

Doktori (PhD) értekezés

**EGY SEGÍTŐ FOGLALKOZÁS KÉPVISELŐINEK PÁLYAKÉPE,
A KIÉGÉS SZEMPONTJÁBÓL**

Nagy Edit

**Debreceni Egyetem
BTK
2007**

Tartalomjegyzék

I. Bevezetés	4
I.1. A téma társadalmi jelentősége és aktualitása.....	4
I.2. A dolgozat kiterjesztett célkitűzései, problematikája.....	9
II. A téma elméleti megalapozása. A stressz szerepe és jelentősége korunkban	14
II.1. A stressz, mint jelenség kialakulása, fogalmi meghatározásai.....	16
II.2. A stressz állapot hatása a szervezetre	19
II. 3. A munkával összefüggő stressz jelentősége és szerepe.....	27
II. 4. A testi, lelki, társadalmi és mentális egészséget befolyásoló tényezők.....	34
II. 5. A menedzserbetegségek jellemzőinek bemutatása.....	40
III. A főbb személyiségtipológiai rendszerek jellemzőinek bemutatása	43
III. 1. Az A-B-C-D személyiség típusok jellemzői.....	50
IV. Az individuálpszichológia elmélete, s a segítő identitás	53
IV.1. Alfred Adler - az individuálpszichológia megalakulása.....	53
IV. 2. Az Individuálpszichológia alapfogalmainak bemutatása.....	56
IV. 3. Az egészséges ember képe az IP szerint	62
IV. 4. A párválasztás IP elmélete	64
IV.5. Az IP személyiségtipológiai rendszere	65
IV.6. Az ápoló, mint a segítő személye és a segítő szindróma	68
V. A kiégés jelenség szociálpszichológiai megközelítése	74
V.1. A tünetegyüttes elfogadásának nehézségei	74
V.2. A kiégés szindróma meghatározása, jelentősége, a tudományban és társadalomban meglévő szerepe	76
V.3. A kiégés jelenség klasszikus tüneteinek bemutatása.....	83
V.4. A kiégettség és az elhárító mechanizmusok kapcsolata.....	84
V.5. Egy onkológiai, s egy intenzív osztályon dolgozó ápoló esete	86
VI. A kiégési ciklus kialakulási folyamata	92
VII. A „burnout” folyamat jellemzői, s ezek bemutatása	93
VII.1. A tünetegyüttes jelentősebb kutatói – avagy a teoretikusok jelentősége a nemzetközi szakirodalomban és a fontosabb hazai kutatások bemutatása.....	95
VII.2. A burnout mérése.....	102
VII. 3. Az ápolói hivatással együtt járó veszélyeztető tényezők (elővizsgálat).....	104
VII. 4. A diplomás ápoló képzés áttekintése, a kezdetektől.....	105

VIII. A diplomás ápoló – levelező tagozatos – hallgatók	
burnout szindrómájának vizsgálata	107
VIII.1. A vizsgálat célja, hipotézisek	107
IX. A vizsgálati módszerek ismertetése	109
IX.1. Maslach Burnout Inventory (MBI) bemutatása	109
IX.2. Super-féle munkaérték kérdőív	111
IX.3. Betekintés Adler személyiséglélektani rendszerébe, s a Schoenaker-féle személyiségtypológiai kérdőívének bemutatása. Prioritások.	117
IX.4. Saját pályamotivációs, háttér kérdőív	120
X. A vizsgálati minta	121
XI. A vizsgálat eredményei és azok értékelése	123
XI.1. A háttérkérdőív segítségével gyűjtött adatok elemzése	124
XI. 2. Pályakép, értékorientáció	142
XI.3. Prioritás	148
XI. 4. Kiegészés.....	154
XII. Összegzés	179
XII 1. A kapott eredmények és a hipotézisek összevetése	181
XII.2. A diplomás ápolók, mint segítő foglalkozású nők jellemzői.....	188
XIII. Következtetések, javaslatok	189
XIV. Köszönetnyilvánítások	196
XV. Irodalomjegyzék	197
Mellékletek	211

I. Bevezetés

I.1. A téma társadalmi jelentősége és aktualitása

A doktori értekezés középpontjában, a segítő foglalkozású szakembereket, elsősorban a diplomás ápoló, levelező tagozatos hallgatók pályaképét, pályaválasztásuk okait, a segítő identitás főbb jellemzőit, meghatározó szociológiai-és személyiséglélektani diszpozícióikat kívántuk bemutatni, a munkavégzésük közben átélt *munkahelyi stressz* következtében kialakuló tünetegyüttes, azaz a burnout szindróma vonatkozásában.

2005. január 12-15. között Helsinkiben, az Európai Unió egészségügyi miniszterei kijelentették, hogy a mentális egészség alapvető jelentőségű az egyének és nemzetek életminősége szempontjából, s a mentális egészségi problémák-az agyonhajszoltságtól, szellemi megerőltetéstől kezdve, a komoly pszichés károsodásig- nem csak Európában, hanem az egész világon az egyik legsúlyosabb népegészségügyi terhet jelentik. Napjainkban a mentális problémákkal és a károsító stresszel való megküzdés minden uniós tagország számára kiemelt feladat. A jó mentális egészség javítja a munkaképességet, s a termelékenységet, de a rossz munkakörülmények, beleértve a megfélemlítést, a kiégést, azaz a krónikus munkahelyi stresszt is, mindezek a betegállományban töltött napok számát növelik, ami a kiadási költségek további növekedését eredményezik. Európában, az uniós országok esetében, a munkavállalók 28 százaléka számol be munkahelyi stresszről, ez mintegy 40 millió embert jelent, az Európai Közösség Bizottsága jelentése alapján. (Európai Közösség Bizottsága, Luxemburg , 2006.)

A stressz, a kihívás alapvető feltétele a fejlődésnek, abban az esetben, ha képesek vagyunk megbirkózni a nehézségekkel. Ezért- Kopp Mária szerint- a coping a stressz ikerfogalma, a stresszelmélet egyik legfontosabb összetevője. Mindebből következik, hogy a stressz akkor válik kórossá, ha nem vagyunk képesek megbirkózni a veszélyeztető helyzettel, illetve a krónikus stressz, a kimerülés fázisa egyértelműen károsító hatású. A kimerülés állapotának, vagyis a *krónikus stressznek* egyik legnyilvánvalóbb példája a segítő foglalkozásúak *kiégettsége*, ami annak következtében alakul ki, hogy a kliens-segítő találkozásokat, a segítő hivatást választó személy frusztrációként éli át. Az ilyen krónikus stressz állapot nemcsak súlyos pszichológiai, hanem élettani következményekkel is jár. (Kopp Mária, 2006)

A dolgozat kiégésre vonatkozó teoretikus alapjául szolgált, meghatározó módon Hézsér Gábor munkája, aki Freudemberger, Schmidbauer, Pines, Weisbach munkáit vette alapul, s akinek pasztorálpszichológiai tanulmányaiban kiváló formában találhatjuk meg ezen téma

KIÉGÉS

feldolgozását, kiegészítve más angolszász és német kutatók eredményeivel, emiatt döntöttünk úgy, hogy a kiégés elméleti megalapozását, a fent említett szerző művei, meghallgatott előadásainak jegyzetei alapján kívánjuk bemutatni. Tettük ezt annál is inkább, mert az e témában publikáló külföldi és hazai kutatók elsősorban szintén Schmidbauer, Weisbach, Maslach stb. műveit vették alapul, s ez volt olvasható Hézser Gábor munkáiban is.

Az elköteleződést érzelmileg e téma iránt nagymértékben befolyásolta az általa Budapesten az Evangélikus Hittudományi Akadémián tartott előadássorozata, amelyen személyesen is részt vehettünk, munkatársainkkal együtt. A kiégés, a pályaválasztás, a személyiségtipológia és életstílus összefüggéseinek megismertetésére alapul vettük Alfred Adler individuálpszichológiájának személyiségtipológiai rendszerét, akinek emberképe, az életről vallott felfogása legszemléletesebben pedagógiai rendszerével mutatható be, nevezetesen a *bátorító pedagógia* elvével írhatjuk le. (Brezsnyánszky László 2004 a:15) Adler az a pszichoterapeuta, aki a humanisztikus iskola előfutárává lett, élet-és emberszemléletére jellemző, hogy nem azért szereti az embert, mint, amilyen, hanem azért, amilyen lehetne. (Szuhányi Mária 1993 b) Szuhányi Mária, a Svájcban élő magyar származású individuálpszichológus 1992-ben indította el Budapesten képzését, ahol megismerkedhettünk az adleri individuálpszichológia alapjaival, s ezen ismereteket bővítette, különösen az életstílus vonatkozásában, a Brezsnyánszky László által jegyzett idevonatkozó szakirodalom is. (Brezsnyánszky L., Győryné, Beregszászi, S., Szatmáriné, Balogh, M. 1993.)

Az individuálpszichológia, a pasztorálpszichológia, bátorító pedagógia ismeretei mellett, felhasználtuk a munkalélektan, karriertervezés, szociológia, közösségi mentálhigiéné, interperszonális kommunikáció szakterületek ismeretanyagát is. Ebben, a burnout témakörben végzett vizsgálatot hazánkban, többek között, Petróczi Erzsébet, aki pedagógusok kiégését mérte, Bodó Sára pedig a teológusok túlterhelésének jelentőségét állította a középpontba. A medicina vonatkozásában pedig többek között Temesváry Beátát említhetjük meg, aki az orvosok körében kutatta az öngyilkosság gyakoriságát, s hívta fel a figyelmet a túlterhelés jelentőségére, a gyógyító hivatás végzése során. A témában való elköteleződést megerősítette továbbá Tomcsányi Teodóra munkája, amelyben a segítő identitást és a segítő szindrómát vizsgálja és elemzi, munkatársaival, akik közül kiemelhetjük Jelenits Istvánt, akit jelentős római katolikus teológusként is ismerhetünk. Tomcsányi és Jelenits munkássága meghatározó a közösségi mentálhigiéné területén is, nagyszerű "HÍD"-sorozatuk ismeretanyagát napjainkban is használjuk a burnout megelőző tréningjeinken, amelyeket egészségügyi-és szociális területeken dolgozó szakemberek számára szerveznek a

KIÉGÉS

megyénkben lévő, humán szolgáltatásokat végző intézmények. (Szociális Gondozási Központ, “Jósa András” Megyei Oktató Kórház, Nyíregyháza).

Meg kell említeni Kopp Mária és Skrabski Árpád munkáit is, akiknek köszönhető az étellel való elégedettség vizsgálatuk eredményeinek közvetett felhasználása, valamint az úgynevezett “Háttér”- Kérdőív kérdéseinek összeállításában Kopp Mária nyújtott felbecsülhetetlen segítséget. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete bocsátotta rendelkezésre a Christina Maslach-féle kiégési leltár értékelésének ponthatárait, s magát a kiégési leltárt is, melyet maguk fordítottak és validáltak, a szerző engedélyével. (Ádám Szilvia-Gyórfy Zsuzsa-Csoboth Csilla, 2006.)

Az értékvizsgálat megalapozásában óriási segítséget nyújtott Bugán Antal “Érték és viselkedés” című, valamint Perczel Tamás “Életstratégia, foglalkozási szerep, értékorientáció” című munkái is, amelyekből a segítő attitűd természetéről és az altruista értékorientáció, viselkedést befolyásoló szerepéről tájékozódhattunk.

Az olvasott szerzők hivatkozásaiból és Kiss János, valamint Fónai Mihály szociális munkások körében végzett pályalélektani vizsgálataiból ismerhetjük a Meyer által szerkesztett Burnout und Stress című munkáját, valamint a Molnár Péter, Pilling János és munkatársaik által jegyzett egészségpszichológiai-és kommunikációs kézikönyveket. A teljesség igénye nélkül ezen szerzőket emelhetjük ki, s őket jelölhetjük meg, mint akik a szakirodalmi áttekintés kapcsán a témában való elmélyülést segítették. Konkrétan az ápolókra vonatkozó, kiégéssel összefüggő kutatási eredményeket, s azok jegyzőit, valamint az adleri individuálpszichológia elméletének főbb jellemzőit önálló fejezetben mutatjuk be.

Temesváry Beáta, pszichiáter szerint a segítő foglalkozásúak, így az egészségügyi dolgozók munkájának is lényegi része a *humán segítség*. Az emberekkel való foglalkozás, az ápolás jelentős vonzerő a pályaválasztásban a karitatív attitűddel megáldott fiatalok számára. Az emberek segítése sok pozitív érzés forrása, de nagy pszichikai megterhelést is jelent. Az ápolók munkájának alapvető részét képezi a humán segítség, ily módon tevékenységük során gyakran találkoznak pszichikai megterhelést jelentő helyzetekkel.(Temesváry Beáta, 1996. 752-759.)

A segítő foglalkozásúak stressz-terhelésével kapcsolatban gyakran emlegetett jelenség az ún. kiégés szindróma, amely attól létezik, hogy a betegekkel, hajléktalanokkal, haldoklókkal, fogyatékosokkal, mentális betegekkel, vagyis az ápoláselméletben elfogadott meghatározás szerint, a *klienssel* való ápolási-gondozási technikák ellátása során az ápolók az őket érő

KIÉGÉS

pszichikai hatásokat nem a megfelelő módon dolgozzák fel, s ennek pszichikai anomáliák lesznek a következményei.

A segítő foglalkozások túlterheltsége, privát és szakmai életük határainak elmosódása, gyakran a kettő összefolyása számos problémát vet fel, s melegágya a lelki megfáradásnak vagy az elterjedőben lévő fogalommal élve, a kiégésnek. A jelenség kutatásának háttéré, a rezignáció, mint a burnout forrása, a képzett munkatársak pályaelhagyása, magas pszichiátriai morbiditásuk, a depresszió, az addikció, a pszichoszomatikus zavarok megjelenése. Az egészségügyben különösen magas a pszichiátriai területen dolgozó szakemberek öngyilkossági gyakorisága. (Fekete Sándor, 1991. 17-29.)

A különböző tudományterületek egyetértenek abban, hogy a segítség az emberi cselekvésmód egyik alapvető, ősi kategóriája. (Hézszer Gábor, 1996 a) Korunkban az a trend figyelhető meg, hogy a nők nagy többsége egyrészt a család ellátása során természetsszerűleg, másrészt a segítő foglalkozást hivatásként választva, e tevékenységek ősi formáját gyakorolja. A hagyományos társadalmi elvárás a nőkben erősebben építette ki azt a kétes igényt, hogy mindig mindenkinek eleget tegyenek. Ha ez az elvárás az életet meghatározó normává vált, akkor előbb-utóbb a túlterhelés jeleit figyelhetjük meg.

Szociálpszichológiai megfigyelések szerint alapvető elbizonytalanodás tapasztalható a segítő foglalkozásokban dolgozó nők esetében. Dilemmájuk az, hogyan lehetne összeegyeztetni a tradicionális értékeket a másokért való létet és a felelősségteljes szabadságot.

A nők ellentétben a férfiakkal, konfliktusok esetén inkább hajlamosak arra, hogy önmagukban keressék a hibát. Ezek az ellentétek gyakran a hagyományos beállítottság és a modern társadalomban megfigyelhető szerepminták között alakulnak ki. Az elbizonytalanodás nem a személyiségen belüli okokból adódik, hanem abból, hogy egy társadalmi átalakulási folyamat még nem zárult le. A krízis nem személyes, hanem individuálisan átélt szociális válsághelyzet. Az egyén viszont aligha oldhat meg társadalmi krízist. Ez a szituáció a tehetetlenség érzését válthatja ki.

Az önálló, emancipált nőknek környezetük kevésbé engedi meg, hogy sebezhetőségüket, szeretetigényüket kimutathassák. Ha ilyen érzelmeket nyilvánítanak, akkor gyakrabban találkozhatnak kár-örömmel teli visszautasítással. (Györffy, Zs.-Ádám Sz. 2003.)

1974-ben írta le Freudenberger a burnout szindrómát, Schmidbauer pedig a helper tünetegyüttest 1977-ben pszichoanalitikus alapon kezdte el kutatni. Szerinte a Helper szindrómával jellemzett segítő saját pszichés egyensúlyát kompenzálja a segítséssel. Weisbach szerint a segítő kapcsolat mintegy droggá válik a segítő számára. Ez a nagy dózisú drog

KIÉGÉS

viSSzaéléshez, majd kiégéshez vezet. Ezen a ponton kapcsolódik a Helfer szindróma kutatása a burnout vizsgálatokhoz.

Ez nem azt jelenti, hogy korábban nem létezett volna a teljes kimerültség állapota. Már egyes ószövetségi leírások is meglepő pontossággal rajzolták meg e kórképet. Gondoljunk Illés prófétára, akire az Újszövetség is többször hivatkozik, aki a Messiás egyik előképe. A próféta szenvedélyesen képviselte Isten ügyét, sokat kívánt meg önmagától, jobb akart lenni elődeinél, kimerülten, a szuicidalitás küszöbén úgy vélte: "mindez nem sikerült, ő sem jobb" (1 Kir 19,4) elődeinél. A Hóreb-hegyi találkozás kellett ahhoz, hogy ne csak értse, hanem megélje: Isten az, aki a sikert biztosítja, nem az emberi túlzó, önromboló igyekezet. Az Úr vezet a teljes sikerre azt, amire Illés saját megítélése szerint sikertelenül törekedett. Kimerültségének, bizonytalanságának nyoma sincs, amikor újra Aháb király elé áll és teljesíti feladatát.

Azok a faktorok, amelyek Illés halálos kimerültségéhez vezettek, nemcsak az Ószövetség korának specifikumai, hanem ma is ható és túlműködésükben veszélyeztető tényezők. (Hézszer, G. 1995 c)

Elsősorban amerikai és angolszász szakemberek foglalkoztak a kiégés jelenséggel. Ezért az ő eredményeikre támaszkodik a szakirodalom a kérdés megválaszolásánál. A tünetegyüttesek sokrétűsége miatt statisztikailag releváns megállapítások csak részben lehetségesek. Az ilyen felmérések arra mindenképpen alkalmasak, hogy bizonyos tendenciákra irányítsák a figyelmünket.

A megfigyelések szerint, akik elsősorban olyan foglalkozási ágakban dolgoznak, amelyekben érzelmi erősen érintődnek, ők az igazán veszélyeztetettek. Ide sorolandók az egészségügyiek, a pedagógusok, a szociális munkások, a diakóniai és egyházi munkát végzők, a lelkészek, a pszichoterapeuták.

Feltűnő, hogy azok, akik eltúlzott idealizmussal álltak munkába, gyakran már az első szolgálati évek során váltak komolyan veszélyeztetetté. Az átlagnál nagyobb mértékben vannak kitéve e problémának az ezekben a munkaágakban dolgozók, akik nyugdíj előtt állnak.

Hézszer Gábor kutatási eredményei alapján elmondható, hogy amerikai adatok szerint a segítő foglalkozásokban dolgozók sorában a morbiditás (megbetegedés) meghaladja a 30 százalékot. A fogyatékosokkal foglalkozók, és a pszichiátriai gyógyító team tagjainál ez a szám megháromszorozódik: 90 százalékuknál mutathatóak ki a kiégésre jellemző tünetek. Érdekes

KIÉGÉS

megfigyelés, hogy ezzel a szindrómával nem csak egyes személyeknél, hanem munkahelyi közösségeknél is konstatálható a jelenség kollektív megjelenési formája.

1990-ben E. Cherniss így írta le a szimptomát:

“A mindennapi munka megkezdése nagy benső ellenállás leküzdését igényli, eluralkodik a sikertelenség, ingerültség, közömbösség és visszahúzódság érzése, a munkavégzés alatt és után túlzott fáradtságról, kimerültségről panaszkodnak, egyre nagyobb erőfeszítésbe kerül, hogy türelemmel, empatikusan bánjanak a segítségre szorulókkal. A kliensek egyre jobban "idegesítik" a segítő foglalkozást végzőket, munkájukat sematikusán végzik, túlzott megértést tanúsítanak a nyugtatószereket szedő kliensekkel szemben. Kerülik a kollegiális esetszegbeszéléseket. Rendszeresen panaszkodnak alvászavarokról, sorozatossá válnak banális betegségjelentések, gyakori a fejfájás, az emésztési és gyomorpanaszok. Pozitívnak ígérkező munkahelyi változásra is bizalmatlansággal és elutasítóan reagálnak. Ugrásszerűen megnő az alkoholizmus, a gyógyszerektől való függőség veszélye, állandósulnak a családi és a házassági problémák. Baráti kapcsolataikat egyre jobban elhanyagolják, visszahúzódnak.” (Hézszer, 1996a: 81)

Elmondhatjuk tehát, hogy a segítő foglalkozások fokozhatják a kiégéshez vezető folyamatot. Így ezután embervoltunk legnemesebb ideáljai, mint az ápolás is, kedvezőtlen esetben megakadályozhatják a személyes teljesítőképesség határainak elfogadását.

Az ápolás egyik jellemzője, hogy az elhivatottságból fakadó világ- és emberkép, a szolgálat központi jelentőségű. E munka elkötelezettjei akkor kerülhetnek az úgynevezett "burnout" veszélyébe, ha a "szeresd felebarátodat, mint magadat" életparancsolatot a felebarátra redukálják. A krisztusi kijelentés az önmagunk iránti szeretetteljes felelősségre is felhívja a figyelmet. (Gyökössy, E.1986)

I.2. A dolgozat kiterjesztett célkitűzései, problematikája

Napjainkban az egészségügyre jellemző változások bevezetése már visszafordíthatatlan folyamat, amely tovább erősíti a társadalmunkban eddig is meglévő perspektívatlanság és általánossá váló elbizonytalanodás megélését. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a következő évtizedben a depresszió a betegségek trendjében meghatározó módon lesz jelen.

A betegellátás új rendszerének megvalósulása új szakmai, gazdasági, neveléslélektani és etikai kritériumokat is jelent egyben. Az ellátás minőségének biztosítása részben a technikai színvonal függvénye, de annak pszichoszociális környezete- a beteg kezelésében és

KIÉGÉS

ápolásában közvetlenül, vagy közvetett módon részt vevő egészségügyi személyzet attitűdje és magatartása- erősítheti vagy gyengítheti az előbbi hatását.

A változások megsokszorozzák a konfliktushelyzetek kialakulásának valószínűségét, s így a stressz (distressz) keletkezésének lehetőségét. Az emberek (kliensek) gondozása, ápolása stresszel telített munka. A túl sok stresszhatás rontja az ítélőképességet, a vészhelyzetekre való pontos reakciót, s a krónikussá váló munkahelyi stressz testi-lelki betegséget okozhat, s lehetetlenné teszi a stresszor leküzdését. A túlterheltség, a munka kontrolljának hiánya, a nem támogató környezet, a korlátozott előrelépési lehetőségek, a szociális szerepek tisztázatlansága, a betegek szenvedése, s halála, a többlemunka, valamint a munkavégzés monotonitása, s az alulfizettség mind olyan munkahelyi stresszt-előidéző tényezők, amelyek testi- lelki-mentális rendellenességek kialakulását okozó faktoroknak tekinthetők. A közösségi mentálhigiéne álláspontja szerint a munkával kapcsolatos stresszorokra adott reakciók a személyiségtől, annak stabilitásától, az énerőtől, az egészségi állapottól (testi-lelki-szellemi), a korábbi stressz tapasztalatoktól, a spiritualitástól, s a megküzdés (coping) eszközeitől függenek. Az észlelt munkastressz és a személyiség elégtelensége közrejátszik a kiégés kialakulásában, csakúgy, mint a korai szocializációban kialakuló életstílus következményeként megjelenő, úgynevezett "C"- típusú személyiség nagy valószínűséggel fog segítő foglalkozást választani, amely pályán érett-avagy éretlen (szindrómás) segítőként tevékenykedve maga is szembesülhet az elfáradás érzésének jelentkezésével. A kiégés szindróma, vagy burnout jelenség, reményvesztettséget, az elfásultság érzésének sokszor fájdalmas valóságát jelenti.

A szervezetekre, így az egészségügyi intézményekre is jellemző, hogy az ott folyó munkának, a dolgozók személyiségének és interperszonális kommunikációjának, társas kapcsolatainak olyan jellegzetességei vannak, amelyek stresszkeltők lehetnek. Ezek adódhatnak a munka jellegéből, de az egyének, munkavállalók személyiségéből is. Egy adott munkakör jellegéből sokféle stresszkeltő körülmény származhat. Minden munkahelyi pozícióhoz szerepelvárások társulnak, amelynek a munkavégzés során meg kell felelni. A munkahelyi környezet, az információ megfelelő áramlása, vagy megakadása bizonyos szinteken; a vezetés-hierarchia ambivalenciái szintén stresszkeltő faktorok lehetnek. Emellett az egyén (munkavállaló, avagy menedzser) számos tulajdonsága, személyiségjegye szerepelhet stresszforrásként. Tudjuk, hogy bizonyos típusú személyek könnyebben frusztrálódnak, állandóan magas a szorongás-szintjük, míg mások a pozitív gondolkodás hiányával megnehezítik a megfelelő csoportlétkör kialakulását, rontják a csoportmunka hatékonyságát, azaz elmondhatjuk, hogy a stressz

KIÉGÉS

kialakulásának nagy jelentősége van mind közösségi, mind pedig egyéni szinten. (Bakacsi Gyula, 2004.

