

A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota

Hegedűs Katalin, Riskó Ágnes, Mészáros Eszter

PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL
CONDITION OF HEALTH CARE WORKERS
DEALING WITH THE SERIOUSLY ILL

BEVEZETÉS – A súlyos betegek kezelésére vagy gondozására vállalkozó egészségügyi szakemberek érzelmileg, intellektuálisan és fizikailag egyaránt túlterheltek. Ennek az állapotnak számos, olykor visszafordíthatatlan negatív következménye lehet, mint például a betegekkel, a hozzátartozókkal és a kollégákkal történő kommunikáció kifejezett nehézségei, a halmozódó, feldolgozatlan stressz szerteágazó ártalmai, a nagyon gyakori lelki kiégés súlyos testi és lelki tünetei, a magánélet kudarcai és nehézségei. Kutatásunkkal a hazai, klinikumban dolgozó szakemberek testi és lelkiállapotáról, életminőségéről kívántunk reális képet kapni, azért is, hogy a már halaszthatatlannak tűnő – segítségnyújtás számukra hathatósabban valósuljon meg.

MÓDSZEREK – A kutatás alapja a Hungarostudy kérdőív (2002) egészségügyi dolgozók számára módosított változata. Mintánkban 200, súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozó és kontrollcsoportként – a Hungarostudy vizsgálatból kiválasztott – 1356 nem egészségügyi dolgozó, valamint 227 egészségügyi dolgozó szerepel, összesen tehát 1783 fő. Mindhárom csoportban azonos a nemi, életkori és az iskolai végzettségi arány. Az eredményeket SPSS 10.0 statisztikai programmal elemeztük, az összefüggés-vizsgálatokat ANOVA teszttel végeztük.

EREDMÉNYEK – A kérdőíves vizsgálatunkban résztvevők válaszáinak elemzése – összevetve a más egészségügyi területen dolgozók, illetve a nem egészségügyi kontrollcsoportjával – azt bizonyítja, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében kiugróan sok esetben, szignifikáns mértékben magasabb a kimerültség, a stresszfüggő testi és lelki tünetekkel való együttélés, rosszabb a káros szenvedélyek aránya és gyengébb a szociális háló. Az adatok az ápolók esetében még rosszabbak, mint az orvosok és egyéb diplomások esetében.

KÖVETKEZTETÉS – A nehéz helyzetek kezelését speciális képzéssel tehetjük könnyebbé, s az ilyen jellegű kurzusokat a graduális és a posztgraduális képzésben egyaránt általánossá kell tenni.

INTRODUCTION – Health care professionals undertaking treatment/nursing of the seriously ill are equally overburdened emotionally, intellectually and physically. This condition might have several, sometimes irreversible negative consequences: avoided difficulties within the communication with patients, families and colleagues, various harms of accumulating, unprocessed stress, severe physical and psychological symptoms of mental burn-out which is very frequent and failures and difficulties of the private life. In our survey we aimed to gain a realistic image of the physical and psychological condition and quality of life of professionals working in Hungarian clinical care in order to provide with indelayable help.

METHODS – The basis of the survey was a version of the Hungarostudy 2002 questionnaire, modified for health care professionals. In our sample there were 200 health care professionals dealing with seriously ill and in the control groups 1356 non health care professionals, and 227 health care professionals, chosen from the Hungarostudy survey. In all three groups the proportion of gender, age and education were the same. The results were analysed by the SPSS 10.0 statistical program and the relationship analysis was completed by ANOVA test.

RESULTS – The analysis of the answers of those attending in our questionnaire survey – compared to those working in other health care field and to the control group of non health care workers – proves that the ratio of exhaustion and stress-dependent physical and psychological symptoms are prominently, in many cases significantly higher among health care workers dealing with the seriously ill, addiction is more frequent and social net is more unfavourable. These data are even worse for nurses than for doctors and other graduates.

CONCLUSION – In treating difficult cases we can start to help with special education that should be general both in gradual and post-gradual training.

**egészségügyi dolgozók, életminőség,
testi és lelkiállapot, edukáció**

**health care workers, quality of life,
physical and psychological condition, education**

dr. Hegedűs Katalin (levelező szerző/correspondent), Mészáros Eszter:
Simmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet/Simmelweis
University, Faculty of Medicine, Department of Behavioural Sciences;
H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

dr. Riskó Ágnes: Országos Onkológiai Intézet/National Institute of Oncology; Budapest

Érkezett: 2004. augusztus 30. Elfogadva: 2004. szeptember 28.

A mind túlterheltebbé váló egészségügyi szakemberekkel szemben napjainkban egyre fokozódnak az elvárások. Elsősorban és főként azt várják el tőlük, hogy gyógyítsanak, továbbá, hogy legyenek jól képzettek, tapasztaltak, empatikusak, kreatívak és hatékonyak. Rendelkezzenek ugyanakkor megfelelő kommunikációs készséggel, viselkedjenek együttműködően a betegekkel, kollégáikkal és a hozzátartozókkal, s mindeközben bizonyuljanak fáradhatatlanoknak. Kimondatlan elvárás az is, hogy – elsősorban az orvosok és a nővérek – védjék meg betegeiket a fájdalomtól, a félelemtől, a kiszolgáltatottságtól, a reménytelenségtől, a visszaeséstől, a további betegségektől és persze a haláltól. Ezek után nem csodálkozhatunk azon, hogy a nemzetközi vizsgálatok és a hazai tanulmányok szerint az orvosok, a nővérek és a gyógyító team többi tagja közül sokan érzelmi és intellektuális kiégettséget mutatnak, s emiatt jórészt diagnosztizálatlan és kezeletlen pszichiátriai, pszichológiai, pszichoszomatikus és szomatikus tünetekkel küzdenek (1–10).

