefüggésben. A teljes vizsgálat online formában, a Szegedi Tudományegyetem Evasys rendszerén keresztül valósult meg, önkéntes alapú részvétellel. A Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály dolgozói 2022. július 25. és 2022. szeptember 7. között hat héten át, hetente kaptak e-mailen keresztül értesítést a kérdőívcsomaghoz vezető linkkel. Az üzenet felhívta a figyelmüket a kérdőívek kitöltésének fontosságára. A beleegyező nyilatkozat röviden tájékoztatta a kitöltőt a vizsgálat céljáról, menetéről, a részvétel és az adatkezelés anonim módjáról. Ez az online kitöltő felület legelső eleme volt, így, ha a résztvevő nem járult hozzá az eredményeinek felhasználásához, akkor a rendszer nem is engedte tovább a kérdések megválaszolásához. A vizsgálatra a Szegedi Tudományegyetem, Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Regionális Humán Orvosbiológiai és Kutatásetikai Bizottságának etikai engedélyével került sor. Az etikai engedély száma: 110/2022-SZTE RKEB (3. melléklet).

Statisztika

A kiegésző skálák eredményeinek normáeloszlása több skála esetében is sérült, ezért az érzelmi kimerülést, a deperszonalizációt és a teljesítményt érintő elemzések során ennek megfelelően a statisztikai próbák nem-parametrikus változataival dolgoztunk. A statisztikai elemzéshez a Jamovi statisztikai program 2.3-as verzióját használtuk, a szignifikanciaszint $p < 0,05$ volt.

A kiegésző és a demográfiai, valamint életmóddal kapcsolatos tényezők közötti összefüggés elemzéséhez használt próbák

Spearman-korrelációval vizsgáltuk meg az életkor, a gyermekek számának, az egészségügyben eltöltött évek számának, a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon eltöltött

évek számának, a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon dolgozott heti munkaórák számának, a másik állással együtt dolgozott heti munkaórák számának, és a testi tünetek számának kapcsolatát a kiegésző három dimenziójával, az érzelmi kimerüléssel, a deperszonalizációval és a teljesítménnyel. Mann-Whitney-féle U-próbákkal vizsgáltuk a nem, a családi állapot, a másik állás meglétének kiegészőre való hatását, továbbá ugyanezzel a próbával hasonlítottuk össze a jelenleg vagy valaha pszichés problémával kezeltek és pszichés problémával nem kezeltek csoportjait. A különböző beosztással és iskolai végzettséggel rendelkező dolgozók csoportjainak kiegésző-eredményeit Kruskal-Wallis próbával hasonlítottuk össze.

A koronavírus-járvány előtti, alatti és utáni kiegésző-értékek összehasonlításához használt próbák

A koronavírus-járvány után felvett kiegésző-tesztek valamint a járvány előtt és alatt (Stankovic, 2022) született teszteredmények értékeinek összehasonlításához Kruskal-Wallis próbát, valamint Dwass-Steel-Critchlow-Fligner páronkénti összehasonlító próbát használtunk.

Eredmények

A kiegésző-skálák eredményei

Az érzelmi kimerülés skála mediánja 26,5 pont ($IQR = 17 - 33$), a deperszonalizáció skála mediánja 9,3 pont ($IQR = 4 - 14$), a teljesítmény skála mediánja 33 pont ($IQR = 27,75 - 39$) volt. (3. táblázat). A mintában az érzelmi kimerülés középértéke a mérsékelt és a magas tartomány határán, a deperszonalizáció és a teljesítmény középértéke a mérsékelt tartományban helyezkedik el (1-3. diagram). A kitöltők 50%-a magas szintű érzelmi kimerülést jelzett, ez az arány a deperszonalizáció esetében 31% volt. A minta 30%-a számolt be alacsony teljesítményről. Mérsékelt és alacsony eredményt az érzelmi kimerülés skálán a válaszadók 50%-a esetében figyelhetünk meg, a deperszonalizáció skálán 69% érte el a mérsékelt vagy alacsony szintet. A dolgozók 71%-ára jellemző mérsékelt vagy magas szintű teljesítmény (4-6. diagram). Összességében 5% ($n = 4$) ért el mindhárom skálán magas kiegésző-szintet (magas érzelmi kimerülés és deperszonalizáció, alacsony teljesítmény), míg 23% ($n = 20$) legalább mindhárom skálán mérsékelt, vagy az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció skálákon alacsony, a teljesítmény skálán magas szintű eredményt mutatott. A mintában erős negatív korreláció figyelhető meg az érzelmi kimerülés és a teljesítmény ($r_s(86) = -0,54, p < 0,001$), valamint a deperszonalizáció és a teljesítmény ($r_s(86) = -0,54, p < 0,001$) között. Az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció erős pozitív korrelációt mutatott ($r_s(86) = 0,79, p < 0,001$).

Demográfiai változók és a kiegésző kapcsolata

A kiegésző három komponense közül a deperszonalizációval mutatott szignifikáns kapcsolatot az életkor ($r_s(86) = -0,21, p = 0,048$) és az egészségügyben töltött évek száma ($r_s(86) = -0,23, p = 0,033$). Az életkor és az egészségügyben töltött évek száma is negatívan korrelál a deperszonalizáció mértékével. A gyermekek száma, a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon töltött évek száma, a heti munkaórák száma a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon, és a heti munkaórák száma másik állással együtt nem volt jelentős hatással a minta kiegészőjének alakulására (mindegyiknél $p > 0,07$) (4. táblázat). A nemet, a családi állapotot és a másik állás meglétét tekintve nem született szignifikáns eredmény, a mintában ezek a változók nincsenek jelentős összefüggésben a kiegészővel (mindegyiknél $p > 0,1$). A különböző beosztással és iskolai végzettséggel rendelkező dolgozók kiegésző-eredményei között nem találtunk szignifikáns eltérést (mindegyiknél $p > 0,08$) (5. táblázat).

