

Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére

A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon,
ma egyenes út a szellemi és fizikai kiegészéshez!

Irinyi Tamás

egyetemi okleveles ápoló, Szegedi Tudományegyetem Pszichiátriai Klinika,
elnök, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet

Németh Anikó

tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás- és fejlesztés Szakcsoport,
elnök, MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezet Oktatási Bizottság

Összefoglaló

Vizsgálat célja: A szerzők képet szerettek volna kapni a Csongrád megyei egészségügyi szakdolgozók pszichés állapotának változásáról az elmúlt 9 év alatt, illetve arról, hogy az ellátás típusa, a munkarend, az egészségügyben eltöltött évek száma miként befolyásolják a kiegészés előfordulását.

Vizsgálati módszerek és minta: Keresztmetszeti vizsgálatukat saját készítésű, önkitöltős kérdőívvel végezték, melyet a MESZK Csongrád megyei tagjai kaptak kézhez.

Eredmények: A járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozók között szignifikánsan magasabb a súlyos kiegészés előfordulásának valószínűsége, mint az alapellátásban tevékenykedő kollégák között. A járóbeteg ellátásban, 30 éve a pályán tevékenykedő szakdolgozók esetén 67,7%-ban jelentkeztek a kiegészés tünetei. A pályája elején lévő minden harmadik ápolónál jelentkeztek a kiegészés tünetei. Szignifikáns összefüggés mutatkozott a szomatikus állapot megítélése, az egészségügyben eltöltött évek száma, valamint a kiegészés súlyossága között is. Az ágy mellett dolgozó ápolók körében egyértelműen emelkedett a súlyos kiegészés.

Következtetések: Az ágazatot ért kedvezőtlen hatások nagymértékben rontották a szakdolgozók lelki egészségét. A zaklatott, betegségekől szenvedő pácienseket pszichésen is beteg személyzetnek kell ellátnia.

Kulcsszavak: ápolók, kiegészés, pszichés állapot

A probléma ismertetése

Szegeden a betegágy mellett dolgozó ápolók körében a felmérések azt mutatják, hogy a súlyos kiegészés aránya igen magas 2001-ben 17%; (Irinyi, 2001) 2005-ben 21,3% (Szabó és Horváth, 2005) volt. Ezen évtized második felében sok negatív hatás érte Magyarországon ezt az ágazatot. Fel kívántuk tájni, hogy az érintett egészségügyi szakdolgozók egészségi állapotát befolyásolták-e az ágazatot sújtó megszorító intézkedések. További cél volt, hogy az egészségügyi szakdolgozók

pszichés egészségi állapotának a felmérését kiterjesszük a Csongrád megyében dolgozó kollégákra is, hiszen ezen populációra nem készült felmérés ebben a témakörbe.

Elméleti háttér

Az egészségügy a társadalom tagjainak megfelelő egészségi állapotát biztosító nélkülözhetetlen szektor, a társadalom átalakulási folyamatában kulcsszerepet játszó ágazat. Az egészségügy a társadalom egyik

meghatározó részrendszere, a nemzetgazdaság teljes rendszerének szerves része, nem szakítható ki belőle és nem választható le róla. Dinamikus, nyílt rendszer, állandó mozgásban van, intenzív kapcsolatban áll környezetével, a kívülről érkező impulzusok hatására változik, fejlődik.

Hazánkban az egészségügy gazdasági mozgásterét az elmúlt évtizedben fokozatosan beszűkült. A tartós forráshiány miatt tovább él a szakmailag és gazdaságilag egyaránt célszerűtlen struktúra. Magyarország egészségügyre fordított forrásainak GDP-hez viszonyított aránya nemzetközi összehasonlításban elmarad a fejlett országokétól. Ezekben az országokban mintegy 3-4-szer többet költenek az egészségügyre, mint hazánkban. Az utóbbi 10 évben folyamatosan csökkent az egészségügyi ellátásra fordított kiadások reálértéke, viszont az egészségügyi szolgáltatást igénybe vevők mind markánsabban fogalmazták meg igényüket a jobb ellátás iránt! (Karner, 2005) Az elvárt minőség és a lehetőség egyre távolabb került egymástól. Az egészségügyből történő forráskivonást a dolgozók áldozatvállalása, az ellátás hatékonyságának növekedése ellensúlyozta, amelyek eredményeképpen nem következett be a szolgáltatások drasztikus csökkenése. A folyamatos pozícióromlás ellenére a rendszer működőképes maradt a szakdolgozók és az orvosok áldozatos munkájának köszönhetően. Működőképes maradt, de milyen áron?