A burnout fogalom határai ma még meglehetősen bizonytalanok, összemosódnak a munkahelyi stressz, a munkával való elégedettség, s a munkalélektan által tanulmányozott fogalmakkal. A tünetek differenciálása is problémát okoz, hiszen a kiégés ugyanolyan szimptomákat eredményez, mint a depresszió, vagy éppen a szorongás. A burnout megjelenésének környezeti feltételei azok, amelyek ezt a szindrómának (tünetegyüttesnek) tekinthető jelenséget jól elkülönítik. Amíg motivációról, elégedettségről, stresszről bármilyen foglalkozás, állás, vagy szélesebb értelemben bármilyen típusú kapcsolat esetében beszélhetünk, addig a kiégés specifikus azokra a helyzetekre, amelyekben a segítő kapcsolatok dominálnak. Ilyen mindegyik segítő szakma, de a házasság is. Ezekben a területeken általában főszerepet játszik az emberekkel való kapcsolat kiépítése, s optimális esetben ennek a kapcsolatnak, ha nem is lángoló de legalább parázsló intenzitása van. Ha ez az erő lecsökken, vagy már nem tapasztalható, akkor biztosan a kiégés állapotába került a segítő foglalkozású egyén, aki többnyire nő. (Pálfi Ferencné, 2002.)

Gyakoriság, prognózis

Általánosságban elmondható, hogy a kiégés gyakori jelenség, ezt bizonyítják azok a nagyon hasonló eredmények, amelyekre a különböző országokban jutottak a kutatók. Amerikai orvosok körében 22%, Hollandiában 20%. A kiégés következményeként megjelenő pszichiátriai megbetegedés angol szakorvosok körében 27%, Olaszországban 22,3%. (Pikó Bettina, 2002; Zapf Dieter, 2002; Weisbach, Cristian- Rainer,1989).

Magyarországi nagy mintára kiterjedő keresztmetszeti vizsgálati eredmények egyelőre nincsenek. Pikó Bettina ápolónők körében végzett felmérést, Györffy Zsuzsa és Ádám Szilvia az egészségi állapotot, s a munkastressz jelentőségét vizsgálta, orvosok körében.

A magyarországi kiégésre jellemző lehet egy 2000-es felmérés eredménye (Bodó Sára, 2001.)

“A középkorú orvosok halandósága felül múlja a korcsoport lakossági átlagát. Márpedig e korosztály különös veszélyeztetettsége az oka annak, hogy Európában a miénknél alig van rosszabb halálozási mutató. Ehhez képest halnak még hamarabb az orvosaink. Külön megrendítő, hogy az orvosnők születéskor várható átlagos élettartama hét évvel rövidebb, mint egy átlagos magyar nőé... A krónikus stresszre adott válaszbán, a rossz mortalitási

KIÉGÉS

(halálozási) mutatókban és a kiégés magyarországi alakulásában is valószínűleg közrejátszik az a jelenség, amelyet “kelet-közép-európai egészségparadoxonnak” neveznek, és a hetvenes évek óta javuló magyar életminőség ellenére a növekvő morbiditást és mortalitást magyarázza.”

Kelet-közép-európai, de biztosan magyar paradoxon számunkra az is, hogy az orvostársadalom mellett, csak hozzátétőlegesen, vagy még úgy sem esik szó az ápolókat érintő, állandósuló kimerülés állapotáról. Ez is jelzi, hogy olyan professzióról van szó, amelynek napjainkban is nagyon alacsony a megbecsültsége, hiszen Pikó Bettina is nővéreket említ kiváló dolgozatában, ez arra az aranykorra utalhat, ami még az egyházi ápoló rendek megszűnése előtt lehetett. S hogy miért gondolhatjuk ezt? Azért, mert az egészségügyből (is) gyakorlatilag egy éjszaka száműzték, s kiűzték az apácákat, a diakonisszákat, akik megszólítása addig a “Kedves Nővér” volt. Ez a megszólítás jelezte a magas társadalmi megbecsültséget az ápoló-gyógyító, azaz egyházi rendben, az egy életre szóló hivatást választó hölgyek számára. 1949 majd 1950 után Magyarországon a cselédápolás jelent meg, visszavonhatatlan valóságként, s hiába a most már évtizedek óta tartó küzdelem az ápolói hivatás magasabb megbecsüléséért -az egyetemi szintű ápolóképzés elindítása Pécsen, majd Szegeden-, hazánkban a köztudatban e pálya megítélése jelenleg még mindig nem kedvező. Ezt jelzi az is, hogy nem megszokott kutatási téma ápolók körében, kiégéssel kapcsolatban doktori disszertációt írni, éppen emiatt vállaltuk, mintegy hiánypótlásként e terület kutatását, abból a célból, hogy ráirányítsuk a figyelmet arra a személyre, aki életünk legintimebb, éppen ezért legsérülékenyebb pillanataiban velünk van, s elkísér, legyen az akár a születés, akár a halál, vagy az a küzdelem, amit egészségünk visszaszerzéséért folytatunk. Hisszük, hogy ők lehetnek azok, akik elidegenedett világunkban, ahol talán a betegség- vagy az agónia az a pillanat, amelyben biztosan őszinték vagyunk, legalább önmagunkhoz, átsegítenek félelmeinken, aggodásainkon, s lelkileg megtisztulva folytathatjuk utunkat, akár az Atyához, akár vissza a mindenapok valóságához. Ehhez azonban az mindenképpen szükséges, hogy ismerjük el, s ismerjük meg azt az áldozatos munkát, amelyet ezek a segítő foglalkozású nők végeznek, akár a szülészeten, akár az onkológiákon, vagy éppen az intenzív terápiás osztályok keretei között.

A dolgozat (kutatás) célja és szociológiai kiindulópontja

A vizsgált mintában-levelező tagozatos, diplomás ápoló hallgatók körében- szerettük volna feltárni a pályaválasztás indítékát, a meghatározó személyiségtípust, a segítő identitás jellemzőit, az életstílusukat, az individuálpszichológia ember-és egészségképét, a munkahelyi stressz lényegét, a hasznos-vagy káros stressz elemeit, a lehetséges copingokat, a testi-lelki-és szellemi egészség feltételeit, a kiégéssel kapcsolatos állapotukat. Fontos volt számunkra, hogy olyan kérdőíveket, leltárokat stb. használjunk, amelyeket egészségesekek körében alkalmazhatunk, ilyen a Schoenaker-kérdőív, amelyet munkalélektani vizsgálatok során (is) alkalmaznak Szuhányi Máriáék, Zürichben, s amely elismert módszer az individuálpszichológiában. Az individuálpszichológiai emberkép, s optimizmus meghatározó személyiséglélektani irányzat lett számunkra, ebből az aspektusból logikusan felépíthető az egyén pályaválasztása, elbátortalanodásának mértéke, közösséggel kapcsolatos attitűdje, altruizmusában annak eldöntése, hogy éretlen, vagy az érett segítőök körébe tartozik-e a professzió végzője, a mi esetünkben a diplomás ápoló hallgató. Ezt követően a Super-kérdőív által szerettük volna feltárni, hogy mely érték a meghatározó a munkavállalásukban, a Christina Maslach-féle leltárral pedig felmérni a kiégéssel kapcsolatos állapotot, a Háttér-kérdőív pedig adatot szolgáltatott a munkavégzés, munkahely, munkahelyi stressz stb. vonatkozásában. Mindezek együttes alkalmazásától reméltük, hogy megismerjük a vizsgálatba bevont hallgatók pályaképét, értékorientációit, fő személyiségtípusukat, munkához való viszonyukat, s kiégettségük mértékét. A kutatásban nem vállalkozhattunk, csak és kizárólag a diplomás ápoló, levelező tagozatos hallgatók vizsgálatára, mert azt feltételezzük, hogy ők azok a humán foglalkozást végző segítőök, akik emberi létezésünk legnehezebb pillanataiban vannak jelen, s irányítják, szervezik, vezetik a betegellátást, akkor, amikor a szenvedő ember életének lehnagyobb küzdelmeit vívja, élet-halál között.

II. A téma elméleti megalapozása

A stressz szerepe és jelentősége korunkban

A stressz korunk egyik népbetegsége, jellemző módon urbanizációs jelenség, ami egy betegségorozat elindítója lehet. Mit is jelent a városi életforma? Betonrengeteget jelent, amelyben több millió ember él, összezsúfolva. A lényeg mostanában életünk minden területén a gyorsaság. Gyorsbüfé, gyorsvonat, gyors autók, repülőgépek, amelyekkel földrészeket szelhetünk át, néhány óra alatt. Ha otthon vagyunk, szinte folyamatosan szól a televízió, ha úton vagyunk, rádiót hallgatunk. Ömlik reánk a médiából az éhínség, a háború, katasztrófa, baleset, bűneset. Mi ez, ha nem a fogyasztói társadalom mesterséges manipulációja, annak érdekében, hogy az emberek életterüket harctérnek, s ne játszótérnek tekintsék? De ez a biztos módja annak, hogy megteremtsék azt az embert, aki félelemben éli életét. Pedig aki fél, az "félig él", hiszen nincs nagyobb támadás az életben az ember ellen, mint a félelem. S persze nem kerülhetjük el a sokat szidott reklámok hatását sem. Megmondják, milyen a jó nő, milyen autóban utazik, milyen kozmetikumot használ, mit dolgozik, milyen ételt eszik, milyen bútorok között él, hol nyaral, az, *aki számít*. Minden egy célt szolgál: a pénzköltést. Igen ám, de a pénzt meg kell keresni, hogy tovább növelhessük igényeinket. De a pénzért dolgozni kell, még hozzá keményen, s gyakran szabadságvágyunkat feladva. A humánszférában dolgozó emberek esetében legtöbbször monoton a munkavégzés, ami gyakran nélkülözi a sikerélményt; túlhajszolt, azaz pont az hiányzik belőle, amiért pedig a legtöbb altruista, többnyire "C" típusú személyiség a pályáját választotta, a *megelégedettség érzése, dolgozzon akár alkalmazottként, akár középvezetőként*, napjainkban használt kifejezéssel, menedzserként. Így ezután burnout megelőző tréningjeinken számos esetben halljuk a neurotikus ember panaszát, idegileg kimerítő az adminisztráció, rengeteg az értelmetlen szabály, fásulttá tesz a bürokrácia, s végeredményben a kliensek egyre ingerültebb segítőkkel találkoznak, a valóságban szinte mindegy, hogy a vezetőről, vagy a beosztottról van szó.

Biztosak lehetünk benne, hogy a stressz korábban is meghatározta az emberek életét, hiszen gondoljuk el, milyen lehetett fán kuksolni napokat, miközben a barlangi medve próbálta őket a vacsorai fogások közé illeszteni. (Lelki Titkaink Mentálhigiénés Stúdió, 2004-2006. <http://www.lelkititkaink.hu/stressz.html>)

Célunk között szerepel leírni, hogy a fokozott munkaterhelés, a nagy felelősséggel járó állandó döntési kényszer, milyen megterhelést, stresszt válthat ki a személyiség életében.

KIÉGÉS

Mindazonáltal elfogadott tényé lett, hogy a vezető beosztásban dolgozó *humán segítők* állandó feszültségben élnek, a folyamatos stressz előbb – utóbb felégetheti tartalék energiáikat, s a kifáradás jeleit tapasztalhatják. Esetükben a stressz megnyilvánulási formáit tekintve a tartósan ható stresszről beszélhetünk, és ekkor alakulnak ki a pszichoszomatikus kórformák, amelyeknél a lelki problémák testi tünetekben jutnak kifejezésre. (Selye János, 1976:a)

A társadalmunk, mint minden más működő ország, az egyes gazdasági egységeken keresztül érvényesíti a fennmaradást, az ország gazdasági stabilitását.

A gazdasági egységeken ez esetben minden gazdálkodó szervezetet értjük, mely értéket állít elő, ami lehet termék, szellemi érték, szolgáltatás. Abban az esetben, ha *szolgáltatásról* beszélünk, a gazdasági egység a vállalkozás típusától függetlenül ugyanúgy szervezeti felépítéssel bír, ahol minden esetben vannak irányítók és irányítottak.

Ebből adódóan, a gazdasági egységeknek működése a jogszabályi előírások mellett, kiemelten a benne dolgozó emberektől függ. A humán erőforrás jelentőségét támasztja alá, hogy az emberekkel való foglalkozás- konzumista társadalmunkban külön tudományággá lett.

Ilyen összefüggésben a humán erő azon rétegével foglalkozunk, akik az irányítási, menedzselési feladatokat végzik. A szervezet élén, annak irányításával, a munkaszakaszok összehangolásával, a gazdálkodással foglalkozó személy, a menedzser. (Bakacsi Gyula, 2004.)

De miért vannak a menedzserek az átlagnál jelentősen nagyobb stressznek kitéve?

Valószínűsíthető, hogy ennek okait a menedzser- életformában kell keresni. Az alkotóképesség, munkaképesség csökkenését a modern társadalmakban nem a fizikai károsodások, fertőző megbetegedések okozzák, hanem a pszichés konfliktusmegoldókészségek átmeneti vagy tartós kudarca miatt kialakuló szorongásos, depressziós állapotok, és ezek hosszú távú klinikai következményei. (Juhász Ágnes, 2003. 5-20.)

Ennek eredményeként megjelenik a stressz, az alvászavarok, a neurózis, majd a pszichoszomatikus betegségek, melyek elsősorban a munkaképes társadalmi rétegre jellemzőek. Természetesen ezek a tünetek főként azokban alakulnak ki, akiket genetikai adottságuk erre hajlamosít.

Ehhez társulhat még egy, tipikusan a menedzsereket érintő stressz – *a kiszámíthatatlanság*. A tipikus menedzser ugyanis állandóan aggódik amiatt, hogy elmulaszt, lemarad valami fontos eseményről és folyamatossá vált benne a megfelelni akarás állandósult vágya is. (Nagyné, Kovács M. 2006.16)

KIÉGÉS

A stressz Selye János kutatásai óta a jelenkor hétköznapjainak egyik központi problémájává vált. A jelenségről szinte mindenkinek saját élményszinten vannak tapasztalatai. A stressz és a stresszel való megküzdés a modernkor egyik nagy kihívása.

E témakör igazi multidiszciplináris terület, hiszen a magatartástudományon belül is számos szakterület foglalkozik vele, így a pszichológia, a mentálhigiéné, a pályalélektan, neveléslélektan, szociológia és természetesen az orvostudomány és a pedagógia is vizsgálódása tárgyává tette a stresszt, mint jelenséget.

A krízisintervenció elmélete alapján elmondható, hogy a személyiségvonások, a stressz, illetve a menedzserbetegségek kialakulási folyamata egy átmeneti krízisállapotnak is tekinthető, melynek megoldása, kimenetele pozitív és negatív irányú is lehet. (Buda Béla, 1994.)

Ha az egyén, a vezető felismeri magában ennek a veszélyeit, időben meg tud küzdeni a stresszel, mely depresszióhoz, alkoholizmushoz, szívizom-infarktushoz, drogfüggőséghez, szélsőséges esetben az öngyilkossághoz is vezethet. (Juhász, Á. 2001.)

A menedzserbetegségek jellemzőit rögzíti a szakirodalom, következményeit pedig bemutatja számos demográfiai tanulmány, különösen a morbiditási adatok beszédesek. Ez utóbbi arra hívja fel a figyelmet, hogy a szív-és érrendszeri, úgynevezett "A" típusnak nevezett személyiség életében meghatározóvá vált a szorongás, és a distressz következménye jelen van a mindennapjaikban, melynek következménye lehet a korai szívhalál. (Selye, J. 1976:b)

II.1. A stressz, mint jelenség kialakulása, fogalmi meghatározásai

Maga a stressz fogalma az 1930-as években Selye János kutatói munkássága nyomán vált ismertté. Ő azt vetette fel, hogy bizonyos hatások, melyek az érzelmi, vegetatív életünkre hatnak, nagyon komolyan és károsan befolyásolják szerveinket, immunrendszerünket, ezáltal életünket. Selye kutatásai az elsők között voltak, melyek a psziché és a test kapcsolatát kezdték tudományosan vizsgálni. Kutatásai alanyául patkányokat alkalmazott, s a különböző idegi, fizikai bántalmazások (stressz) hatását vizsgálta az egyes szerveken. Hamar kiderült, hogy szinte minden szerv komoly károsodást szenvedett, mely károsodások egy ideig visszafordíthatóak voltak, azonban egy idő után az egyed halálához vezettek. Ezek a szervek, szervrendszerek az alábbiak voltak: szív-és érrendszer, immunrendszer, mellékvese és vesék, a tápcsatorna, valamint a bőr és a bőrfüggelékek. Selye János félévszázados biológiai kutatómunkájának tanulságait alkalmazza az emberre, megmagyarázza a stressz élettani

KIÉGÉS

mechanizmusát, gyakorlati tanácsot ad a káros stressz, a distressz elkerülésére. Megmondja, mit tegyünk, ha megoldatlan kérdéssel állunk szemben, miért veszélyes a halogatás. Azt ajánlja, hogy tekintsük örömteli, ingergazdag és hasznos tevékenységnek a munkát, odáig is eljut, hogy a munkavégzés nem más, mint egy örömteli játék. (Lelki Titkaink Mentálhigiénés Stúdió, 2004-2006. <http://www.lelkititkaink.hu/stressz.html>)

A *stressz* eredetileg a szervezetnek az ingerekre adott válaszát jelölő orvosi szakkifejezés volt. Mai értelmében azonban jelentése nagyjából “tartós idegesség”, vagy “folyamatos feszültség”, mely rendszerint egy vagy több állandó negatív ingerre adott tartós válaszreakció, a szervezet részéről. A tartósan fennálló stressz akár komoly egészségkárosodást eredményezhet, mivel gyengíti a szervezet ellenálló képességét. (<http://hu.wikipedia.org/wiki/Selye>, J. 2006.)

A Pszichológiai Lexikon szerint megterhelésnek, stressznek nevezünk minden olyan ráhatást, amely az ember fiziológiai és/vagy pszichológiai alkalmazkodási mechanizmusait befolyásolja. Objektíven azonos megterhelés különböző személyeknél eltérő igénybevételt idéz elő az egyéni fiziológiai, beállítottsági, érzelmi, szituatív sajátosságoktól függően. *Igénybevétel*nek nevezzük (strain) a megterhelések hatására bekövetkező, egyénenként és esetenként különböző mértékű jellegű és irányú funkció-változások összességét. (Pszichológiai Lexikon, 1995.)

A stressz pszichológiai feszültségek állapota, amelyet az emberre ható stresszorok idéznek elő. Napjainkban, a magatartástudományokban leginkább elfogadott stressz-értelmezést így fogalmazza meg Kopp Mária: “A stressz kifejezést ma a legáltalánosabb értelemben használjuk: az ember és környezete közötti kölcsönhatás folyamatában az újszerű, magatartási választ igénylő helyzeteket stresszhelyzetnek nevezhetjük.” (Kopp, M. 2006)

Ilyen pszichológiai állapot akkor jön létre, ha a szervezet olyan helyzettel találkozik, amely az egyén saját megítélése szerint meghaladja a rendelkezésére álló erőforrásokat. A megterhelés két főbb típusa az izommunka végzésével, és az információk áramlásával kapcsolatos.

A rövid ideig tartó stressz hatása egyaránt lehet kedvező vagy hátrányos. Ha az egész szervezetet rövid ideig tartó erős stressznek tesszük ki, az eredmény vagy hasznos (mint a sokk-kezelés), vagy káros (mint a sokk-állapot).

A stressz hatása tartós lehet azután is, hogy a stresszor befolyása már megszűnt.

Nem élhetünk stressz nélkül. Az élettani stressz - szint sohasem csökken nullára, ha ez bekövetkezik, az a stresszmentes állapot, vagyis a halál.

KIÉGÉS

A stressz, a kihívás alapvető feltétele a fejlődésnek, abban az esetben, ha folyamatosan képesek vagyunk megbirkózni a nehézségekkel. Ezért a megküzdés, vagyis a coping a stressz ikerfogalma, a stresszelmélet egyik legfontosabb összetevője.

A stressz akkor válik kórossá, ha nem vagyunk képesek megbirkózni az újszerű, veszélyeztető helyzettel, illetve a krónikus stressz, a kimerülés fázisa egyértelműen károsító hatású.

A kimerülés állapotának, a krónikus stressznek egyik legnyilvánvalóbb példája a segítő foglalkozásúak *kiégettsége*, ami annak következtében alakul ki, ha a humán foglalkozás végzője a kliens és segítő találkozásokat frusztrációként éli át.

Selye János a stresszorokat az általuk kifejtett hatás pozitív, vagy negatív természetére szerint, két csoportra osztja: "jó" és "rossz" stressz- eustressz és distressz kategóriákra.

Ahogy a kellemes vagy kellemetlen érzelmi felindulások az élettani stressz pozitív vagy negatív változását eredményezik, úgy az inger hiánya vagy a túlzott ingerlés a stressz növekedését éri el. Az *eustressz* az önbeteljesítés stressze.

Az ezt kiváltó stresszorok olyan aktivitások, melyek az általa fontosnak tartott képességei alkalmazására készíteti az egyént.

Az ilyen stresszorok hosszabb távon építően hatnak az egyénre. A "jótékony" eustressz mindennapi életünk része, alkotóenergiánk forrása, mely segíti mindennapi küzdelmeinket. A stresszkeltő ingerekre adott élettani válasz fontos szerepet játszik az állatvilágban, és alapvető jelentősége van az emberi faj fennmaradásában is.

A hatásában negatív stressz, a *distressz*.

Ez akkor lép fel, ha a stresszorról való megküzdés során nincs lehetőség a meglévő képességek felhasználására, és ez hosszabb távon testi-lelki károsodáshoz vezet.

A túlzott, mindent elborító, kontrollálhatatlan "negatív" distressz ezzel szemben felmorzsolja energiánkat. Kiegyünk, tönkreteszünk kapcsolatainkat. Karrierünket lerombolja, és végül súlyosan károsíthatja egészségünket. (Selye, J.1976:b)

A kontrollálhatatlan stressz következményei:

- csökkent táplálék és vízfelvétel,
- testsúlycsökkenés,
- gasztrikus léziók,
- csökkent tumor kilökés,
- fokozott malignitás érzékenység. (Kopp, M. 2005.)

II.2. A stressz állapot hatása a szervezetre

A belső szervek működését a vegetatív idegrendszer irányítja, mely szimpatikus és paraszimpatikus oldalból áll. A szimpatikus idegrendszer feladata a vészhelyzetek elhárítása, míg a paraszimpatikus a táplálkozás, a regenerálódás szolgálatában áll.

“Vészhelyzetben” a szimpatikus oldal aktiválódik, hatására felgyorsul a légzés, szaporábban ver a szív, a vérnyomás emelkedik, az izomtónus fokozódik. A mellékvese-velőben nagy mennyiségű stressz hormon – adrenalin – termelődik, mely fokozza az izmok vérellátását, és biztosítja ezen mozgatószervek "üzemanyag ellátását" is, mert a májban található raktárakból cukrot szabadít fel, ezzel megnöveli a vércukorszintet. A mellékvese másik része, a mellékvese-kéreg egy újabb hormont, - kortizont - termel, mely segíti, stabilizálja az ismert szimpatikus hatásokat. A különböző idegrendszeri irányítás alatt álló bonyolult hormonhatások összegződnek, és ennek segítségével készül fel a szervezet a közvetlen veszély elhárítására.

Érzékszerveink ilyen esetekben kiélesednek, reakcióképességünk felgyorsul, izmaink megfeszülnek. A szervezet energiakészletei feltöltődnek, elegendő cukor és oxigén áll rendelkezésre a hatékony, gyors és erőteljes működéshez. Minden izom a menekülés vagy küzdelem szolgálatában áll. Amennyiben a stressz helyzetet testi reakció – menekülés vagy küzdelem követi- abban az esetben a szervezet egyáltalán nem vagy alig károsodik. (SH Atlasz Anatómia, 1990.)

Amikor az élettani válasznak nincs szabad tere, tartós, vagy gyakran ismétlődik, akkor a szervezetet érő negatív hatások felhalmozódnak.

Ez a krónikus stressz, mely felborítja a hormonális egyensúlyt, és számos betegséghez vezethet.