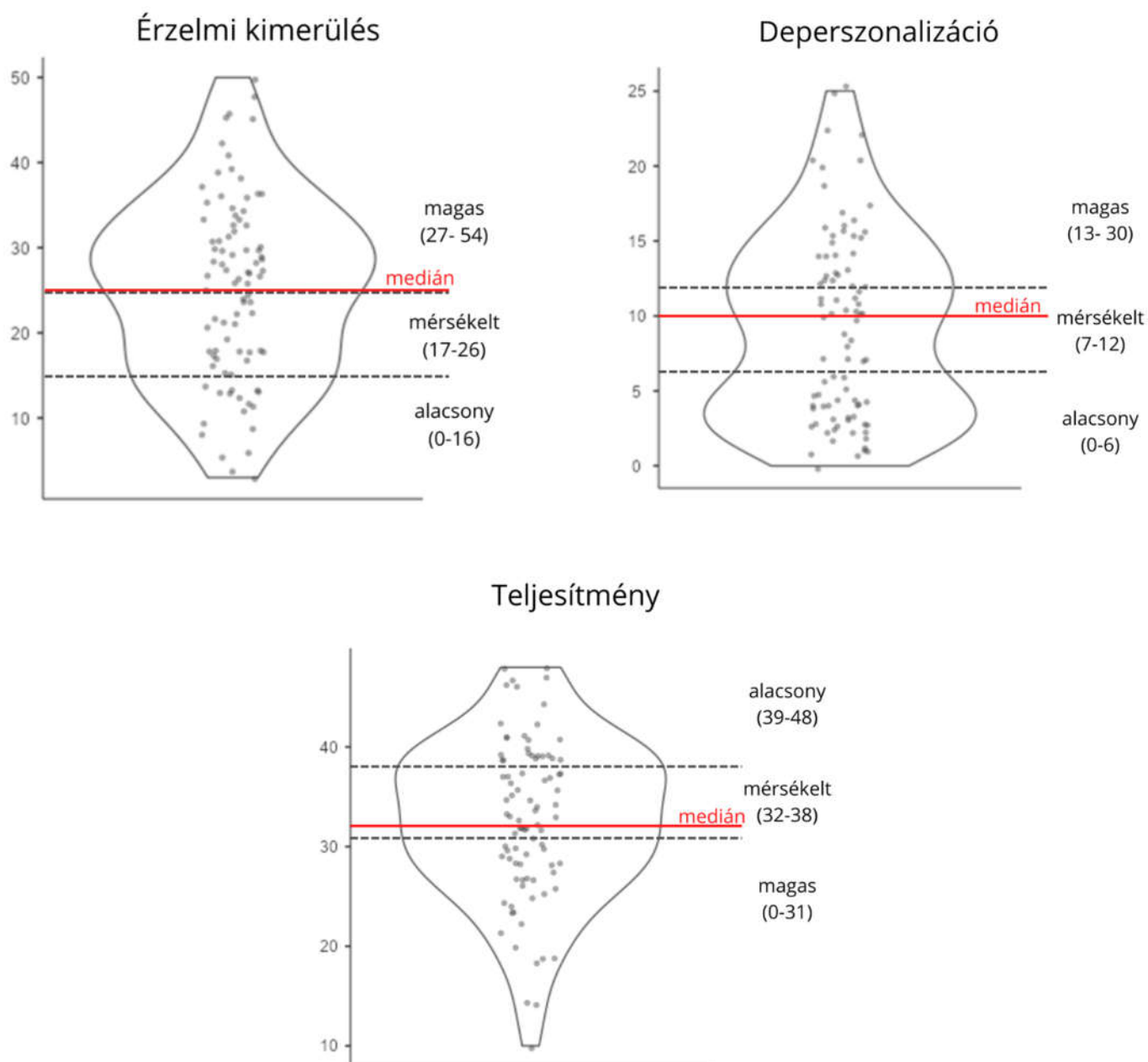
3. táblázat

A kiégés-skálák pontszámai

	Ézelmi kimerülés	Deperszonalizáció	Teljesítmény
Medián	26,5	10	33
IQR	17 – 33	4 – 14	27,75 – 39
Minimum	3	0	10
Maximum	50	25	48

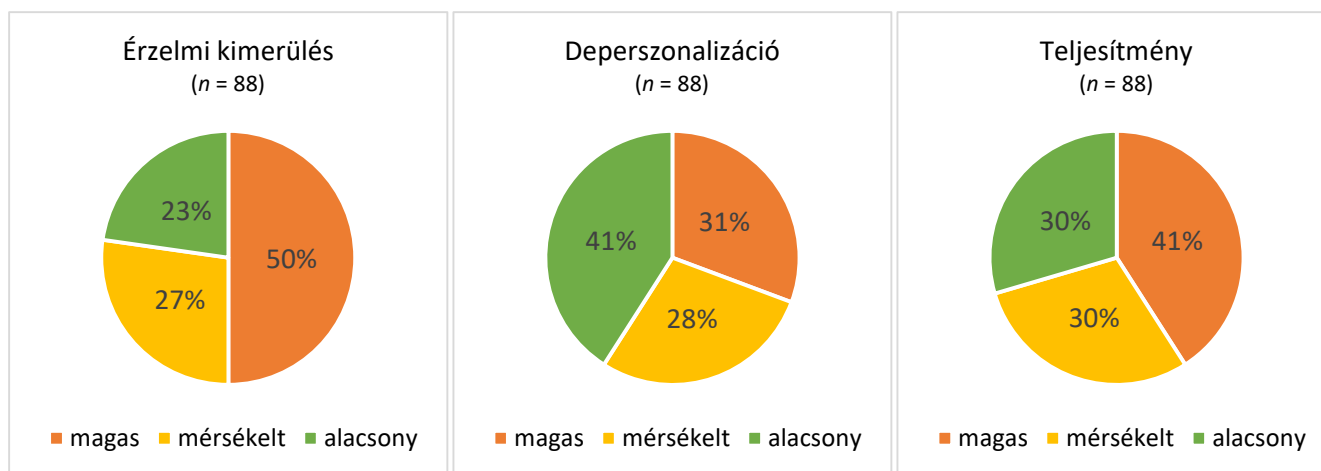
1-3. diagram

A kiégés-eredmények megoszlása az alacsony, mérsékelt és magas tartományokhoz képest