A problémák csak a struktúra, a finanszírozási rendszer és az érdekeltség együttes átrendezésével oldhatók meg. Az átalakítás eddigi fázisaiban a hangsúlyt a finanszírozási rendszerre helyezték, aminek súlyos következményei lettek. Erre egy példa a TVK (Teljesítmény Volumen Korlát) bevezetése és következményei. E szabályzási technika lényege, hogy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár intézményekre lebontva meghatározza, hogy az adott kórház adott időszak alatt a megelőző év azonos időszakában elszámolt költségnek például csak a 95%-át kaphatja — immár szinte függetlenül attól, hogy hány és milyen állapotú beteget lát el valójában. TVK hatására a teljesítmény, a

minőség és a finanszírozás elvált egymástól, illetve nagyarányú ágylétszám leépítést (intézmények, osztályok, osztályrészek bezárása) és ezzel párhuzamos elbocsátásokat szenvedett el az ágazat. (Balogh, 2007) Egyre kevesebben, egyre többet dolgoztak reálkeresetük csökkenése mellett, aminek hatására a gyógyító személyzetben felgyülemlik a tehetetlenség, az idegesség, és a frusztráció.

A klasszikus vezetés-elméletek szerint a dolgozónak egy vezetőtől kellene utasítást kapnia. Ezzel szemben a gyógyítás területén a napi gyakorlat, hogy az ápoló a főmunkaidőben bent lévő valamennyi orvostól, vezető ápolótól, betegektől kap utasításokat. Az ápolónak folyamatosan kell alkalmazkodnia a „feletteseihez” amely a pszichéjének a nagyfokú igénybevételével jár.

Túlfeszítettség, túlterheltség jelentkezik az ápolói munkában. A több és súlyosabb beteg ellátása, a technikai fejlődés (gépek, számítástechnika) és a felduzzadt adminisztráció nagyobb igénybevételnek teszi ki az ápolót, ami emeli a frusztrációs szintet.

Konfliktust okozhat az ápolók képzettségi szintje. A képzettségnek megfelelően kell(ene) meghatározni a felelősség, a kompetencia szintjeit is. Két véglet van:

- az alulképzett segédápoló, aki nem tudja a szakmát, nem érti, mit akar az orvos, és rosszul hajtja végre az utasításokat;
- a „túlképzett” diplomás ápoló, aki szintén konfliktusba keveredhet, mert nem mindenhol szeretik, ha az ápoló „okos.” (Tóth)

Az eddig felsorolt és még számtalan probléma (erkölcsi megbecsültség hiánya, rekreációra fordított kevés idő, mindennapos anyagi gondok, elégtelen érdekérvényesítő képesség...) a szakdolgozók fásultságának és a kiegészítésnek az irányába hatnak. Az elmúlt 8 évben szubjektíven és objektíven is romlott az ágazat és a benne dolgozók helyzete.

A probléma feltárásának az apropóját az Egészségbiztosítási Felügyelet 2008. évben végzett vizsgálata adta, mely 128 intézmény 152 telephelyén történt. A munkahelyi egészség-

ségfejlesztésnek fontos eleme az ún. egészségfejlesztési terv kidolgozása. Az egészségfejlesztési terv egy olyan, a munkahelyi adottságokhoz, munkavállalói igényekhez leginkább alkalmazkodó egyedi stratégiai terv, amely magába foglalja a megfelelő egészségfejlesztési programok kiválasztását, operatív tervezését, monitorozását, illetve szükség szerinti változtatását. A kitöltő intézményi telephelyek mindössze 20%-a rendelkezik egészségfejlesztési tervvel.

A gyógyító munkával járó lelki terhelés önmagában is kiegészítéshez vezethet. A kiegészítő folyamatot gyorsítja a fokozott munkatempó, a túlórák és váltott műszakok, illetve a szegényes tárgyi feltételek, valamint a fentebb említett problémák. A kiegészítés megelőzésére, leküzdésére az egészségügyben dolgozók részére többek között rendszeres stresszkezelő programokon való részvételt, szakemberrel történő konzultációt, szupervíziós lehetőséget szükséges biztosítani. A megkérdezett intézményi telephelyek mindössze 18%-a nyilatkozott úgy, hogy van az adott intézményi telephelyen stresszkezelő program. (2) (I. táblázat)