Az egész vegetatív idegrendszer kibillen az egyensúlyi helyzetéből, aminek következtében magas vérnyomás, szív-érrendszeri és fekélybetegség, fejfájás, és a tartós izomfeszülés miatt különböző mozgásszervi betegségek is kialakulhatnak. Továbbá a hosszú ideig, túlzottan nagy mennyiségben kiválasztott mellékvesekéreg-hormonok hatására gyengül a szervezet védekezőképessége, az immunrendszer. Az egyén könnyebben kaphat fertőző betegséget, sőt még a rák kialakulásának veszélye is megnőhet. (Valló Ágnes, 2000.)

Az embernek nemsokára észre kellett vennie, hogy amikor bármilyen tartós és szokatlan nehézséggel küzd, a reakciók meghatározott sorrendben jelentkeznek, kezdetben úgy érzi, hogy bajba jutott, egy idő múlva megszokja, végül nem bírja tovább. Claude Bernard, a nagy

KIÉGÉS

francia élettudós a XIX. század második felében először mutatott rá, hogy az élőlények belső környezete nem változhat, bár a külső környezetük állandó változásban van. Észrevette, hogy a szabad és független élet feltétele az élőlények belső környezetének állandósága.

50 évvel később Walter B. Cannon amerikai élettan tudós javasolta, hogy ezek a koordinált folyamatok együttesen a "homeosztázis" elnevezést kapják. Cannon a szimpatiko-adrenális rendszert fedezte fel, mint a szervezet vészreakciójának alapját. Lényege, hogy fokozott aktivitású állapot, ún. "arousal" alakul ki a szimpatikus idegrendszeri hatásokra.

A magyar származású Selye János kanadai kutató 1936-ban az "alarm-reakció" fogalmának felállításával indult el a szervezet alkalmazkodási képességének vizsgálatában. (Pszichológiai Lexikon,1995.)

A Selye-féle adaptációs szindróma /GAS/

“ Mindenkinnek van, mindenki beszél róla, mégis kevesen vették a fáradságot, hogy utánanézzenek, mi is a stressz.” – kezdi Selye "Stressz distressz nélkül" című könyvét (Selye János, 1976. b:23.)

Selye János a *stresszor* → *stressz* → *stresszreakció* fogalomrendszerben gondolkodott.

Az általa felfedezett általános adaptációs szindróma lényege abban áll, hogy a stresszor megjelenésekor a szervezetben úgynevezett alarm – reakció játszódik le, ami meglepően egységes képet mutat függetlenül a konkrét stresszor természetétől.

Először bizonyos agyi területek aktiválódnak.

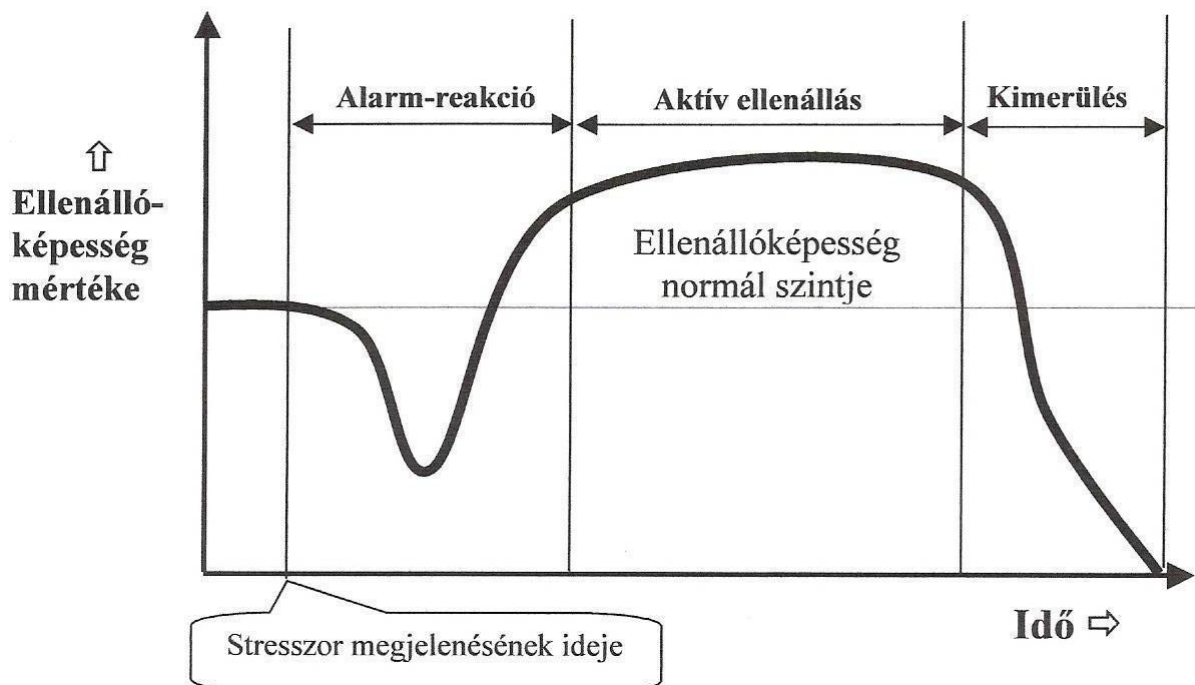
Majd fokozottan működni kezdenek különböző belső elválasztású mirigyek, mint az agyalapi mirigy, a csecsemőmirigy, a pajzsmirigy, a mellékvesék .

Ennek eredményeként olyan hormonok - például a szénhidrát-és a fehérje-anyagcserét szabályozó mellékvesekéreg-hormon, a *kortizol*, illetve a vérelosztást szabályozó mellékvesevelő-hormon az *adrenalin* - kerülnek a véráramba, és jutnak el az egyes szervekhez, amelyek fokozott teljesítményre készítik fel a szervezetet, megnövelik a szívfrekvenciát, és a pulzusszámot, több oxigént juttatnak el az izmokhoz.

Hasonló a helyzet a *pszichológiai stresszekre* adott biológiai válaszok esetén is.

A stresszor hatása a szervezet számára egy bizonyos sokkot képvisel, aminek következtében a szervezet kibillen egyensúlyából, és átmenetileg csökken - vagy csökkenhet - ellenálló képességének a mértéke.

Összefoglaló ábrában az általános adaptációs szindróma Selye szerint:



1. ábra

A Selye-féle általános adaptációs szindróma három fázisa

(Selye János 1963.)

Az általános Adaptációs Szindróma lényege az a feltételezés, hogy a szervezet alkalmazkodóképessége, vagy adaptációs energiája véges és kimeríthető.

Az *első szakasz* az alarm-reakció, amikor a szervezetben a stresszorról való találkozás jellegzetes tünetei jelentkeznek, és kezdetben csökken az ellenálló képesség.

A *második szakasz* az ellenállási szakasz, amikor a stresszor folyamatos hatása mellett lehetséges az alkalmazkodás, akkor kifejlődhet az ellenállás. Az alarm – reakció jelei eltűnnek, és az ellenálló képesség a normális szint fölé emelkedik.

KIÉGÉS

A *harmadik szakasz* a kimerülés szakasza, amikor az alkalmazkodási energia kimerülhet, ha a szervezetet hosszú ideig ugyanaz a stresszor éri, vagy ha a stresszrel szemben való védekezés lehetetlen. Ilyenkor újra megjelennek az alarm – reakció jelei, megnagyobbodnak és túlműködnek a mellékvesék, vagy elsorvad a csecsemőmirigy, és a nyirokcsomók. A szervezetnek a stressz hatására mindig a leggyengébb láncszeme szakad el, kialakul a betegség, bekövetkezhet a halál. (Nagyné, Kovács M. 2006.13)

A stressz egy másik nagyon fontos jellemzője, hogy képes befolyásolni az immunrendszer működését, gátolhatja és serkentheti is azt.

Irwin és munkatársai azt a következtetést vonták le, hogy amennyiben a személy az élethelyzet változást - például férj vagy feleség halálát – fel tudja dolgozni, vagyis rendelkezik a megfelelő megküzdési stratégiákkal, akkor az immunválasz csökkenése nem következik be.

A kis mindennapi bosszúságok azonban nem járnak ilyen hatással, sőt, még kedvezőek is lehetnek az immunválasz szempontjából. (Pikó Bettina, 2002.)

A stresszkeltő események jellemzőinek bemutatása

Traumatikus események is lehetnek stresszkeltők. Ilyen a háború, a földrengés, a balesetek, az élet nagyobb fordulatai, vagy az egyén belső konfliktusai.

A befolyásolhatatlanság, és bejósolhatatlanság növelik a stressz súlyosságát, mértékét. Ezek bizonyos munkaterületekhez, munkakörökhöz köthetők. Ilyenek például a mentők, a tűzoltók, a baleseti sebészek. Minden olyan esemény, amely jelentős mértékű alkalmazkodást kíván, stressz-keltőnek tekinthető.

A stressz jelentősége az egészség károsodásában

Korunkra jellemző módon a pszichés igénybevétel sokkal jelentősebbé vált, mint a fizikai igénybevétel, aminek az lett a következménye, hogy a pszichés igénybevétel okozta stresszhelyzetek kockázati tényezőkké váltak, abban az esetben, ha az egyensúly zavarát nem tudja a személyiség megelőzni. (lásd. 1. melléklet)

A pszichológiai igénybevételt az különbözteti meg a fizikaitól, hogy míg a szervezet ebben az esetben is felkészül az akcióra, a támadásra, vagy éppen a menekülésre, így fokozza a szervezetünk a pulzusszámot, a kibocsátott vér mennyiségét, de a legtöbb esetben nincs

KIÉGÉS

szükség fokozott izomtevékenységre, fizikai aktivitásra. Már *Cannon* 1942-ben leírta ezt a jelenséget: “a szervezet felkészül az akcióra , és ha a fokozott készenléti állapot fennmarad, anélkül, hogy az aktivitás kialakulhatna, ez katasztrofális következményekkel járhat”- idézi Kopp Mária Cannont. (Kopp, M. 2006.)

Többek között a bennszülöttek körében előforduló, úgynevezett voodoo, hirtelen halált ennek az állapotnak tulajdoníthatjuk. A szorongás lényege, hogy a veszélyeztető helyzetet aktivitással kontrollálhatatlannak minősítjük.

A modern életformánk gyakran teremt ilyen disszociációs helyzetet. Gondoljunk csak arra, hogy a korábbi évszázadokban jellemző módon verekedéssel oldották meg a férfiak nézeteltéréseit. Napjainkban, ezzel szemben a hatalmaskodó, zsarnok főnököt nem ajánlatos megpofozni, vagy az igazságtalanul megalázott iskolás gyermek sem rohanhat ki a tanteremből. Közlekedésünkben is megfigyelhető ez a jelenség, amikor “csak a véletlenül múltott” helyzetek után a gépkocsi vezetője csak nagy nehézségek árán képes a veszélyhelyzet elmúltával megállítani járművét. A szorongását leginkább aktivitással csökkenthetné, ezért szükséges a nagy erő kifejtés a gépkocsijának leállításához, hiszen a “társadalmi norma az egó számára a továbbhaladást nem engedélyezi” és megáll az út szélén.

Pszichológiai stresszhelyzetekben fokozott szöveti átáramlás alakul ki. Ez az állapot rövidtávon nagyobb mértékű energiafelhasználást tenne lehetővé, de tartós fennállása szív-érrendszeri (kardiovaszkuláris) veszélyeztető tényező. A kardiális (szív eredetű) válaszok mintegy megelőlegezik a várható anyagcsere (metabolikus), az izomzat működtetéséhez szükséges igényeket abban az esetben is, ha az *izomaktivitás nem következik be*. Mind állatkísérletek, mind a humán kutatások bizonyítják, hogy a fizikai és pszichikai igénybevételre adott szív (kardiális) és anyagcsere (metabolikus) válasz jellege alapvetően különbözik.

Abban az esetben pedig, amikor a zsírszövetekből (lipidraktárakból) az idegrendszeri szimpatikus aktivitás hatására felszabaduló szabad zsírsavak nem használódnak fel az izomműködés energiaforrásaként, emiatt a felesleges zsírsavak trigliceridekké alakulnak a májban, majd a koszorúsér megbetegedésekben oly fontos szerepet játszó lipoproteinekké alakulhatnak. A krónikus stresszállapot többek között ezért is igen súlyos szív-és érrendszeri rizikófaktor. (Kopp, M., 2006)

A stresszre adott reakciók

A stresszkeltő helyzetek érzelmi válaszokat eredményeznek. Ide tartozik:

1. Szorongás- feszültség, rossz előérzet, de mindenképpen diszkomfort érzés kialakulása. Ha az ember olyan életeseményt él meg, amelyek meghaladják az emberi szenvedés normális terjedelmét, akkor *poszttraumás stresszbetegségről* beszélünk. Legfőbb tünetei: a világra való “süketség”, alvászavarok, a trauma újraélése az álmokban.
2. Harag és agresszió- a harag agresszióhoz vezet. A gyerekek gyakran dühösek lesznek és agresszív viselkedést mutatnak, amikor frusztrációt élnek át. A frusztráció-agresszió hipotézis szerint egy személy erőfeszítését egy cél elérésében megakadályozzák, agresszív hajtóerő keletkezik, amely a személy viselkedését a frusztrációt okozó tárgy, vagy személy megkárosítására motiválja.
3. Fásultság és depresszió (Lajkó Károly, 2005.)

KIÉGÉS

A hatvanas években két amerikai pszichológus, Thomas Holmes és Richard Rahe összeállítottak egy stresszskálát.

Életesemény	Érték
Házastárs halála	100
Válás	73
Különélés	65
Börtön	63
Közeli családtag halála	63
Baleset vagy betegség	53
Házasság	50
Állás elvesztése	47
Kibékülés a házastárssal	45
Nyugdíjazás	45
Családtag betegsége	44
Terhesség	40
Szexuális problémák	39
Új családtag befogadása	39
Üzleti problémák	39
Anyagi helyzet változása	38
Közeli barát halála	37
Új munkaterület	36
Jelzálog érvényesítése	30
Új beosztás a munkahelyen	29
Gyermek elköltözése otthonról	29
Probléma anyóssal, apóssal	29
Kitűnő személyes teljesítmény	28
Feleség munkába állása vagy munka abbahagyása	26
Iskola kezdete vagy vége	26
Életkörülmények változása	25
Személyes szokások megváltozása	24
Vita a főnökkel	23
Költözés	20
Iskolaváltoztatás	20
Hobbiváltoztatás	19
Templomba járási szokások megváltozása	19
Társasági szokások megváltozása	18
Alvási szokások megváltozása	16
Étkezési szokások megváltozása	15
Üdülés	13
Karácsony	12
Apróbb szabálysértések	11

2. ábra

Holmes - Rahe skála 1967

KIÉGÉS

Vizsgálataik szerint a pontértékben kifejezett hatások összegzésével megbecsülhető a megbetegedések kockázata. A skála alapján a megbetegedés kockázata 150 pont alatt enyhe, 150 és 300 pont között közepes, míg 300 feletti pontszám esetén jelentős mértékű. Az egyes határok értékeit egy táblázatban rögzítették, melyek segítségével az egyénre a pontokat meg lehetett állapítani.

A skála legmagasabb és legalacsonyabb értékeiből emeltünk ki példákat.

Egyértelmű, hogy a sort pontértékben a házastárs halála vezeti, de számos örömteli esemény, például a házasságkötés, szintén stressz-forrás lehet. Fontos kiemelni, hogy a munkahelyi változások (állásunk elvesztése, új munkahelyre kerülés, új beosztás a skála középső részén található meg, jellemzően. Ez is alátámasztja, hogy a személyes érintettség esetében a stressz jelentősebben hat ránk.

A skála és pontértékei nem abszolútak, csak átlagértékek. A stressz csak előkészíti a talajt, de nem maga a stressz okoz betegséget! Nem magára a helyzetre reagálunk, hanem arra, amit az számunkra jelent. Betegség rendszerint akkor alakul ki, ha az egyénnek ez a megbirkózási technikája hibás, túlzott, vagy nem megfelelő a megoldandó problémára. (Császár Gyula, 1980.)

Lazarus felvetése szerint viszont nem lehet csupán a stresszor jellegéből vagy külső szemlélők által megítélt súlyosságából következtetni az átélt stressz mennyiségére. Nem lehet súlyossági pontszámokkal, mértékkel ellátni a megterhelő életeseményeket, hiszen egy adott esemény "stressz-értéke" mindig az azt átélő személy értékelési és megküzdési képességeinek a függvénye. (lásd .2. melléklet)

A megküzdési készségek formái- Lazarus alapján

Azt a folyamatot, melynek során a személy megpróbál szembeszállni a stresszel, megküzdésnek nevezzük, s ennek három fő formája van. A személyiség összpontosíthat a speciális problémára, hogy megkísérelje azt a jövőben elkerülni, vagy megváltoztatni. Ezt nevezzük *problémaközpontú* megküzdésnek. Megtörténhet az is, hogy enyhíti az egyén a stresszkeltő helyzethez kapcsolódó érzelmi reakciókat, ha a helyzetet magát nem is tudja megváltoztatni. Ezt a folyamatot nevezzük *érzelemközpontú* megküzdésnek. A megküzdések-copingok harmadik típusa - Kopp Mária alapján - pedig a *segítség orientált* megküzdés, amikor az erőfeszítések a külső segítség keresésére irányulnak. (Kopp, M. 1996)

A társas támogatás szerepe

Az az ember, aki sok társas kapcsolattal rendelkezik tovább él, s kevésbé valószínű, hogy stresszel kapcsolatos betegség támadja meg. A barátok és a család számos módon jelentenek támaszt, önértékelésünket védik, közösségi érzést, “mi”-tudatot teremtenek, ismeretet, információt adnak, s talán a legfontosabb, hogy társaságot nyújtanak, ezáltal elvonhatják a figyelmet a szorongásról. (Buda, B.1994.)

II. 3. A munkával összefüggő stressz jelentősége és szerepe

Modern, civilizált életünk a kényelmen és a jóléten túl, kellemetlen mellékhatást is hordoz magában. Nevezetesen azt, hogy az emberek jelentős része *szorong*. A szorongáskeltés pedig a munkáltatók, a felettesek kezében egy igen hatékonyan működő eszköz lett. A technikai fejlődés megteremtette a keretét a modern kizsákmányolásnak. A stresszkeltő tényezőket két csoportba sorolhatjuk: egyik a munka jellegéből adódik, a másik pedig a munkavállalók személyiségéből fakad. (Juhász, Á. 2003. 5-20)

Egy adott munkakör jellegéből sokféle stresszkeltő körülmény adódhat. Minden munkahelyi pozícióhoz szerepelvárások társulnak, amelynek a munkavégzés során meg kell felelni. A munkahelyi környezet, az információ megfelelő áramlása, vagy megakadása, a vezetés ambivalenciái szintén lényeges stresszkeltők lehetnek. Az egyén számos tulajdonsága, személyiségjegye is szerepelhet stresszorként. Bizonyos személyiségtípusba tartozó emberek könnyen frusztrálódhatnak, vagy állandóan magas lehet a szorongás-szintjük. Mások pedig a pozitív gondolkodás hiányával megnehezítik a megfelelő csoportlétkör kialakulását, rontják a csoportmunka hatékonyságát. A stressz kialakulásának nagy jelentősége van mind közösségi, mind pedig egyéni szinten.

A vezetők némelyike kihasználja hatalmi pozícióját, annak érdekében, hogy munkatársai egyre jobb eredményeket érjenek el, gyakran mindenáron. Az azonnal megoldandó feladatokkal halmozzák el a munkavállalókat, s ez gyakran a problémamegoldó képesség határát súrolja.

Mindez kiegészül a mai korra jellemző munkahelyi bizonytalanság érzésével. Ez az a emóció, mely legtöbbször elfojtás alá kerül, s a tudat alatt lappangva, feldolgozatlanul, pszichés nyomásként nehezedik a legtöbb emberre.

Ezek a tényezők pedig az élettani egyensúly felbomlásához vezetnek, a szervezet pedig pszichoszomatikus tünetképzéssel válaszolhat. (Juhász Ágnes, 2001)

Leggyakoribb *általános stresszorok* a munkahelyeken:

- munkahelyi bizonytalanság
- leépítés, munkakörök megszűnése
- tanult tehetetlenség, depresszió
- fokozott megterhelés
- azonnali sürgős feladatok
- a változások, amelyekkel nehéz lépést tartani (Petróczi Erzsébet, 1999.)

Ezek a stresszre alkalmas helyzetek pedig a civilizációs betegségek kiváltói, esetleg kiújítói lehetnek. A szív-érrendszeri betegségek, a keringési rendellenességek, a tumorok kialakulásához járulhatnak hozzá. Nem elhanyagolható az sem, hogy az alkoholizmus és az öngyilkosság kiváltó okai között is az elsők között van a stressz. Hazánkban két év alatt háromszor annyian haltak meg szív-és érrendszeri betegségekben, mint az európai átlag. (B. Kakas Gizella, 1994.)

A szorongás, depresszió nem minden esetben klinikai tüneteket jelent. Leginkább negatív érzelmi állapot, amelynek legfontosabb jellemzői a tehetetlenség, a kontrollvesztés érzése, mások iránti érdeklődés csökkenése, az önvád, a jövő reménytelenségének érzése.

A depresszió lényege a kilátástalan lelki állapot, az úgynevezett tanult tehetetlenség, melynek következménye lehet a gyomorfekély, vagy a hirtelen szívmegeállás.

Magyarországon, s a nyugati országokban is a munkaképesség csökkenés okai között második helyen a pszichés problémák szerepelnek. Ezért meghatározó a vezető viselkedése beosztottainak lelki egészségére vonatkozóan, ami a munka hatékonyságában nyilvánul meg. Ezt a vezetői felelősséget kellene tudatosítani a munkahelyeken, hiszen a következmények egész életre szólóak lehetnek. (Buda, B. 1994.) A pszichés eredetű munkaképesség-csökkenés leggyakrabban a közép-és felső rétegek betegsége.

Kampány a munkahelyi stressz ellen

2002. július 2-án a *Munkahelyi Egészség-és Biztonságvédelem Európai Ügynöksége* elindította a munkahelyi stressz elleni harcot támogató első páneurópai kampányát. Adataik

KIÉGÉS

szerint az Európai Unió munkavállalóinak 28 százalékát érintő jelenségről van szó, ez csaknem 40 millió embert jelent. Bár a stressz a nőket látszólag érzékenyebben érinti, valójában mindkét nem számára, valamennyi gazdasági ágazatban és a szervezet minden szintjén meghatározó problémaként jelentkeznek. A szakértők ennek leggyakoribb okát a munkakörülmények feletti ellenőrzés hiányában látják. A munkahelyi stressz mind emberi viszonylatban (gyakori megbetegedések), mind gazdasági vonatkozásban komoly következményekkel jár. A munkahelyi távolmaradások és az egészségügyi költségek mintegy 20 milliárd euróval terhelik meg a közös kasszát, s ebbe nem számít bele a termelékenység csökkenése miatti veszteség. (<http://www.eurofund.ie/publications/EFO121.htm>) (lásd.3-6 melléklet)

A munkával összefüggő stressz, az Európai Munkavédelmi Ügynökség szerint

Munkával összefüggésben akkor jelentkezik stressz, amikor a munkakörnyezet követelményei meghaladják a munkavállaló azon képességét, hogy e követelményeket teljesítse, vagy kezelje. (Európai Munkavédelmi Ügynökség, 2000. Luxemburg)

A munkahelyi stressz, ha intenzív és bizonyos ideig fennáll, szellemi és fizikai egészségkárosodást okozhat. Ha a munkahelyi szervezetben túl sok a követelmény és túl nagy a nyomás, az kóros stresszhez vezet. Ez pedig rossz a munkavállaló és a szervezet számára, egyaránt, s bárkit érinthet, bármely ágazatban és bármely méretű szervezetben.

A munkahelyi stressz kockázati tényezői- Európai Munkavédelmi Ügynökség szerint:

- a szervezet kultúrája, vagy légköre, s hogy ők mit gondolnak a munkahelyi stresszről
- igénybevételek mértéke; munkaterhelés és fizikai tényezők szerepe
- irányítás- mekkora befolyásuk van a munkavállalóknak munkavégzésük módjára
- szervezeten belüli kommunikáció; beleértve olyan problémákat, mint megfélemlítés és zaklatás
- változás- hogyan kezelik a szervezeten belüli szükségszerű változást
- szerep- értik-e a munkavállalók szerepüket a szervezetben, s ez a szerep okoz-e konfliktusokat
- támogatás- a munkatársak és szervezet vezetői felől érkezik-e problémás helyzetben külső segítség
- képzés és oktatás- sikerül-e a szervezeten belül megvalósítani a folyamatos tanulás elvét, ami megadhatja a feladatok elvégzéséhez szükséges ismeretek, jártasságok megszerzését

- az egyéni különbségek kezelése iránti nyitottság. (<http://agency.osha.eu.int>)

A munkahelyi stressz fogalma, a munkavállalóra gyakorolt fiziológiai hatás szerint:

“A munka, munkahelyi környezet munkaszervezet ártalmas, kellemetlen jellegére adott érzelmi, kognitív, viselkedéses és élettani válasz. Az arousal magas szintjével, a distresszel és gyakran a megküzdési képtelenséggel jellemezhető állapot” (Juhász, Á. 2003.)