4-6. diagram

A kiégés-alskálák magas, mérsékelt és alacsony szintű eredményeinek százalékos megoszlása



4. táblázat

Demográfiai változók és a kiégés kapcsolatának korrelációs elemzése

	Érzelmi kimerülés	Deperszonalizáció	Teljesítmény
Életkor	$r_s(86) = -0,1$ $p = 0,37$	$r_s(86) = -0,21$ $p = 0,048^*$	$r_s(86) = 0,19$ $p = 0,078$
Gyermekek száma	$r_s(86) = 0,05$ $p = 0,625$	$r_s(86) = 0,02$ $p = 0,836$	$r_s(86) = -0,00$ $p = 0,995$
Egészségügyben töltött évek száma	$r_s(86) = -0,12$ $p = 0,265$	$r_s(86) = -0,23$ $p = 0,033^*$	$r_s(86) = 0,15$ $p = 0,196$
SBO-n töltött évek száma	$r_s(86) = 0,01$ $p = 0,897$	$r_s(86) = 0,04$ $p = 0,689$	$r_s(86) = -0,06$ $p = 0,559$
Heti munkaórák száma az SBO-n	$r_s(86) = -0,07$ $p = 0,529$	$r_s(86) = 0,01$ $p = 0,89$	$r_s(86) = -0,11$ $p = 0,296$
Heti munkaórák száma másik állással együtt	$r_s(24) = -0,13$ $p = 0,522$	$r_s(24) = -0,28$ $p = 0,164$	$r_s(24) = 0,1$ $p = 0,633$

Megjegyzés: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

5. táblázat

A nem, családi állapot, másik állás megléte, beosztás és legmagasabb iskolai végzettség kapcsolata a kiégéssel

	Érzelmi kimerülés			Deperszonalizáció			Teljesítmény		
Nem	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p
Férfi	28	14,5 - 34,5	0,951	11	2,5 - 13	0,594	36	32,5 - 40	0,179
Nő	26	18 - 32		10	4 - 14		32	27 - 39	
Családi állapot	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p
Egyedülálló	27	13 - 34	0,996	7	3 - 12	0,225	35	28 - 39	0,721
Párkapcsolatban	26	18 - 31		10	4 - 14		33	27,5 - 39	
Van másik állása?	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p
Igen	26	17,25 - 31,5	0,909	6	3 - 12	0,151	36,5	29,25 - 39	0,258
Nem	27	17,25 - 33		10	4 - 14		32	27 - 39	
Beosztás	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p
Orvos	30	25,5 - 37	0,226	13	8,5 - 15	0,297	37	25,5 - 40	0,745
Ápoló	26	17,5 - 31		8	4 - 13		33	28 - 38	
Egyéb	24	14 - 32,35		7,5	3 - 12		31,5	28 - 40,5	
Legmagasabb iskolai végzettség	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p
Szakiskola, szakmunkásképző	30	22,5 - 37,5	0,921	13	8,5 - 17,5	0,5	22,5	18,25 - 26,75	0,089
Érettségi	27	17,5 - 33,5		10	5,5 - 15,5		32	28 - 38	
Felsőfokú képzés	23	15,5 - 30,75		6,5	3 - 11		31,5	27,75 - 39	
Főiskolai/egyetemi diploma	27	18 - 31,25		10	4 - 13		33	27 - 37	
Posztgraduális végzettség	30	15 - 33,5		6	2,5 - 12		42	39 - 45,5	

Életmóddal kapcsolatos változók és a kiégés kapcsolata

A testi tünetek számával a kiégés dimenziói közül a deperszonalizáció mutatott szignifikáns kapcsolatot. A testi tünetek száma és a deperszonalizáció között pozitív irányú korreláció figyelhető meg ($r_s(86) = 0,28$, $p = 0,008$) (6. táblázat). Az egyéb életmóddal kapcsolatos változók közül a dohányzás és a teljesítmény ($H(3) = 9,49$, $p = 0,023$) viszonylatában tárt fel szignifikáns kapcsolatot. Azok a dolgozók, akik alkalmanként dohányoznak, jelentősen alacsonyabb teljesítményről számoltak be, mint rendszeresen dohányzó kollégáik ($W = -4,04$, $p = 0,022$). A pszichés probléma meglétének és a sportolás rendszerességének tekintetében nem mutatkozott szignifikáns eltérés a kiégés-skálák eredményei között (mindegyiknél $p > 0,05$) (7. táblázat).

6. táblázat*A testi tünetek és a kiegészítő kapcsolatának korrelációs elemzése*

	Érzelmi kimerülés	Deperszonalizáció	Teljesítmény
Testi tünetek száma	$r_s(86) = 0,19$ $p = 0,075$	$r_s(86) = 0,28$ $p = 0,008^{**}$	$r_s(86) = -0,16$ $p = 0,14$

Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ **7. táblázat***Életmóddal kapcsolatos változók és a kiegészítő összefüggése*

	Érzelmi kimerülés			Deperszonalizáció			Teljesítmény		
Kezelték valaha pszichés problémával?	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p
Igen	30	18 - 31	0,371	11	4 - 14	0,809	32	30 - 36	0,75
Nem	26	16,5 - 33		9	3,5 - 14		33	27,5 - 39	
Milyen rendszerességgel dohányzik?	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p
Rendszeresen	28	20 - 34	0,388	11	4 - 13	0,74	32	27,5 - 35	0,023*
Alkalmanként	18	14,5 - 36		8	4,5 - 13		39	39 - 42,5	
Leszoktam	25	13 - 30,5		9	3 - 15		30	30,5 - 40	
Soha	26	17,5 - 29		5	4 - 12,5		37	26,5 - 38	
Milyen rendszerességgel sportol?	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p	Medián	IQR	p
Rendszeresen	24,5	11,25 - 34,75	0,661	7	2,25 - 14,75	0,532	37	32 - 39,75	0,052
Alkalmanként	27	21 - 33		11	4 - 14		33	28 - 39	
Soha	24	18 - 31		8	4 - 13		31	26 - 36	

