

# Interdiszciplinaritás, munkahelyi stressz, holisztikus szemléletű ellátás

Szabó Nóra, Szabó Gábor, Hegedűs Katalin

## INTERDISCIPLINARITY, WORKPLACE STRESS, HOLISTIC MANAGEMENT

**BEVEZETÉS** – A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi szakdolgozók testi és lelkiállapota rosszabb, mint a nem súlyos betegeket ápolóké. Ebben szerepet játszhat az ápolók elégedetlensége, vitális kimerültsége, a munkahelyi stressz, a társas támogatottság, valamint szakmai és társadalmi megítélésének a mértéke. A felmérés célja két, súlyos betegekkel foglalkozó csoport – hospice-ápolók és idős betegeket ápolók – összehasonlító vizsgálata. Hipotézis: a hospice-ápolók elégedettségük, vitális kimerültségük, társas támogatottságuk, munkahelyi stressz mértékük, valamint szakmai, társadalmi elismertségük tekintetében egyaránt kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátó ápolók.

**MINTA ÉS MÓDSZEREK** – Önkitöltős kérdőíves módszerrel hospice-ápolók (N=25) és idős betegeket ellátó (N=50) ápolók körében történt meg a felmérés. A kérdőív demográfiai, szakmai és társadalmi megbecsültséggel kapcsolatos kérdéseket, elégedettség, vitális kimerültség, társas támogatás, valamint munkahelyi stressz kérdőívet tartalmazott.

**EREDMÉNYEK** – Társas támogatottságuk tekintetében a hospice-ápolók egyértelműen kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátó ápolók. Az idős betegeket ellátó ápolók munkahelyi stressz értéke nagyobb, mint a hospice-ápolóké, így az idősellátásban dolgozók körében nagyobb az esély a munkahelyi stresszorok káros hatásainak érvényesülésére.

**KÖVETKEZTETÉSEK** – A hospice interdiszciplináris szemlélete, a más (nem csupán ápolás és orvoslás) területeken tevékenykedő szakemberek elfogadása és bevonása a gyakorlati betegápolásba, a holisztikus ellátást, az ápolók elfogadását és elismerését segítheti, a nagyobb társas támogatottság révén pedig csökkentheti az ápolók munkahelyi stressz mértékét, ezzel a munkahelyi stresszorok káros következményeit. Ezért a jövőben érdemes lenne az interdiszciplinaritást kiterjeszteni, az egyes szakterületek közötti kommunikációt megerősíteni az idős betegek ellátásában, és tulajdonképpen az ellátórendszer valamennyi szintjén és területén.

**INTRODUCTIONS** – The physical and psychological condition of health care professionals dealing with the seriously ill is worse than that of those caring for not seriously ill patients. This may be due to the nurses' dissatisfaction, vital exhaustion, workplace stress, social support and the degree of professional and social adjudication.

The aim of the survey is to comparatively investigate two groups dealing with the seriously ill – hospice nurses and nurses caring for elderly patients. Hypothesis: hospice nurses are in a more favourable position than nurses caring for elderly patients in terms of satisfaction, vital exhaustion, social support, the degree of workplace stress and professional and social acknowledgement as well.

**SUBJECTS AND METHODS** – The survey was performed among hospice nurses (N=25) and nurses caring for elderly patients (N=50) using a self-assessment questionnaire. The inventory comprised questions related to demographical, professional and social acknowledgement and questionnaires on satisfaction, vital exhaustion, social support and workplace stress.

**RESULTS** – In terms of social support hospice nurses are clearly in a more favourable position than those caring for elderly patients. Workplace stress is higher among nurses caring for elderly patients than that of hospice nurses thus the adverse effects of workplace stressors will more readily appear among nurses working with the elderly.

**CONCLUSION** – The interdisciplinary approach of hospice, the acceptance and inclusion of professionals from fields other than nursing and medicine into the practical care may promote holistic care and the acceptance and acknowledgement of nurses. The greater social support may reduce the nurses' degree of workplace stress and thus the adverse consequences of workplace stressors. Therefore in the future interdisciplinary should be extended, communication between specialties should be encouraged within the care for the elderly and – as a matter of fact – on each level and field of the health care system.