A feladattal kapcsolatos stresszorok

Nagy valószínűség szerint minden munkaköri leírásnak vannak olyan elemei, amelyek a *munkavállalók számára*, adott időpontban a károsító stressz forrásai lehetnek, ilyenek a minőségi, vagy mennyiségi túl-vagy alulterhelés megnyilvánulásai.

A munkakörnyezettel kapcsolatos stresszorok

Stresszorok lehetnek a zaj, a hő, a rossz megvilágítás, a túlzsúfoltság, a kellemetlen szagok felhalmozódása.

Tapasztalatok szerint ma a munkahelyeken az egyik leggyakoribb, a fizikai környezettel kapcsolatos stresszor, a zaj. A zajos munkahelynek káros vegetatív és pszichés hatása is lehet. (Klein Sándor, 2000.)

A zaj, mivel kellemetlen, ronthatja a teljesítményt.

A szervezetben betöltött szereppel kapcsolatos stresszorok

Egyéni szinten vizsgálva lehet:

- ▶ szerep kétértelműség
- ▶ szerep konfliktus
- ▶ karrierfejlődés
- ▶ túl sok felelősség a dolgozókért, mely valószínűleg a menedzserek számára stresszkeltő lehet, mivel túl nagy felelősséggel bír a dolgozók előléptetéséért, elbocsátásáért. A nagy mértékű felelősség olyan járulékos stresszorokhoz is vezethet, mint például sokat kell járni

KIÉGÉS

értekezletekre, sok határidőt kell betartani, s napjainkban gyakran hívják fel a kutatók a figyelmet a *döntéshelyzetre*, mint a distressz egyik formájára. (Nagyné, Kovács M. 2006.18.)

Csoportszinten vizsgálva lehet:

- összetartás hiánya
- jó munkatársi kapcsolatok hiánya
- csoporton belüli konfliktusok
- felettséssel/beosztottal való kapcsolat

Szervezeti szinten vizsgálva lehet:

- szervezeti légkör
- vezetési stílusok
- ellenőrzési rendszerek
- túl alacsony fizetés, az állás bizonytalanság

Szervezeten kívüli stresszorok jelentősége

- családi és munkahelyi szerepek összeegyeztetésének nehézsége, különösen a családos nők esetében
- elidegenedés és anómia a társadalomtól való elszigetelődés érzésének következtében alakul ki speciális foglalkozási csoportoknál (például jegyellenőr)
- gyakori költözés, amit egyes foglalkozások szükségessé tesznek, ilyen a diplomata
- vidéki vagy városi életkörülmények, több vizsgálatban azt találták, hogy a városban élők átlagosan kevesebb stressz éri, mint a falun élők. (Juhász, Á. 2003.)

A jövő szervezetének stresszorai

A munkaszervezés változásai

A bizonytalanná váló munkaerőpiac, a vállalatok felvásárlása, a leépítések növekvő gyakorisága végső soron mind odavezetnek, hogy felbomlanak a hagyományos munkahelyi-munkatársi kapcsolatok, és egyre kevesebb kontrollja lesz a munkavállalóknak a munkakörülményeikre, szociális támogatottságukra. (Buda Béla, 1994)

Növekvő alkalmazkodási kényszer az ügyfelek igényeihez

A fokozódó nemzetközi verseny miatt a vállalatok egyre inkább igyekeznek megfelelni az ügyfelek igényeinek, és ez hatással van a dolgozók munkájának tartalmára is.

(lásd.7. melléklet)

A vezetés eredmény-centrikussága

Szintén a fokozódó piaci versenynek tudható be a mind nagyobb hatékonyságra és gyorsaságra való törekvés, ami a dolgozók, túlhajszolását eredményezheti.

A folyamatos technológiai fejlődés, növekvő kognitív terhelést is jelent a dolgozóknak. (Klein Sándor, 2000.)

A kiégés és a stressz kapcsolata

A kiégés nem más, mint egy fáradt, hitevesztett állapot, amelyben az egyén feladja minden vágyát, úgy érzi, nem képes a megvalósításra.

A “burnout” veszélye napjainkban egyre nagyobb, ezért oda kell figyelni azokra a tünetekre, amelyek a felborult lelki egyensúlyra utalnak.

Az emberrel foglalkozó szakmák, így a menedzseri lét is magában hordozza az úgynevezett kiégési szindróma veszélyét, azt az állapotot, amikor az egyébként motivált személyiség telítődik azokkal a problémákkal, melyek nap, mint nap jelentkeznek tevékenységében.

A kiégés fogalom, amelyet eredetileg a technológiában használtak, s amely az egykor működő energiaforrás gyengülését írja le, egészen annak megszűnésig.

Ez nem történik hirtelen, hanem folyamatosan, több szakaszban, érintheti az egyént, de akár a szervezet egészét is.

Herbert J. Freudenberger pszichoanalitikus, aki a kiégés fogalmát megalkotta, önségítő közösség tagjainál, egészségügyi intézmények dolgozóinál figyelte meg, és írta le a kiégés jellegzetes tünet-együttesét. Azóta e problémakörnek egyre nő az irodalma, elméleti megközelítése, és gyakorlati szociálpszichológiai kutatása. (Külön fejezetben visszatérünk rá.)

A fogalom meghatározása: “ a szindróma krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és, ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.” (Freudenberger, H. 1974.)

A kiégés főbb tünetei: — Fizikai tünetek

— alvászavar

— fáradtság, kimerültség érzése

— Mentális és érzelmi tünetek

— szorongás

— cinizmus

— elszemélytelenedés

— kóros táplálkozási szokások

A ma már menedzserbetegségnek tartott kiégést humán specifikus munkakörben dolgozóknál észlelték először. Amikor valaki mentálisan, fizikailag és érzelmileg is elfárad, akkor kiégésről beszélhetünk. (Kopp, M.- Skrabski, Á. 1995.)

Megküzdés /coping/

Azt a folyamatot, melynek során az egyén próbál szembeszállni a stresszel, megküzdésnek nevezzük, mint már előbb említettük, Lazarus eredetileg a megküzdés két fő módját különítette el, a Kopp Mária által használt harmadik típusát pedig – ugyanott - korábban már leírtuk.

Amikor az egyén összpontosít a speciális problémára, hogy megkísérelje azt a jövőben elkerülni, vagy megváltoztatni, problémaközpontú megküzdésnek nevezzük.

Foglalkozhat viszont azzal is, hogy enyhítse a stresszkeltő helyzethez kapcsolódó érzelmi reakciókat, ha a helyzetet magát nem is tudja megváltoztatni. Ezt a folyamatot érzelemközpontú megküzdésnek nevezzük. (Hárdi István, 1997.)

A megküzdési stratégiák egy sajátos profilt alkotnak, ami alapján felvázolható a személy sajátos megküzdési stílusa. A megküzdésben fontos szerepe van az önértékelésnek. A megküzdési stílus alakulását nemi különbségek is befolyásolják. A nőkre általában jellemző a problémák megbeszélése, a stressz másokkal való megosztása, a társas támogatás keresése. Szem előtt kell azonban tartani, hogy bármely megküzdési stratégiának lehetnek kedvező vagy kedvezőtlen következményei, attól függően, hogy ki, mikor és hol alkalmazza azt. (Pikó, B. 2003.)

Szorongás

A stresszre adott leggyakoribb válasz a szorongás. A testi megbetegedések nagy részében számolnunk kell a szorongással, amely a szomatikus állapotot nagy részben befolyásolhatja, a kiégés kimenetele kedvezőtlenebb, a rehabilitáció esélyei rosszabbak lehetnek. A szorongás lelki és testi megnyilvánulásokkal jár. Fontosnak tartjuk, hogy az állandó stressz alatt élő személy levezetesként elmondhassa valakinek, kifejezhesse szorongásait, és problémáit. (Barkóczi Ilona- Kulcsár Zsuzsanna, 1985.)

II. 4. A testi, lelki, társadalmi és mentális egészséget befolyásoló tényezők

Minden ember boldog akar lenni. Ezért születik a világra, ezért nevelkedik, ezért köt házasságot, ezért él a családban és a munkahelyén. Minden egészséges ember hisz és reménykedik abban, hogy boldogságra született, s ezért valamikor boldog is lehet. A boldogság reménye nélkül elképzelhetetlen az emberi élet. A személyiség a születése pillanatától fogva ezt az igényt igazolja. A felnövekvő gyermek életében a lelki egészség egyik legfontosabb alapja később is, az *élet értelmébe vetett remény marad*. Életünk során rájövünk, hogy mindig hiányzik valami a boldogsághoz: pénz, lakás, s végül az *egészség*. (Orosz László, 1990.)

Az egészségtudomány tárgya: a személyiség, az ember biológiai, pszichológiai és társadalmi egységét személyisége biztosítja. A személyiség magában foglalja az egyén viszonyulását önmagához és a külső világhoz. Az ember a környezetével szoros egységet alkot, függ az őt körülvevő környezetétől, az élet minden pillanatában annak hatása alatt van. Állapota, magatartása, funkciója kettős tényező függvénye. Egyrészt az öröklés, másrészt a környezet determináló hatása érvényesül. Az ember tehát bioszociális lény. (Székely Lajos, 1987. 8.) Az egészséges személyiségfejlődés alapja az ép idegrendszer, s a megfelelő környezet. A környezetben létrejött változásokat, ingereket az érzékszervek fogják fel és az idegrendszerhez közvetítik. A személyiség alapvető kritériuma a tudat, amely megkülönböztet minden más embertől. Az egyént természeti és társadalmi környezete veszi körül, az utóbbi a döntőbb, hiszen az ehhez való alkalmazkodás jelenti a nagyobb stresszt, életünk során. Az embert már születése után a társas környezet veszi körül, s ennek hatásra változik, fejlődik és

átalakul. Tulajdonképpen a szocializáció révén válunk társadalmi lényé. De az egészség megőrzése érdekében nem közömbös a természeti környezet hatása sem.

Az egészséges személyiség tökéletesen, rugalmasan képes a környezet változásaihoz alkalmazkodni, s az ingereket feldolgozni. Az egészséges szervezet funkciója dinamikus egyensúlyi állapotban van. A személyiség valójában az individuumban meglévő, viszonylag állandó, örökletes és szervezett pszichoszomatikus tulajdonságok integrált rendszere. (Elekes Attila, 1999.5.) A rendszerek megfelelő kölcsönhatásban működnek, amelyben az egész ember testi-lelki valósága nyilvánul meg, ahogyan az adott helyzetben él, viselkedik és cselekszik. Másként jelentkezik ez egy beteg és másként egy egészséges személyiségnél, valamint a megnyilvánulások a különböző személyiségtípusoknál is eltérőek.

Nézzük, mit is jelent az egészség fogalma! A WHO megfogalmazás mellett az egészséget így jellemezhetjük; az egészséges szervezet képes a környezeti hatásokkal szemben funkcióját dinamikus egyensúlyban tartani, azonban, ha betegség lép fel, ezt a homeosztázist a környezeti hatások kibillentik. (Milliken Elisabeth, 1994.17)

Az értelmező szótárban ez áll az egészség fogalmáról: “Az egészség az emberi szervezet olyan állapotát feltételezi, amely potenciális lehetőséget nyújt az egyénnek a társadalom anyagi és szellemi folyamataiban való optimális részvételre, az adott történelmi feltételeknek megfelelően. Az életműködés zavartalansága, a szervezet, illetve a szervek betegség nélküli állapota.” (Magyar Értelmező Kéziszótár, 1972. 255.)

Az ember számára magától értetődik, hogy egészséges és főleg a pubertáskorúak, valamint az ifjak vannak meggyőződve arról, hogy az egészség-betegség kérdésköre őket egyáltalán nem érinti. Alaptörvények (Alkotmány; valamint az Egészségügyi Törvény) is rögzítették, hogy az egészség minden ember alapvető joga és ebben a legmagasabb fokot kell elérnie. Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO, így határozza meg az egészség fogalmát: “Egészségen tökéletes fizikai, szellemi és szociális jóllétet értünk, s nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát.” (Naidoo, J- Wills, J.1999.4)

A testi egészség

Ha az ember testileg egészséges, ez azt jelenti, hogy anatómiája rendben van, s fiziológiai funkciói megfelelnek bizonyos normáknak. Minden egyes embert a maga konstitúciója (veleszületett adottságok) határoznak meg. Nem lehet valamiféle abszolút természeti törvény alapján eldönteni, hogy valaki a norma fölött, vagy alatt van-e. Viszont mégis arról van szó,

KIÉGÉS

hogy az egészséges testben nemcsak bizonyos testi funkciók játszódnak le, hanem az is, hogy az a test erős, vannak energiái, az egyes szervei megfelelően működnek, illetve együttműködnek. Az objektív jó közérzethez járul egy szubjektív jó közérzet is. Az egészséges ember jól érzi magát, s ez nemcsak "lelet", hanem belső érzés is, amely túlmegy a testi értékeken, s belenyúlik a lelki területbe. (Hárdi, I.1999.)

A lelki egészség

Az egészség másik oldala, hogy életérzésünk kiegyensúlyozott legyen. A lelki egészséghez tartozik az is, hogy az ember fel tudja dolgozni mindazokat a traumákat, amelyek életútja során elszenvedett. Sokan rejtegetik életük árnyoldalait, titkokat, tabukat, s "komplexusokat" fojtanak el, olyan dolgokat, amelyekre nem tudnak, s nem is akarnak emlékezni. A lelkileg egészséges ember értelemmel teljes életet él. Célja van, amely felé tudatosan igyekszik. Örül az életnek ma, s előre örül a holnapnak. Talán van valamilyen szabadidős foglalkozása, amelyben feloldódhatnak a hivatásban támadt feszültségei. A lelkileg egészséges ember megelégedett, a kevéssel is. Hálás mindenért, amilye van, függetlenül annak anyagi értékétől. A megelégedett ember hálás embertársainak, környezetére is jó hatással van. A lelkileg egészséges ember soha nem lehet rasszista, hiszen embertársait tulajdonságaik, s nem származásuk alapján értékeli. Alfred Adler szerint: "Nem azért szeretem az embert, mint amilyen, hanem azért, amilyen lehetne!" (Szuhányi, M. 1992. 37.)

A társadalmi egészség

Korábban említettük, s a WHO pozitív egészség-meghatározásából is következik, hogy a harmónia, vagyis az "egész-ség"- állapot megéléséhez, s annak fenntartásához, hozzátartozik a jó társadalmi közérzet megléte is. Elekes Attila számtalan esetben felhívja a figyelmünket arra, hogy az ember biológiai lényből éppen a társadalmi hatások által válik közösségi lénnyé, s ez a folyamat a szocializáció folyamatában bontakozik ki. Az első szocializáló személy az anya, az első szocializációs színtér pedig a család. Éppen ezért érthetünk egyet azzal az angolszász bölcsességgel, mely szerint "a világot az igazgatja, aki a bölcsőt ringatja."

A teljesség igénye nélkül, néhány szerzőre utalva elmondhatjuk, hogy Desmond Morris kutatásai, Molnár Péter korai kötődéssel kapcsolatos munkái, Alfred Adler individuálpszichológiájának azon eleme, amely arról szól, hogy a személyiség életstílusa

KIÉGÉS

igen korán kibontakozik; öt éves kor körül valójában eldőlhethet, hogy a felnövekvő egyén milyen hivatást, közösséget és párt választ, hiszen mindezen döntések életstílusának logikus következményei lesznek; megerősítenek bennünket abban, hogy a primer szocializáció eredményessége feltétele az egyén életében a harmonikus egyensúlyi állapot kialakulásának. (Pikó, B. 2002.)

Nem élhetünk elszigetelten, csak embertársaink közösségében. Ha az egyén a kirekesztettséget éli meg, vagy magányossága miatt szenved, könnyebben betegszik meg, s azt élheti meg, amit a Betesda tavának betege (János Evangélium, 5,6. fejezet), aki Jézus kérdésére, mely szerint, "Szeretnél-e meggyógyulni?", már nem tudott igennel válaszolni. Nem hitte, hogy jár neki is az egészség állapota, s nem törvényszerű, hogy egész életében béna legyen. Minden betegség biológiai krízis állapota, s egyben óriási frusztráció is, melyet csak fokozhat a tény, amit a béna is megélt, hogy nincs embere. Jézus Krisztus meggyógyította őt, s ezzel jelezte, hogy a gyógyítás, a tanítás mellett küldetése szerves részét képezi. Jézus Krisztus tudott gyógyítani, de embereket hozzá vezetni, működő emberi közösségeket létrehozni, pozitív élményeket adni, s azokat egymástól elfogadni, az a mi feladatunk is lehet. (Gyökössi, E.1991.)

A társadalmi egészség tényezői tehát, a harmonikus családi élet, a mellérendelt, s alárendelt kommunikáció hatékony működése férfi és nő, feleség és férj, szülők és gyermekek, beosztottak és vezetők, valamint munkatársak között. Fontos, hogy megtaláljuk a számunkra alkalmas hivatást, azt, amely személyiségtypusunknak és érdeklődési körünknek leginkább megfelel, ugyanis ha a hivatásban kiteljesedik az életünk, ez elősegíti a pozitív közösségi érzésünket is.

"A nevelés nem más, mint szeretet és példaadás"- mondta Pestalozzi, a híres pedagógus. Különösen érvényes ez olyan családokban, ahol Jézus Krisztus neve elevenen él, s ahol a Biblia olvasása, a hallottak megbeszélése a család közös programja. A meghitt, bensőséges beszélgetés szintén összetartó közösséget teremt. Az örömhír megélése, a saját érzések kimondása, egymás elfogadása, mindezen élmények megtapasztalása még jobban megerősítik az embereket, talán annyira is, hogy képesek lesznek életterüket játszótérnek, nem pedig küzdőtérnek tekinteni.

A mentális egészség

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Régiója tagállamainak az egészségügyi miniszterei, az egészségügyért felelős európai biztos jelenlétében, a WHO Európai Regionális Igazgatójával közösen, 2005. január 12-15. között Helsinkiben WHO Miniszteri Konferenciát rendeztek, a *Mentális Egészségről* címmel.

A konferencia keretében kijelentették, hogy “a mentális egészség és a mentális jólét alapvető jelentőségű az egyének a családok, közösségek és nemzetek életminősége, valamint termelékenysége szempontjából, amely értelmes életet, egyben kreatív és aktív állampolgári létet tesz lehetővé az emberek számára”. (Európai nyilatkozat a mentális egészségről; <http://www.tar.hu>)

Mindnyájuk által elfogadott vélemény, hogy a mentális egészséggel kapcsolatos tevékenységek elsődleges célja az emberek jólétének és ténykedéseinek javítása a személyes erősségekre és lehetőségekre történő fókuszálás, a rugalmasság megerősítése, a külső tényezők fejlesztése révén. A tanácskozáson elhangzott, hogy “a mentális egészség és a mentálhigiénés problémák megelőzésének, kezelésének, gondozásának és rehabilitációjának támogatása a WHO és tagállamai, az Európai Unió és az Európai Tanács prioritásai közé tartozik”. (Zöld Könyv, Budapest, 2006.)

Mentális egészség nélkül nincs harmónia állapot, éppen ezért a mentális egészség központi szerepet játszik a nemzetek humán, társadalmi és gazdasági tőkájében, így más közpolitikai területek, mint az emberi jogok, szociális gondoskodás, képzés és foglalkoztatás integráns és alapvető részének kell tekinteni. Ezeknek a gondolatoknak a szem előtt tartásával hozta nyilvánosságra az Európai Közösség Bizottsága a mentális egészség kérdésével foglalkozó úgynevezett Zöld Könyvet, “A lakosság mentális egészségének javítása- Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása”- címmel. (“Green Paper- Improving the Mental Health of the Population. Towards a Strategy on Mental Health for the European Union”) (<http://www.eum.hu>)

A Zöld Könyv létrehozására azért volt szükség, mert az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint minden negyedik európai állampolgár szembesül lelki egészségi problémával legalább egyszer életében. A mentális egészségi problémák – az agyonhajszoltságból, szellemi megerőltetéstől kezdve a komoly lelki betegségekig – nem csak Európában, hanem az egész világon az egyik legsúlyosabb népegészségügyi tehertételt jelentik.

Következményeik összetettek és súlyosak lehetnek:

- az életminőség romlása az érintett személy, családja és környezete számára;
- az EU GDP-jének 3-4 százalékát kitevő gazdasági veszteség az állami kiadások növekedése, a munkától való távolmaradás és a korai nyugdíjazás következtében;
- társadalmi és etnikai kihívások, pl. a társadalmi kirekesztődés következtében.

A Zöld Könyv a mentális egészséget az Európai Unió stratégiai, politikai célkitűzéseinek megvalósításához szükséges erőforrásként kezeli, egységes stratégia kidolgozását javasolja, körvonalazza a lehetséges megoldási szempontokat, s felvet néhány cselekvési lehetőséget.

(Budai János Attiláné, 2006.2.)

A Zöld Könyv négy szempontra összponosít:

- a lelki egészség támogatása a népesség egészén belül (a mentális egészséget meghatározó tényezők pozitív irányú befolyásolása, pl. az egészséges életmód ösztönzésével, megfelelő iskolai és munkakörnyezet megteremtésével);
- prevenció (a mentális problémák és az öngyilkosságok számának csökkentése a sérülékeny csoportok támogatásával, az egyes népességi csoportok között a mentális állapotot illetően meglévő különbségek kezelésével);
- a mentális betegségekben szenvedők alapvető jogainak biztosítása, társadalmi beilleszkedésének elősegítése;
- megbízható, összehasonlításra alkalmas adatok gyűjtése és a magas színvonalú kutatás biztosítása a jó politikai döntések megalapozásában. (Európai Közösség Bizottsága, Zöld Könyv, Budapest, 2006. 6)

Mindezek alapján és figyelembevételével kijelenthetjük, hogy napjainkban a mentális problémákkal és a stresszel való megküzdés minden Uniós tagország számára kiemelt feladat.

Mentális egészség, mentális betegség és azok meghatározói- az Európai Közösség Bizottsága ajánlása alapján:

A WHO meghatározása szerint a mentális egészség “a jólét állapota, melyben az egyén meg tudja valósítani képességeit, meg tud birkózni a normális élet stressz- helyzeteivel, termékenyen képes dolgozni, s hozzá tud járulni a közösségének életéhez.” (Zöld Könyv, 2006. 7)

A mentális betegségek magukba foglalják a mentális kórképeket, valamint a vészhelyzetekhez, kóros tünetekhez és diagnosztizálható mentális kórképekhez (depresszió) társuló megterhelést és csökkent funkciókat.

Az emberek mentális állapotát számos különböző tényező határozza meg, így biológiai (genetika, nem), egyéni (személyes tapasztalatok), családi és közösségi (szociális támogatás), továbbá gazdasági és környezeti (szociális státusz és életkörülmények). (Zöld Könyv, 2006.7)

Milyen különös, hogy a sokat korholt fogyasztói társadalom az, amely számára nem közömbös a humán erő fejlesztése, a dolgozók és menedzserek munkaerejének megtartása, kiegészük prevenciója, a mentális betegségek megelőzése. Éppen a gazdaság számadatai beszédesek, felhívják a figyelmet arra, hogy emberi élet legnemesebb megnyilvánulásai, mint például a segítő hivatás is, válhat önnön maga ellenségévé. S ne feledjük, hogy a burnout tünetegyüttes pontosan a legnagyobb empátiával bíró kollégákat veszélyezteti! Ezért is fontos, hogy beszéljünk a jelenségről, s e sokakat irritáló fogalom “elfáradás”, ne kerülhessen életünk tabui közé, így is megkönnyebbülést szerezve mindazoknak, akik sejtik, de kimondani nem merik, hogy esetleg segítségre szorulnak, átmeneti visszavonulásra, vagy pszichoterápiára van szükségük. (Bitter István, 1994)

II. 5. A menedzserbetegségek jellemzőinek bemutatása

A menedzser mindig siet. Nincs ideje önmagával, betegségével foglalkozni. Számára a betegség mindig a “legrosszabbkor” jön, megakadályozza teendői elvégzésében, ezzel további nehézségekbe ütközik, tehát ez egy újabb stressz-forrás. Úgy érzi, nélkülözhetetlen, ezért ameddig csak lehet, kitart. (Nagyné, Kovács, M. 2006.17)

KIÉGÉS

Így sokszor súlyos állapotban kerül orvoshoz. Ma már a medicinában polgárjogot nyert a pszichoszomatikus megközelítés, melynek lényege, hogy a pszichés tényezőknek fontos szerepe van a betegségek kialakulásában, és orvoslásában.