Megjegyzés: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ **A koronavírus-járvány előtti, alatti és utáni kiegészítő-eredmények összehasonlítása**

Stankovic (2022) koronavírus-járvány előtti és alatti felmérésének eredményeivel vetettük össze a járvány utáni felmérés eredményeit. A három mérés eredményei szignifikánsan eltértek az érzelmi kimerülés ($H(2) = 6,3$, $p = 0,043$) és a teljesítmény ($H(2) = 11,85$, $p = 0,003$) mértékében. A deperszonalizációt ($H(2) = 4,65$, $p = 0,098$) érintően nem mutatkozott szignifikáns különbség. Bár a három csoport érzelmi kimerülése jelentősen eltért egymástól, a járvány előtti és alatti ($W = 3,21$, $p = 0,06$), a járvány előtti és utáni ($W = 2,16$, $p = 0,28$), valamint a járvány alatti és utáni ($W = -2,18$, $p = 0,273$) mérések egyenkénti összehasonlításakor nem jelentkezett szignifikáns különbség. A koronavírus-járvány előtti és utáni ($W = -4,14$, $p = 0,01$) kitöltők, valamint a járvány alatti és utáni ($W = 3,97$, $p = 0,014$)

kitöltők teljesítményében szignifikáns eltérés figyelhető meg. A járvány utáni kitöltők alacsonyabb pontszámot értek el a teljesítmény skálán, mint a járvány előtti és a járvány alatti kitöltők, vagyis azok, akik a koronavírus-járvány után töltötték ki a tesztet, magasabbnak értékelték a teljesítményüket, mint az első két felmérés résztvevői (8. táblázat, 7-9. diagram).

8. táblázat

A kiégés koronavírus-járvány előtti, alatti és utáni mértékének összehasonlítása

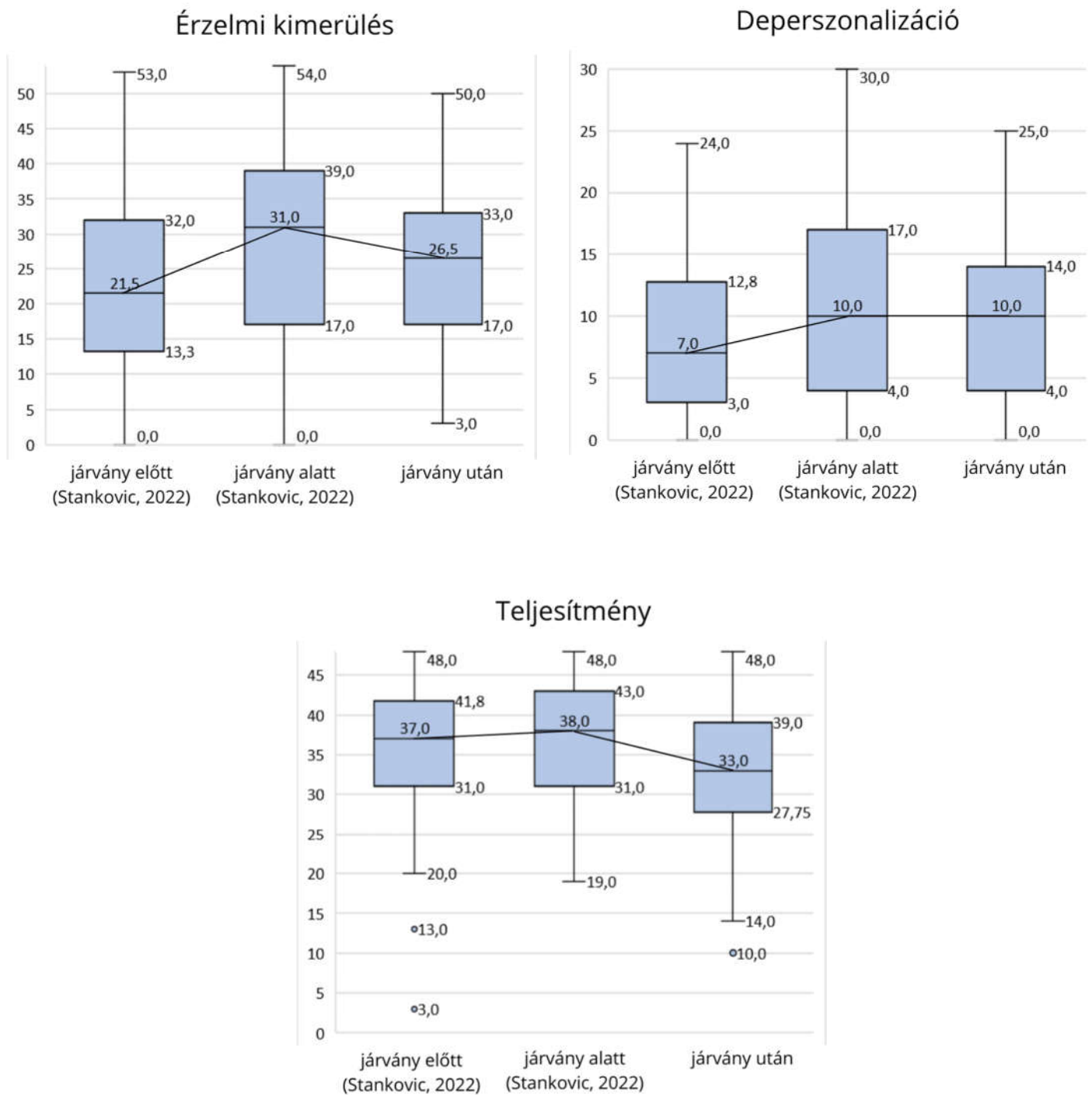
	Érzelmi kimerülés		
	Járvány előtt (Stankovic, 2022)	Járvány alatt (Stankovic, 2022)	Járvány után
n	82	45	88
Medián	21,5	31	26,5
IQR	13,25 - 32	17 - 39	17 – 33
Minimum	0	0	3
Maximum	53	54	50