**hospice-ápolók, idős betegeket ellátó ápolók, társas támogatás, munkahelyi stressz**

**hospice nurses, nurses caring for elderly patients, social support, workplace stress**

Szabó Nóra (levelező szerző/correspondent), Szabó Gábor, dr. Hegedűs Katalin:  
Simmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Simmelweis University,  
Institute of Behavioural Sciences;  
H-1089 Budapest, Nagyvárad tér. 4. E-mail: szabo.noraerzsebet@chello.hu

Érkezett: 2006. szeptember 23. Elfogadva: 2007. június 15.

A stressz jelentését *Selye János* (1, 2) a károsító hatásokra adott válaszreakcióként fogalmazta meg. Ez a reakció egyaránt lehet pozitív (eustressz) és negatív (distressz) (3). Az eustressz az életben maradáshoz nélkülözhetetlen: stimulál, megpróbáltatás esetén energiát szolgáltat, amely után rövid időn belül a szervezet egyensúlyi állapota visszatér. Ezzel szemben a distressz túl nagy igénybevételt jelent, a hosszan tartó egyensúlytalanságból fizikális és mentális betegség alakulhat ki.

A élet felgyorsult változásai miatt, a fokozódó stressz egészségkárosító hatásait említi *Toffler* (4) a *Jövő sokkja* című könyvében. A külső behatások, stresszkeltők megélése embertípustól függően más és más lehet. Azoknál a személyeknél nagyobb a fizikális vagy pszichés zavar valószínűsége, akik az őket ért változásokat negatívan élik meg, ellentétben azokkal, akiket ugyanannyi esemény ért, de nem tartották azokat zavarónak, negatív hatásúnak (5).

A különböző életesemények is stresszhelyzeteket teremtenek, amelyek egészségre gyakorolt hatásait igazolta *Holmes* és *Rabe* (6). Ezekhez az eredményekhez hasonlóan *Brown* és *Birley* (7) a nagy életesemények és a lelki betegségek közötti összefüggésre hívják fel a figyelmet.

A stressz kialakulásában sokszor jelentős szerepe lehet az ismeretlentől, a következményektől és a jövőtől való félelemnek. Stresszcsökkentő hatású lehet például a sebészeti beavatkozás előtt álló betegeknek a beavatkozás menetéről és magáról az eljárásról adott információ. Az ismertettek alapján tudja a beteg, hogy mire számíthat, milyen kellemetlenségek várnak rá (8). Így az interaktív tájékoztatás hatására képessé válik a beteg arra, hogy ne fenyegető eseményként élje meg a műtétet.

lyen kellemetlenségek várnak rá (8). Így az interaktív tájékoztatás hatására képessé válik a beteg arra, hogy ne fenyegető eseményként élje meg a műtétet.

## Bevezetés

### A stressz

A magas munkastressz egészségre gyakorolt hatásaiival számtalan tanulmány foglalkozik (9–12). A munkastressz egészséget károsan befolyásoló hatását vizsgálja az erőfeszítés–jutalom egyensúlytalanságának modellje (effort-reward-inbalance modell) (13). A modell szerint a jelentős munkahelyi erőfeszítésekhez nem társuló (az erőfeszítéseknek megfelelő) jutalmak stresszállapotot idéznek elő, s ez hosszú távon hozzájárulhat a munkavállaló egészségromlásához.

A szakirodalom szerint a foglalkozási csoportok kö-

zül az ápolók munkahelyi stressz mértéke kiemelten magas (14–16).

### A társas támogatottság

„Életünk sikerességét, biztonságunkat és jólétünk érzetét, de még egészségünket is befolyásolja az, hogy kiket ismerünk, és kiktől függünk” (17). *Thoits* szerint a társas támogatás a társakkal való interakciók által kielégíthető társadalmi szükségletek mértéke (18). *Csabai-Molnár* az egészségügyi dolgozók közül az orvosok magárautaltságára, a társas támogatottság hiányára utal dolgozatában (19).

A stresszel kapcsolatos megbetegedésekben jelentős szerepet játszik a társas támogatás. *Cassel* szerint a stresszes környezet a társas kapcsolatok felbomlását eredményezheti, így az adott egyén kevesebb visszajelzést kap másoktól, ami egyensúlyvesztéshez, majd betegségek kialakulásához vezethet (20–22).

Az is bizonyított tény, hogy a szorongást, a munkahelyi stressz mértékét és a kiégési szindróma kialakulásának lehetőségét jelentősen csökkenti a munkatársak társas támogatása (23).

## Minta és módszerek

A felmérés a hospice-ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók szakmai és társadalmi megbecsültségének, elégedettségének, vitális kimerültségének, társas támogatottságának, munkahelyi stressz mértékének összehasonlítását célozta meg.