Természetesen az alábbi különböző vizsgálatokat nem lehet közvetlenül összehasonlítani, hiszen más célból, más elemszámmal készültek. Azonban a tendenciákra felhívhatja a figyelmet. 2001 márciusában a SZTE Klinikáin dolgozó kollégák körében végzett felmérés szerint az ápolók 17%-ánál volt megfigyelhető súlyos (krízis szintű) kiégettség. (N=103) (Iryni, 2001) 2005 januárjában a SZTE Szent-Györgyi Albert Orvos- és Gyógyszerésztudományi Centrum fekvőbeteg intézeteiben dolgozó ápolók és vezető ápolók körében végzett felmérés szerint, mind két csoportnál 23%-a tartozott a kiégettség övezetébe (változtatásra van szükségük), míg a vezetők 23,8%-a, az ápolók 19%-a jelzett súlyos (krízis) szintű kiégettséget. (N=47) A két csoportnál együttesen 21,3%-ban fordult elő súlyos kiégettség. (Szabó és Horváth, 2005) És a jelen: A MESZK Csongrád Megyei Területi Szervezete egy átfogó vizsgálat keretében, megpróbált objektív adatok birtokába jutni, a megyében dolgozó kollégák pszichés állapotáról. A kiégettségi állapot felmérését szolgáló önértékelési skála egy összetett

I. táblázat: Intézményi egészségfejlesztés a magyar kórházakban (Dél-Alföldi régió) (Az Egészségbiztosítási Felügyelet „Minőségi indikátorrendszer 2008” felmérése alapján)

	Pozitív választ adó intézményi telephelyek száma és százalékos aránya	
Van-e az intézménynek saját egészségfejlesztési terve?	6/20	30%
Van-e az intézményben stressz-menedzsment/stresszkezelő program?	1/20	5%
Az intézmény a dolgozók számára milyen testedzési lehetőség(ek)et biztosít?	13/20	65%
Támogatja-e anyagilag az intézmény a dolgozók sporttevékenységét?	4/20	20%
Szervez-e az intézet a dolgozók részére rendszeres és ingyenes szűrővizsgálatokat?	15/20	75%
Ad-e béren kívüli juttatásként üdülési csekket az intézmény a dolgozóknak?	2/20	10%

Az adatokból kitűnik, hogy a munkál-
tatók nem tesznek lépéseket a probléma
megoldásának irányába. Emiatt a MESZK
Csongrád Megyei Területi Szervezete egy
felmérést készített a Csongrád megyében
tevékenykedő kollégák körében. A felmérés
egyik célja az volt, hogy objektív adatokkal
szolgáljon a kollégák körében jelentkező ki-
égettségi szintről, illetve az elmúlt 8 évben
bekövetkezett változásokról.

kutatás részét képezte, mely többek között
a kiegészítés mellett a szakdolgozók szomatikus
állapotáról is képet adott.

Vizsgálat célja

Jelen vizsgálat célja volt felmérni a Csong-
rád megyei egészségügyi szakdolgozói tár-
sadalom kiégettségi állapotát, illetve ennek

összefüggését a különböző munkarenddel és ellátási szintekkel, valamint az egészségügyben eltöltött évek számával.

Hipotézisek:

1. A különböző ellátási szintek között szignifikáns különbség van a kiégettség arányában. A legveszélyeztetettebb szintér a fekvőbeteg ellátás, és a legkevésbé veszélyeztetett szintér az alapellátás.
2. Feltételeztük, hogy a három műszakban dolgozó kollégák körében gyakrabban fordul elő a Burn-out szindróma, és súlyosabb képet mutat, mint a nem három műszakban dolgozó kollégáknál.
3. A kiégés tüneteinek megjelenése összefügg a szomatikus állapot romlásával.
4. Minél több időt tölt el a szakdolgozó az egészségügyben, annál nagyobb a valószínűsége a kiégés kialakulásának.

Vizsgálati módszerek és minta

A kérdőíveket, mely tartalmazta a „Kiégés Önértékelési Skálát” a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Csongrád Megyei területi Szervezetének regisztrált tagjai (2760 fő) kapták kézhez a 2008/3. Hivatásunk című lappal. A kérdőívek szabadon fénymásolhatóak voltak, így a nem Kamarai tagok is kitölthették. A kérdőívek összegyűjtését Kamarai tisztségviselők, főnövérek végezték a saját munkahelyükön, valamint postai úton is érkeztek kitöltött kérdőívek a MESZK szegedi irodájába. A kérdőívek beérkezése folyamatos volt, 2008. 09-12. hónapig. Ilyen módon 999 darab kérdőív érkezett vissza, melyből 980-at lehetett értékelni. A Dél-Alföldi régióban az összes egészségügyi szakdolgozó 15%-a dolgozik alapellátásban, 21%-a járóbeteg ellátásban, 64%-a pedig fekvőbeteg ellátásban. A 980 értékelhető kérdőív 16%-át alapellátásban, 22%-át járóbeteg ellátásban, 62%-át fekvőbeteg ellátásban dolgozó kollégák töltötték ki. Ilyen módon mintánk reprezentatívnak tekinthető. Meglepő módon a kamarai újság mellékletében lévő kérdőívek közül (2760) mindössze 59 darabot juttattak vissza a kollégák. A többi

kérdőív kitöltését a kamara tisztségviselői végezték.