A tanulmányok egy másik köre az egészségügyi szakemberek halálfélelmét, halállal kapcsolatos szorongását, ennek felmérését célozza meg (11–14). Ezek a vizsgálatok kitérnek arra is, hogy egyes kutatások szerint az orvosi hivatás választásakor szerepet játszhat a fokozott halálfélelem (az orvos gyógyítja a betegeket, így bizonyos értelemben szembeszáll a halállal), de általánosságban a végzett orvosok körében is kifejezettebb a halálfélelem, mint az egyéb foglalkozású személyekben. Ez is befolyásolja a súlyos betegekkel való kapcsolataikat. *Parkes* felmérése szerint a nővérek munkájuk egyik legjelentősebb stresszforrásának a haldoklók gondozását tartják (15). Hasonló képet mutatnak az orvosok és ápolók körében végzett vizsgálatok: a haldoklók ellátása során például számukra is jelentős nehézséget jelent a betegek érzelmi labilitása, a düh kezelése, a kezelés visszautasítása, a rossz prognózisról való beszélgetés, az elhunyt beteg hozzátartozóival való kommunikáció (16, 17).

Előző kutatásunkban az ápolók, a medikusok és az orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjével foglalkoztunk. A vizsgálatok eredményei igazolták, hogy az egészségügyi szakképzés, illetve a felsőoktatás során a reménytelen állapotú betegekkel való foglalkozásra és a halállal való szembesülésre nem készítik fel megfelelően az egészségügyi szakembereket. A felmérés idején, 2000-ben a csaknem hétezer órás orvosi curriculum során harmincnégy óra (az összes óraszám 0,49%-a); a négyezer-hatszáz órás ápolóképzés során harminchárom óra (0,7%) jutott a fájdalomcsillapításra, a tüneti kezelésre, a haldokló pszichés gondozására, az ezzel kapcsolatos etikai kérdésekre és kommunikációra, valamint a halál és gyász témakörére.

Nem csoda hát, ha az egészségügyben dolgozók sokszor nem tudják a munkájuk során adódó – a veszteségekkel kapcsolatos – súlyos problémáikat megfelelő módon kezelni; ennek egyik jeleként például elkerülik a súlyos betegekkel való kommunikációt. A felkészületlenség azt a félelmet erősíti bennük, amely betegek-

kel, hozzátartozóikkal szemben és saját halálukkal kapcsolatban igen erősen megnyilvánul. A kutatók célja az volt, hogy ráirányítsák a figyelmet ezekre a problémákra és elősegítsék e kérdéskör graduális és posztgraduális szinten való oktatását (18, 19).

Minta és módszerek

Kutatásunk során kérdőíves módszerrel, súlyos betegek mellett dolgozó szakemberek fizikai és mentális állapotának felmérésével foglalkoztunk – ilyen jellegű felmérés Magyarországon eddig még nem készült. A kutatás alapjait a Hungarostudy 2002 vizsgálat jelentette, amely a 18 évesnél idősebb hazai lakosság körében országos reprezentatív egészségfelmérés volt *Kopp Mária* professzor asszony, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete igazgatója vezetésével. A vizsgálat alapjait egy közel 700 kérdésből álló tesztbatteria jelenti, amelyre képzett kérdezőbiztosok közreműködésével 12 634 fő válaszolt.

A felmérés központi kérdéskörének tekinthető egészségügyi adatokat 39 tételből álló betegséglista segítségével vizsgálták (például daganatos betegség, depresszió, szívinfarktus, gyomorfekély). A betegségszoportokat három szempont szerint kellett megítélnie a válaszadónak: A listán szereplő betegségek miatt élete során állt-e kezelés alatt? A betegség miatt szed-e gyógyszert? A betegség miatt az elmúlt évben hány napig volt munkaképtelen?

A kérdőív a pszichés állapot felmérésére többek között a következő skálákat tartalmazza: *Chicago társadalmi hatékonyság kérdőív*, *Betegségteljes index*, *WHO általános jóllétskála*, *rövidített Beck-depresszióskála*, *Kórházi szorongáskála*, *rövidített Reménytelenségskála*, *rövidített D-típusú személyiségskála*, *rövidített Diszfunkcionális attitűdskála*, *Énhatékonyság*, *rövidített Ellenesség-kérdőív*, *Életcélskála*, *Anómiaskála*, *rövidített Együttműködés- és újdonságkeresés-skála* a *Cloninger-féle temperamentum- és karakterkérdőív*ből, *Konfliktusmegoldó kérdőív*, *Koherenciaérzés-skála* és *Életesemények a Rahe-féle rövid stressz- és megküzdés-kérdőív*ből. A *Stressz és megküzdés* kérdőív például információkat ad arról, hogy a válaszadó az elmúlt években milyen veszteségekkel szembesült (közeli hozzátartozó halála, válás, vetélés, munkanélküliség stb.) (20, 21).

Mivel az eredeti Hungarostudy kérdőív nem tért ki részletesen az egészségügyi dolgozókkal kapcsolatos kérdésekre, elkészítettük a kérdőív külön, csak az egészségügyi dolgozók számára módosított és önkitöltőssé alakított változatát. Az önkitöltőssé alakítás miatt történt, mert nem volt pénzünk kérdezőbiztosok alkalmazására. A kérdőívet és a kutatást a

Az orvosok, a nővérek és a gyógyító team többi tagja közül sokan jórészt diagnosztizálatlan és kezeletlen pszichiátriai, pszichoszomatikus és szomatikus tünetekkel küzdenek.

Semmelweis Egyetem kutatásetikai bizottságával engedélyeztettük.

A kérdőívet onkológiai, mozgásszervi rehabilitációs, pszichiátriai, belgyógyászati, nőgyógyászati osztályokra és hospice-okba küldtük el. A 450 elküldött kérdőívből 200 kitöltött kérdőívet kaptunk vissza, és ez – tekintettel a teljes névtelenség biztosítására – eléggé elgondolkodtató, bár más országokban is általában 50% alatt van a válaszolók aránya (22). A kérdőívet kitöltők között túlnyomó többségben vannak a kórházban dolgozók.