	Deperszonalizáció		
	Járvány előtt (Stankovic, 2022)	Járvány alatt (Stankovic, 2022)	Járvány után
n	82	45	88
Medián	7	10	10
IQR	3 - 12,75	4 - 17	4 – 14
Minimum	0	0	0
Maximum	28	30	25

	Teljesítmény		
	Járvány előtt (Stankovic, 2022)	Járvány alatt (Stankovic, 2022)	Járvány után
n	82	45	88
Medián	37	38	33
IQR	37 - 41,75	31 - 43	27,75 – 39
Minimum	3	19	10
Maximum	48	48	48

7-9. diagram

A kiégés-skálák pontszámai a koronavírus járvány előtt, alatt és után



Megvitatás

A kiegészítés kapcsolata a demográfiai változókkal

Az életkor és az egészségügyben töltött évek számának kapcsolata a deperszonalizációval

A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályán a korábbi magyarországi és külföldi tanulmányok által leírtakhoz hasonló eredmények születtek az életkort és az egészségügyben töltött évek számát tekintve. Negatív összefüggést találtunk a deperszonalizáció és az életkor, valamint az egészségügyben töltött évek száma között, ami szerint alacsonyabb szintű deperszonalizáció jellemezte az idősebb, illetve a régebb óta az egészségügyben munkát vállaló dolgozókat. Az életkor és a deperszonalizáció összefüggéséről Alacacioglu és munkatársai (2009) és Alanazi és munkatársai (2020) is beszámoltak. A mintában a magasabb életkor szignifikáns együtt járót mutatott az egészségügyben töltött évek magasabb számával ($r_s(86) = 0,86, p < 0,001$). Az évek alatt a dolgozónak alkalma van alaposan megismerni a munkakörnyezetét, tapasztalatot szerez abban, hogy egyes, az adott munkakör szempontjából specifikus helyzetekben milyen megoldásokat lehet és érdemes alkalmazni, és az ismétlődően előforduló problémák kezelésében gyakorlatra tesz szert (Alanazi és mtsai., 2020; Demir és mtsai., 2003). Ilyen módon egy újabb fellépő nehézség esetén, mint amilyen a koronavírus-járvány volt, az idősebb, valamint régebb óta az egészségügyben dolgozóknak kisebb erőfeszítésre volt szükségük a változásokhoz való adaptációhoz, aminek eredményeként mentálisan kevésbé távolodtak el a munkakörnyezetüktől és az abban jelen lévő, ellátásukra szoruló betegektől.

A nők és férfiak kiegészítésének összehasonlítása

A szakirodalom eltérő eredményeket mutat fel azzal kapcsolatban, hogy vajon a nőket vagy a férfiakat veszélyezteti-e jobban a kiegészítés (Cañadas-De la Fuente et al., 2018; Pachi et al., 2022). Az előzetes hipotézissel egybehangzóan, vizsgálatunkban nem volt megfigyelhető jelentős különbség a nők és a férfiak kiegészítésének mértéke között. A mintában ugyan a férfiak magasabb szintű érzelmi kimerülésről és deperszonalizációról, és alacsonyabb teljesítményről számoltak be, mint a nők, ám az eredmények valószínűsége a konfidenciaintervallumon belülre esik, így nem állapítható meg, hogy jelentős eltérés lenne a férfiak és a nők kiegészítés-szintje között.

A kiegészítés kapcsolata az életmóddal kapcsolatos változókkal

A testi tünetek és a deperszonalizáció kapcsolata

Az életmóddal kapcsolatos változók közül a testi tünetek száma állt kapcsolatban a deperszonalizációval. Azok a dolgozók, akik több testi tünetről számoltak be, magasabb pontszámot értek el a deperszonalizáció skálán. Ez az eredmény egybeesik a Demir és munkatársai (2003) által leírtakkal. Az egészségügyi dolgozók közérzete jelentős szerepet játszik abban, hogy milyen módon fordulnak betegek felé. Az egészségügyi problémák megléte arra hajlamosítja a személyt, hogy saját nehézségei megoldásával foglalkozzon, és ez a mentális állapot megnehezíti mások igényeinek figyelembevételét és előtérbe helyezését. A deperszonalizáció kialakulásának kézzel fogható hátránya, hogy hozzájárul az egészségügyi ellátás során ejtett hibák gyakoribb előfordulásához (Shanafelt és mtsai., 2010).

A dohányzás és a teljesítmény kapcsolata

Azok a dolgozók, akik alkalmanként dohányoznak, alacsonyabb teljesítményről számoltak be, mint rendszeresen dohányzó kollégáik. A dohányzás a kiegészítés kontextusában egy megküzdési módként értelmezhető. A vér nikotin-koncentrációjának állandó szinten tartása csökkenti a stresszt (Schachter és mtsai., 1977), az alacsonyabb stressz pedig hozzájárul a teljesítmény javulásához (Firth-Cozens & Greenhalgh, 1997). Ezt figyelembe véve a rendszeres dohányzás eredményes megküzdési módként való alkalmazása jogosan indokolja az alacsonyabb mértékű kiegészítés kialakulását.

Kiegészítés a koronavírus-járvány tükrében

A szegedi Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon dolgozók kiegészítésének járvány előtti állapotával és járvány alatti alakulásával Stankovic (2022) foglalkozott. Tanulmányunk tudomásunk szerint egyedülálló abban, hogy magyarországi sürgősségi dolgozók kiegészítés-eredményeit hasonlítja össze a COVID-19 járvány tükrében. A járvány után a kiegészítés mindhárom skálájának mediánja a mérsékelt szintű tartományba esik, ám a mérsékelt középérték ellenére a vizsgálatban résztvevők fele továbbra is magas szintű érzelmi kimerülést, közel egyharmaduk pedig magas szintű deperszonalizációt és alacsony teljesítményt jelzett. Összességében, a koronavírus-járvány óta valamelyest változott a szegedi Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon dolgozók kiegészítésének szintje, ám a csökkenő tendencia fenntartásának érdekében továbbra is fontos a fizikai és mentális egészségükkel való foglalkozás.