A kiégés mértéke a Pines, A. M., Aronson, E., kérdőíve segítségével lett meghatározva. (5) A „Kiégés Önértékelési Skála” az alábbi 21 pontot tartalmazta: Milyen gyakran érzi a következő tüneteket?:

Fáradtság; Depresszió; Jó napja volt; Úgy érzi, kiégett; Érzelmileg kimerült; Boldog; Szorong; Értéktelenség érzi magát; Elkopottnak érzi magát; Úgy érzi, bajban van; Visszautasítottság érzése; Gyengének és magára hagyatottnak érzi magát; Reménytelenség érzése; Úgy érzi, elvesztette illúzióit, és neheztel az emberekre; Testileg kimerült; Úgy érzi, „felmorzszolták”; Csapdában érzi magát; Úgy érzi, „lejárta a rugó”; Energikusnak érzi magát; Boldogtalanság érzése; Optimistának érzi magát

Az egyes kérdéseket 1-7-ig terjedően lehetett pontozni (1=soha, 2=egyszer vagy kétszer, 3=ritkán, 4=néha, 5=gyakran, 6=általában, 7=mindig). A kiégettségi szint meghatározása egy megadott képlet alapján történt. Végül a válaszadókat az elért végső pontszám alapján négy csoportba soroltuk: 0-1,9 pont: örökös eufória, 2-2,9 pont: jól csinálja, 3-3,9 pont: változtatás szükséges, 4 pont felett: súlyos pszichés állapot.

Az adatok feldolgozása az SPSS 16.0 statisztikai programmal, Khi-négyzet próbával történt.

Eredmények

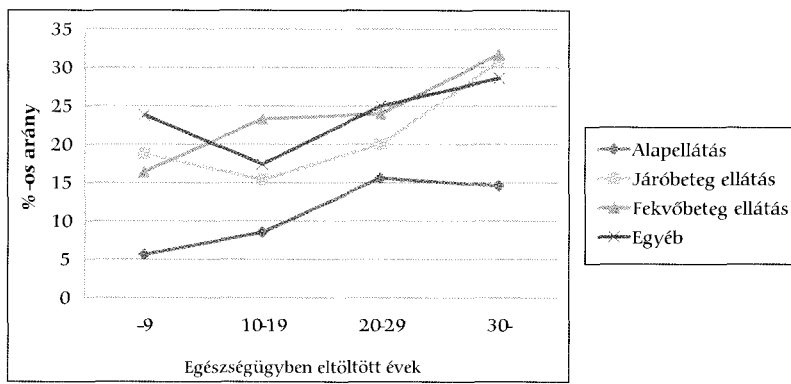
A keresztábra elemzés kapcsán, mely a kiégettségi szintet vizsgálta az egészségügyben eltöltött évekkel, és az ellátási területtel összefüggésben, a következő eredmények születtek. Khi-négyzet próbával szignifikáns összefüggés volt kimutatható a súlyos kiégettség és az egészségügyi ellátási szint között: a járó- és fekvőbeteg ellátásban dolgozó kollégák között szignifikánsan magasabb volt a súlyos kiégés előfordulásának valószínűsége, mint az alapellátásban tevékenykedő kollégák esetében (járóbeteg ellátás: $p=0,006$; fekvőbeteg ellátás: $p=0,032$). A járóbeteg ellátás területén, 30 éve a pályán tevékenykedő szakdolgozók

esetén a súlyos kiégettségi és azt megelőző állapotban lévők aránya, elérte a 66,7%-t. A fekvőbeteg ellátás területén, ez az arány 58,5%. Ugyan itt, de mindössze 0-tól 9 évig itt dolgozók esetén, ez az arány 35,6%. Elmondható, hogy a pályája elején lévő minden harmadik ápoló pszichésen beteg, vagy a kiégés előszobájában tartózkodik! Az első hipotézisünk részben igazolódott, mivel az alapellátásban dolgozó kollégák között van a legkevesebb kiégett személy, ellenben ha nem is szignifikánsan, de nagyobb arány-

ban fordul elő a kiégettség a járóbeteg ellátásban tevékenykedőknél. (1. ábra) (II. táblázat)