A pszichoszomatika kifejezés a XIX. század elején született. Heinroth német gyakorló orvos – aki később a lipcsei egyetem pszichiátria professzora lett – vetette fel először, hogy egyes testi tüneteknek, lelki okai lehetnek. A XX. század az ellentmondások évszázada, másrészt ez a század a pszichológia – pszichoterápia korszaka is. Freud, Jung, Adler munkássága nyomán egyre többet tudunk meg a személyiségünk mélyén munkálkodó tényezőkről.

A menedzserbetegségek esetében négy jellemző megbetegedésre hívjuk fel a figyelmet:

- ▶ alarm betegségek
- ▶ pajzsmirigy túlműködés
- ▶ emésztőrendszeri betegségek
- ▶ depresszió (Császár Gyula, 1980.)

ALARM BETEGSÉGEK

Vészhelyzetben megszólal a szervezetünkben egy “rejtett” csengő, aktiválódik a szimpatikus idegrendszer, mely a szervezet erőforrásait a veszély leküzdésére mozgósítja. Ha a vészhelyzet csak átmeneti, és indulatainkat tudjuk kezelni, a feszültséget sikerül levezetni. Azonban ha ez a feszültség tartóssá válik, vagy gyakran ismétlődik, a vegetatív idegrendszer egyensúlya megbillen, a szimpatikus része túlsúlyba kerül a paraszimpatikussal, *alarm-vagy riadó-betegségekhez* vezethet.

Ezek közül a magas vérnyomás és a szívinfarktus a leggyakoribb.

PAJZSMIRIGY TÚLMŰKÖDÉS

A pajzsmirigy jódtartalmú hormonokat termel, melyek gyorsítják az anyagcsere folyamatokat, és fokozzák a szervezet érzékenységét a stresszhormonok (noradrenalin-adrenalin) iránt. A betegség leggyakrabban olyanoknál alakul ki, akik rengeteg feladatot vállalnak, és azokat rendszeresen túlteljesítik.

Érdekes, hogy a betegség nők körében mintegy ötször gyakoribb, mint a férfiaknál.

Ennek oka lehet, hogy a teljesítés, a küzdelem inkább férfitulajdonságok, nők számára a túlteljesítés pszichoszomatikus tünetképzést indíthat be.

EMÉSZTŐRENDSZERI BETEGSÉGEK

A libikóka másik oldala, a tartós paraszimpatikus túlsúly következtében emésztőrendszeri betegségek alakulhatnak ki. A paraszimpatikus idegrendszer tehát a táplálkozás, emésztés, regenerálódás szolgálatában áll. A betegség egyik leggyakoribb megnyilvánulási formája a fekélybetegség. Kialakulásában az úgynevezett *agresszív* és *védő* tényezők egyensúlyának megbomlása játszik szerepet.

Feltehetően a stressz hozza létre a gyomorban azokat a feltételeket, amelyek kedveznek a *Helicobakter pylori* nevű baktérium meglepedésének és aktiválódásának. A menedzserek között gyakoribb az úgynevezett *hiperaktív* típusú fekélybeteg. A *bélműködés zavarai* is igen gyakran vezethetők vissza stresszre, túlterhelésre, pszichogén okokra.

DEPRESSZIÓ

Németh Attila, pszichiáter szerint a lakosság 10-12 százalékának életében legalább egyszer előfordul depressziós epizód. Ugyanilyen eredményről számolt be Kopp Mária is, országos felmérésünkben. (Kopp, M. 1989.)

A depresszió nem egy szomorú esemény miatti elkeseredés, nem egy átmeneti rossz hangulat. A depresszió alatt tartósan, legalább két héten keresztül fennálló, nyomott hangulatot értünk, melynek nincs kiváltó pszichés oka. Az illető elveszti érdeklődését a külvilág iránt, nem érdekli a családja, a hobbjaja, s a munkája. Életét értelmetlennek találja, állandó fáradtságot jelez, napi aktivitása felére-harmadára csökkenhet. A depresszió válasz, méghozzá úgy mondhatjuk, hogy pszichológiai reakció a stresszre. A 20. század második felében egyre több adat halmozódott fel, amelyek szerint a depressziók során zavar keletkezik az idegsejtek közötti információátvitelt biztosító anyagok forgalmában.

Az idegsejtek közötti jelátvitel a szinapszisokban valósul meg. E helyeken az információt speciális anyagok közvetítik, melyeket neurotranszmittereknek (ingerületet átvivő anyagok) nevezünk. (Németh Attila, 1997.5.)

A depresszió tehát olyan hangulatbetegség, amelyet a szomorúság, a levertség, a csökkent motiváció, az élet iránti érdektelenség, és a negatív gondolatok (például tehetetlenségérzés, a

KIÉGÉS

meg nem felelés érzése, és az alacsony önértékelés), valamint olyan testi tünetek, mint az alvászavarok, az étvágytalanság, és a fáradékonyság is jellemezhetnek.

Ha az emberek azt tapasztalják, hogy tehetetlenek az őket érő negatív hatásokkal szemben, fásultakká válnak, visszavonulnak a további megküzdéstől, passzívak lesznek.

Ha a stressz-feltételek folyamatosak, és az egyén nem küzd meg velük sikeresen, a fásultság depresszióba csaphat. (Szondy Máté, 2004.)

Megkülönböztetünk *tipikus* és *atipikus* depressziót. A kétfajta depresszióra eltérő tünetek jellemzőek.

A *tipikus* depresszió állapot jellemzői: a szorongás, a fókuszált figyelem, a vegetatív funkciók csökkenése, a memóriefunkciók hanyatlása, a csökkent immunműködés.

Ezzel szemben az *atipikus* depresszióra a stressz-válasz túlzottan erős gátlása a jellemző, mely megnyilvánul fásultságban, kedvetlenségben, túlalvásban-túlevésben, az immunrendszer túlműködés miatti autoimmun betegségek kialakulásában.

A depresszió, sokkal több embert érint, mint gondolnánk, és igen súlyos társadalmi és egészségügyi problémát is jelent. (Tringer László, 2001.)

III. A főbb személyiségtipológiai rendszerek jellemzőinek bemutatása

A személyiség tulajdonságainak tanulmányozása a lélektannak nemcsak az egyik legelismertebb, hanem a legősibb területe is.

Nagyon régóta próbálnak megalkotni olyan módszert, amellyel az embereket besorolhatják valamilyen, a személyiséget reá jellemző típusba. Mindnyájan rendelkezünk ilyen sajátos tulajdonságokkal, valamint a mindennapi élet során számtalanszor végzünk ilyen kategorizálást, vagyis az egyénre jellemző személyiségtípusba való sorolást, például klienseinkkel való találkozások kapcsán.

Az egy típusba tartozó emberek közel azonos alaptulajdonságokkal rendelkeznek. A kategorizálás célja, hogy minden ember besorolható legyen valamely csoportba, rendelkezzen az alapvető csoportjellemzőkkel. Persze ez nem azt jelenti, hogy csak azokkal a tulajdonsággal rendelkezhetünk, hanem azt, hogy azok dominálnak. Nem lehet mindenkit kizárólag egy kategóriába sorolni sem, - lesznek olyan személyiségvonásai, amelyek más kategóriákhoz tartoznak.

KIÉGÉS

Ilyenkor a besorolás szempontjából döntő, hogy a domináns jegyek alapján hova tartozik. A fentiekből tehát kitűnik, hogy nem is olyan egyszerű a személyiséget típusba sorolni. A pszichológiai irányzatok jeles képviselői más és más szempontokat tartottak fontosnak a besoroláshoz. Jelenleg is többféle elmélet örvend népszerűségnek, ki-ki beállítódása stb. alapján eldöntheti, hogy számára melyik a legelfogadhatóbb. Ezek közül nincs legjobb vagy kevésbé jó, mindegyik személyiségtipológia a maga területén, a szakmai szabályok betartásával alkalmazható, s nem feledhetjük, hogy “itt-és most” helyzetekről adnak képet; s jól tudjuk a személyiségre jellemző a változás, az érés jelensége. A tipológiák létrehozása gyakorlati megfigyeléseken alapulnak, a maguk egységes rendszerében képesek működni. A személyiségelméletek előzményei az orvosi gyakorlatban keresendők, a vezérgondolatokat a klinikai tapasztalatokból merítették. (Szendi Gábor, 2005.)

A legkorábbi tudományos értékű csoportosítás is egy orvos nevéhez fűződik, történetesen *Hippokratész* nevéhez, i.e. 400 körül.

Hippokratész után több orvos és pszichiáter-pszichoterapeuta is foglalkozott a személyiség kérdésével, így a német Kretschmer a svájci Jung és Eysenck, s az osztrák Adler is.

A következőkben ezen helyen Hippokratész, Kretschmer, Jung és Eysenck elméletét ismertetjük, mert Adler személyiségtipológiájának bemutatása önálló fejezetben történik meg.

Hippokratész szerinti csoportosítás

Négy alapvető típust különböztet meg a testfolyadékok dominanciája alapján:

Fekete epe túlsúlya → melankolikus

Mai szóhasználattal nevezhetnénk depressziós alkatnak is.

Alaphangulatára a szomorúság jellemző, érzelmei lassan alakulnak ki, nehezen barátkozik. Ennek ellenére, ha valakit közel enged magához, nagyon ragaszkodó, érzelmei tartósak, kiszámíthatóak, viselkedésének dinamizmusára kevésbé serkentő hatásúak. Ilyen menedzserrel szemben a mérsékletes magatartás javasolt, sokkal gyakoribb ez a típus az ápolónők körében.

Nyálka dominanciája → flegmatikus

Minden mozzanatában a lassúság a jellemző.

Apátiás alkat, inkább introvertált, magába zárkózó. Érzelmei lassan keletkeznek, nem túl tartósak, viselkedésére mások nincsenek nagy hatással. Ilyen típusú menedzser esetében inkább mi vegyük fel az ő tempóját, neki döntései meghozatalához több időre van szüksége.

Sárga epe túlsúlya → kolerikus típus

Ezek az emberek nagyon érzékenyek, ha megbántják őket, sokáig emlékeznek rá, nehéz őket kiengesztelni. Érzelmeik cselekedeteikre, viselkedésükre nagymértékben hatnak – általában ösztönzőleg.

Az ilyen menedzser esetében egyaránt érvelhetünk érzelmi és racionális töltéssel vegyesen is. Szeretnek emberek között lenni, általában nyitottabbak. Munkájukban megbízhatóak, kitartóak, következetesek.

A vér túlsúlya → szangvinikus típus

Érdeklődésük könnyen felkelthető bármi iránt. Hamar tűzbe jönnek, és ez cselekvésre is ösztönzi őket. Nem igazán kitartóak, mivel az ő mozgatójuk a másság, az újdonság. Szívesen dolgoznak team-ben, de erre szükségük is van a folyamatos ösztönzés miatt, mivel lelkesedésük hamar lelohad.

Hippokratész típusában két fő vonal különíthető el:

1. *fogékonyság* – egy benyomás után milyen gyorsan keletkeznek érzelmek és azok milyen tartósak

2. *impulzivitás* - a benyomás milyen hatással van a cselekedetre

Manapság viszonylag kevesen fogadják el ezt a tipológiát teljes egészében. A testnedvi dominancia jelenleg is igen vitatott kérdés.

A temperamentum tipológia viszont elfogadottabb.

Kretschmer tipológiája

Kretschmer német pszichiáter a test külső jegyei alapján csoportosította az embereket. Vizsgálatai során arra a következtetésre jutott, hogy minden emberre jellemző egy úgynevezett *temperamentum*.

A temperamentum nem más, mint az egyén érzékenysége, kedélye, pszichés ritmusa, tempója. Elmélete szerint a lelki beállítottságok rendszerint sajátos testi felépítéssel párosulnak. Kretschmer szerint a temperamentum- típus genetikusan öröklődik, így szerinte a szocializációs folyamatnak kihívást jelent, ha megpróbálja egy másik alkatnak megfelelő viselkedésmintával felruházni az illetőt.

Ezek alapján háromféle lelki alkatot – és az ezekhez járuló testi adottságokat különböztetünk meg:

piknikus	⇒	ciklotin
leptoszom vagy aszténiás	⇒	skizotin
atletikus	⇒	viszkózus

A továbbiakban az ismertetést az alkati jellemzők alapján fogjuk bemutatni, mivel ezekhez felismerésükkel a belső lelki tulajdonságok is párosulnak.

Piknikus / ciklotin / típus jellemzői:

Általában alacsony termetűek, végtagjaik rövidek, gyenge csontozatúak, izmaik lágyak, testüket zsírpárnák borítják. A típus eklatáns és emblematikus színészfigurái: Kabos Gyula, Mikó István vagy Danny de Vito.

Bárkivel képesek kapcsolatot teremteni, extrovertáltak, ők a munkahely mókamesterei, de emellett megőrzik gyakorlatiasságukat is. Mindezek ellenére lelkileg érzékenyek, de kiegyensúlyozottak is. Ha ilyen menedzserrel tárgyalunk, próbáljuk meg magunkat jelentéktelennek mutatni. Legyünk vevők humorára, de semmiképpen ne vegyük át a

KIÉGÉS

kezdeményezést. Ennek a típusnak időnként szüksége van pozitív megerősítésre, ennek tartós hiánya depressziót okoz nála. Jellemző pszichopatológias betegsége a mániás depresszió, illetve az erre való hajlam.

Leptoszom, vagy aszténiás /skizotin / típus jellemzői:

Magas, vékony termetűek. Hosszú végtagok, és nyak jellemzi őket. Arcuk vékony, gyenge izomzatúak, hosszú éles metszésű orruk van. Ilyen alkatú például az alternatív rock egyik jeles képviselője: Waczlavik Gazember László.

E típus képviselője befelé forduló, introvertált alkat, könnyen a szívére veszi a dolgokat. Előfordulhat náluk az ún. indulati torlódás, ami időnként robbanást eredményezhet. Zárt élettérben, saját lelki világukban élnek, esetenként az ideák világába menekülnek. Az ilyen típusú menedzsernél vegyük figyelembe, hogy feltehetően zavarjuk, ezért legyünk a lehető legrövidebbek. A pszichés megbetegedések közül a skizofréniára hajlamosabbak.

Atletikus / viszkózus / típus jellemzői:

Általában ők is magas növésűek, széles a válluk, keskeny a csípőjük. Végtagjaik erősek, izomzatuk fejlett. Néhány ismertebb képviselőjük: Arnold Schwarzenegger, Dolph Lundgren. Az ilyen típusra jellemző a passzivitás. Lassabban hozzák döntéseiket, de azokat jól átgondolják. Az ilyen menedzser nagy munkabírási, megbízható vezetőnek bizonyul.

Természetesen sokan kritizálták a Kretschmeri felosztást is, bizonyítékként szolgált viszont az orvostudomány. Korai pajzsmirigy eltávolítás esetén például a személyiség eltompul, a pszichés tempó lelassul, a test növekedése is elmarad, törpeség alakul ki. (Szendi, G. 2005.)

Jung tipológiája

A napjainkban a leginkább elfogadott és alkalmazott személyiségtipológia egy svájci pszichiáter, C. G. Jung nevéhez fűződik, aki a század első felében dolgozta ki elméletét. A jungi elképzelés szerint tetteinknek két motivációja is lehet: a környezet elvárásai, illetve belső, szubjektív meggyőződésünk. Normális esetben viselkedésünket ez a két tényező

KIÉGÉS

felváltva, vagy együttesen befolyásolja. Jung szerint, ha ez az egyensúly eltolódik valamely irányba, akkor beszélhetünk extravertált, vagy introvertált személyiségről.

Extrovertált attitűd jellemzői:

Gondolkodását, cselekedeteit alapvetően a valóság tényei határozzák meg. Az a megfontolás vezérli őket, hogy mások mit gondolnak róluk, mit tartanak helyesnek. Mindent hajlamos leértékelni, ami belülről jön (érzelmek, megérzések). A saját testének jeleire sem érzékeny, ezért betegségeiről sem vesz tudomást.

Az extrovertált attitűd veszélyei, a külső valóság a személyiséget rabul ejti, másról gyakorlatilag alig vesz tudomást. Minél szélsőségesebben extrovertált, annál többet áldoz fel saját pszichikumából azért, hogy az elvárásoknak megfeleljen. Ezáltal felőrli saját szubjektumát – elveszíti önmagát.

Introvertált attitűd jellemzői:

Elsősorban a belső tények felé fordul úgy, hogy tudatában van a külső elvárásoknak, de cselekvéseit saját belső meggyőződése határozza meg. Saját elhatározásuk szerint cselekszenek, ha egy szabályt nem értenek meg, azt nem is hajlandók betartani. Ott érzi jól magát, ahol a változtatás joga az ő kezében van. Belső vívódást eredményez az, hogy saját útját járja minden külső kényszer ellenére. Fennáll annak veszélye, hogy leértékeli az elvárásokat. (Jung Carl Gustav, 1988.)

Egymáshoz való viszonyuk:

Paradox, mivel egymás ellentétei, ezért vonzzák egymást. Egymás kiegészítői lehetnek. Ha valaki a tudatos, hétköznapi életben introvertált, az a tudattalanban / ösztönök, álmok / extrovertált. Ha ez nem így valósul meg, a lelki egyensúly felbomlik, dekompenzált lesz – pszichopatológias elváltozások megjelenése várható.

Önmagában sem az extrovertált, sem az introvertált típus nem létezik.

Eysenck személyiségtana

Kapcsolódik Jung tipológiájához. Két dimenziót állapított meg.

extrovertált - introvertált

érzelmi stabilitás – labilitás

KIÉGÉS

Tipikus érzelmi *labilis* jellemzői: aggodalmaskodó, szorongó, gyakran lehangolt, rosszkedvű. Elhúzódó stresszhatás következtében neurózis alakulhat ki esetében.

Tipikus érzelmi *stabil* jellemzői: lassú, és viszonylag gyenge érzelmi reakciók jellemzik, reá mondják, hogy kötélből vannak az idegeik.

Mindnyájan tapasztaltuk már, hogy bizonyos helyzetekben a feszültségi szintünk a nyugalmi állapothoz képest megemelkedik.

A pszichológia ezt a két típust nevezi *facilitáló*, illetve *debilizáló* szorongásnak.

A facilitáló szorongó típus jellemzői:

A szorongási szint emelkedésével a teljesítménye is növekszik, feladatvégzés során azonban a szorongási szint csökkenésével a teljesítmény is csökken.

Debilizáló szorongó típus jellemzői:

A szorongási szint emelkedésével arányosan csökken a teljesítménye, vizsga szituációban alulteljesíti önmagát. Az ilyen típusú emberek nem alkalmasak gyors és fontos döntések meghozatalára. Csapatmunkában viszont kiegészítik egymást a facilitáló szorongóval.

Az elmélethez szorosan kapcsolódik két fogalom – a belső és külső kontroll.

A belső kontrollos személy frusztrációs, szorongatott helyzetben képes céljaiért küzdeni, nem veszi át a szorongást, konstruktívan küzd a feladatok megoldása érdekében.

A külső kontrollos személy frusztrációs helyzetben ellentéte a belső kontrollos személynek. Debilizáló szorongáshoz vezethet viselkedése, elbutulásra hajlamos.

A jelentősebb tipológiák ismertetésével próbáltunk rávilágítani arra, hogy bár különböző irányzatok és elképzelések léteznek, a személyiséget más-más oldalról képesek megközelíteni, mégis a rendező elvek megléte egységes.

Ezek az eredmények azt is sugallják, hogy nem állhatunk messze a valóságtól, csupán apró finomítások választanak el attól a tipológiától, amely lehetővé teszi a személyiség teljes megismerését. (Halász László- Marton, L. Magda, 1978.)

III. 1. Az A-B-C-D személyiségtípusok jellemzői

“A” típusú személyiség

A szív-érrendszeri megbetegedés és a pszichés események együtt járását, William Harvey – a vérkeringés felfedezője – már 1628-ban feltételezte. Karl és William Menninger orvosok századunk elején megfigyelték, hogy a koronária betegségre hajlamos egyének erős agresszív tendenciával rendelkeznek. A 40-es évek végétől kezdték keresni a betegségre hajlamosító személyiség-típusokat.

Először kardiológusok, Meyer Friedman és Ray Rosenman jelentettek meg tanulmányt 1959-ben a koronária betegségre hajlamos személyre jellemző viselkedésről. Ezt “A” típusnak nevezték el. A betegek megfigyelése mellett azt is megállapították, hogy a szérum koleszterin szint – diétától függetlenül – a viselkedés függvényében változik. Az “A” típusú személyt erőteljes és szünni nem akaró “hajtas” jellemzi az önmagának választott, de általában szegényesen meghatározott cél elérésére, mély hajlam és vágy a versengésre, elismertségre és előrehaladásra. Halmozza a feladatokat, funkciókat, ezért állandóan ki van téve az idő sürgetésének, a határidőknek. Jellemző rá az állandó teljesítményfokozási készenlét mentális és fizikai téren egyaránt. Friedman és munkatársai később azt is igazolták, hogy ezek a tulajdonságok gyakran együtt járnak gyors beszéddel, sietős járással, s más mozgáskifejezésekkel, mint például ökölbe szorított kéz, grimasz. A kezdeti remények azonban túlzottnak bizonyultak, hiszen a későbbi kutatások során rámutattak az “A” típusú személyiségkonstrukció ellentmondásosságára.

További kutatók az “A” típusú viselkedést és a szívinfarktus megnövekedett kockázatát az érzelmi élet zavaraihoz hozták összefüggésbe. 1965-ben Caplan a Jenkins-féle kérdőívvel vizsgálta különböző foglalkozású személyek csoportjait, és az “A”-típusú viselkedést igazgatók és orvosok között találta legkifejezettebbnek. Ugyanakkor egy másik kutatócsoport /Myers és Dewar / arra az eredményre jutott, írja B. Kakas Gizella-hogy a társadalmi sikerek és az iskolázottság bizonyos védelmet nyújtanak a koronária betegségekkel szemben. (B.Kakas, G. 1990.)

A kutatások több hullámban zajlottak, majd 1981-ben az Amerikai Szívgyógyászok Társasága úgy döntött, hogy az “A” típusú viselkedésmintát be kell sorolni a szívkoszorúér betegségek kockázati tényezői közé.

KIÉGÉS

Hazánkban is folynak a kutatások a szívkoszorúér megbetegedést előidéző viselkedés újabb oldalainak feltárására. A kutatásokat azonban súlyos értékproblémák nehezítik. Az emberek hétköznapijai hajszolt, örömtelen munkával telnek, nagyon sokan idegesek, ellenségesek, és kapkodók –s mindez annyira megszokott, hogy szinte észre sem vesszük. Új értékrend van kialakulóban, a pihenést nem ismerő, rámenős, ha kell, agresszívan versengő menedzser, vezető válik ideáltípussá. (B. Kakas, G. 1990.)

A “B” típusú személyiség bemutatása

A “B” típusú személyiség mindenben az ellentéte az “A” típusnak.

Látszólag nyugodt, békés, fegyelmezett, mert érzelmeit – különösen a negatívokat – nehezen fejezi ki. Dühét, haragját, indulatait inkább “lenyeli”. S ha az ember sokat “nyel”, az “megfekszi a gyomrát”.

Esetükben a stressz fekélybetegségekre hajlamosít.

A “B” típusú személyiség az “A” típusal teljesen ellentétes, akiknél a koszorúér betegségnek nagyon alacsony a kialakulási valószínűsége.

Jellemző, hogy az ebbe a típusba tartozó menedzserek, vezetők munkájukban élvezetet találnak, nemcsak a munka eredménye, hanem egész folyamata érdekli őket. Nem küzdenek minden apró dologért teljes erőbedobással. Jó csoporttag, képes vezetni, és képes arra, hogy másokat vezetni hagyjon. (B. Kakas, G. 1990.)

“C” típusú “rákra hajlamosító” személyiség és a stressz

A szív-és érrendszeri betegségek kóroktanában bizonyítottan jelentős szerepet játszó “A” típusú személyiség mintájára születtek azok a próbálkozások, amelyek a daganatos megbetegedések háttérében is megkíséreltek jól körülhatárolható, jellemző személyiségstruktúrát elkülöníteni. Ezen a területen úttörő jelentőségűek és igen meggyőzőek voltak Le Shan klinikai pszichológus vizsgálatai, aki részletes személyiségvizsgálatokat, és életeseményekkel kapcsolatos kérdőíves felméréseket végzett, 250 daganatos betegnél. A betegek sorsát, és a betegség alakulását 14 évig követve arra a megállapításra jutott, hogy jelentősen csökkent a betegeknek az élet értelmébe vetett hit, melynek nyomán tehetetlenségérzés uralkodott el rajtuk. Erre a személyiségtípusra jellemző a

KIÉGÉS

szélsőséges alkalmazkodás. Az ilyen egyén gyakran túlszocializált, konfliktuskerülő, környezetével harmóniában él. Képtelen nemet mondani, igyekszik mások igényeinek, elvárásainak mindenben megfelelni. Ő az, aki például elvégzi a mások által utált határidős munkát, és közben nem is érzi, hogy kihasználták. Mindez együttesen a stressz kezelésének egy sajátos megküzdési módját, úgynevezett represszív (elnyomó) megküzdési stílust hoz létre.