Mintánkban tehát 200, súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozó (1. csoport) és kontrollcsoportként a Hungarostudy vizsgálatban szereplő, véletlenszerűen kiválasztott 1356 nem egészségügyi dolgozó (2. csoport), valamint 227 egészségügyi dolgozó (3. csoport) szerepel, összesen tehát 1783 fő. Az 1. csoportban jóval magasabb volt a felsőfokú végzettségűek aránya: 55,7%, ezért a másik két mintát is ehhez kellett igazítani, hiszen először a véletlen kiválasztás egészen más eredményt hozott: a 2. csoportban 21,7%, a 3. csoportban 30,5% volt a felsőfokúak aránya. Jelenleg mindhárom csoportban azonos a nemi, életkori és iskolai végzettségi arány. Mindhárom csoportban 39 férfi és 160 nő volt, átlagéletkoruk az első két csoportban 40, a harmadikban 42 év. A 3. csoportnál nem tudjuk, hogy pontosan milyen területen dolgoznak az egészségügyiiek (mivel erre az eredeti Hungarostudy kérdőív nem kérdezett rá), de a Hungarostudy felmérés körülményei alapján valószínűsítjük, hogy az alapellátásban dolgozók vannak többségben. Ezt a csoportot „átlagos egészségügyi dolgozó” csoportnak neveztük el.

Az 1. csoport jellemzői

A „Jelenlegi foglalkozása?” kérdésre mindenki saját maga írta be a választ, így az rendkívüli változatosságot mutatott. Végül három nagy csoportot alakítottunk ki: orvos, diplomás egészségügyi és ápoló vagy asszisztens (nem diplomás egészségügyi). Az erre a kérdésre válaszolók közül 50 orvos (27,5%), 42 diplomás egészségügyi (23,1%) és 90 ápoló vagy asszisztens (49,5%) volt.

1. TÁBLÁZAT

A különböző osztályokon dolgozók köre	
Osztály	Létszám
Onkológia	53 fő
Pszichiátria	41 fő
Neurológiai és mozgásszervi rehabilitáció	37 fő
Belgyógyászat	19 fő
Nőgyógyászat	15 fő
Hospice	12 fő
Egyéb	23 fő
Összesen	200 fő

Arra a kérdésre, hogy pontosan milyen osztályon dolgozik – az egyéb válaszok sokszínűsége miatt –, szintén nagyobb csoportokat alakítottunk ki (1. táblázat).

A válaszolók közül legtöbben, 65-en daganatos betegekkel foglalkoznak (onkológia és még a hospice-ok). A sorban második a pszichiátriai betegeket ellátó egészségügyi dolgozók köre (41 fő), de viszonylag nagy a száma a neurológiai és mozgásszervi betegeket ellátóknak, akik vagy születésüknél fogva, vagy baleset következtében sérült, sok esetben végtagjukat elvesztett betegekkel dolgoznak (37 fő). Összességében a mintánkban leginkább olyan területekről kaptunk adatokat, ahol súlyos, krónikus betegeket látnak el az egészségügyi dolgozók.

A kapott eredményeket SPSS 10.0 statisztikai programmal elemeztük, a szignifikanciavizsgálatokat ANOVA teszttel végeztük. Ahol a konkrét érték nem szerepel, a 95%-os szignifikanciaszintet ($p < 0,05$) fogadtuk el az értékelhetőség minimumának.

Eredmények

Az összehasonlításból nyert adatok szerint kiugróan nagy különbségeket találtunk a következő eredményekben.

Családi állapot és munkaterhelés

A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyiiek között az élettársi kapcsolat magasabb arányban fordul elő: míg a nem egészségügyiiek körében a házások aránya 62,1% és az élettársi kapcsolatban élők 4,8%, addig a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyiiek között 53,1%, illetve 10,8% ez az arány. A házasságban élők között is magasabb körükben a házassági stressz: 1,12%, míg a nem egészségügyiiek között 0,66%; az átlagos egészségügyiiek között 0,7. Ennek egyik oka az lehet, hogy a kórházi, folyamatos intellektuális, érzelmi és testi túlterhelés, a feldolgozatlan stressz kedvezőtlen hatásai a magánéletben is megjelennek (23).

Az 1. csoportban levő nők 44%-a már átesett abortuszon, míg a nem egészségügyiiek körében a nők 21,2%-ának, az átlagegészségügyiiek 27,8%-ának volt abortusza.

Mindezeket még elgondolkodtatóbbá teszi az az adat, hogy e csoport nehéz helyzetében kevésbé számíthat mások segítségére: az átlagos egészségügyi ($p = 0,011$) és a nem egészségügyi csoport ($p = 0,007$) viszonylatában szignifikáns különbség van a támogatottság mértékének megítélésében.

A túlterheltségre utal, hogy az 1. csoportban levő válaszadók 20,7%-ának, míg a két kontrollcsoportban levők 5,8%-ának (nem egészségügyiiek), illetve 10,6%-ának (átlag-egészségügyiiek) van kettő vagy annál több munkahelye!

Ha megvizsgáljuk az 1. csoporton belül a foglalkozási körök szerint a családi állapot megoszlását, akkor tovább árnyalhatjuk a képet (2. táblázat).

2. TÁBLÁZAT

A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók családi állapota

Dolgozó	Nőtlen, hajadon, egyedülálló	Házas, házastársával együtt él	Házas, házastársával nem él együtt	Élettársi kapcsolatban él	Elvált	Özvegy
Orvos (100%)	10,6%	63,8%	4,8%	12,8%	8,5%	–
Egyéb diplomás egészségügyi (100%)	22%	53,7%	–	12,2%	12,2%	–
Ápoló, asszisztens (100%)	22,1%	45,3%	5,8%	9,3%	15,1%	2,3%

3. TÁBLÁZAT

A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók minősítése saját egészségügyi állapotukról

Dolgozó	Egészségi állapot				
	Nagyon rossz	Rossz	Közepes	Jó	Kiváló
Orvos (100%)	–	–	24%	66%	10%
Egyéb diplomás egészségügyi (100%)	–	–	26,2%	59,5%	14,3%
Ápoló, asszisztens (100%)	2,2%	2,2%	42,7%	54,7%	6,7%

A súlyos betegekkel foglalkozó ápolók körében jóval nagyobb az egyedülálló, az elváltak aránya, mint az orvosok és az egyéb diplomás egészségügyiek körében. Mindenképpen elgondolkodtató, hogy a legnehezebb területen dolgozó ápolóknak csupán fele rendelkezik viszonylag kiegyensúlyozott családi háttérrel és 45,3%-uk egyedülálló, elvált vagy özvegy.