Szignifikáns kapcsolat mutatkozott az egészségügyben eltöltött évek száma és a kiégés súlyossága között. (p=0,001) Minél több időt tölt el a szakdolgozó az egészségügyben, annál inkább veszélyeztetett a „Burn-out” szempontjából. Mivel az alapellátásban dolgozók átlag 21,85 éve dolgoznak az egészségügyben, a járó-, és fekvőbeteg ellátásban tevékenykedő kol-

1. ábra: Súlyos pszichés állapot megjelenési gyakorisága az egészségügyben eltöltött évek és az ellátó szintér függvényében (n=980)



II. táblázat: A kiégés előfordulásának aránya a munkaterülettel és az egészségügyben eltöltött évek számával összefüggésben (n=980)

Milyen területen dolgozik?			Egészségügyben eltöltött évek 10-es bontásban				
			0-9	10-19	20-29	30-	összes
alapellátás	kiégés önértékelési skála	örökös eufória	38,9%	34,0%	26,7%	29,3%	31,1%
		jól csinálja	50,0%	36,2%	35,6%	36,6%	37,7%
		változtatás szükséges	5,6%	21,3%	22,2%	19,5%	19,2%
		súlyos pszichés állapot	5,6%	8,5%	15,6%	14,6%	11,9%
járóbeteg ellátás	kiégés önértékelési skála	örökös eufória	25,0%	18,5%	23,3%	10,3%	19,4%
		jól csinálja	56,3%	41,5%	28,3%	23,1%	36,2%
		változtatás szükséges	0%	24,6%	28,3%	35,9%	24,0%
		súlyos pszichés állapot	18,8%	15,4%	20,0%	30,8%	20,4%
fekvőbeteg ellátás	kiégés önértékelési skála	örökös eufória	27,4%	15,7%	15,2%	15,9%	18,7%
		jól csinálja	37,0%	33,8%	35,2%	25,6%	33,7%
		változtatás szükséges	19,2%	27,1%	25,6%	26,8%	24,7%
		súlyos pszichés állapot	16,4%	23,3%	24,0%	31,7%	22,9%
egyéb	kiégés önértékelési skála	örökös eufória	28,6%	26,1%	33,3%	35,7%	30,0%
		jól csinálja	42,9%	43,5%	33,3%	14,3%	35,7%
		változtatás szükséges	4,8%	13,0%	8,3%	21,4%	11,4%
		súlyos pszichés állapot	23,8%	17,4%	25,0%	28,6%	22,9%

legák egészségügyben eltöltött éveinek száma átlagosan 17,56 év, és az egészségügyben eltöltött évek számával nő a kiégés valószínűsége, ezért az első hipotézisünk még inkább megállja a helyét, és a negyedik hipotézisünk is igazolást nyert. (A kimutatott összefüggés szignifikancia szintje nagyobb lenne, ha a különböző szinterek átlagéletkorát is figyelembe vennénk.)

A folyamatos munkarendben dolgozóknál gyakrabban fordult elő a súlyos kiégés, mint az állandó délelőtti műszakban dolgozóknál, de nem jelentkezett szignifikáns összefüggés a munkarend és a kiégés előfordulása között. ($p=0,237$) Ezzel a második hipotézis nem nyert igazolást. (III. táblázat)

Khi-négyzet próbát végezve a szomatikus állapot megítélése és a kiégés súlyossága között szignifikáns összefüggés mutatkozott ($p=0,000$). A megfelelő szomatikus állapotban lévő kollégáknak mindössze 5,1%-ánál volt tapasztalható súlyos kiégés, míg a szomatikusan erősen megromlott egészségi állapotú kollégák 72,9%-a mutatta a súlyos kiégés tüneteit. Ez az eredmény is jól mutatja, hogy a szomatikusan beteg ember pszichéje is beteg, illetve fordítva. Ezzel a harmadik hipotézis is igazolást nyert.