Közéjük tartoznak a multinacionális cégek menedzserei, akik maximálisan lojálisak, és azonosulnak a cég filozófiájával, de ebbe a személyiség típusba tartoznak azok a középvezetők is, akik bátran kiállnak, akár a vezetéssel szemben is, beosztottaik érdekének védelmében. (Csabai Márta- Molnár Péter, 1999.)

“D” típusú személyiségre hajlamosító tényezők

A D típusú személyiség “Distressed personality” olyan személyiségstruktúra, mely hajlamosít arra, hogy bizonyos események hatására egyszerre érzelmeket éljünk át, és szociális viselkedésünk gátlódjék, különös tekintettel önmagunk és érzelmeink kifejezésére.

Vagyis a D típusú személyiség két személyiségvonás stabil kombinációja:

- a környezeti kihívásokra könnyen – érzelmekkel reagáló attitűd jelenik meg nála
- a nehéz élethelyzetekben a szociális viselkedés gátlódásával jellemezhető viselkedés strukturál.

Jellemzői: érzelmi és társas nehézségek, depresszív tünetek, krónikus feszültség, érzékelt társas támogatás hiánya, vitális kimerültség. (Purebl György, 2003.)

IV. Az individuálpszichológia elmélete és a segítő identitás

IV.1. Alfred Adler - az individuálpszichológia megalakulása

Az individuálpszichológia a freudi- a jungi irányzat mellett, a harmadik "klasszikus" mélypszichológiai iskola. Alfred Adler 1870-ben, Bécsben született zsidó származású, osztrák polgári család hat gyermeke közül, másodikként. 1895-ben szerzett orvosi diplomát, kezdetben szemészként dolgozott, majd belgyógyászként működött, később általános praxist folytatott, végül pszichiáter lett.

(A továbbiakban az individuálpszichológia elnevezést az *IP megjelöléssel* fogjuk megjeleníteni, ami megegyezik a Magyar Individuálpszichológiai Egyesület- MIPE- szakkifejezés használatával is.)

1900 körül találkozott először Sigmund Freuddal, majd 1902-ben, amikor a Bécsi Orvosegyesületben egy előadásán vett részt. Ez azért volt jelentős Adler életében, mert a jelenlévők közül akkor egyedül ő állt ki Freud mellett. Véleményét egy tekintélyes szakfolyóiratban is közzé tette. Ez alapján hívta meg Freud a pszichoanalízis iránt érdeklődők szerdánként tartott összejövetelére a "Pszichológiai Szerda Társaságba" - ami később, 1908-ban a Bécsi Pszichoanalitikus Társaság nevet vette fel - és így Adler a társaság alapító tagjainak egyike lett.

Freud kezdetben nagyra becsülte Adlert, őt tartotta a csoport legmarkánsabb tagjának. Jó véleménnyel volt az 1907-ben megjelent a "Szervek kisebbértékűségéről" szóló tanulmányáról is, és a pszichoanalízis további természettudományos megalapozásában, valamint éppen a szociális viszonylatok vizsgálata területén tőle várt eredményeket. 1910-ben Freud őt bízta meg a társaság Zentralblatt für Psychoanalyse Szakfolyóiratának a szerkesztésével és ráruházta az elnöki tiszteletet is. Az egyesületen belül azonban így sem csökkentek, sőt tovább fokozódtak az Adlerrel szembeni indulatok, ugyanis egyre inkább olyan nézeteket vallott, amelyeket a pszichoanalízis eszméivel nem tartottak összeegyeztethetőnek.

1911-re, annyira szenvedélyessé váltak a viták, hogy Adler lemondott az elnöki posztról és megszakított minden kapcsolatot a pszichoanalízissel. Megalapította követőivel a "Szabad Pszichoanalízis Társaságot", amelynek nevével arra célzott, hogy biztosítani akarják minden tagjuk számára a szabad tudományos kutatás lehetőségét és a freudi tanoktól eltérő nézetek hirdetését. A törés Freuddal tehát 1911-ben állt be, mialatt Adler egyre világosabban látta saját teóriájának önállóságát. (Szuhányi, M. 1992. 7.)

KIÉGÉS

1912-re kiforrott elmélettel állt elő, amit ő individuálpszichológiának nevezett és hamarosan megalakította a Bécsi Individuálpszichológia Egyesületet is.

Az Individuális Lélektan a következő nézeteivel jelentett új szemléletet a pszichoanalízishez képest:

Először is *a személyiséget* úgy közelítette meg, mint *oszthatatlan egységet*, szemben Freuddal, aki az emberben három pszichikus instanciát feltételezett (ID, Ego, Superego). Másrészt azt vallotta, hogy minden *személy egyszeri és megismételhetetlen*, csakis egyedi nézetei, értékei, eszméi által ismerhető meg.

A fő elméleti különbség azonban abból adódott, hogy Adler nem fogadta el a pszichoanalízis libidó elméletét, ami szerint az ember viselkedését szexuális ösztönei motiválják, hanem azt vallotta, hogy a haladás ereje, a személyiség dinamikája *a hovatarozási igényre* (közösségi érzés), s *a tökéletességre való törekvésre* vezethető vissza. Ezzel Adler is feltételezett olyan tényezőket, amelyek veleszületetten hatással vannak a személyiségre, de ez alatt a szociális érdeklődést és a tökéletességre való törekvést értette és nem a szexuális ösztönt.

Lényeges szemléletbeli különbséghez vezetett az a nézete is, amely szerint a pszichikus jelenségek megértéséhez *a finalitás*, a célra irányítottság adja a kulcsot, vagyis a lélek és az élet csak a célra-vezéreltségből érthető meg igazán. Freud ezzel szemben a kauzalitást, az okkereső gondolkodásmódot képviselte, ugyanis minden cselekvést úgy próbált megérteni, hogy feltárta a háttérben meghúzódó traumatikus eseményeket.

Ezen kívül a két irányzat elméleti különbségét az okozta, hogy Adler a *tudatos szférát* helyezte a személyiség középpontjába, így a tudattalan kissé háttérbe szorult, illetve másképp is értelmeződött. Pontosabban az IP elvetette azt a freudi nézetet, amely szerint a két szféra közötti konfliktus kibékíthetetlen és azt vallotta, hogy a tudatos és tudattalan folyamatok a pszichikum struktúráján belül egységet alkotnak. A tudattalan alatt pedig azokat a tartalmakat értette (életstílus, fiktív célok), amelyeket a személy nem tud magáról, ismeretlenek számára. Az IP tehát az embert öntudatos lénynek tekinti, aki általában tisztában van viselkedése okaival, értelmével és nincs olyan mértékben kiszolgáltatva a tudattalan vágyainak, ösztöneinek, mint ahogy azt Freud feltételezi.

Az adleri személyiségelmélet sajátosságához hozzájárult egy új koncepció is, *a kreatív én* fogalma, ugyanis Adler az ént személyesnek, szubjektívnek tartotta és olyannak, hogy képes értelmezni, és jelentéssel ellátni az egyén élményanyagát, szemben a freudi énnel,

ami az a (ösztön-én) vágyainak kielégítéséért felelős, vagyis végrehajtó közegként működik.

Az IP tehát egy *optimista szemléletet* képviselt a freudi pesszimista emberképhez képest, mivel hitt az ember képességeiben, bízott abban, hogy a személy képes önmagát alakítani és megváltoztatni. Ezekkel a nézetekkel Adler egy új, a freudi tanoktól eltérő mélylélektani irányzatot hozott létre, amit a pszichoanalízisen belüli első szakadásnak is tartanak.

Az individuálpszichológia életképessége egyre jobban igazolódott, hiszen követőinek száma mind jobban növekedett és az 1920-as, 30-as években a népszerűsége nemcsak a klinikai szférában fokozódott, hanem a nevelés területén is. Adler munkásságát is elismerték. Bécs díszpolgárává avatták, több egyetem hívta meg előadásokra, 1932-ben az Amerikai Egyesült Államokba is eljutott, ahol A New York-i Long Island-i orvosegyetem orvos pszichológiai professzorának nevezték ki. 1934-től végleg a tengerentúlon telepedett le és ott élt 1937-ben bekövetkezett haláláig. Rendszere az USA-ban, a pszichoterápiában való alkalmazás mellett a nevelőmunkában kapott legnagyobb teret. (lásd: 8. melléklet)

Jelentőségét nemcsak az adja, hogy ő volt az, aki kirobbantotta az első szakadást a pszichoanalízisen belül és létrehozott egy új analitikus irányzatot, hanem olyan nézeteket vallott, amelyek túl mutattak önmagukon és más iskolák előfutáiraivá váltak. Ide sorolhatjuk az ember társas voltának, szociális közegbe való beágyazottságának hangsúlyozását, amellyel a rendszerszemléletű terápiás irányzatok alapját teremtette meg, holisztikus szemléletével és a tudatos szféra előtérbe helyezésével az Én-lélektannak az elméletét alapozta meg, a finalitás hangsúlyozásával pedig megelőzte a V. Frankl-féle logoterápiát is. Osztrák tanítványai és munkatársai (Kurt Seelmann, Oskar Spiel, Franz Birnbaum) mellett az individuálpszichológia alkalmazói és továbbfejlesztői- a bátorító nevelés képviselői- főleg az USA-ból kerültek ki. Közülük mindenek előtt Rudolf Dreikurs neve és tevékenysége érdemel említést. Tágabb körű hatásaként említhetjük, hogy nehéz lenne Erick Fromm munkásságát az adleri előzmény nélkül elképzelni. A Carl Rogers féle nondirektív terápia kérdésfeltevéseiben is felismerhetők az adleri hatások. (Brezsnyánszky László, 1993.6.) A második világháború után az individuálpszichológia eszméi újra teret hódítottak, Európa nyugati és középső felén is. Hazánkban, 1989-ben szerveződött újra az Individuálpszichológiai Egyesület, melynek

akkori elnöke, Arató Ottó hívta fel a Svájcban élő individuálpszichológus, Szuhányi Mária figyelmét a magyarországi IP képzés szükségességére.

Összegezve azt mondhatjuk, hogy Adler az individuálpszichológia irányzatával egy olyan tant alkotott, amelynek koncepcióit a későbbi iskolák is alkalmazni tudták (Perger Mónika, 1994.13)

IV.2. Az Individuálpszichológia alapfogalmainak bemutatása

Sokak szerint az individuálpszichológia személyiségelmélete néhány fő koncepcióra épül, de ezekbe az alapfogalmakba bele van sűrítve az adleri tan szemlélete, emberképe, terápiás célkitűzése, vagyis teljes hitvallása.

Az IP alaptételei:

- Holizmus - az ember oszthatatlan egész
- Kisebértékűség érzés és kompenzáció
- Tökéletességre törekvés - az ember önmegvalósítása
- Közösségi érzés - az ember társas lény
- Finalitás (célratörés) - az ember céljai fikciók
- Életstílus- életterv a gyermekkorból, de a felnőttkorban is hat
- Kreatív én - az ember felelős, döntéshozó lény

1. Holizmus

Az individuálpszichológia személyiségelméletének lényeges koncepciója a holizmus, mivel az adleri tan ezt a szemléletet követi a személyiség megközelítésében és értelmezésében, vagyis azt vallja, hogy az ember alapvetően teljes egész, oszthatatlan egység és a személy magatartása, tevékenységei is csak az egészhez mérten kapnak értelmet.

KIÉGÉS

A holizmus alaptézise: az élő egész alapvetően más, mint kísérletileg és gondolatilag absztrahált elemei- mivel sajátossága, lényege, karaktere határozza meg; a részek az egészhez igazodnak. Az élőlény egész volta nemcsak több, mint testi részeinek summája, hanem valami egészen más, sem kémiailag, sem fizikailag nem határozható meg, nem mérhető, nem számolható meg, hanem csupán, mint *lelket* nyert alakot értelmezhetjük, s írhatjuk le.

A holisztikus szemléletre már a tan elnevezése is utal, hiszen az individuálpaszichológia kifejezés a latin in-divere-nem osztható – szóból származik. Az IP elmélete szerint, tehát a "lelki élet részletjelenségei csak úgy válnak érthetővé, ha a lelki élet összes jelenségeit egy elválaszthatatlan egész részei gyanánt értjük." (Adler Alfred, 1990.9.)

A személyiség egész jellegének hangsúlyozásával, vagyis a holisztikus szemlélettel az individuálpaszichológia a Gestalt lélektan elméletéhez mutat hasonlóságot.

2. Kisebbértékűség érzés és kompenzáció

A kisebbértékűség érzés és kompenzáció elméletét Adler először szervi értelemben használta és csak később alkalmazta a koncepciót a lelki jelenségek értelmezésében.

Szerinte az ember természeténél fogva gyengének, védtelennek születik a legkülönbözőbb fogyatékoságokkal, így feltételezhetően lelki élete kezdetén átéli a kisebbértékűség érzését, ami tökéletlenségének és alkalmatlanságának érzetéből fakad. Úgy véli a kisebbértékűség érzés nem az abnormalitás jele, hanem a személyiség fejlődésének hajtóereje, ugyanis mint kellemetlen, nyomasztó érzés arra sarkallja az individuumot, hogy gondoskodjon megszüntetéséről annak érdekében, hogy a személy minél hamarabb jobban érezze magát és visszanyerje önérték-érezését.

A kisebbértékűség érzés tehát mozgásba hozza a kompenzációs mechanizmusokat, amelyek a tökéletességre törekvés formájában nyilvánulnak meg, vagyis ez a feszítő, nyomasztó érzés sok nagy eredménynek, teljesítménynek és alkotásnak az elindítója, ami abból adódik, hogy minden emberben benne van a vágy a "mínusból a plusz felé" haladásra. A kisebbrendűségi érzés mindig szubjektív, akkor lép fel, ha másokkal összehasonlítjuk magunkat. Ezért teljesen független az ember tényleges értékétől. Az önmagunkhoz való téves viszonyulásból származik.

A szervi kisebbrendűség mögött mindig funkcionális nehézség áll fenn. 1907-ben jelent meg egész elméletét elindító műve, a "Tanulmány a szervek kisebbértékűségéről",

KIÉGÉS

melynek lényege, ahogy Adler praxisában megtapasztalta, hogy egyes családokban ugyanazokban az anatómiai szervekben jelentkeznek a betegségek különböző formái. Ezek a szervek csökkent értékűen működnek, s ez jellemző az adott családokra. Adler megállapította, hogy a szervi kisebbértékűség törvényszerűen kivált egy kompenzációs törekvést.

Sok nagy eredménynek, emberi boldogulásnak, az egyén és a közösség szempontjából hasznos teljesítménynek éppen a kisebbértékűség az elindítója. A szervek kisebbrendűségével és kompenzációjuk törvényszerűségével kapcsolatos adleri megállapítások, a ma igen fellendült *pszichoszomatikus medicina* egyik forrásának is bizonyultak. (Arató Ottó- Kiss György, 1991.)

3. Tökéletességre törekvés

Adler a tökéletességre való törekvésben határozza meg minden ember végső célját, illetve ezt tekinti az emberi élet leglényegesebb alkotóelemének.

Maga a koncepció hosszú úton alakult ki, ugyanis kezdetben az agressziót tekintette az ember végső céljának, majd ezt követte a hatalomvágy koncepciója, amit végül a fölényre, majd a tökéletességre törekvés váltott fel. (Ezeket a fogalmakat sokan szinonimaként használják.)

Adler szerint ez a veleszületett törekvés az individuumban kisebbértékűség érzésének kompenzálására szolgál, s sokféle módon nyilvánul meg, mivel minden pszichikum kidolgozza a saját módszerét, aminek a segítségével megszüntetheti kisebbértékűségét és elérheti a végső célt, a tökéletességet.

Az IP szerint ez a törekvés tulajdonképpen a személyiség belső lényegének a kifejlesztésére, a szellemi fejlődés csúcspontjainak elérésére, a pszichikum határainak túllépésére, vagyis az önmegvalósításra irányul.

Kóros formákat is ölthet, ilyen esetek akkor következnek be, amikor a fölényre törekvés annyira felfokozódik, hogy megakadályozza a pszichikum egészséges működését azáltal, hogy teljesen elnyomja a közösséghez tartozás érzését. Ekkor a kompenzáció túlkompenzáláshoz vezet, az egyén cselekvése arra irányul, hogy a másik (vélt) fölényét legyőzze.

4. *Közösségi érzés*

Az emberi közösség nagy jelentőséggel bír a jellem fejlődés szempontjából, azt nem a környezet közvetlen hatása befolyásolja, hanem a személyiségnek a környezettel kapcsolatos állásfoglalása.

Minden ember keresi helyét a közösségben, sőt még az aszociális viselkedés is azt fejezi ki, csak hibás módon. Csak, ha egyenértékűnek érezzük magunkat, akkor lehetünk biztosak a helyünkben a közösségen belül, s akkor fejleszthetjük ki magunkban az összetartozás iránti érzést. A közösségi érzés szubjektíve annak tudatában nyilvánul meg, hogy kötődünk más emberekhez, szeretnénk hozzájuk tartozni, illetve hozzájuk tartozunk-e. Minden személyes különbség ellenére osztozunk embertársaink sorsában. Az ember együttműködési képessége tekinthető közösségi érzése mértékének. (Brezsnyánszky, L. 1993. 10)

Az IP elméletének ez a sarkalatos pontja azon alapul, hogy Adler felismerte a közösség jelentőségét a személyiség fejlődésében és az individuumot társas lénynek tekintette.

Szerinte az ember születéskor gyenge, védtelen, rá van utalva környezete gondoskodására, segítségére, támogatására, vagyis a közösség nélkül életképtelen. Ebből adódóan úgy véli, hogy a közösségi érzés veleszületett és már a gyermek első rezdüléseiben megjelenik a kapcsolatkeresés, gyengédségigény formájában. Viszont azt is elismeri, hogy tényleges kibontakozásához tudatos fejlesztésre van szükség, ami csak, megfelelő nevelés esetén valósulhat meg, ehhez pedig sem a túl védő, sem a túl szigorú légkört nem tartja kedvezőnek.

Adler a kifejlett közösségi érzést abban határozza meg, hogy az individuum képes kooperációra, empátiára, egyenrangú baráti viszony és szerelmi kapcsolat kialakítására és feladatainak megoldásában is a szociális aspektus az irányadó.

A fejlett közösségérzés a fölényre törekvéshez hasonlóan a kisebbértékűség érzés kompenzációjára szolgál, vagyis az individuum lelki egyensúlyának helyreállítására irányul. Hatása azonban nem mindig érvényesülhet, hiánya viszont nem lehet tartós, mivel a pszichikum egészségének a feltétele. Ezért van az, hogy az IP a közösségi érzés fejlesztését és támogatását tartja a legfontosabb feladatának.

5. Célszerűség- finalitás – fikciók

Az ember minden jellemvonása, egész személyisége a környezethez való viszonyulásától függ, ami igen korai gyermekkorban alakul ki.

Az IP szerint a lelki élet történéseit nem az okkereső gondolkodásmóddal, hanem a célvezéreltséggel érthetjük meg, mivel az individuum minden cselekedetét, magatartását, döntését tudatosan vagy tudattalanul a célratörekvés határozza meg.

A finalitásnak három szintjét különíti el *a biológiai*, ami veleszületett és minden élőlényre jellemző, az élethez tartozó tulajdonság, *a racionális*, ami kifejezetten emberi és a környezet saját célra történő meghódítása, és *a személyes* finalitást, ami az individuum sajátja. A finalitásnak ez a három lépcsője nem egymás után értendő, ugyanis kb. 8 hónapos kortól a felnőttkor végéig mindegyik érvényesül.

Az IP megpróbálja megismerni az egyén finalitását, mivel úgy véli, hogy a célratörés, mint belső mozgatórugó tudattalanul vagy tudatosan meghatározza az egyén gondolkodását, döntéseit.

Az individuum céljainak megértése viszont az oksági összefüggések feltárásával nem lehetséges, hanem csak egy teleologikus (cél irányította) szemlélettel, hiszen az ember végcélja nem valóságos, hanem elképzelés, fikció, az emberi pszichikum belső képződménye, ami segít a világ forgatagában tájékozódni, biztonságot, erőt ad és meghatározza az egyén cselekedeteit.

Az IP szerint a fikciók már igen korán kialakulnak, ugyanis csak általuk képes a gyermek saját kicsinységét kibírni, egészségesen fejlődni, s az életet élni érdemesnek látni. A kitűzött célok viszonylag változatlanul később is megmaradnak, s tudattalanul befolyásolják a személyiség életének alakulását.

6. Életstílus

Az életstílus az IP talán legismertebb alapkonceptiója, személyes életterv, amit minden individuum kidolgoz végső céljának elérése érdekében, s ami a pszichikum magatartásának minden apró részletét áthatja.

Már a kora gyermekkorban (4-5 évesen) kialakul az élethez, az embertársakhoz és az individuum önmagához való alap beállítottságából, valamint az ezekből levont irányító

következtetésekből. Ezért szokták az életstílus keletkezését a következőképpen modellálni:

Életstílus keletkezése

A gyermek alapvéleményei:

Én ilyen vagyok.... - ez a gyermek énképe

A többiek ilyenek... - a másik ember értékelése

A világ ilyen... - általános beállítottság az élethez

Ezekből levont következtetések pedig azt tartalmazzák:

Mit szeretne elérni? - fiktív célja

Hogyan szeretné elérni? - ez az eszköze, az életstílusa

(Szuhányi, M. 1992.21.)

Az életstílus teljesen egyedi, nem az átélt eseményektől függ, hanem attól, hogy a személy azokat a privát logikájában hogyan dolgozza fel, s milyen következtetéseket von le belőlük.

A kora gyermekkorban kialakult életterv később is változatlanul megmarad, ugyanis az egyén tendenciózus appercepciója, vagyis a benyomásoknak, élményeknek meghatározott tendencia szerinti felvétele, feldolgozása, értékelése szűrőként működve csak azokat az információkat engedi tudatosulni, amelyek beleillenek az individuum élettervébe. (Perger, M. 1994. 20)

Az IP szerint az első életévben kialakult életstílus a felnőttkorban is aktuális. Ennek megfelelően történnek a személy döntései, választásai. Az életstílus feltárásával megtudható, hogyan értékeli az ember az életét, saját lehetőségeit, képességeit, miként reagál az élet követelményeire, s hogyan viszonyul az élet feladataihoz.

7. Kreatív én

A kreatív én koncepciójának megalkotásával az IP egy olyan Egót feltételezett, ami képes az átélt események értelmezésére, jelentéssel való felruházására, vagyis nemcsak elszenvedője a történéseknek, hanem aktív résztvevője is.

KIÉGÉS

Ennek a koncepciónak köszönhető az IP humánus, optimista emberképe, mely az individuumot felelős, döntéshozó lénynek tekinti, aki képes a számára megfelelő célok, magatartások kiválasztására és sorsának alakítására.

Az IP fő koncepcióinak összegzésével kirajzolódik előttünk az adleri tan *emberszemlélete is*, amely szerint minden ember:

- *individuális*, vagyis egyedi és páratlan a maga nemében
- *szociális*, vagyis természeténél fogva nem képes egyedül helytállni az életben, szüksége van a közösségre
- *célratórekvő*, minden cselekvése a fiktív céljának megfelelően történik, melynek elérése lehetőséget nyújt kisebbségtértség érzésének kompenzálására és a tökéletesség átélésére
- *döntéshozó, felelős*, mivel szabad akaratából tudatosan vagy tudattalanul bizonyos célok mellett dönt
- *testi-lelki-szellemi egység*, tehát csak teljes egészésként felfogva válik minden cselekedete, és magatartása érthetővé. (Szuhányi, M. 1992. 17.)

IV. 3. Az egészséges ember képe az IP szerint

Az IP elmélete szerint az ember élete első pillanatától kezdve közösségben él. Először a családban majd a szociális tér kitágulásával baráti, munkahelyi csoportokban, partnerkapcsolatban.

A közösség gondoskodik kezdetben a gyermek életfeltételeiről, majd a meleg, biztonságot adó, bátorító környezet megteremtésével, olyan légkörről, ahol a gyermeknek sikerül a kezdeti kisebbségtértség érzést kompenzálni, s ahonnan erőt merítve képes a felmerülő problémákkal és az élet feladataival megbirkózni. (Perger, M. 1994. 21)

Ezért van az, hogy az IP az egészséges személyiségfejlődést csak közösségben, pontosabban szerető, bátorító feltételek között tudja elképzelni. Az egyén lelki egészségét pedig a kapcsolatkézség, közösségi érzés mértékével határozza meg, vagyis azt tekinti egészségesnek, akinek fejlett a közösségi érzése, s aki a cselekedeteivel a közösség érdekeit is szolgálja.