Testi állapot és az egészségügyi ellátás megítélése

Arra a kérdésre, hogy jelenleg vannak-e fájdalmai, a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók csaknem fele, 47,7%-a válaszolt igennel, szemben a nem egészségügyiek 36,4%-ával és az átlag-egészségügyiek 37,3%-ával. Ha megnézzük az 1. csoportban levők válaszait a foglalkozási megoszlás alapján, akkor az orvosok 40%-a, az egyéb diplomások 43,9%-a, az ápolók, asszisztensek 58,8%-a panaszkodott fájdalomra a kérdőív felvételekor! Szignifikáns különbség ($p=0,035$) van a fájdalomra panaszkodó orvosok és ápolók között: sokkal több ápoló panaszkodik fájdalomra, mint orvos.

Szignifikáns különbség mutatkozik az egészségi állapot megítélésében foglalkozási körök szerint: az orvosok és az ápolók vagy asszisztensek között ($p=0,006$), valamint a diplomás egészségügyiek és az ápolók között ($p=0,006$). Az ápolók mindkét csoportnál sokkal rosszabbnak minősítik az egészségi állapotukat. Az orvosok és a diplomás egészségügyiek egészségiállapot-minősítése között nincs lényeges különbség (3. táblázat).

Jelentős az elégedetlenség az orvosi ellátás különböző formáival (1. ábra).

Szakirodalmi adatok alapján, különösen az orvosok, saját panaszait hárítják, illetve önmagukat kezelik. Inkább testi panaszokkal fordulnak más szakemberhez, mint lelkiekkel (24).

Káros szenvedélyek

A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók 37,9%-a dohányzik, a nem egészségügyiek között 24,6%, az átlag-egészségügyi csoportban 24,7% a dohányzók aránya.

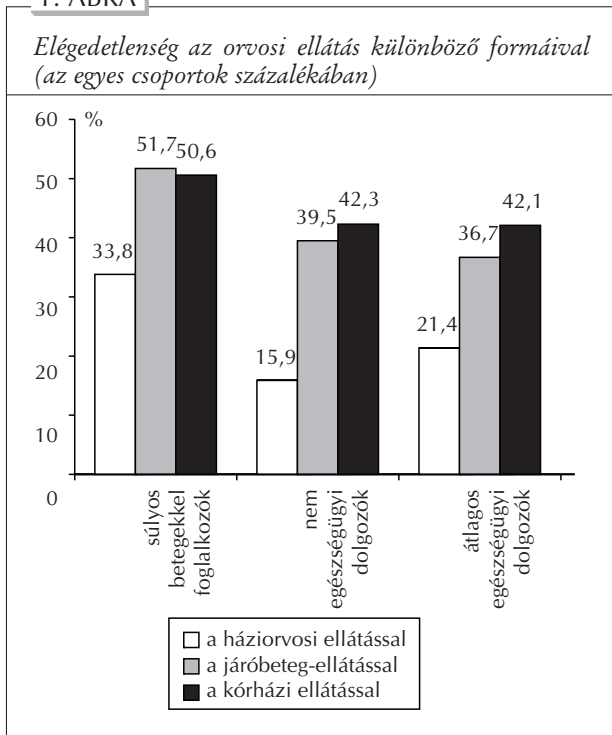
Az 1. csoportban lévők 28%-a iszik három vagy több kávé naponta, míg a nem egészségügyieknek „csupán” 15,9%-a, az átlag-egészségügyieknek 14,7%-a.

Az alkohol- és drogfogyasztás még ennél is nagyobb különbségeket mutat: az 1. csoportban a válaszolók 20,4%-a (szemben a 2. csoport által bevallott 8,7%, illetve 3,7%-ával) vallotta azt, hogy – amennyiben fogyaszt egyáltalán alkoholt, akkor – egy alkalommal több, mint öt (nők esetében több mint négy) alkoholtartalmú italt iszik meg. Angol kórházi orvosok kérdőíves vizsgálata alapján a férfiak 8%-a, a nők 11%-a (átlagosan 10%-uk) fogyasztott több alkoholt az elfogadhatónál – ez a férfiaknál hetente 21 egység, a nőknél 14 egység (25).

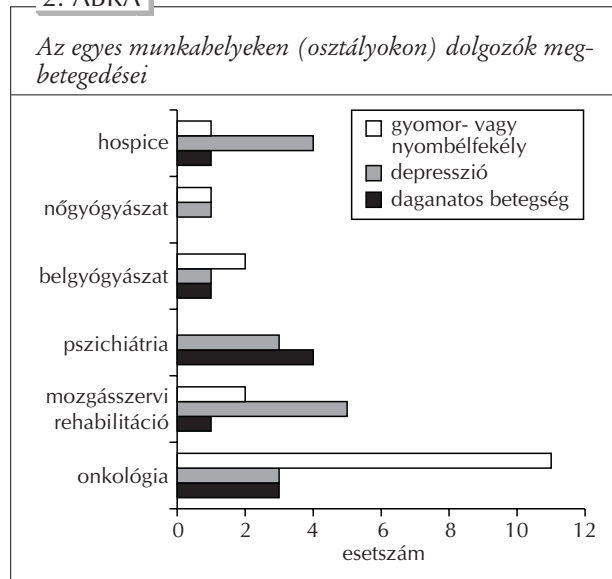
A súlyos betegekkel foglalkozók 10,6%-a használt már valamilyen kábítószer, míg a nem egészségügyieknek 2,9%-a, az átlag-egészségügyieknek 1,9%-a vála-

A legnehezebb területen dolgozó ápolóknak csupán fele rendelkezik viszonylag kiegyensúlyozott családi háttérrel.

1. ÁBRA



2. ÁBRA



szolt igennel erre a kérdésre. Itt azonban meg kell említenünk azt a hipotézisünket, hogy a személytelen, önkitöltős kérdőíves felmérés során valószínűleg ösztönösen válaszoltak ezekre a kényes kérdésekre a vizsgálatban résztvevők (1. csoport), mint a kérdezőbiztos által felvett kérdőíves vizsgálat során (2. és 3. csoport).