A tanulmány szükségességét a hospice- és idősellátási igény növekedése indokolja. Az ellátási igények növekedésével az ápolók testi és lelki terhelése fokozódik. A krónikus és haldokló betegeket kísérő személynél esetében plusz fizikai és pszichés terheléssel számolhatunk. Ezt támasztja alá *Hegedűs, Riskó, Mérszáros* (24) felmérése, ami szerint a súlyos betegekkel foglalkozó szakdolgozók testi és lelkiállapota rosszabb, mint a nem súlyos betegeket ellátóké. Ebben szerepet játszhat az ápolók vitális kimerültsége, a munkahelyi stressz, valamint a társas támogatottság mértéke. Az ápolók kimerítő, stresszel teli munkájára adott kilenc leggyakoribb coping mechanizmus közül az egyik a stresszel teli munkaszituáció elhagyása (25). Azonban az ápolók szakterületenként más és más terheltségűek, ezáltal a munkahelyi stressz és társas támogatottság tekintetében is különböző helyzetűek lehetnek.

A hospice-osztályokon elsősorban daganatos, végstádiumú betegeket látnak el, közülük több az idős beteg. Előfordul tehát, hogy a hospice- és az idős betegeket ellátó osztályokon hasonló a betegösszetétel és az ápolói munka. A kétféle ellátási terület mindennapjait meghatározó különbség, hogy amíg a hospice-osztályokon az interdiszciplináris teammunka preferált és szabályozott (26), nagyobb szerepet kap az orvosi szakértelem (fájdalomcsillapítás, tüneti kezelés), a

Az effort-reward-inbalance modell szerint a jelentős munkahelyi erőfeszítésekhez nem társuló jutalmak stresszállapotot idéznek elő.

A szorongást, a munkahelyi stressz mértékét és a kiégési szindróma kialakulásának lehetőségét jelentősen csökkenti a munkatársak társas támogatása.

**1. TÁBLÁZAT**

A vizsgálatban részt vett hospice-ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók nemek szerinti megoszlása

Nem	Hospice-ápoló (fő) (három hospice-osztály)			Idős betegeket ellátó ápolók (fő) (négy geriátriai osztály)				Összes (fő)
	1	2	3	1	2	3	4	
Nő	7	7	6	8	15	17	9	69
Férfi	1	1	2	0	0	0	1	5
Összesen	8	8	8	8	15	17	10	74

**2. TÁBLÁZAT**

A vizsgálatban részt vett hospice-ápolók és idős betegeket ellátó ápolók átlagéletkora

Átlagéletkor (év)	Hospice-ápolók (három hospice-osztály)			Idős betegeket ellátó ápolók (négy geriátriai osztály)			
	1	2	3	1	2	3	4
Összesített átlagéletkor (év)	37,3	40,2	33,8	45,2	42,3	37,8	45,0
	40,2						

**3. TÁBLÁZAT**

A vizsgálatban részt vett hospice-ápolók és idős betegeket ellátó ápolók iskolai végzettsége

Iskolai végzettség	Hospice-ápolók (fő) (három hospice-osztály)			Idős betegeket ellátó ápolók (fő) (négy geriátriai osztály)				Összes (fő)	Százalékos megoszlás
	1	2	3	1	2	3	4		
Általános iskola	0	0	0	1	0	2	2	5	6,76
Középfokú	7	7	6	6	14	12	6	58	78,38
Felsőfokú	1	1	2	1	1	3	2	11	14,86
Összesen	8	8	8	8	15	17	10	74	100

pszichés és szociális ellátás, addig ez az idős betegeket ellátó osztályokra nem jellemző.

A felmérés célja két, súlyos betegekkel foglalkozó csoport – a hospice-ápolók és az idős betegeket ápolók – összehasonlító vizsgálata, amely kiterjed a társas támogatottságra, a szakmai és társadalmi megbecsültségre, a munkahelyi stresszre, a vitális kimerültségre és az elégedettség mérésére.

Hipotézisünk szerint a hospice-ápolók kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátó ápolók elégedettségük, vitális kimerültségük, társas támogatottságuk, munkahelyi stressz mértékük, valamint szakmai, társadalmi elismertségük tekintetében egyaránt.