Az egészséges embert a következő tulajdonságokkal jellemzi:

alapotimizmus

önismeret

önbizalom

kapcsolatkészség

bátorság, nyíltság

egyszerű folyékony beszéd

Az IP szerint a lelkileg egészséges ember *jól ismeri önmagát*, tisztában van nemcsak a pozitívumaival, hanem a negatívumaival is. *Belső hittel* rendelkezik, aminek birtokában bízik a képességeiben, képes elviselni az esetleges kudarcokat, illetve igyekszik tanulni belőlük. *Kreativitás* jellemzi, nem fogja vissza az energiáit, a feladatok megoldásában újszerű ötletekre törekszik. Az egészséges ember *kellemes társ és barát*, a kapcsolataiban megértő, komolyan veszi mások véleményét, fontos számára a közösség. Világszemléletére *a realiztikus - optimizmus* jellemző, vagyis látja a környezetében lévő problémákat, de bízik benne, hogy meg lehet azokat változtatni és mindent meg is tesz ennek érdekében, viszont képes a változtathatatlant is elfogadni.

Az IP szerint az ember lelki egészségét az is megmutatja, hogy miként boldogul az élet három nagy területén, vagyis hogyan oldja meg a hivatás, a közösség és a partnerkapcsolat feladatát.

Azt az embert tartja lelkileg egészségesnek, aki:

- munkáját kitartással, koncentrációval végzi, s aki örül annak, ha másoknak segíthet, és a közösség érdekeit is szem előtt tartja ;
- képes más emberekkel együttműködni;
- képes szeretni, társát megbecsülni, partnerkapcsolatban élni, családot alapítani.

Az egészséges ember tehát tud barát lenni, képes hasznos munkát végezni és a szerelem problémáját is a partner meglegedésére oldja meg.

Természetesen nagyon nehéz az élet mind a három területén az ideális megoldást megvalósítani, viszont mindezek ismeretében meg lehet állapítani, hogy az egyén hol tart az egyes területeken.

Összegezve tehát az IP szerint az egészséges ember nyíltan áll az élet feladataival szemben és a közösség érdekeit is szem előtt tartva próbálja azokat megoldani, hiszen tetteinek mozgatója a közösségi érzés. (Szuhányi, M. 1992. 24.)

IV.4. A párválasztás IP elmélete

Az ember egyik alapvető igénye az, hogy tartozzon valakihez, aki biztonságot, védettséget nyújt számára, s aki feltétel nélkül elfogadja, s akit feltétel nélkül elfogadhat. Természetes tehát, hogy a felnőtt ember életének egyik fontos törekvése arra irányul, hogy megtalálja azt a társat, akihez szívesen tartozna, aki megfelelő szerelmi partnere és házastársa lenne.

Az egyén többé-kevésbé még azt is meg tudja mondani, hogy milyennek képzei az ideális társat, de ez nem jelenti azt, hogy amikor a valós életben partnert keres, akkor is ennek megfelelően választ. Hiszen sok esetben a személy olyan pár mellett dönt, aki nem igazán felel meg a tudatosan megfogalmazott igényeknek. Ez abból adódik, hogy a partnerválasztást olyan történések is befolyásolják, amelyek az individuum számára ismeretlenek, nem tudatosak, sőt az analitikus elméletek szerint a tudattalan tényezők hatása a döntő. Természetesen az irányzatok más-más koncepciókat értenek a tudattalan tényezők alatt, mivel különböző személyiségelméletekből közelítik meg a párválasztás kérdését.

Az IP azt vallja, hogy "a partnerválasztás nem véletlen dolog, hanem az egyén életstílusából adódik", vagyis az életstílus határozza meg nem tudatosan a párválasztást. (Szuhányi, M. 1992. 141.)

Az egyén társválasztását csak úgy lehet megérteni, ha ismerjük az individuum személyes élettervét, amit már a kora gyermekkorban (4-5 évesen) kialakított, s amely felnőtt korban is változatlan vezérvonalként meghatározza döntéseit, választásait.

Az IP ezért állítja azt, hogy partnerválasztáskor tulajdonképpen nem a felnőtt ember dönt, hanem a benne lakozó gyermek, hiszen ő dolgozta ki azt az életstílust, ami még a jelenben is aktuális.

A választásokra a következő példákat hozza:

Az elkényeztetett gyerek olyan partnert választ, aki kényeztetni fogja.

A parancsoló gyerek olyan partnert talál, akit elnyomhat.

A féltékné gyerek olyan társat keres, aki bátor, vagyis aki mellett féltékné maradhat.

A papa-gyerek egy apa viszonyt keres a kapcsolatban.

A mama-gyerek egy anyahelyettest keres.

A rossz házasságból jövő gyerek egy nehéz házasságra alkalmas partnert talál.

A féltékeny gyerek felnőtt korában is fog okot találni a féltékenységre.

A magányos gyerek olyan partnert keres, aki mellett egyedül maradhat, vagy nem házasodik.

Látható tehát, hogy amikor az egyén, pontosabban a benne lakozó gyermek társat választ tulajdonképpen "azt az életstílust keresi, amiben a saját életstílusát megtarthatja". (Szuhányi, M. 1992. 197.) Természetesen ennek nincs tudatában, hiszen a személyes életfilozófiája, vezérvonala tudattalanul fejt ki hatását, de ha tudatosítanánk, akkor megértené, hogy miért pont azt a személyt választotta társának.

Az IP szerint tehát a párválasztás egy mély gyermeki síkon történik, mivel a kora gyermekkorban kialakult életstílusnak megfelelő partner megtalálására irányul.

IV.5. Az Individuálpszichológia személyiségtipológiai rendszere

A prioritástan nem Adler nevéhez fűződik - bár a születési sorrend alapján ő is kidolgozott egy tipológiát - hanem a tanítványai munkásságához köthető, akik olyan elméleteket alkottak, amelyek az IP fontos eszközeivé váltak. Ezek a tipológiák azt vallják, hogy az egyedi eltérések ellenére is léteznek közös vonások, hasonló tulajdonságok, vagyis a személyek besorolhatók bizonyos típusokba, amelyekre meghatározott életvezetés jellemző. E szerint a terapeuta jelentős segítséget kaphat a kliens mozgásvonalának feltárásához, ha tudja a személy prioritásait.

A típustanok elméletében az eltérések nem jelentősek, így a különböző kategóriák megfeleltethetők egymással, együttes alkalmazásuk révén pedig még több információhoz juthatunk a személyre jellemző életvezetéséről.

Künkel típusana

Elméletét két dimenzió alapján alkotta meg, az egyik az aktivitás - passzivitás, a másik az elkényeztetett - szigorúan nevelt, vagyis az a jellemző lékör, amelyben a személy felnőtt.

Az egyénnek az aktivitás - passzivitás dimenzió mentén való elhelyezéséhez jelentős segítséget nyújtanak a gyermekkori emlékek elemzései. A nevelési lékör megállapításához pedig a családkonstelláció feltárásából nyerhetők információk.

A künkeli tipológia a következő 4 típusba sorolja az embereket:

	Elkényeztetett	Keményen nevelt
Aktív	Sztár	Cézár
Passzív	Kiscsibe	Fajankó

A prioritásokra a következő mozgásvonal jellemző:

Sztár: igényes, aki szereti, ha csodálják.

Cézár: uralkodó, aki szereti, ha félnek tőle.

Kiscsibe: szenved, aki szereti, ha megvédik.

Fajankó: tompa, aki szereti, ha nyugton hagyják.

(Szuhányi, M. 1992. 29.)

Nira Kefír típusana

Az 1970-es években dolgozta ki elméletét, amelynek egyik dimenziója szintén az aktivitás - passzivitás, a másik az extroverzió- introverzió, amelyet Jung tipológiájából kölcsönzött.

A két dimenzió alapján a következő 4 típust különíti el:

	Extrovertált	Introvertált
Aktív	Felsőbbségi érzés	Ellenőrzés
Passzív	Tetszés	Kényelem

A prioritások életstílus-mondatait is megfogalmazta:

Felsőbbség: Nyernem kell, én vagyok a legokosabb, a legjobb.

Tetszés: Szeressetek, ne legyetek ellenemre.

Ellenőrzés: Biztonságot akarok, áttekinthető legyen a helyzetem.

Kényelem: Kellemes legyen az élet, ne zavarjanak.

(Szuhányi, M. 1992. 29.)

Titze típusa

Prioritástanának két fő dimenzióját Nira Kefirtől vette át, vagyis az aktivitás - passzivitás és az extroverzió - introverzió alapján sorolja be az embereket szintén négy csoportba.

Típusait a Hippokratész-féle temperamentum tantól kölcsönzi és összefüggésbe hozza az előbbi, két elmélet kategóriáival, amely tulajdonképpen az IP prioritástanok összefoglalását jelenti. (Hippokratész és Jung személyiségtípológiai rendszere az előző fejezetben olvasható.

Extrovertált-élet féle forduló

2. Melankolikus

Kiscsibe

Tetszés

1. Szangvinikus

Sztár

Fölényeskedő

Optimizmus, életöröm

Passzív

Aktív

4. Flegmatikus

Fajankó

Kényelem

Kevés az önbizalma

Legjobb, ha nyugton

hagyják, mert akkor

nem kell bizonyítania

3. Kolerikus

Cézár

Kontrolláló

Kevés az önbizalma, kisebbség-érzés

“ Engem nem szeretnek”- érzése

Introvertált-befelé forduló

A típusokat a következő beállítódások jellemzik:

1. Szangvinikus:

Egészséges ember, ő az, aki a közösség felé fordul, optimista beállítottság jellemzi.

2. Melankolikus:

Passzív, tétovázó, bizonytalan, a kétkedés jellemző rá. Kellemes emberek, szeretik őket, s könnyen kihasználhatóak, nehezen képesek nemet mondani.

3. Kolerikus:

Kontrolláló. Hamar dühbe jön, szereti, ha félnek tőle. A hatalom a lényeg számára és nem a szeretet, ennek ellenére szüksége van arra, hogy szeressék, mert kevés az önbizalma.

4. Flegmatikus:

A kényelem a fontos számára, ennek a háttérében tulajdonképpen az van, hogy fél attól, semmit nem tud úgy megcsinálni, *hogy* mások elégedettek legyenek vele, így tehát ő az ügyetlen, a fajankó.

Titze szerint minden típus arra törekszik, hogy kisebbértékűségét kompenzálja és elérje a tökéletességet, de természetesen ennek megvalósításához más-más módszert alkalmaznak, ebből adódnak életvezetésük különbségei. (Perger, M. 1994.25.)

IV.6. Az ápoló, mint a segítő személye és a segítő szindróma

A diplomás ápoló, mint az ápolási folyamat tervezője, a beteg-ápoló kommunikációs kapcsolatban, mint segítő szerepel, hiszen tevékenységére, a funkcionális kapcsolat a jellemző. Ebben a vonatkozásában a diplomás ápoló, *segítő foglalkozású személyként* definiálható.

Miért kell a segítő személyével foglalkoznunk?

Egyrészt a saját érdekében: hogy lelki harmóniáját megőrizhesse, és ne váljék áldozatos munkája "áldozatává". Másrészt a *nyújtott segítség érdekében*, vagyis a segítségre szorulóknak érdekében, mert a segítőnél a túlterhelés következtében fellépő deformációk veszélyeztethetik a betegközpontú ápolási folyamat végrehajtását, s így a klienst is.

A segítő foglalkozás

Nem lehet véletlen, hogy ez a kifejezés a fejlett, teljesítményorientált ipari társadalmakban jelent meg, amelyekre a fogyasztói szemlélet, s az elidegenedés is jellemző. A mi világunkra pedig az a jellemző, hogy a természetes emberi kapcsolatok helyét részben a segítő kapcsolatok veszik át. Úgy tűnik, hogy a jóléti államok, úgy próbálják gyógyítani a társadalmat, hogy intézményesítik az egyébként egyénekből meglévő segítő-empatikus irányultságot, s ilyen módon gyógyító-mentális műhelyeket, vagy éppen “érzelmi laborokat” hoznak létre. (Fodor, L; Tomcsányi, T.1990:20)

A segítő kapcsolatok rendszerint két személyes helyzetre vonatkoznak, ahol az egyik fél a segítő, a másik fél pedig a segítséget kérő, bajba jutott ember, a kliens. A segítő foglalkozás elmélyült, személyes viszony, az ápolók esetében a szó gyógyító erejére, az ápolási technikák kíméletes-empatikus végrehajtására, az ápolási folyamat fenntartására irányul. (Az ápolási folyamat részei: a szükségletek felmérése, az ápolási diagnózisok megfogalmazása, rövid-és hosszú távú ápolási terv elkészítése, az ápolási technikák végrehajtása, valamint az értékelés.) A segítő kapcsolatok pszichológiai jellegzeteségeit *Carl Rogers* írta le, aki szerint a segítő kapcsolat sarokköve a *személyiség*, aki empátiával, nyíltsággal, a másik ember hiteles, őszinte elfogadásával jellemezhető.

A másokon való segítség, az altruizmus

Az altruizmus olyan önkéntes viselkedést jelent, amely a mások javát szolgálja, a jutalmazás reménye nélkül. Ilyen kapcsolat a kliens-segítő kapcsolat is, amelyet úgy definiálhatunk, hogy *funkcionális kapcsolat*, viszontelvárás nélkül. E viselkedésnek többféle motivációja lehet, amelyek jelentős hajtóerőt jelenthetnek az egyén életében, olyannyira, hogy egész életre szólóan, fenntarthatják az altruizmust, akár érett segítő kapcsolat jellemző a segítőre, akár szindrómás segítség.

A segítő kapcsolat érett formája

Rogers meghatározása szerint az érett, elmélyült segítő kapcsolatra az a jellemző, hogy a segítő elégedetten, kiegyensúlyozottan vesz részt a konfliktusok, problémák megbeszélésében. A kommunikáció légkörét elsősorban a segítő attitűdje szabja meg, s a türelem, a hitelesség, őszinteség, bizalom jellemzi. E kapcsolatban az ápolónak az a szándéka,

hogy a betege képes legyen jobban funkcionálni, végsősoron minél hamarabb önállóvá váljon a kliense, ily módon legyen képes élete nehézségeivel egyedül is megbírkózni.

A szindrómás segítés, avagy a segítő kapcsolat éretlen formája

A segítő magatartásnak van olyan formája is, ahol a segítő saját bizonytalan önértékelését, csak a segítés túlhajszolásával, sokszor önkárosító formában képes csak fenntartani. W. Schmidbauer, pszichoanalitikus szerző e jelenséget *segítő szindrómának* nevezte el.

A szindrómás segítő kommunikációs nehézségekkel küszködik a saját érzéseinek elfogadásában és kifejezésében. A másik embertől szívesen veszi, hogy kifejezze saját gyengeségét, de arra ügyel, hogy ki ne derüljön, neki is vannak problémái, nehézségei. Személyes kapcsolataiban kerüli az intimitást, a kölcsönös érzelmi függőséget, függőségi kapcsolatait általában ő uralja. Látszólag erős énnel rendelkezik, de ezzel saját gyengeségét is leplezi. Schmidbauer hasonlata szerint stabilitása, altruizmusa erős bástyának mutatja őt, de valójában a színpalak mögött elhagyott, éhes csecsemő sír. Tomcsányi Teodóra ezt úgy értelmezi, hogy az ilyen személyek gyermekkorukban nem kaptak elég megértést, pozitív megerősítést, vagyis a szülők *nem önmagáért szerették, hanem azért, mert teljesítette elvárásait*.

A statisztikai adatok azt mutatták, hogy a segítő pályán dolgozók az átlagos lakossághoz képest gyakrabban szorulnak maguk is segítségre, különösen igaz ez a megállapítás, a szindrómás segítőkre.

Hogyan magyarázható ez?

Schmidbauer abból az elképzelésből indul ki, hogy a foglalkozás gyakorlása során fellépő különböző (pszichikai) károsodások gyökere a személyiséget korábban kialakított tényezőkben keresendő. Szerinte a segítő foglalkozásban dolgozók, fejlődésük korai szakaszában, az átlagosnál intenzívebben éltek át bizonyos tapasztalatokat, s ezek döntően befolyásolták személyiségük későbbi alakulását. Ezek pedig a következők.

A szindrómás segítőt szülei valójában nem önmagáért szerették, hanem azért, mert teljesítette elvárásait, azaz fokozott mértékű teljesítmény-motiváció alakult ki bennük, a szeretet, az elfogadás megkapásáért. Emellett azonban önértékelésükön is csorba esett, ha nem sikerült a megfelelő teljesítményt felmutatniuk. A magas szülői normák, az ideálok egy szigorú felettes-én részévé váltak. Valójában a felettes-énje, ideálja irreális, belső önjuttalmazásra nem eléggé képes, s elvárja, hogy külső megerősítéseket kapjon környezetétől. Erre nagyszerű

KIÉGÉS

lehetőséget kínál az altruizmus, hiszen ezt környezete értékelheti. Eközben saját érzéseit, szeretetét kell háttérbe szorítania, önértékelése ingadozó, hol a mindenhatóság jellemzi, hol pedig a tehetetlenség érzése uralkodik el rajta. A felettes énnel való azonosulás, a magas én-ideálok követése személyiségének kényszeres (kolerikus, avagy cézár) karaktert kölcsönöz: boldogtalan, de megbízható; mogorva, de önfeláldozó; önmagával szemben kérlelhetetlen, de klienseivel kötelességtudó. Önmaga függőségét, gyengeségét, segítségre szorulását elutasítja. Így mereven megtapad a segítő szerepben, nehezen képes kialakítani kölcsönös kapcsolatokat. Nehéz neki segítséget kérni, s azt csak akkor fogadja el, ha ezzel teljesítményét fokozhatja. Ezért szívesen vesz részt továbbképzéseken, munkahelyén ő vállalja el leghamarabb, akár a hosszabb idejű képzéseket is. A kényszeres karakter mellett megfigyelhető a depressziós hajlam is, amely különösen akkor jelentkezik, ha a segítség nyomán nem kap külső megerősítést, csalódások, kudarcok érik. A szindrómás segítő attitűdöt, gyermekkori pszichotraumák okozhatják. (Fodor, L, Tomcsányi, T. 1990: 28)

Schmidbauer szerint a következő diszpozíciók állapíthatók meg:

- gyakran mellőzték őket gyermekkorukban;
- főleg egy tökéletes, *idealizált* személyiségképpel (felettes énnel) azonosítják magukat, s nehezen tudják árnyoldalaikat elfogadni;
- nehezükre esik emberi kapcsolataikat emancipáltan, az *egyenrangú kölcsönösségnek* megfelelően alakítani;
- rejtett, *narcisztikus rászorultságban élnek*;
- agresszivitásra csak burkolt formában képesek, indirekt agressziót mutatnak.

(Schmidbauer, W., 1977; Die hilflosen Helfer, Rowohlt, Hamburg)

Az elképzelés szerint ezek a *diszpozíciók* befolyásolják, súlyosabb esetben deformálják a segítő foglalkozás gyakorlását. Nem ritka pl., hogy egyesek azért választják ezt a hivatást, mert így tudják legjobban kiegyenlíteni a saját személyiségfejlődésükből adódó hiányosságokat. A foglalkozás ilyen esetben *elsősorban a segítő személy számára* válik életszükségletté, hiszen ő szorul rá arra, hogy segíthessen. Ezáltal a munkától való pszichikai függőség alakul ki, professzionális kapcsolataik szimbiotikussá válhatnak.

KIÉGÉS

Hogyan értékelhető Schmidbauer elmélete? Érdeme az, hogy szakmai körökben a segítő személyére, a foglalkozásból eredő veszélyeztetettségre irányítja a figyelmet. Jól demonstrálja, hogy a segítő foglalkozás és az ott dolgozók idealizálása *kétes értékű hatással járhat*.

Az elmélet azonban kritikusan is vizsgálendő: Schmidbauer egyoldalúan a deficitekből indul ki. Ezáltal akaratlanul is hozzájárul (nem csak az érintetteknek) a krízisérzet erősödéséhez. Gondolatmenete redukcionista eljárást követ: a problémát leszűkíti a személyiségfejlődés aspektusára. A társadalmi összefüggések elhalványulnak. Reálisabb kép alkotható a problematikáról akkor, ha a burnout szindróma elméletét és Schmidbauer elképzelését egymásra vonatkoztatva fogjuk fel. (Hézszer, G. 1996: 110.)

A kiégettség és a család kölcsönhatásos kapcsolata

Amerikai felmérések (Pines Ayola adatai alapján) meglepő eredményhez vezettek: a segítő foglalkozást végzők szerint a *család és a magánélet* fontosabb volt a segítőik számára, mint a szolgálat. Ez azért meglepő, mert az amerikai közvélemény az ápolást, mint foglalkozást igen magasra értékeli, ellentétben a magyar megítéléssel. (Pines Ayola, 2000.) Az ápolói pálya hazai presztízse alacsony, melynek okát többek között abban láthatjuk, hogy a gyógyító szerzetesrendek felszámolásával kialakult hazánkban az úgynevezett cselédápolás. 1990-es évek politikai változásai teremtették meg a lehetőséget a főiskolai-majd egyetemi szintű ápolóképzés létrejöttéhez, így a képzés nyújtotta magasabb szintű, tudatosabb és tervezett ápolás megteremtheti a lehetőséget az ápolói pálya pozitívabb társadalmi megítélésének.

A további vizsgálatok azt mutatták, hogy, akik magánéletükkel elégedettek, kevesebb foglalkozási deformációt mutatnak. Schmidbauer kutatásai alapján arra az általános meggyőződésre jut, hogy a "humánus foglalkozások kimondottan inhumánusak".

Néhány példa erre:

- A megszokott élet-és munkaritmustól eltérő, esti, éjszakai és hétvégi munkavégzéssel járó szolgálat az egyén szociális kapcsolatainak beszűküléséhez vagy elvesztéséhez vezet, s az ápoló izolálódhat.

- Az állandó, professzionális empátia követelménye, a folyamatos kapcsolatteremtés annyi energiát igényel, hogy a magánéletben erre már alig marad a ápolónak ereje.

- A munka közben elsősorban a krízisbe jutottakkal, szenvedőkkel, haldoklókkal dolgozók állandóan arra töreksenek, hogy azokban fenntartsák a reményt, újraélessék az életkedvet,

KIÉGÉS

aki viszont folyamatosan és egyoldalúan csak az élet negatív oldalával foglalkozik, idővel könnyen maga is pesszimistává lehet: saját életképe is egyre sötétebbé válhat, egyre nagyobb erőfeszítésbe kerül az élet szépségeit is szem előtt tartania.

- Munkavégzésükhöz, a reménykeltéshez viszont szükségük van arra, hogy legyen elegendő saját erőforrásuk. S hol találhatják ezt meg? Kézenfekvő, hogy a családuktól várják, hogy az gondoskodjon arról, hogy megtarthassák munkaképességüket. Ez azt jelenti, hogy az ápolók családja gyakran funkcionálizálódik, nem önmagáért való, hanem saját érdekein túl egy családtag munkaképességének garanciájává válik. Ez külső megterhelést ró a családra.

- A családot érő további megterhelés abból adódik, hogy a segítő foglalkozást végző gyakran "hazaviszi" nemcsak el nem végzett munkáját, hanem a napi megterhelést is. Ha egy nehéz nap után valaki "teljesen kivan", akkor nem tud még a családjának is nyújtani valamit. Életszükséglete viszont, hogy a családjától erősítést kapjon. Az adás-vétel dinamikája kiegyensúlyozatlanná válik. Így a többi családtag nem kaphatja meg a nővér-anyától, feleségtől azt, amire pedig szüksége lenne. De nemcsak a foglalkozás befolyásolja a családot, hanem a család is a foglalkozást. A származási család meghatározza azt, hogy valaki milyen segítő személyiséggé válik. (Hézszer, G. 1996.122.)

Kommunikációs stílus jellemzői a segítő családjában

A kommunikáció- a közlésfolyamat lényege, hogy energiát igényel. A családtagok közötti kommunikáció egyik alapfunkciója a személyes intimitások kiegyensúlyozott formában történő kifejezése. A "jó", vagyis működő kommunikáció úgy teszi lehetővé ezt minden családtag számára, hogy közös kiútkeresést remélhet, s nem kell félnie a többiek rendreutasító-moralizáló kritikájától. Így mindkét fél számára élménytadó tapasztalatcsere alakul ki.