Pszichés állapot

Bizonyos betegségek, amelyek sokszor pszichoszomatikus eredetre vezethetők vissza, gyakrabban fordulnak elő a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében. Arra a kérdésre, hogy „Élete során állt-e kezelés alatt bizonyos betegségek miatt (daganatos betegség, depresszió, magas vérnyomás, gyomorbetegség)?”, szemben a nem egészségügyiek 27,3%-ával és az átlag-egészségügyi dolgozók 22,5%-ával, a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók összesen 46,5%-a válaszolt igennel! (Külön figyelemre méltó, hogy az említett betegségek közül 17%, 8,8% és 7,5% megbetegedés esett az elmúlt évre a három csoport összehasonlításában.)

A súlyos betegekkel foglalkozók körében a depressziós megbetegedés a nem egészségügyi dolgozókhöz ($p=0,000$) és az átlag-egészségügyiekhez viszonyítva ($p=0,004$) egyaránt szignifikánsan magasabb.

Ha az 1. csoportban megnézzük az egyes munkahelyeken (osztályokon) dolgozók megbetegedéseit, akkor szintén érdekes különbségeket láthatunk (2. ábra).

A leíró statisztika szerint a hospice-ban, a pszichiátrián, a mozgásszervi rehabilitációban és az onkológián dolgozók körében magasabb a depresszió aránya, és az onkológián dolgozók körében előfordult gyomor- és

nyombélfekélyes megbetegedések száma kiugróan magas. Az alacsony elemszám miatt ezek az eltérések természetesen statisztikailag nem szignifikánsak, de jelezhetnek valós különbségeket is.

Az 1. csoportban a depressziós megbetegedéseket tekintve a foglalkozások közötti eltérések is jelentősek: szignifikáns különbség ($p=0,041$) van az ápolók és az orvosok depressziós megbetegedése között.

Arra a kérdésre, hogy „Volt-e már öngyilkossági kísérlete?”, az alábbi eredményeket kaptuk: a súlyos betegekkel foglalkozók közül 4,9%; a nem egészségügyiek közül 2,5%, míg az átlag-egészségügyiek közül 1,4% válaszolt igennel. Az 1. csoporton belül a pszichiátrián dolgozók között kiugróan magas, 10,3% azoknak az aránya, akik már megkíséreltek öngyilkosságot! Az 1. csoportban az orvosok 2,1%-a, az egyéb diplomás egészségügyiek 7,3%-a, az ápolók 5,2%-a válaszolta azt, hogy volt már öngyilkossági kísérlete.

A pszichológiai skálák elemzése egyértelműen arra mutat, hogy a súlyos betegekkel foglalkozók pszichés állapota összességében rosszabb, mint a kontrollcsoportoké. A pszichés állapot mérésére szolgáló skálák csoportonkénti átlagértékeit a 3. ábra mutatja. A hat skála helytakarékosság miatt került egy ábrára, az egymás közötti összevetés célját nem szolgálja, csak az egyes skálaértékek három csoport közötti különbségeit kívántuk bemutatni.

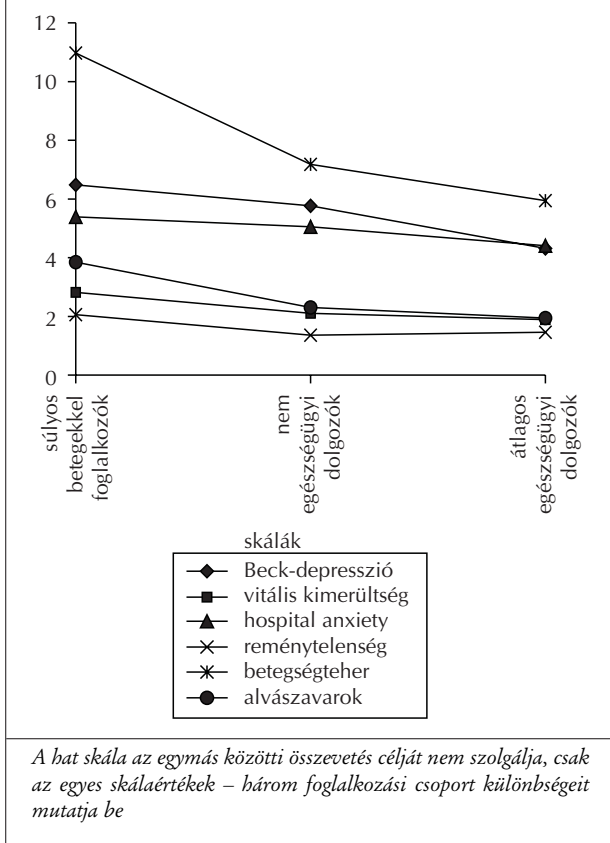
Megbeszélés

Az eredmények kiértékelése igazolta hipotéziseinket, illetve a külföldi vizsgálatok során talált eredményeket. A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében a testi és a lelkiállapot tekintetében rosszabb mutatókat találtunk, mint a kontrollcsoportoké.

Családi állapotuk rendezetlenebb, sokkal több körükben az egyedülálló személy, és nehéz helyzetükben sem számíthatnak eléggé környezetük (a család, bará-

3. ÁBRA

A lelkiállapot mérése pszichológiai skálákkal



tok, szomszédság) segítségére. Az „önkizsákmányolás” jellemző rájuk: e csoport csaknem negyede két vagy több munkahelyen dolgozik. Ennek hátterében a rossz anyagi megbecsülés áll – és az, hogy sokan közülük családfenntartók –, de pihenésre, regenerálódásra nem igazán marad idő, s ez tovább súlyosbítja a tüneteket.

Egyik ilyen jellemző tünet az, hogy fájdalokkal küszködnek, összességében rosszabbnak ítélik meg egészségi állapotukat, mint a kontrollcsoportok válaszadói. Kimerültségüket, feszültségüket kávéval, cigarettával próbálják kompenzálni; arányaiban több közöttük az alkoholhoz, droghoz menekülő személy.