A vizsgálat 24 kérdéscsoportot tartalmazó, önkéntes kérdőív önkéntes és névtelen kitöltésével történt három hospice-osztály (N=24) és négy, idős betegeket ellátó, véletlenszerűen választott osztály (N=50) ápolói körében, budapesti és miskolci helyszíneken. A homogén csoportok biztosítása érdekében a felmérés kizárólag fekvőbeteg-ellátó osztályok ápolóit célozta

meg, ugyanis a járóbeteg-szakellátás és a házi ápolási és otthoni hospice-szolgálatok ápolóinak munkája, kapcsolatrendszere, munkaideje és egyéb külső befolyásoló tényezők megkérdőjelezhetők volna a csoportok összehasonlíthatóságát. A nem szerinti megoszlásra jellemző a férfiak igen alacsony aránya. Az osztályokon a férfi ápolók előfordulása esetenkénti, az egyik esetben azonban két férfi is dolgozik egy osztályon (1. táblázat). A felmérésben részt vevők átlagéletkora 40,2 év (SD=11,85) (2. táblázat).

A kérdőívet kitöltők 6,76%-a általános iskolai, 78,38%-a középfokú, 14,86%-a felsőfokú iskolai végzettségű (3. táblázat).

A felmérés demográfiai, szakmai és társadalmi megbecsültséggel, elégedettséggel (27), vitális kimerültséggel (28), társas támogatással (29), valamint munkahelyi stresszrel (13) kapcsolatos kérdéseket tartalmazott.

A demográfiai kérdések nemre, korra, iskolai végzettségre vonatkoztak. A szakmai és társadalmi megbecsültségre vonatkozó kérdések más egészségügyi szak-

## 4. TÁBLÁZAT

*A hospice-ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók összehasonlító vizsgálatának összesítő táblája*

Skálák*	Átlag		t szign.
	Csoporttípus		
	Idősellátás	Hospice	
Szakmai megbecsültség (0–3)	1,1	1,3	0,498
Társadalmi megbecsültség (0–3)	1,0	1,2	0,467
Fizikai munka nehézsége (0–3)	2,4	2,2	0,158
Elégedettség (Rahe) (0–14)	8,6	8,1	0,353
Vitális kimerültség (0–5)	3,2	2,5	0,068
Társas támogatás (0–42)	10,5	13,1	0,048
Társas támogatás – családi (0–18)	5,2	5,5	0,720
Társas támogatás – családon kívüli (0–18)	4,8	7,3	0,008
Társas támogatás – egyházi vagy polgári csoporttól (0–6)	0,4	0,4	0,935
Munkahelyi stressz – summa (16–74)	44,1	39,9	0,112
Munkahelyi stressz – külső erőfeszítés (3–15)	9,1	7,3	0,034
Munkahelyi stressz – jutalom (7–35)	19,7	19,6	0,931
Munkahelyi stressz – belső erőfeszítés (6–24)	15,2	13,0	0,035

\*A zárójelben lévő számok az adott skála összesített minimum- és maximumértékét jelölik.  
t szign.: független mintás t-próba

dolgozók és a társadalom általános, vélhető elismerésének önbecslését célozza. A Rahe-féle stressz- és megbirkózás-kérdőív elégedettségblokkja a munkahelyel, anyagi helyzettel, társas kapcsolatokkal, lakással és környékkel kapcsolatos elégedettséggel foglalkozott. A „vitális kimerültség” kérdőív a fáradtságra, gyengeségre, irritáció érzésére, kedvetlenségre kérdezett rá. A Caldwell-féle társas támogatás kérdőív a kitöltő családi, családon kívüli és egyházi vagy polgári csoport támogatottságára adott választ. A Siegrist-féle munkahelyi stressz kérdőív segítségével a munkatársak külső erőfeszítéseire, vélt jutalmaira és belső erőfeszítéseire

kaphattunk választ. A „külső erőfeszítések” skála a nagy leterheltség miatti időzavarra, munkával kapcsolatos erőfeszítésekre és a munka félbeszakításakor keletkezett zavaró érzésekre kérdezett. A „jutalomskála” a megérdemelt megbecsülést, a munkahelyi előléptetés lehetőségét, a munkahelyi helyzet változásait és az erőfeszítések viszonylatában mért jutalmakat vette górcső alá. A „belső erőfeszítések” skála az időzavar miatti túlterheltséggel, a munka utáni kikapcsolódás lehetőségeivel, a közelálló véleménynyilvánításaival és az el nem végzett munkával kapcsolatos érzelmi viszonyulásokkal foglalkozott.