Érzelmi kimerülés a koronavírus-járvány tükrében

A magas érzelmi kimerülés jelenlegi gyakori előfordulása tulajdonítható az elmúlt években a koronavírus-járvány szokatlansága és veszélye okozta különösen magas érzelmi megterhelődés következményének, melynek hatása tartósnak bizonyul. A járvány után jelentősen alacsonyabb az érzelmi kimerülés mértéke a járvány alatti mértékhez képest, ám még nem érte el a járvány előtt mért szintet. A koronavírus-járvány alatt tapasztalt érzelmi terhek feldolgozásához több időre van szükség, mint amennyi a járvány csillapodásának kezdete óta a kiegészítés legutóbbi felméréséig eltelt.

Teljesítmény a koronavírus-járvány tükrében

A korábban megfogalmazott hipotézissel ellentétben a szegedi Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály dolgozói a járvány után magasabb szintűnek ítélték saját teljesítményüket, mint akik a járvány alatti időszakban vettek részt a felmérésben. A teljesítmény szintjének jelenlegi megítélése a járvány előtt mért értékeket is felülmúlja. A mintában a magasabb teljesítmény alacsonyabb érzelmi kimerüléssel és deperszonalizációval jár együtt. Ez rámutat arra, hogy a saját teljesítmény és eredményesség megítélésénél fontosabb szempont a személy mentális állapota, mint az objektíven elvégzett munka mennyisége, ami számottevően több volt a COVID-19 járvány alatti időszakban (Al-Maqbali és mtsai., 2021).

Deperszonalizáció a koronavírus-járvány tükrében

A deperszonalizáció mértékében nem volt változás a koronavírus-járvány alatti eredményekhez képest. Ahogy az érzelmi kimerülésnél, úgy a deperszonalizációnál is érvényesül még a járvány hatása. A megnövekedett betegszám, valamint a szájmaszk és egyéb védőfelszerelések viselése szükségszerűen megváltoztatták és személytelenebbé tették az egészségügyi ellátást (Rushton & Edvardsson, 2021). A járvány csillapodásának kezdete óta a betegek száma egyre csökken, egy páciensre több figyelem és idő juthat most már, ám a maszkviselés továbbra is kötelező a magyar egészségügyi intézményekben, ami kedvez a személyektől való elvonatkoztatásnak és eltávolodásnak, emellett nehezíti a közeledést. A védőfelszerelések deperszonalizációt növelő hatása feltehetően a viselésük előírásának megszüntetésével fog elmúlni, ezután lesz megfigyelhető változás a deperszonalizáció szintjében.

A kiegészítő megelőzése és kezelése

Az egészségügyi dolgozók testi és mentális jólléte nem csak saját, egyéni érdekük, az egész társadalom számít az egészségügyi ellátórendszer megbízható és színvonalas működésére, ami nem valósulhat meg a betegellátást végző személyek nélkül (Al-Maqbali et al., 2021). A kiegészítő megelőzését és kezelését segíti az önismeret és az egyéni jóllét növekedése, relaxációs és problémamegoldó technikák ismerete, támogató szociális háló kialakítása. Különösen fontos, hogy az egészségügyi intézmény ne hagyja magára a kiegészítő tüneteit tapasztaló alkalmazottjait, mivel az érzelmi kimerülés a maladaptív érzelmközpontú megküzdési stratégiák alkalmazására hajlamosít a problémaközpontú stratégiák alkalmazása helyett (Tandari-Kovács, 2011). Az intézmény feladata, hogy a dolgozók számára lehetőséget biztosítson a problémaközpontú megküzdési stratégiák megismerésére és elsajátítására. Ennek eszközei lehetnek többek között csapatépítő, kommunikációs, stresszkezelési, és egészséges életmóddal kapcsolatos tréningek, egyéni tanácsadás biztosítása, valamint a dolgozók biztatása ezen lehetőségek kihasználására (Czeplédi & Tandari-Kovács, 2019; Fekete, 1990). Az említettek mellett a COVID-19 járvány által befolyásolt évek élményeit, tapasztalatait összegző és feldolgozó csoportfoglalkozások is eszközként szolgálhatnak a speciális helyzet miatt megjelent magasabb szintű kiegészítő kezelésekként. Az egészségügyi intézményeknek a dolgozók fizikai és mentális egészségének megőrzésében oly módon is szerepük van, hogy olyan intézményi struktúrát alakítsanak ki, amely nem kedvez a munkavállalói kiegészítő kialakulásának (Fekete, 1990). Az intézmény részéről fontos, hogy biztosítsa a dolgozók számára a vállalható mennyiségű munkaórát és a szükséges pihenést is, valamint, hogy megteremtse egy támogató és elfogadó munkakörnyezet feltételeit (Freudenberger, 1974). A szervezeti szinten gyakorolt hatékony kommunikáció és társas támogatottság kialakítása a későbbiekben megkönnyíti a mentális egészséggel kapcsolatos beavatkozások végrehajtását (Pollock és mtsai., 2020). A Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Klinikai Központ Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályán a dolgozók számára a klinika egyéb osztályaihoz képest egyedülálló módon adott a lehetőség a pszichológiai segítség igénybevételére, akár egyéni vagy csoportos formában. Rendszeresen megvalósulnak kommunikációs, a kiegészítő elkerülését segítő, valamint indulatkezeléssel foglalkozó tréningek.