A pszichoszomatikus és pszichés megbetegedések száma jóval magasabb, mint a kontrollcsoportokban, ugyanakkor többnyire elégedetlenek az egészségügyi ellátással (valószínűleg kevesebben is veszik igénybe). Különösen ijesztő a megkísérelt öngyilkosságok nagyobb aránya. A pszichológiai skálák elemzése mindent rosszabb eredményeket mutatott a súlyos betegekkel foglalkozók csoportjában a kontrollcsoportokhoz viszonyítva.

Az 1. csoporton belül az ápolóknál az orvosokhoz és az egyéb diplomás egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva mindezekben sokkal rosszabb eredményeket találtunk. Az osztályok (munkahelyek) közötti összehasonlítás során azt találtuk, hogy a mozgásszervi rehabilitáció és a pszichiátria területén dolgozók körében feltűnően kedvezőtlenek az adatok. A súlyos, legtöbbször gyógyíthatatlan mozgásszervi betegekkel foglalkozók

között az egyedülálló aránya 40%, sokan dohányoznak és bizonyos betegségek (depresszió) gyakrabban fordulnak elő körükben, mint a többi csoportban. Ugyanígy magas a pszichiátrián, az onkológián és a hospice-ban dolgozók között a depresszió előfordulási aránya. A pszichiátrián dolgozók különösen elégedetlenek a járóbeteg- és kórházi ellátással, közöttük a legmagasabb az alkohol- és drogfogyasztók száma, és a legtöbb ebben a körben foglalkoztak már öngyilkossági gondolatokkal, kíséreltek meg öngyilkosságot. A skálák elemzése azt mutatja, hogy pszichés állapotuk összességében rosszabb, mint a többi csoporté. Az onkológiai dolgozók között a különböző fekélybetegségek előfordulási aránya jóval magasabb, mint másutt – ez a körükben halmozódó, feldolgozatlan stresszre utal.

Az egészségügyi dolgozók testi és lelki panaszai vagy tünetei alapvetően stresszfüggők (26). Feltehetően nem elsősorban a növekvő számú, súlyos beteg gyógyítása, gondozása jelent fokozottabb stresszt a szakemberek számára (hiszen nem véletlenül választották és gyakorolják a hivatásukat!), hanem a kedvezőtlen pszichológiai légkörű kórház vagy osztály, a fokozódó munkaterhelés, a merev munkaszervezés és a növekvő bürokrácia jelenti a fokozottabb rizikófaktort (27, 28). Nincsenek igazi védő tényezők – a család, a munkahely védő szerepe hiányzik, ezt tükrözi az abortuszok nagy száma, a házastársi stressz, a szociális hálónál kapcsolatos kedvezőtlen eredmény.

Következtetések

Milyen módon lehet elősegíteni, hogy az egészségügyi dolgozók pszichés terheiket hatékonyabb módon tudják kezelni? Mivel a súlyos betegek folyamatos pszichés gondozása, a veszteségekkel való szembesülés és a gyász munka speciális szakmai ismereteket igényel, ezeket az egészségügyi dolgozóknak elsősorban a graduális képzés során kellene elsajátítaniuk. A következő témaköröket érdemes az oktatás fókuszába állítani: sajátos pszichológiai, szociológiai, kulturális és spirituális kérdések; a kommunikációs készségek fejlesztése; a leggyakoribb tünetek megelőzése, felismerése, kezelése; etikai kérdések; önismeret és önreflexió (29, 30).

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében például – az általános kommunikációs, etikai és pszichológiai képzést kiegészítendő – az orvostanhallgatók számára 2003 szeptemberétől 30 órás, kreditpontos kurzust vezettünk be *A terminális állapotú daganatos betegek palliatív ellátása* címen. Az oktatók a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetéből, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinikájáról, II. Számú Gyermekklinikájáról, Radiológiai Klinikájáról, valamint a magyarországi hospice-ok vezető szakemberei közül kerültek ki. Az első kurzus résztvevői között nemcsak orvostanhallgatók, hanem szociális munkás-hallgatók és érdeklődő orvosok is voltak.

Ideális esetben e kérdések oktatása nem ér véget a graduális képzéssel, hiszen az egészségügyi dolgozók

mindennapi munkájukban gyakran találkoznak kudarcokkal, stresszel teli helyzetekkel, és ez számos további, gyakorlati kérdést vet fel számukra, s természetesen e terület ismeretei is fejlődnek. Indokolt tehát, hogy a posztgraduális képzéseknek is részévé váljon az ilyen jellegű oktatás. *Delvaux* és *Razavi* speciális pszichológiai tréningprogramjaik tapasztalatairól számoltak be (31). Készségfejlesztő gyakorlataik elsősorban a meghallgatást, az empátiát, a kulcskérdésekre adott válaszokat, valamint a bátorítás megfelelő módjait foglalják magukban. Kutatásaik során arra a következtetésre jutottak, hogy a képzések hatása akkor tartós, ha a módszereket kombinálják és a képzéseket ismétlik. Egy négy éven keresztül folyó, évente ismételt vizsgálat szerint a képzések attitűdökre gyakorolt pozitív hatása tartós és az orvosegyetemi képzés egésze alatt az ilyen képzésben nem részesült kontrollcsoporthoz képest szignifikáns mértékben fennmarad.

A legtöbb vizsgálat megerősíti, hogy az ilyen típusú képzések hatására jelentősen fejlődnek a résztvevőknek a súlyos betegekkel, valamint azok hozzátartozóival kapcsolatos pozitív attitűdjei. Az is bizonyítást nyert, hogy eredményesebben ismerik fel, és hatékonyabban, empatikusabban kezelik a betegek pszichés reakcióit; a képzés jelentősen javítja kommunikációs készségüket, és a veszteségekkel való szembesülést (32–36).