Az adatfeldolgozás SPSS programcsomag segítségével valósult meg. A hospice-ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók szakmai és társadalmi megbecsültségének, a fizikai munka nehézségének, elégedettségének, vitális kimerültségének, társas támogatottságának, valamint munkahelyi stresszének összehasonlítása független mintás t-próbákkal történt.

A felmérés a vizsgálati eredmények mellett a kérdőív tesztelését is szolgálta. A vizsgálat során szerzett tapasztalatok a további kutatások iránymutatója. Az eredmények értékelése  $\alpha < 0,05$  szignifikanciaszint figyelembevételével történt.

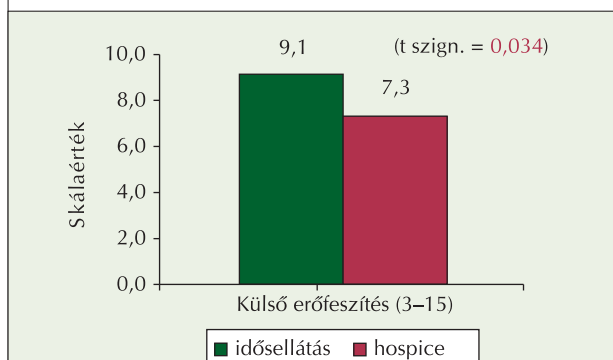
A felmérés összesítő, összefoglaló táblájában az összehasonlító vizsgálat legfontosabb eredményei láthatók (4. táblázat).

Az idős betegeket ellátó ápolók munkahelyi stressz értéke nagyobb (külső erőfeszítések skálán  $p=0,034$ , a belső erőfeszítések skálán  $p=0,035$ ), mint a hospice-ápolóké (1., 2. ábra).

Társas támogatottságuk tekintetében a hospice-ápolók kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátók ( $p=0,048$ ) (3. ábra), amelynek érdekessége, hogy éppen a családon kívüli támogatottságban – a

## 1. ÁBRA

*Munkahelyi stressz, „külső erőfeszítések” skála a hospice-ápolók és az idős betegeket ellátó ápolók körében (3–15)\**

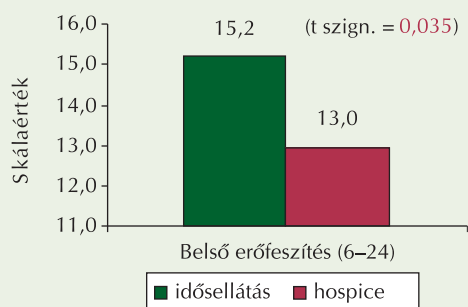


*A külső erőfeszítések skála a nagy leterheltség miatti időzavart, munkával kapcsolatos erőfeszítéseket és a munka félbeszakításakor keletkezett zavaró érzéseket vizsgálta.*

\*A skála megnevezése után álló zárójelben lévő számok a skála összesített minimum- és maximumértékét jelölik.  
t szign.: független mintás t-próba

## 2. ÁBRA

Munkahelyi stressz, „belső erőfeszítések” skála a hospice és az idős betegeket ellátó ápolók körében (6–24)\*



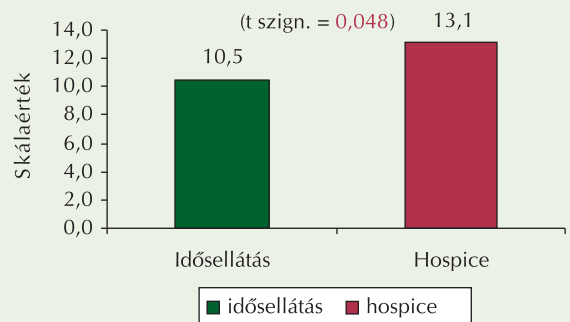
A belső erőfeszítések skála az időzavar miatti túlterheltséggel, a munka utáni kikapcsolódás lehetőségeivel, a közelállók véleménynyilvánításaival és az el nem végzett munkával kapcsolatos érzelmi viszonyulásokkal foglalkozott.

\*A skála megnevezése után álló zárójelben lévő számok a skála összesített minimum- és maximumértékét jelölik.

t szign.: független mintás t-próba

## 3. ÁBRA

A hospice- és az idős betegeket ellátó ápolók társas támogatottsága (0–42)\*



A társas támogatás kérdőív a kitöltő családi, családon kívüli és egyházi vagy polgári csoport támogatottságára kérdezett. Az ábra a családi, a családon kívüli és egyházi vagy polgári csoport támogatottságának összesített értékét mutatja a felmérés két csoportjában.