Fontos megjegyezni, hogy a diplomával rendelkező egészségügyi szakdolgozók szignifikánsan jobbnak ítélték meg pszichés állapotukat, mint az alap és középfokú szakképzéssel rendelkező kollégák ($p=0,009$). (IV. táblázat)

III. táblázat: Kiégés súlyosságának alakulása a munkarend függvényében (n=980)

		Kiégés önértékelési skála				
		örökös eufória	jól csinálja	változtatás szükséges	súlyos pszichés állapot	összes
munkarend	állandó délelőtt	115	173	108	83	479
	három műszak	85	151	103	104	443
	állandó éjszaka	3	6	2	3	14
	ügyelet	4	7	8	11	30
	délelőtt és délután	4	6	2	2	14
	összes	211	343	223	203	980

IV. táblázat: A kiégés szintjének megoszlása az iskolai végzettség alapján (n=980)

		Kiégés önértékelési skála				
		örökös eufória	jól csinálja	változtatás szükséges	súlyos pszichés állapot	összes
iskolai végzettség	szakiskola	34	36	37	40	147
	szakközép/gimnázium	110	197	133	125	565
	főiskola	59	97	49	32	237
	egyetem	8	13	4	6	31
	összes	211	343	223	203	980

A kiegészéssel szorosan összefügg, hogy az egészségügyi szakdolgozók milyen képet alakítanak ki saját hivatásukról. A kérdőív záró kérdése a következő volt: „Ön ajánlaná-e közeli családtagjának, ismerősének, hogy válassza az egészségügyi szakdolgozói hivatást?” A lehetséges válaszok: igen, nem, lebeszelném ról a. Igennel a válaszadók 16,1%-a, nemmel 51,1%-a válaszolt. A „lebeszelném róla” lehetőséget a válaszadók 32,8%-a jelölte meg, tehát a válaszadók 83,9%-a nem javasolná ismerősének

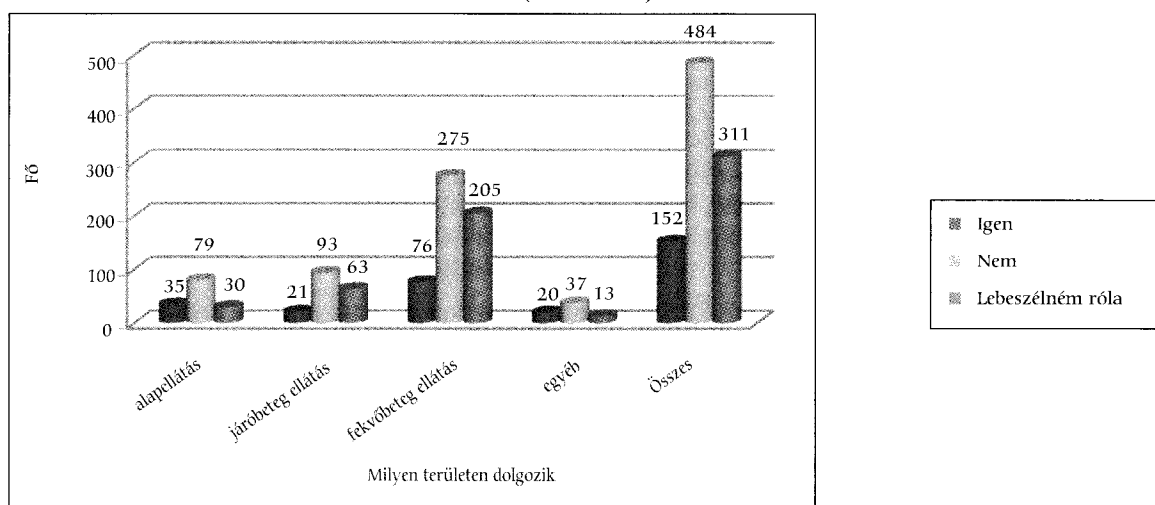
az egészségügyi pályán való elhelyezkedést. (2. ábra)