1994 óta szervezünk hospice-tanfolyamokat, elsősorban ápolónők számára. A nagy népszerűségnek örvendő képzéseket eddig körülbelül 3000 egészségügyi dolgozó végezte el. A népszerűség egyik oka, hogy stresszkezelő kommunikációs tréninget is tartalmaz a tanfolyam, amely a haldokló beteggel való verbális és nem verbális párbeszéd sajátosságait célozza meg. Az egyik tanulságos önismereti gyakorlat lényege, hogy azzal szembesít, hogy a résztvevők mennyi energiát szánnak a munkájukra, egyéb tevékenységeikre, más emberekre és saját magukra. A gyakorlat második része szerint el kell osztaniuk a szeretetüket az említettek között. Általában kiderül, hogy energiájuk nagy részét a munkájukra fordítják (a munka szeretete már nem ennyire egyértelmű). Rengeteg energiát és szeretetet fordítanak családtagjaikra és betegeikre. A saját magukra fordított energia és az „önszeretet” azonban rendkívül kicsi: 5-10%-ot tesz ki. A társadalom, a munkahely és a család ezt az önfeláldozó magatartást várja el tőlük, amelybe sokan közülük előbb-utóbb fizikailag vagy pszichésen belerokkannak. A gyakorlatok során a résztvevőkben tudatosítjuk ezeket a veszélyeket.

Az elmúlt tíz évben az Onkológiai Intézetben graduális és posztgraduális oktatóprogramokat dolgoztak ki az egészségügyi szakemberek számára. Az elméleti és gyakorlati onkopszichológiai képzés magába foglalja a betegek lelki tüneteinek felismerési szempontjait és kezelésének módszereit; bizonyos testi tü-

netek lelki hátterének felderítését (például a nehezen csillapítható fájdalom, fokozódó mellékhatások); a súlyos, illetve gyógyíthatatlan betegekkel történő kommunikáció sajátosságait (a rossz hír közlése, a kezelés-váltás megbeszélése); a betegekkel történő támogató beszélgetés fő témáit és lépéseit (például új életmód kialakítása, a fontos emberi kapcsolatok megőrzésének kérdései); onkopszichológiai alapismereteket; esetismertetéseket; szervezési tudnivalókat; a kiegészítő tünetcsoport megelőzésének és kezelésének útjait; a szupervízió fogalmát és funkcióit (37).

A szemléletformálást kiterjesztettük orvostanhallgatókra, pszichológushallgatókra és gyógytornászhallgatókra is. Az „onkopszichológiai alapismeretek” téma (elmélet, gyakorlat) bekerült a leendő klinikai szakpszichológusok és onkológusok tanrendjébe is. Szakmai konzultációval támogatjuk az onkológiai betegek komplex ellátásával kapcsolatos szakdolgozatók munkáját is. Új szolgáltatásként, elsősorban a betegek és a hozzátartozók számára, honlapot alakítottunk ki (38), és egyre több alkalommal kerül sor elektronikus levélváltásra pszichoszociális témakörben a betegekkel és hozzátartozóikkal.

Az Onkológiai Intézetben három éven át működő Bálint-csoport – mint hasznos edukációs és szupervíziós forma – tapasztalatai más szakemberek számára is hasznosak lehetnek. A részt vevő gyógytornászok beszámoltak a napi munkájuk során kialakult főbb érzelmi problémáikról: aktivizálódott és önerőből feldolgozatlan halálfélelem; hártott, de időnként tudatosuló tehetetlenségi érzések, indulatok a betegek iránt; félelem a betegek bizonyos közléseitől és erős érzelmi kisugárzásaitól, azaz félelem az úgynevezett konténerfunkciótól; a saját érzelmi problémák (főként kapcsolati nehézségek) felismerése, kezelése.

Ennek a „konténerfunkciónak” az a jelentése, hogy a betegek elviselhetetlennek érzett rossz közérzetüket, fájdalmaikat, belső „rossznak” átélt testi elváltozásait, hiányait, szorongásait, traumatikus élményeiket, halálfélelmüket nem tudják magukban tartani, tudattalanul kivetítik valaki másra. Erre a konténerfunkcióra különösen alkalmas a gyógytornász, a nővér, az orvos, hiszen ők naponta többször is foglalkoznak betegekkel, azok testével és testi funkcióival. A lelki kivetítés (projektív identifikáció) akaratunktól, tudásunktól függetlenül működik – mondhatni, az állandó projektív identifikáció állapota a jellemző az onkológiára és a többi, súlyos beteget kezelő osztályra. Segít azonban, ha tudunk erről a lelki folyamatról, és fel tudjuk használni a lelki gyógyító munkában, mert növeli kontrollálási lehetőségeinket, azaz személyiségünk védelmét és gyógyítókapacitásunkat egyaránt.

Az egészségügyi személyzet pszichés terhei csökkentésének egyéb módjai között nagyon fontos a család és a munkahely támogató funkcióinak erősítése. Lélektani mechanizmusok közvetítésével ugyanis a betegek, a szakemberek és a hozzátartozók között verbális és nem verbális kommunikáció egyaránt zajlik, mindenki hat mindenkire (39). A munkahely támogató

A súlyos betegekkel foglalkozók pszichés állapotára összességében rosszabb, mint a kontrollcsoportoké.

funkciójához tartozik a megfelelő munkaszervezés megvalósítása és fenntartása, az egyéni és csoportos megbeszélések, valamint különböző stresszkezelő tréningek szervezése és lebonyolításának támogatása. A legfontosabb intervenciók: lehetőséget adni arra, hogy a szakemberek kibeszélhessék felgyűlt szorongásaikat – a különböző nehéz esetek kapcsán – az esetmegbeszélések, a Bálint-csoport, a szupervízió vagy megfelelő szakemberrel végzett pszichoterápia segítségével. Emellett legalább ugyanilyen jelentőségű azoknak a módszereknek az elsajátítása, amelyek segítségével a nehéz, stresszes helyzetek után az illető személy fel tud

oldódni, ki tud kapcsolódni, vagyis a saját mentálhigiéné ápolásának támogatása (40–44).

Ésszerűbb, humánusabb munkaszervezéssel, nagyobb erkölcsi és anyagi megbecsüléssel, valamint a graduális és posztgraduális képzésben megvalósított speciális mentálhigiéné oktatásával meg lehetne előzni a szakemberek testi és lelki állapotának romlását, csökkenteni a lelki kiégés veszélyét, illetve a már kialakult tünetek súlyosbodását. Ehhez a beteg-szakember-hozzá tartozó csoportot dinamikus egységként kell felfognunk és minden résztvevőjét egyszerre, összehangoltan támogatnunk kell.