\*A skála megnevezése után álló zárójelben lévő számok a skála összesített minimum- és maximumértékét jelölik.

t szign.: független mintás t-próba

munkahelyi társas támogatottság is idetartozik – lehetőleg fel jelentős különbségek (4. ábra).

A vitális kimerültség tekintetében a különbség nem szignifikáns, de tendenciát mutat ( $p=0,068$ ).

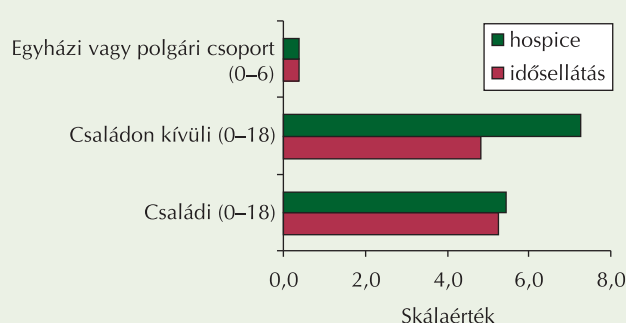
A hospice- és az idős betegeket ellátó ápolók szakmai és társadalmi megbecsültségében, valamint az elégedettség tekintetében a hipotézis feltételezésével elentétben nem találtunk jelentős különbséget.

## Eredmények

A stressz az életet és az egészségi állapotot erősen befolyásoló tényező. A krónikus stressz az idő előtti ha-

## 4. ÁBRA

Társas támogatottság családon belül, családon kívül és egyházi vagy polgári csoporttól (0–42)\*



Az ábra a társas támogatottság különböző dimenzióinak (a családi, a családon kívüli és az egyházi vagy polgári csoport támogatottságának) értékét mutatja a felmérés két csoportjában.

\*A skála megnevezése után álló zárójelben lévő számok a skála összesített minimum- és maximumértékét jelölik.

t szign.: független mintás t-próba

lázolás központi szereplője Kelet-Közép-Európában (30), ezért egyre nagyobb a jelentősége a munkahelyi stressz kezelésének, a munkatársi támogatottságnak és a más szakterületek képviselőit is elfogadó munkahelyeknek.

Egyes foglalkozási körökben a dolgozók munkahelyi stressz-szintje magasabb, mint más munkakörökben dolgozóké, amelyre példa egy kanadai vizsgálat. A tanulmány szerint az egészségügyben az ápolók stressz-szintje a legmagasabb, ami a nagy pszichés megterhelésnek, az alacsony társas támogatásnak és a munka magas szintű bizonytalanságának tudható be (31).

Az ápolók munkahelyi stresszével, elégedettségével és társas támogatottságával számos más tanulmány is foglalkozik (32–36).

Egyes szerzők az ápolók munkahelyi stressz-szintjét növelő tényezőként a munkahelyi szerepkonfliktusokat, a túlterheltséget és a társas támogatás hiányát (32), valamint a nagy felelősséggel és kevés döntési lehetőségekkel járó munkát (34) említik. Siegrist szerint a munkahelyi erőfeszítés és a jutalom arányának meghatározó szerepe van a munkahelyi stressz mértékére. Amennyiben a nagy erőfeszítés kevés jutalommal jár együtt, magas munkahelyi stressz-szinttel számolhatunk (37).

Az ápolók munkahelyi stresszmértéke és társas támogatottsága összességében a fenti tanulmányokból már ismert, azonban szakterületenként is vannak különbségek.

Tanulmányunkban hospice-ápolók és idős betegeket ellátó ápolók körében történt meg az összehasonlító vizsgálat. A hospice- és az idős betegeket ellátó osztályokon hasonló lehet a betegösszetétel és az ápolói munka is, azonban a két szakterület képzési, ellátási tevékenységeiben és szemléletében is jelentős különbségek vannak. Ezek a különbségek egyrészt a

képzés tantárgyainak összetételéből és tartalmából, másrészt az ellátási terület szakembergárdájának összetételéből és egymáshoz való viszonyából is adódhat. Magyarországon jelenleg mindkét szakterületen lehetősége van az ápolóknak egy 1500 órás speciális egészségügyi szakosító (OKJ) képzésen részt venni, ahol az órák 30%-a elméleti, 70%-a gyakorlati ismereteket tartalmaz.