Következtetések, javaslatok

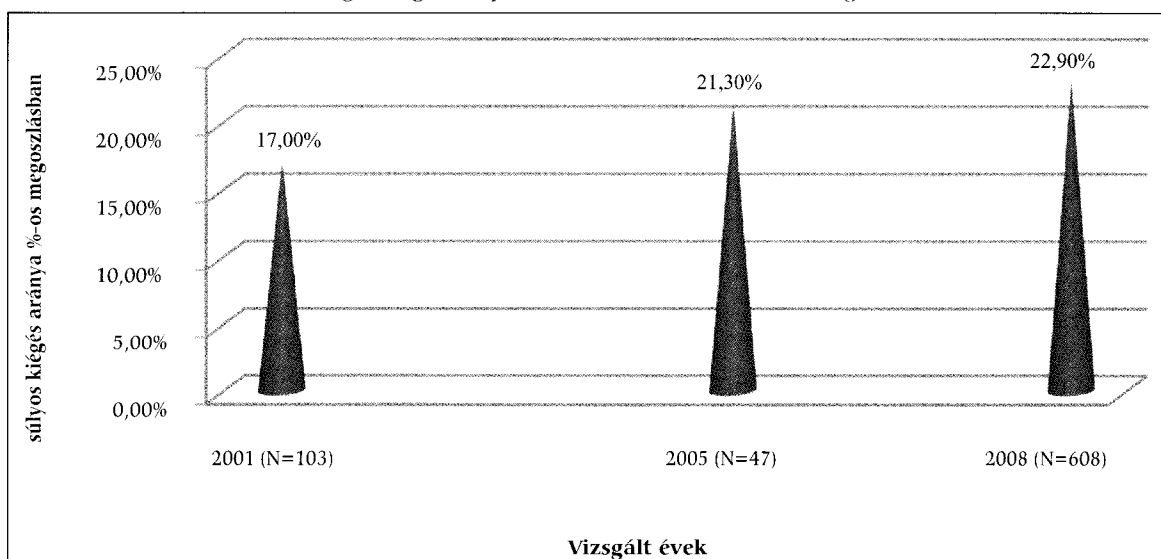
Összegzésként elmondható, hogy az ágy mellett dolgozó ápolók körében egyértelműen emelkedett a súlyos kiégettség aránya az elmúlt 8 évben. 2001-ben 17%; 2005-ben 21,3%; 2008-ban 22,9%. (3. ábra)

A fekvőbeteg ellátás területén dolgo-

2. ábra: „Ön ajánlaná-e közeli családtagjának, ismerősének, hogy válassza az egészségügyi szakdolgozói hivatást?”
(n=980 fő)



3. ábra: Ágy mellett dolgozó ápolók körében jelentkező súlyos kiégettség arányának változása 2001-2008-ig



zó minden ötödik kolléga a pályája elején már kiég. Ez az arány a nyugdíjba vonulók körében 31,7%. (Ha ide vesszük a kiégettség megelőző állapotban lévő kollégák számát, akkor ez az arány majdnem eléri a 60%-ot.)

Nem csak pszichésen, hanem szomatikusan is betegek a kollégák. Az a mondas, hogy „Ép testben ép lélek” a Khi-négyzet próbával is igazolva lett. Csak az a kérdés, hogy a beteg személyzet, miképpen tudja a betegeket gyógyítani? Az adatok azt mutatják, hogy sok esetben az ellátó személyzet legalább olyan beteg, mint maga az ellátott. Minél magasabban képzett a személyzet, annál védettebb a kiégettséggel szemben.

Szoros összefüggés nem mutatkozott a munkarend és a kiégettség között, tehát a folyamatos munkarend döntően nem befolyásolja a „Burn-out” megjelenését.

Az utóbbi 8 évben folyamatosan emelkedik a kiégettek száma. Ennek a folyamatnak a megállítása érdekében nincs semmilyen kormányzati, illetve csak minimális munkáltatói terv. Mivel csak elégedett, pszichésen és szomatikusan egészséges személyzet képes maradéktalanul segíteni a gyógyulást kereső egyéneken, ezért a következő ja-

vaslatainkat tesszük az egészségügyi kormányzatnak és a munkáltatóknak:

Javaslataink:

- A munkahelyi stressz kezelő tréningek szervezése, melyet évente ismételni kell.
- Továbbképzések, melyek az egyént felkészítik a kiégettséggel szembeni önmegküzdésre.
- Szabadságok kiadásánál egyvégtében legalább 3 hetet vegyen ki a munkavállaló.
- A dolgozók sportolásának messzemenő támogatása.
- Kommunikációs tréningeken való részvétel minden egészségügyi dolgozónak legalább 2 évente.
- Pszichiátriai ambulanciákon krízis intervenciók céljából, külön időpontok kijelölése az egészségügyi dolgozók számára.
- Nagyobb erkölcsi megbecsülés a munkáltató részéről, ami nem pénzkérdés.

Bízunk abban, hogy az egészségügyi szakdolgozók rossz egészségi állapota, pszichés és szomatikus megterheltsége tovább nem nő és a munkáltatók és a munkáltatók és az egyének is felismerik a lelki egészség javításának-védelmének szükségességét.