IRODALOM

- Shanefelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Amer J Med* 2003;114(6):513-9.
- Fekete S. Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer-szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica* 1991;6(1):17-29.
- Hézszer G. Miért? Rendszerszemlélet és lelkiigazgatói gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok. Budapest: Kálvin Kiadó; 1996.
- Riskó Á. A test, a lélek és a daganat. Budapest: Animula Kiadó; 1999.
- Buda B. A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdései. (Újabb tanulmányok) Budapest: Támasz Kiadó; 1995.
- Buda B. Elmélet és alkalmazás a mentálhigiénében. Újabb tanulmányok a mentálhigiénés szemlélet és az elsődleges megelőzés témaköréből. Budapest: Támasz Kiadó; 1998.
- Pikó B, Piczil M. „És rajtunk ki segít...?” Kvalitatív egészségpszichológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély* 2000;(10):110-20.
- Pikó B. A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae* 2001;11(4):318-25.
- Szicsiek M. A kiégés és a pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharón* 2004;8(1-2):88-131.
- Molnár L, Mezey M. Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I-III. *Lege Artis Medicinae* 1991;1(8):524-8.; 1991;(9-10):640-44.; 1991;(11):966-70.
- Nagy ZsA. A terminális állapot diagnózisának közlése és a saját halálhoz való viszony. *Lege Artis Medicinae* 1994;4(7):694-9.
- Temesváry B. A halálfélelem néhány sajátos aspektusa. *Orvosi Hetilap* 1996;137(26):1419-25.
- Békés V. Ki fél a haláltól? A halálfélelem és korrelátumai. *Kharón* 2000;4(4):5-65.
- Kolosai N, Bognár T, Pilling J, Hegedűs K, Békés V. „... és ments meg Uram minket a hirtelen haláltól!”. Összefüggések a nővérek halálfélelme és a haldokló gondozás minősége között. *Válóság* 2002;45(2):66-82.
- Parkes KR. Stressful episodes reported by first-year student nurses: a descriptive account. *Social Science & Medicine* 1985;20(9):945-53.
- Bognár T, Kolosai N, Hegedűs K, Pilling J. „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét.” Mélyinterjúk elemzése orvosokkal. *Lege Artis Medicinae* 2001;11(2):154-63.
- Ferro N. Evaluation of burnout in oncology nurses. Poster. IPOS Congress. Hamburg; 1998.
- Hegedűs K, Pilling J, Kolosai N, Bognár T. Ápolók és orvosok halállal és haldoklókkal kapcsolatos attitűdje. *Lege Artis Medicinae* 2001;11(6-7):492-9.
- Hegedűs K, Pilling J, Kolosai N, Bognár T, Békés V. Orvosok halállal és haldoklókkal kapcsolatos attitűdjei. *Orvosi Hetilap* 2002;143(42):2385-91.
- www.magtud.sote.hu/szechenyiterv
- Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, et al. A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica* 2003;18(2):83-94.
- Pullen D, Lonie CE, Lyle DM. Medical care of doctors. *Med J Australia* 1995;162:481-4.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71:1263-9.
- Pullen D, Lonie CE, Lyle DM. Medical care of doctors. *Med J Australia* 1995;162:481-4.
- King MB, Cockcroft A, Gooch C. Emotional distress in doctors: sources, effects and help sought. *J Roy Soc Med* 1992;85:605-8.
- Pullen D, Lonie CE, Lyle DM. Medical care of doctors. *Med J Australia* 1995;162:481-4.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71:1263-9.
- Fallowfield L. Can we improve the professional and personal fulfilment of doctors in cancer medicine? *Br J Cancer* 1995;71:1132-3.
- Barnard D, Quill T, Hafferty FW, Arnold R, Plumb J, Bulger R, et al. Preparing the ground: contributions of the pre-clinical years to medical education for care near the end of life. Working Group on the Pre-clinical Years of the National Consensus Conference on Medical Education for Care Near the End of Life. *Academic Medicine* 1999;74(5):499-505.
- Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Brief psychological training for health professionals dealing cancer patients: a one-year assessment. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;13:253-60.
- Delvaux N, Razavi D. Psychological training for health care professionals in oncology: a way to improve communication skills. In: *Surbone A, Zwitter M* (eds.). Communication with the cancer patient. New York: Academic Press; 1997. p. 336-49.
- Billings JA, Block S. Palliative care in undergraduate medical education: status report and future directions. *JAMA* 1997;278(9):733-8.
- Kaye JM, Loscalzo G. Learning to care for dying patients: a controlled longitudinal study of a death education course. *Journal of Cancer Education* 1998;13(1):52-7.
- Maguire P, Booth K, Elliot C, Jones B. Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills. The impact of workshops. *European Journal of Cancer* 1996;32A:1486-9.
- Dickinson GE, Pearson AA. Death education in selected medical schools as related to physicians' attitudes and reactions toward dying patients. *Annual Conference on Research in Medical Education* 1977;16:31-6.
- Durand RP, Dickinson GE, Sumner ED, Lancaster CJ. Family physicians' attitudes toward death and the terminally-ill patient. *Family Practice Research Journal* 1990;9(2):123-9.
- Back AL, Arnold RM, Tulskey A. Teaching communication skills to medical oncology fellows. *Journal of Clinical Oncology* 2003;21(12):2433-6.
- www.bencium.hu/onkopszichologia
- Riskó Á. A terminális állapotban levő rákbetegek életminőségét javító nem verbális módszerek ismertetése. In: *Halálközelség II. Budapest: Magyar Hospice Alapítvány; 1995. p. 129-69.*
- Hegedűs K. A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae* 2000;10(5):448-52.
- Debrecenyi KI. Ahol kérdések vannak, ott válaszok is vannak. A szupervízió helye a hospice ellátást végző közösségek életében. *Kharón* 2001;5(2-3):110-32.
- Gorell Barnes G. Családterápia és gondozás. Budapest: Animula Kiadó; 1991.
- Hézszer G. Miért? Rendszerszemlélet és lelkiigazgatói gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok. Budapest: Kálvin Kiadó; 1996.
- Pikó B. Egészségpszichológia. Budapest: Új Mandátum Kiadó; 2002.