**Társas támogatottságuk tekintetében a hospice-ápolók kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátók.**

A klinikai szakápoló (hospice-szakápoló és -koordinátor) képzésben résztvevők az onkológiai, gerontológiai, palliatív terápiás ismeretek mellett tanatólogiai, hospice-, egészségügyi menedzseri, valamint mentálhigiénés és kommunikációs ismereteket szereznek. A munkájuk során gyógyíthatatlan, terminális állapotú, elsősorban daganatos betegek ápolását és gondozását végzik egy interdiszciplináris team tagjaként. A teamben mindenkinek (ápoló, orvos, gyógytornász, dietetikus, szociális munkás, pszichológus, mentálhigiénikus, lelkész, önkéntes) egyformán fontos szerepe van, hiszen a teamtagok munkájukkal

kiegészítik egymást a beteg aktuális szükségletei és igényei szerint. A hospice-filozófia fontos elemeként ez az érzés, hogy mindenkinek a munkája és véleménye fontos a csapatban, újra és újra megerősítést kap a rendszeres esetmegbeszélések során.

A klinikai szakápoló (geriátriai szakápoló) képzés résztvevői geriátriai klinikai, geriátriai szakápolástani, szocioterápiás és szociálpszichológiai ismereteket sajátíthatnak el. Ez után egészségügyi, szociális intézményekben, ápolási otthonokban elsősorban idős betegek ellátását, ápolását, gondozását végzik, többségében egy hierarchikus ellátórendszer tagjaiként, ahol az inter-

diszciplináris team nem jellemző. A csapatszeglét, valamint a társas támogatottság megerősítő szerepe nem feltétlenül érvényesül körükben.

Vizsgálatunk eredményeiben is megmutatkozott a két különböző területen dolgozó ápolók munkahelyének társadalmi szerkezeti különbsége. Társas támogatottságuk tekintetében a hospice-ápolók egyértelműen kedvezőbb helyzetűek ( $p=0,048$ ), mint az idős betegeket ellátó ápolók.

Az idős betegeket ellátó ápolók munkahelyi stressz értéke pedig szignifikánsan magasabb (a külső erőfeszítések skálán  $p=0,034$ , a belső erőfeszítések skálán  $p=0,035$ ), mint a hospice-ápolóké.

*Kaarna* és munkatársai felmérésének eredményei szerint negatív korreláció van a munkahelyi elégedettség és a munkahelyi stressz, valamint a megghiúsult eredmények között (33). *Hemingway* és *Smith* szerint a pozitív munkahelyi légkörben az ápolók stressz-szintje alacsonyabb (35), és *Helgeson* is a társas támogatás stresszcsökkentő hatásáról számol be (38).

Ezen megállapítások szerint a magas társas támogatottság mellett kisebb a munkahelyi stressz. Tehát az is igaz lehet, hogy az idősellátásban dolgozó ápolók esetében a kisebb társas támogatottság mellett számolhatunk a nagyobb munkahelyi stresszrel, így nagyobb az esélyük a munkahelyi stresszorok káros hatásainak érvényesülésére.

Tanulmányunk eredményei alapján kijelenthető, hogy az interdiszciplináris szemléletet, a más szakterületek képviselőinek bevonását, elfogadását érdemes kiterjeszteni az ellátórendszer valamennyi szintjére és területére, hiszen a társas támogatottság növekedésével és annak munkahelyi stresszt csökkentő hatásával a stresszbetegségek száma, ezzel a munkából való kiesett napok száma is csökkenhet, ami jelentős pozitív gazdasági hatással járhat.