Irodalomjegyzék

1. Balogh Zoltán (2007. június 11.) Magyar Hírlap
<http://www.meszk.hu/index.php?content=187> (letöltés: 2010.09.15.)
2. Egészségfejlesztés és stressz-menedzsment a magyar kórházakban
http://www.ebf.hu/letoltes/elemzes_egeszsegfejlesztas_080811.pdf (2008) (letöltés: 2010.09.15.)
3. Irinyi Tamás (2001. május 18): Ápolónők Nemzetközi Napja. Kecskemét, előadás
4. Karner Tamásné (2005): Gazdálkodás az egészségügyben különös tekintettel a kórházak finanszírozására; Doktori (PhD) értekezés tézisei
5. Pines, A. M., Aronson, E.: Burnout: from Tedium to personal growth, New York City, The Free Press, 1981, 17-20.
6. Szabó Sándor, Horváth Éva (2005): Szupervízió és kiemelten nehéz betegellátási terek; Szupervízió III. évfolyam 1. szám
7. Tóth Anikó Panna: Kapcsolatok az egészségügyi ellátórendszerben;
<http://deszocpol.atw.hu/egeszsegugyszociologiaja/egeszsegsozocessze.doc> (letöltés: 2010.09.15.)

The impact of unfavourable external factors on the emotional wellbeing of paramedical professionals**Practising nursing in Hungary today is a one-way ticket to mental and physical burn-out!**

Tamás Irinyi, Anikó Németh

Summary

Objective of the study: The authors aimed to gain a picture of the changes in the psychological state of paramedical professionals in Csongrád county over the past nine years, and of what influence the type of treatment, the work schedule and the number of years spent working in the healthcare sector have on the incidence of burnout.

Methodology and sample: A cross-section survey was conducted with a proprietary, self-completion questionnaire, distributed to the registered members of MESZK in Csongrád county, Hungary.

Results: The likelihood of severe burnout is significantly higher among workers in outpatient and inpatient care than among those working in primary care. In outpatient care, in the case of paramedical professionals with 30 years of service behind them, the incidence of burnout symptoms was 67.7%. The symptoms of burnout were observable in every third nurse at the beginning of his/her career. A significant correlation was displayed between the perception of physical health, the number of years spent working in the healthcare sector, and the severity of the burnout. The incidence of severe burnout among nurses working on wards has clearly risen.

Conclusions: The unfavourable impacts sustained by the sector have led to a considerable deterioration in the mental health of paramedical professionals. Distressed patients suffering from illness have no choice but to be treated by staff who are also psychologically unwell.

Key words: nurses, burnout, psychological state

TISZTELT OLVASÓ!

A szakértők és a turisztikai szervezetek véleménye alapján a harmadik évezred első évtizedében a turizmuson belül az egészségturisztikai utazások mutatják az egyik legdinamikusabb fejlődést. A Magyar Turizmus Zrt. 2011-et az Egészségturizmus évének nyilvánította.

Egyre fontosabb motivációvá válik az emberek egészségének megőrzése, a szépségápolás, a test és a lélek „karbantartása”. Az egészségturizmus a jövőben fontos szerepet tölt be a társadalomban, mivel a fokozott civilizációs ártalmak és kísérőbetegségeik elterjedése miatt folyamatosan nő az emberek fogékonysága a természetes gyógymódok, terápiák iránt. Az utóbbi évek igazolják az egészségturizmus potenciális lehetőségeit.

Az egészségturizmusnak két alappillére a wellness- és a gyógyturizmus. Az előbbi célcsoportját az egészséges emberek alkotják, akik a termálvizet és az egyéb gyógyító hatású természeti vonzerőket relaxációs, felfrissülési és kikapcsolódási lehetőségként használják. Az utóbbit azok a betegek veszik igénybe, akik a gyógyvíztől, a terápiától, a pozitív környezettől az állapotuk javulását és fájdalmuk enyhülését várják.

Napjainkban egyre népszerűbbé váló, újonnan kibontakozó irányzat a medical wellness, mely a gyógyturizmus és a wellness turizmus ötvözeteként értelmezhető. Lényege az egészség megőrzését szolgáló wellness szolgáltatások minőségének orvosi háttérrel történő biztosítása.

Ezen irányzat szerint a wellness szolgáltatások igénybevételét állapotfelmérés előzi meg, illetve a vendég testre szabott tájékoztatást kap az egészséges életmóddal, és ennek általa elérhető módjaival (a speciálisan számára legelőnyösebb hatású, ellenőrzött minőségű wellness szolgáltatásokkal) kapcsolatban.

A gyógyturizmus egyre nagyobb szerepet tölt be az egészségmegőrzésben, a betegségmegelőzésben, a gyógyításban, az utókezelésben, a fizikai és mentális kondicionálásban, így az ápolóképzésben, az ápolás gyakorlatában is törvényszerűen megjelenik.

Várjuk az ápolói szerepvállalást és ezen új ágazat kihívásait bemutató kéziratokat, ismertetőket is.

a Szerkesztők