Limitációk

Jelen tanulmány limitációja a viszonylag kis elemszám, mely okozhatta azt, hogy a kiegészítővel korábban összefüggésbe hozott egyéb demográfiai és életmóddal kapcsolatos tényezők, mint a gyermekek száma, a heti munkaórák száma, a családi állapot, a másik állás

megléte, a beosztás, az iskolai végzettség, a pszichés probléma megléte és a testmozgás a mintában nem mutattak szignifikáns vagy tendenciaszerű eredményeket. A változók normáleloszlásának sérülése mellett az önkéntes részvétel és az önkitöltős jellegű adatfelvétel szintén befolyással lehettek a kapott eredményekre, bár a mérőeszközök és a vizsgált dimenziók a megbízhatóság, valamint a szakirodalmi alátámasztottság kritériumain keresztül kerültek kiválasztásra. A kiegész járvány utáni alakulását érdemes lenne további klinikai osztályokon is felmérni, egyrészt a nagyobb számú adat, másrészt a különböző tapasztalatok összegyűjtése érdekében. Jelen vizsgálat leginkább a kiegészel összefüggésben lévő individuális faktorokra helyezte a hangsúlyt. A következőkben praktikus és előremutató fejleményeket eredményezne lokális és globális szinten is a kiegész szervezeti tényezőkkel való összefüggésének feltárása, valamint ezzel kapcsolatban kvantitatív kutatások kivitelezése.

Felhasznált irodalom

- Ádám, Sz., & Mészáros, V. (2012). Psychometric properties and health correlates of the Hungarian Version of the Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) among physicians. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 127–143. <https://doi.org/10.1556/Mental.13.2012.2.2>
- Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K., Cserhádi, Z., & Mészáros, V. (2015). A kiegésző és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezők feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 156(32), 1288–1297. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30220>
- Ádám, Sz., Torzsa, P., Györffy, Z., Vörös, K., & Kalabay, L. (2009). Frequent occurrence of level burnout among general practitioners and residents. *Orvosi Hetilap*, 150(7), 317–323. <https://doi.org/10.1556/oh.2009.28544>
- Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., & Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-Oncology*, 18(5), 543–548. <https://doi.org/10.1002/pon.1432>
- Alanazi, K. H., bin Saleh, G. M., AlEidi, S. M., AlHarbi, M. A., & Hathout, H. M. (2020). Prevalence and Risk Factors of Burnout among Healthcare Professionals during COVID-19 Pandemic—Saudi Arabia. *American Journal of Public Health Research*, 9(1), 18-27. <https://doi.org/10.12691/ajphr-9-1-3>
- Al-Maqbali, M., Al-Sinani, M., & Al-Lenjawi, B. (2021). Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 141, 110343. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110343>

- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 51(3), 276–287. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03494.x>
- Batra, K., Singh, T. P., Sharma, M., Batra, R., & Schvaneveldt, N. (2020). Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(23), 9096. <https://doi.org/10.3390/ijerph17239096>
- Cañadas-De la Fuente, G., Ortega, E., Ramirez-Baena, L., De la Fuente-Solana, E., Vargas, C., & Gómez-Urquiza, J. (2018). Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(10), 2102. <https://doi.org/10.3390/ijerph15102102>
- Czeglédi, E., & Tandari-Kovács, M. (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12–19. <https://doi.org/10.1556/650.2019.30856>
- Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40(8), 807–827. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(03\)00077-4](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(03)00077-4)
- Deng, J., Zhou, F., Hou, W., Silver, Z., Wong, C. Y., Chang, O., Huang, E., & Zuo, Q. K. (2021). The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: A meta-analysis. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1486(1), 90–111. <https://doi.org/10.1111/nyas.14506>
- Dimou, F. M., Eckelbarger, D., & Riall, T. S. (2016). Surgeon Burnout: A Systematic Review. *Journal of the American College of Surgeons*, 222(6), 1230–1239. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.03.022>

- El-Menyar, A., Ibrahim, W. H., El Ansari, W., Gomaa, M., Sathian, B., Hssain, A. A., Wahlen, B., Nabir, S., & Al-Thani, H. (2021). Characteristics and predictors of burnout among healthcare professionals: A cross-sectional study in two tertiary hospitals. *Postgraduate Medical Journal*, 97, 583–589. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-137547>
- Fabio, P., Stefania, S., Elisabetta, T., Thi, T. C. N., & Iolanda, G. (2019). Public health and burnout: A survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector. *Acta Bio Medica*, 90(1), 24–30. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i1.7626>
- Fekete, S. (1990). Segítő foglalkozások kockázatai. Helyer szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6, 17-29.
- Firth-Cozens, J., & Greenhalgh, J. (1997). Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Social Science & Medicine*, 44(7), 1017–1022. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00227-4](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00227-4)
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Généreux, M., Schluter, P. J., Landaverde, E., Hung, K. K., Wong, C. S., Mok, C. P. Y., Blouin-Genest, G., O'Sullivan, T., David, M. D., Carignan, M.-E., Champagne-Poirier, O., Pignard-Cheynel, N., Salerno, S., Lits, G., d'Haenens, L., Coninck, D. D., Matthys, K., Champagne, E., Burlone, N., ... Roy, M. (2021). The Evolution in Anxiety and Depression with the Progression of the Pandemic in Adult Populations from Eight Countries and Four Continents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4845. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094845>
- Gifford, E., Galante, J., Kaji, A. H., Nguyen, V., Nelson, M. T., Sidwell, R. A., Hartranft, T., Jarman, B., Melcher, M., Reeves, M., Reid, C., Jacobsen, G. R., Thompson, J., Are, C., Smith, B., Arnell, T., Hines, O. J., & de Virgilio, C. (2014). Factors Associated

- With General Surgery Residents' Desire to Leave Residency Programs: A Multi-institutional Study. *JAMA Surgery*, 149(9), 948.
<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2014.935>
- Grassi, L., & Magnani, K. (2000). Psychiatric Morbidity and Burnout in the Medical Profession: An Italian Study of General Practitioners and Hospital Physicians. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69(6), 329–334.
<https://doi.org/10.1159/000012416>
- Györffy Z. (2019). Kiegész és reziliencia (rugalmas ellenállás) a magyarországi orvosok körében. *Orvosi Hetilap*, 160(3), 112–119. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31258>
- Györffy, Z., & Girasek, E. (2015). Burnout among Hungarian physicians. Who are the most jeopardized? *Orvosi Hetilap*, 156(14), 564–570.
<https://doi.org/10.1556/OH.2015.30121>
- Hompoth, E. A., Tőreki, A., & Pető, Z. (2018). A kiegészzindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem, Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztály dolgozóinak körében. *Orvosi Hetilap*, 159(3), 113–118. <https://doi.org/10.1556/650.2018.30933>
- Ibrahim, F., Samsudin, E. Z., Chen, X. W., & Toha, H. R. (2022). The Prevalence and Work-Related Factors of Burnout Among Public Health Workforce During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 64(1), 20–27.
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000002428>
- Ioannidis, J. P. A. (2022). The end of the COVID-19 pandemic. *European Journal of Clinical Investigation*, 52(6), e13782. <https://doi.org/10.1111/eci.13782>
- Leape, L. L., Brennan, T. A., Laird, N., Lawthers, A. G., Localio, A. R., Barnes, B. A., Hebert, L., Newhouse, J. P., Weiler, P. C., & Hiatt, H. (1991). The Nature of Adverse Events in Hospitalized Patients: Results of the Harvard Medical Practice Study II.