## IRODALOM

1. Selye H. A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature* 1936;138:32.
2. Selye J. Életünk és a stressz. Budapest: Akadémiai Kiadó; 1966.
3. Selye J. Stressz distressz nélkül. Budapest: Akadémia Kiadó; 1976.
4. Toffler A. Future shock. London: Pan Books; 1976.
5. Sarason IG, Johnson JH, Siegel JM. Assessing the impact of life changes: Development of the life experiences survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1978;46:932-46.
6. Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research* 1967;1(2):213-8.
7. Brown G, Birley JLT. Schizophrenia relapse and life change histories. *Journal of Health and Social Behaviour* 1968;9(3):263.
8. Suls J, Wan CK. Effects on sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1989;57(3):372-88.
9. Bosma H, Peter R, Siegriest J, Marmot M. Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health* 1998;88:68-75.
10. Schnall PL, Belkic K, Landsbergis P, Baker D. The workplace and cardiovascular disease. *Occupational Medicine* 2000;15:24-68.
11. Peter R, Siegriest J, Hallqvist J, Reuterwall C, Theorell T. Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2002;56:294-300.
12. Pikhart H, Bobak M, Pajak A, Malyutina S, Kubinova R, Topor R, et al. Psychosocial factors at work and depression in three countries of Central and Eastern Europe. *Social Science & Medicine* 2004;58:1475-83.
13. Siegriest J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1996;1:27-41.
14. Leppanen RA, Olkinoura MD. Psychological stress experienced by health care personnel. *Scand J Work Environ Health* 1987;13:1-8.
15. Bakker AB, Killmer CH, Siegriest J, Schaufeli WB. Effort-reward imbalance and burnout among nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2000;31:884-92.
16. Hasselhorn HM, Tackenberg P, Peter R. Effort-reward imbalance among nurses in stable countries and in countries in transition. *Int J Occup Environ Health* 2004;10:401-8.
17. Fischer P. Health and social characteristics of Baltimore homeless persons. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Toronto: 1984.
18. Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behaviour* 1982;23:145-59.
19. Csabai-Molnár. Egészség, betegség, gyógyítás. Budapest: Springer; 1999.
20. Cassel J. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health* 1974. p. 64.
21. Cassel J. Psychosocial processes and „stress”: theoretical formulations. *International Journal of Health Services* 1974;4:471-82.

22. Cassel J. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology* 1976;104:107-23.
23. Oehler JM, Davidson MG, Starr LE, Lee DA. Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses. *Heart Lung* 1991;20:500-505.
24. Hegedűs K, Riskó Á, Mészáros E. A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae* 2004;14(11):786-93.
25. Vachon MLS. Occupational stress in the care of the critically ill, the dying and the bereaved. *Washington: Hemisphere; 1987.*
26. 15/2004. (III. 8.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről szóló 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny* 2004;26:I-II. kötet.
27. Rahe RH, Tolles RL. The brief stress and coping inventory: A useful stress management instrument. *International Journal of Stress Management* 2002;9:261-70.
28. Appels A, Mulder P. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J* 1988;9:758-64.
29. Caldwell RA, Pearson JL, Chin RJ. Stress-moderating effects: social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1987;13(1):5-17.
30. Kopp MS, Réthelyi J. Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality-the Central-Eastern-European health paradox. *Brain Research Bulletin* 2004;62:351-67.
31. Sullivan T, Kerr M, Ibrahim S. Job stress in healthcare workers: Highlights from the National Population Health Survey. *Hospital Quarterly* 1999;2(4):34-9.
32. Vishwanath V, Baba B, Galperin L, et al. Occupational mental health: a study of work related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies* 1999;36:163-9.
33. Kaarna M, Pölluste K, Lepnurm R, Thetloff M. The progress of reforms: job satisfaction in a typical hospital in Estonia. *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16:253-61.
34. Verschuren PJM, Masselink H. Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. *Soc Sci Med* 1997;45:1135-8.
35. Hemingway M, Smith C. Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses. *Journal of Occupational & Organizational Psychology* 1999;72(3):285-96.
36. Pékó B. A nővéri munka magatartástudományi vizsgálata. Pszichoszomatikus tünetek, munkahelyi stressz, társas támogatás. *Lege Artis Medicinae* 2001;11:318-25.
37. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, et al. The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine* 2004;58(8):1483-99.
38. Helgeson VS. Social support and quality of life. *Qual Life Res* 2003;125:25-31.



HÍR

### JÓTÉKONYSÁGI KONCERT

A Magyar Hospice Alapítvány a Ponticello Kamarazenekar közreműködésével jótékonyági hangversenyt rendez.

Időpont : 2008. április 3., csütörtök este 18.00 óra

Helyszín: a Liszt Ferenc Általános Iskola díszterme, Budapest XIV. Hermina út 23.

Műsor: Händel: G-dúr concerto grosso op. 6;

Pergolesi: Fac ut portam – ária a Stabat Mater című oratóriumból, a szólót énekli Bándi Írisz Réka;

Purcell: Abdelázer szvit

Bach: Et exultavit - ária a Magnificat című oratóriumból, a szólót énekli Bándi Írisz Réka;

Janáček: Vonószekari szvit

Szeretettel várunk minden zeneszerető és a hospice-mozgalmat támogató érdeklődőt!

Magyar Hospice Alapítvány 1032 Budapest, Kenyeres u. 18–22.

Tel./Fax: betegellátás: 250-5513 szervezés: 388-7369

e-mail: info@hospicehaz.hu