- New England Journal of Medicine*, 324(6), 377–384.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199102073240605>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3. Ed). Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Mészáros, V., Cserhádi, Z., Oláh, A., Perczel Forintos, D., & Ádám, Sz. (2013). Coping with work-related stress in health care professionals – strategies for prevention of burnout and depression. *Orvosi Hetilap*, 154(12), 449–454.
<https://doi.org/10.1556/OH.2013.29572>
- Pachi, A., Sikaras, C., Ilias, I., Panagiotou, A., Zyga, S., Tsironi, M., Baras, S., Tsi trouli, L. A., & Tselebis, A. (2022). Burnout, Depression and Sense of Coherence in Nurses during the Pandemic Crisis. *Healthcare*, 10(1), 134.
<https://doi.org/10.3390/healthcare10010134>
- Pikó, B. (2001). A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata: Pszichoszomatikus tünetek—Munkahelyi stressz—Társas támogatás. *Lege Artis Medicinae*, 11(4), 318–325.
- Pollock, A., Campbell, P., Cheyne, J., Cowie, J., Davis, B., McCallum, J., McGill, K., Elders, A., Hagen, S., McClurg, D., Torrens, C., & Maxwell, M. (2020). Interventions to support the resilience and mental health of frontline health and social care professionals during and after a disease outbreak, epidemic or pandemic: A mixed methods systematic review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD013779. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013779>
- Prins, J. T., van der Heijden, F. M. M. A., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Bakker, A. B., van de Wiel, H. B. M., Jacobs, B., & Gazendam-Donofrio, S. M. (2009). Burnout,

- engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychology, Health & Medicine*, 14(6), 654–666. <https://doi.org/10.1080/13548500903311554>
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77(2), 168–185. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>
- Robertson, D., & Doshi, P. (2021). The end of the pandemic will not be televised. *BMJ*, 375, e068094. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-068094>
- Rushton, C., & Edvardsson, D. (2021). Nursing, masks, COVID-19 and change. *Nursing Philosophy*, 22(2), e12340. <https://doi.org/10.1111/nup.12340>
- Sasangohar, F., Jones, S. L., Masud, F. N., Vahidy, F. S., & Kash, B. A. (2020). Provider Burnout and Fatigue During the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned From a High-Volume Intensive Care Unit. *Anesthesia & Analgesia*, 131(1), 106–111. <https://doi.org/10.1213/ANE.00000000000004866>
- Schachter, S., Silverstein, B., & Perlick, D. (1977). Studies of the interaction of psychological and pharmacological determinants of smoking: V. Psychological and pharmacological explanations of smoking under stress. *Journal of Experimental Psychology: General*, 106, 31–40. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.106.1.31>
- Schäfer, S. K., Sopp, M. R., Schanz, C. G., Staginnus, M., Göritz, A. S., & Michael, T. (2020). Impact of COVID-19 on Public Mental Health and the Buffering Effect of a Sense of Coherence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 386–392. <https://doi.org/10.1159/000510752>
- Schmidbauer, W. (1977). *Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe*. Rowohlt.
- Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., Collicott, P., Novotny, P. J., Sloan, J., & Freischlag, J. (2010). Burnout and Medical Errors Among

- American Surgeons. *Annals of Surgery*, 251(6), 995–1000.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3>
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., West, C. P., Sloan, J., & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population. *Archives of Internal Medicine*, 172(18), 1377–1385. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
- Sikaras, C., Ilias, I., Tselebis, A., Pachi, A., Zyga, S., Tsironi, M., Gil, A. P. R., & Panagiotou, A. (2021). Nursing staff fatigue and burnout during the COVID-19 pandemic in Greece. *AIMS Public Health*, 9(1), 94–105.
<https://doi.org/10.3934/publichealth.2022008>
- Stankovic, M. (2022). *The characteristics of burnout syndrome among healthcare professionals before and during the COVID-19 pandemic* [Ph.D. Thesis]. University of Szeged.
- Stankovic, M., Jagodics-Varga, L., Barbik, B., Pető, Z., & Tőreki, A. (2020). A kiégésszindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Intézet dolgozói körében. *Nővér*, 30(6), 1–40.
- Stankovic, M., Papp, L., Ivánkovits, L., Lázár, G., Pető, Z., & Tőreki, A. (2022). Psychological immune competency predicts burnout syndrome among the high-risk healthcare staff: A cross-sectional study. *International Emergency Nursing*, 60, 101114. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101114>
- Stankovic, M., Tőreki, A., Lázár, G., & Pető, Z. (2019). A kiégésszindróma vizsgálata a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikájának dolgozói körében és összehasonlítása a Sürgősségi Betegellátó Önálló Osztályon kapott eredményekkel. *Orvosi Hetilap*, 160(20), 784–791. <https://doi.org/10.1556/650.2019.31396>

- Stoyanova, K., & Stoyanov, D. S. (2021). Sense of Coherence and Burnout in Healthcare Professionals in the COVID-19 Era. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 709587. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.709587>
- Tandari-Kovács M. (2011). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiegész az egészségügyi dolgozók körében* [Doktori értekezés]. Semmelweis Egyetem.
- Visser, M. R. M., Smets, E. M. A., & Oort, F. J. (2003). Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Canadian Medical Association Journal*, 168(3), 271–275.