A családi kommunikáció kedvezőtlen formái közé tartozik pl. a "vallatás", vagy a "megvallás" kényszere: ennek mottója "mindig mindent mindenkivel közölni kell a családban". Ez a személyes intimitás, sok esetben a saját határok feladását jelenti. Ennek ellentéte a "kommunikációs tilalom": ki-ki boldoguljon a maga erejéből, s ne terhelje gondjaival a többieket. Gyakran találkozhatunk a "kettős kötésnek" nevezett jelenséggel is, amelynek mottója ez lehetne: "Beszélj a problémáidról, hogy önálló megoldást találhass! Kiutat viszont csak akkor találsz, ha kizárólag az én tanácsaimat követed!" A kommunikációs szabadság így olyan feltételhez kötött, amely azt lehetetlenné teszi. A cél végső soron ugyanis nem az együtt

KIÉGÉS

kiutat kereső meghallgatás, hanem a saját megoldások rákényszerítése a másakra, ezáltal biztosítva a hatalmi fölényt.

A segítő foglalkozás gyakorlása szempontjából fontos, hogy a családi kommunikációt a "mindig-minden" norma határozta-e meg. Ez egyrészt a kliens iránti figyelmesség képességét alakíthatta ki, de a határtalanság igényét is megteremtette. Ha bárki bármikor az ápolóhoz fordulhat gondjaival, a családon belül, vagy a professzióban, ez azt jelenti, hogy gyakran megszakítják a folyamatos élettempót, vagyis egyre több energiára lesz szükség a mindennapokban.

Érzékeltetésképpen jól látható, hogy a szülői családban megtapasztalt és " észrevétlenül" magunkévá tett kommunikációs forma szoros összefüggésben áll azzal, hogy milyen megterhelést jelent valamely segítő foglalkozás végzése. Ezért érdemes és szükséges tudatosítani, milyen kommunikációs stílussal jellemezhető a származási, vagyis a magcsalád. (Hézszer, G. 1996. 124)

V. A kiégés jelenség szociálpszichológiai megközelítése

V.1. A tünetegyüttes elfogadásának nehézségei

Közismert, hogy "az emberekkel foglalkozó szakmák" magukban hordozzák a kiégési tünetegyüttes veszélyét, azt az állapotot, amikor az egyébként motivált, érzelemgazdag személyiség telítődik azokkal a problémákkal, amelyekkel naponta találkozik. A kimerülés jelentkezhethet testi, szellemi és érzelmi területen, megnyilvánulhat szomatikus, magatartási, érzelmi és mentális tünetekben. A lelki-fizikai megterhelések, s a velük való megküzdés hiánya vezethet a pszichoszomatikus tünetek megjelenéséhez, alvászavarokhoz, krónikus fáradtságérzéshez, kóros mértékű koffein-, nikotin-, alkohol- és gyógyszerfüggőséghez, szorongáshoz, depresszióhoz, teljesítmény-csökkenéshez, valamint szakmai és önértékelési problémákhoz. (Fekete, S. 1991)

A "kiégettség" olyan képi kifejezés, melyet a közgondolkodás rövid idő alatt elfogadott, mert szemléletesen kifejezi egy sokak által ismert és megélt lelki állapotot.

Gondot okoz azonban egyes szakembereknek, akik úgy gondolják túlságosan átfogó ahhoz, hogy egy nagyon összetett lelki folyamatot jellemezni és leírni lehessen általa. Kevésbé

KIÉGÉS

tartják specifikus és pontos fogalomnak a tudományos munka és kutatás számára. (Hézszer, 1996a: 81)

Másoknak, akik a fogyasztói és jóléti társadalom létformájának és továbbfejlesztésének élharcosai, azért okoz gondot a fogalom, mert elképzelhetetlennek tartják, s nem akarják tudomásul venni, hogy az életmód, melyre törekszenek, melyet minden probléma megoldójának és eltüntetőjének vélnek, éppen lelki kiégett és megfáradt, megüresedett embertömeget teremt. A jólét, a gazdasági növekedés ellenére sokan – éppen a legfejlettebb országokban – kedvvesztetten, elfásulva, kiégetten végzik munkájukat.

Problémás továbbá a fogalom használata olyan foglalkozási ágakban, ahol magas az erkölcsi igény, s szinte megengedhetetlen, hogy az itt dolgozók belefáradjanak munkájukba, hiszen amit tesznek, hivatásszerűen végzik.

Érdekes tapasztalat, hogy az érintettek is ellenségesek a fogalommal kapcsolatosan, elutasítják azt, mert éppen gyengeségükre hívja fel a figyelmet. A tagadás paradox módon már éppen egy tünete a kiégettségnek. A közgondolkodás szerint a fontos és felelős emberek életének szükségszerű velejárója a fáradtság, ami nem csökkenti, sokkal inkább növeli a munka értékét. A kiégettség azonban olyan tünetekről tanúskodik, mely éppen a pontos és felelősségteljes munka végzését teszi lehetetlenné. Ezért elutasítják a fogalom, a szindróma létezését. Egy ilyen "csődöt mondást" nehéz bevallani egy olyan társadalomban, vagy foglalkozási ágban, melynek legfőbb normái a teljesítmény vagy az önzetlen önfeláldozás.

Az ezredforduló világának életmottójával is összeütközésben áll ez a fogalom, hiszen ez a mottó így hangzik: gyorsabban, messzebbre és magasabbra. Itt pedig nincs, nem lehet megfáradás, lankadás, kiégettség. Ez a gondolkodás legfeljebb nemet mond a fogalomra, de az attól még létezik, nagyon sokan szenvednek tőle, keresik a kiutat, vagy pedig végérvényesen kisiklik az életük és a test, illetve a lélek betegségének – esetleg mindkettő – súlyos állapotába kerülnek.

Az újabb szakirodalom tekintetbe veszi a fogalom elleni tiltakozást és helyette a foglalkozási deformáció kifejezést használja. Ez csökkenti az ellenállást és megkönnyíti a segítségnyújtást, kevésbé irritálja a közvéleményt. (Hézszer, 1995 d)

V.2. A kiégés- szindróma meghatározása, jelentősége, a tudományban és a társadalomban meglévő szerepe

A kiégés- szindróma (burn-out, de a szakirodalom használja, sőt elfogadja a burnout formát is) az 1970-es években került be az egészségpszichológiai, pszichológiai, nevelés- lélektani szakirodalomba. Központi motívuma a negatív beállítódás, önmagunkkal, a munkával, az élettel szemben, valamint az idealizmus, az energia és a céltudatosság elvesztése. Az emberi problémákkal való foglalkozás ára sok esetben a segítők saját pszichikai egyensúlyának felborulása. A tapasztalatok szerint azok az emberek tartoznak a veszélyeztetett csoportba, akik viszonylag hosszú időn át emberekre irányuló, állandó koncentrációt, s érzelmi igénybevételt követelő munkát végeznek, és munkájuk során nem túl gyakran számíthatnak látványos sikerekre. A burn-out tünetegyüttes kialakulásában nagy jelentőségűnek tűnik a mintegy előfeltételként jelenlévő depresszív személyiségstruktúra, amely az emocionális túlterheltséggel, a visszacsatolás hiányával, s a kollegiális kapcsolatok lazulásával együtt vezet a kiégéshez. (Györffy, Zs- Ádám, Sz.2004)

1974-ben jelent meg az amerikai származású Freudenbergertől is hivatkozott első cikke, amely révén a kiégési (burnout) szindróma fogalma bekerült a szakmai irodalomba. (Freudenbergert, 1974) Ez a jelenség *“krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai , emocionális, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek”*. (Fekete Sándor, 1991.17)

1977-ben született a másik, témánk szempontjából alapműnek tekinthető munka, Schmidbauer *“Der hilflose Helfer”* címmel írta meg könyvét. A műben a pszichoanalitikus szerző szociális segítő foglalkozásuk személyiségfejlesztő tréningjei során szerzett tapasztalatai alapján írta le, a segítők tünetcsoportja-jelenséget, az úgynevezett *helfer szindrómát*. (Schmidbauer, 1977) Hermeneutikai tudománymodell alapján a pszichoanalízis oldaláról vizsgálja a professzionális segítők személyiségét, motivációit, a kliens-segítő kapcsolat buktatóit. Szerinte a helfer szindrómával jellemzett, emberi problémákkal foglalkozó segítő saját ingóság pszichés egyensúlya fenntartásával függ össze látenszen a kiszolgáltatottakon való segítség szükséglete. Lényege, hogy a segítő kapcsolat más típusú kapcsolatok, érzelmek elhárítását jelenti egyben; mintegy droggá válik a hivatás, a segítségre szorulókkal való kontaktus a professzionális segítők számára. (Weisbach, 1989)

Az ilyen *“nagy dózisú drog”* visszaéléshez, majd kiégéshez vezet. Ezen a ponton kapcsolódik a helfer-jelenség, a segítők motivációinak kutatása a kiégés tünetegyüttes kialakulásához.

KIÉGÉS

Az ebben a témában publikálók megállapítják, hogy a kiégés kialakulásában, s megelőzésének kérdéseiben az intézményi feltételek mellett egyre nagyobb szerepet tulajdonítanak a segítők motivációinak, attitűdjeinek, jellemző személyiségüknek. (Éppen ezért, ezeket a tényezőket vettük figyelembe kutatásunk megtervezésekor is.) Szemben a régi, a klasszikus segítő-kliens kapcsolatban, az új típusú segítő-kliens kapcsolat modellje jellemző napjainkban, amelyben korántsem olyan egyértelmű a hierarchikus szerepmegosztás, kevésbé stabilak a szerepek, s nem csupán objektív-rationális a kommunikációs kapcsolat két szereplőjének egymáshoz való viszonyulása, ez mindenképpen jobban megterheli a segítőt. (Bugán Antal, 1994)

A segítő foglalkozás minden aktusában természetes és kulturális befolyások igazolhatók. Ismerjük egy máshonnan le nem vezethető, vagyis spontán emocionális segítőkézséget, ennek prototípusa az irgalmas szamaritánus képe. A segítség lehet etikai döntés, lehet racionálisan tervezett csereérték-jellegű pénzkereseti forrást jelentő tevékenység. Freud nyomán felfogható, ha nem is mindig, s nem is minden kultúrában- a szublimált sadizmus, agresszió egy formájának is. Állhat a szociális segítség háttérében nárcisztikus kielégülés, a megerősítés indirekt keresése, a hatalom, az elismerés vágya is, erre vonatkozik az adleri felfogás. (Bálint Mihály, 1990)

A kiégés jelenség tüneti képe ápolók esetében- Pikó Bettina szerint

A kiégés három komponense: a fizikai, az érzelmi és a lelki kimerültség.

A *fizikai* kimerültség jelei: a gyengeség, az energiahiány, az elcsigázottság. Gyakoribbak a megbetegedések, nátha, influenza, a fejfájások, szédülések, hátfájás, gyakran érintettek az étkezési szokások is, melynek következménye a testsúly megváltozása lehet, gyomorfekély, magas vérnyomás betegség is jelentkezhet. Ezek a tünetek közvetlenül kapcsolatba hozhatók a stresszel, és bizonyítottan pszichoszomatikus alapon szerveződnek. Jellemző lehet még az alvászavar: a kimerültség ellenére nehéz az elalvás, elégtelen az alvás, esetleg rémálmok, vagy kínzó gondolatok jelentkeznek.

Az *érzelmi kimerültség jelei*: a depresszió, a kétségbeesettség, a reményvesztettség, s a csapdába ejtettség érzése, amelyeknek következtében a kiégés egyes esetekben lelki betegséghez, vagy öngyilkossági gondolatokhoz vezethet. A kiégett ember érzelmileg kiüresedettnek érezheti magát, ingerlékennyé és idegessé válhat. A család, a barátok, akik valaha örömet és feltöltődést jelentettek, aktuálisan csak további kötelezettséget jelentenek, aminek meg kell felelni. A munkahely és más tevékenységek által megélt megelégedettség-érzés eltűnik. A boldogságot, s a bizakodást a magány, az elkedvetlenedés és a kiábrándultság

KIÉGÉS

váltja fel. A kiégés magyarázata lehet az öngyilkosság, a depresszió, az alkohol-és drogfüggőség nagyobb arányú előfordulására az egészségügyi szakdolgozók körében.

A lelki kimerültség jelei: legjellemzőbb tünet a negatív beállítottság, a pesszimizmus, önmaga és a munka iránt, amely aztán az élet minden területén jelentkezik. A negatív attitűd kihat a környezetre, az emberekre is, rideggé és rosszindulatúakká válhatnak a betegekkel szemben. A dehumanizáció során a kiégett ápoló a betegeket nem embereknek, inkább betegségek halmazának tekinti. Azáltal azonban, hogy így kezeli a betegeket, ő maga és kapcsolatai is dehumanizálódnak, érzelmileg egyre jobban elszegényedik. Munkájával elégedetlen, emiatt későn érkezik munkahelyére, korán távozik onnan, megpróbálja a betegeket elkerülni, nem veszi fel a telefont, nem tud a betegekre figyelni, és cinikussá válik. Megfigyelhető, hogy az ilyen ápoló fizikailag is igyekszik távol tartani magát a klienseitől: távolabb áll tőlük, kerüli a szemkontaktust, személytelenül kommunikál velük (deperszonalizáció), kevesebb időt tölt egy-egy beteggel. Érzelmi életét mintegy kikapcsolja, úgy tekinti a betegséget, mint a beteg saját problémáját. A pszichikai eltávolodás jele a betegek diagnózisként, érdekes esetként való kezelése, megfigyelhető a betegen, s nem a beteggel való nevetés, az “akasztófahumor”.

Mindezeknek a megnyilvánulásoknak, “tüneteknek” az aránya változó lehet aszerint, hogy milyen az ápoló személyisége. Bizonyos személyeken a krónikus fáradtság jelei, másokon szinte csak testi tünetek jelentkeznek, ismét másokon a koncentrációzavar, a gondolkodás lassulása a legszembetűnőbb. Egy-egy tünet kihat a másokra is, s gyakran alakul ki például lelki betegség talaján testi kórkép. Mindazonáltal a kiégés nem rossz, vagy gyenge emberekről szól. Sokkal inkább olyan speciális személy-környezet interakcióról van szó, amelyben a megterhelő munka és nem kielégítő munkakörülmények kihívásaira az egyén rossz adaptációval, nem megfelelő megküzdési stratégiák sorozatos használatával válaszol. (Pikó Bettina, 2000)

(A kiégés jelenség klasszikus tünetei, a következő, V.3. fejezetben kerül bemutatásra.)

Hangsúlyozandó ugyanakkor az is, hogy a kiégés, mint foglalkozási stressz egyik lehetséges következménye, jelentősen különbözik a klinikai értelemben vett depressziótól. A klasszikus klinikai szemlélet értelmében a depresszió esetében a betegség, vagyis a zavar oka meghatározó módon az egyénen belül (endogén okok), illetve a személy élettörténetében, vagy aktuális eseményekben (exogén okok) keresendő, s ennek megfelelően alakítják ki a gyógyszeres-és pszichoterápiát. A kiégés esetében pedig azt láthatjuk, hogy az egyén és a környezete közötti kölcsönhatás kerül a középpontba, azaz az érintett segítő foglalkozású egyén, mint az adott normák megvalósítására törekvő társadalom aktív tagja, egyszemélyben

KIÉGÉS

a veszélyes állapot okozója és a veszélyeztetettség alanya is, tehát az okozat. Ez a különbség a klinikai értelemben vett depresszió és kiégés tudományos besorolása között. (Hézszer Gábor, 1996: 80)

A kiégettség tehát olyan állandó kimerültség, amelyet az érintettek már nem tudnak a szokásos módon megszüntetni. A kimerültség okai pedig legtöbb esetben, a külső munkakörnyezetben keresendők. Magyarországon 2004-ben készült az orvosokat célzó átfogó, a kiégés jelenségére összpontosító vizsgálat. A nemzetközi kutatások az orvosok vonatkozásában, a burn-out vizsgálatában, az alábbi figyelemre méltó eredményeket hozták:

- Az Egyesült Államokban, 2001-ben 5700 orvost vizsgáltak a kutatók, a kiégés előfordulási gyakorisága 22 százalékos volt (Linzer et al. 2001).
- Ugyancsak az Egyesült Államokban vizsgálták az onkológus szakorvosok kiégését. Az eredmények meglepőek: a vizsgált szakemberek több mint felénél (56 %) a kiégés kimutatható volt (Whippen- Canellos, 1991).
- 2400 holland orvost vizsgálva a kiégettség 11 % körül alakult. (Linzer et al. 2001).

A hazai kutatások vonatkozásában, ahogy említettük, ki kell emelnünk a 2004 őszén, a SE Magatartástudományi Intézete munkatársainak vizsgálatát, amelyben 187 magyar orvost vizsgáltak, reprezentatív módon, a Maslach Burnout Inventory (MBI) felhasználásával:

- Az MBI három kiégési dimenzióját tekintve, az orvosok 21,2 %-ára jellemző az emocionális kimerülés, 7,7 %-ára a deperszonalizáció és 33,1 %-ára a teljesítményvesztés.

Nemzetközi összehasonlításban, a magyar orvosok kiégési mutatói hasonlóak a más országokban dolgozó orvosok eredményeihez, elsősorban amerikai, holland, svájci és brit orvosok vonatkozásában. (Ádám, Sz- Györfly, Zs- Csoboth, Cs. 2004.)

Az egészségügyi intézmények a munkahelyi stresszterheltség szempontjából mindig különösen veszélyeztetettnek számítottak. Az egészségügyben dolgozók munkaköre azért is sajátos, mert a stressz hatása nem nyilvánulhat meg a munkateljesítmény romlásában, ezért inkább a hiányzások magas száma, a fluktuáció és a pályaelhagyás jelzik a probléma jelenlétét. (Pikó, B. 2002.) Emellett a feszültség számos pszichikai zavart okoz, amely legnyilvánvalóbb módon a kiégés jelenségében nyilvánul meg. A túlmunka okai természetesen számos más tényezőben is keresendők. Fokozott terhet ró az egészségügyre a szociális problémák megjelenése és kezelésének felvállalása. Jó példa erre a munkanélküliség

KIÉGÉS

problematikája, vagy a “betegségbe menekülés”- jelensége. A betegforgalom emelkedésével párhuzamosan az egészségügyben dolgozók- elsősorban az ápolónők- száma is egyre csökken.

A szakirodalom adatai szerint a speciális stressz (Sonneck, G. 1982.) összetevői több elemből adódnak össze. Három dimenzió együttes jelenléte meghatározó jelentőségű:

1. a hivatás jellegéből adódó fizikai és emocionális stressz (hosszú munkaidő, fizikai-és pszichikai nyomás, krízishelyzetek, alacsony bérezés, adminisztratív terhek, gyógyszerekhez való könnyű hozzájutás)
 2. a munkaszervezet hatása (betegek elvesztése, a hivatás magánéletre gyakorolt negatív hatása)
 3. a munkavégzés feletti kontroll
- (Sonneck,G. 1982.28-31)

Györffy Zsuzsa és Ádám Szilvia a munkaszervezeten belül az alábbi munkastressz összetevőket nevezik meg:

- Rossz kommunikáció a teamen belül
- Túl sok változás rövid időn belül
- Megoldhatatlannak tűnő feladatok
- Pontosan körül nem határolt munkafeladatok
- Konfliktus a team többi tagjával
- Munkaerőhiányból fakadó túlterheltség
- Az idősebb kollégák támogatásának hiánya
- Túl sok adminisztráció

A munkastressz gazdasági hatása is jelentős. Nagy- Britanniában 40 millió munkanap-vesztés származik a munkastressz okozta tényezőkből. Ausztráliában évente 30 millió dollárt tesz ki a munkastressz okozta problémák kezelése. Az Egyesült Államokban 550 millió munkanap vész el évente a stressz miatt. Összességében ez azt jelenti, hogy a gazdasági veszteségek- a megbetegedésekből, balesetektől, hiányzásokból származóan- évi 150 millió dollár körül mozognak. (Györffy, Zs- Ádám, Sz. 2004)

KIÉGÉS

A kiégés kifejezés első leírása, ahogyan már említettük Freudenbergertől származik, önségítő közösség tagjainál, krízisintervenciós központok, egészségügyi intézmények dolgozóinál figyelte meg a krónikus érzelmi megterhelések hatására fellépő fizikai, érzelmi és mentális kimerültség állapotát, melynek következménye az elszemélytelenedés, s az inkompetencia érzése. A jelenség fennállásának következménye a munkateljesítmény és a személyiség hanyatlása lehet.

A kiégés felismerése az 1970-es években (Freudenberger, H. 1974; Maslach, C. 1976.) egybe esett a világszerte megjelent gazdasági recesszióval, az egészségügyre, és a közsférára vonatkozó költségvetés csökkentésével és az átszervezésekkel összefüggő elbocsátásokkal. (Humán szolgáltatások, egészségügy, oktatás vonatkozásában.)

Ápolónők, orvosok, pedagógusok, jogászok, pszichoterapeuták, szociális munkások közül is a magasan kvalifikált, elkötelezett, s jó képességű dolgozókon fordul elő leggyakrabban a kiégés, azoknál, akik a nagyfokú pszichológiai igénybevétel miatt elvesztették lelkesedésüket és elkötelezettségüket.

Christina Maslach definíciója szerint a kiégés a krónikus érzelmi és interperszonális stressz folyamatokra adott válaszreakció, fizikai és mentális kimerülés, mely három tünetből álló tünetegyüttesként jellemezhető:

- 1.) Emotionalis exhaustio (érzelmi kimerülés) állapota
- 2.) Deperszonalizáció, elszemélytelenedés; ami a burnout vonatkozásában Maslach és Jackson teóriája alapján, azt jelenti, hogy a segítő foglalkozású egyén érzéketlenné válik, vagy cinikus magatartást tanúsít a betegek, kliensek, s a munkatársak iránt, azokat tárgyként kezeli.
- 3.) Csökkent teljesítmény, a megfelelés elégtelensége, inkompetencia érzése.

Bár egyéni stressz-érzékelésről (leginkább annak elégtelenségéről) van szó, az csak a munkahely szervezeti, a társas kapcsolatokat is magába foglaló kontextusában értelmezhető. (Maslach, C.- Jackson, S.E., 1981)

Mindezek következményeként elmondhatjuk, hogy a kiégettség, vagy foglalkozási deformáció szociálpszichológiai fogalom. A tünetegyüttes fogalmával a szociálpszichológia, az egyén és a környezet közötti kölcsönhatásokra koncentrálnak. A klasszikus és mechanikus

KIÉGÉS

összefüggés helyébe a sztochasztikus kapcsolatokban, korrelációban, kölcsönhatásokban való gondolkodás lép. Az érintett ember, mint az adott normák megvalósítására törekvő társadalom aktív tagja egy személyben a veszélyes állapot okozója és a veszélyeztetettség alanya is. (Hézszer, G. 1995 c)

A burnout tünetcsoport okai

A kiégés kialakulását a munkahely (munkakörnyezeti kóroki tényezők) és a munkavállaló egyén (személyiség) közötti kölcsönhatás határozza meg. Maslach és munkatársai hangsúlyozzák az egyéni személyiség-, képesség-, készségbeli tényezők, valamint a munkaszervezeti tényezők: például kiszolgáltatottság a döntéshozóknak, a kontroll és az autonómia alacsony szintje, a társas kapcsolatokból eredő konfliktusok etiológiai jelentőségét. (Maslach, C- Jackson, S.E., 1981) A folyamatos foglalkozási és magánéleti stressz expozíciók az energiaforrások fokozatos kimerüléséhez vezetnek. A stressz –dús munkakörnyezet, ápolók esetében a halállal való szembesülés, interperszonális konfliktusok és a zaj meghatározóak lehetnek a tünetegyüttes létrejöttében. A nagyfokú munkahelyi megterhelés, a stressz és a konfliktusok a kiégés legfigyelemreméltóbb előjelei lehetnek. (Zapf, D. 2002.) A túlzott környezeti elvárás lehet az az ok, amely inadekvát érzelmi válasz kialakulásához vezet, s kiégést eredményezhet. Jellemző és meghatározó a foglalkozás nagy érzelmi munka igénye. Szemben a foglalkozási stressz általános felfogásával, a kiégés okozója olyan speciális tartós foglalkozási stressz, amelyet különösen a munkavégzéssel kapcsolatos interperszonális kapcsolat igénye eredményez abban az esetben, ha ez tartósan meghaladja a dolgozó által teljesíthető mértéket. (Maslach és Schaufeli, 1993.)

A burnoutra vonatkozó szakirodalom számos egyéb munkakörnyezeti és személyiségben rejlő okot vesz számba a szindróma keletkezésében, amelyek közül a legfontosabbak a következők:

- Elégtelen információ; a feladat leírása nem világos, a prioritások a folyamat közben változnak, vagy nem pontosan meghatározottak
- Túlterhelés; több műszak, túlórázás, ügyeleti rendszer
- Ismétlődő rutin feladatok
- Feedback hiánya; nincs visszajelzés a munka eredményességéről, az elismerés hiánya
- Elidegenülés; másoktól való izoláció
- Személyiség-jegyek szerepe: az empátia, a nagyfokú érzékenység, a kritika rossz tűrése, a bizalomhiány, a narcisztikus személyiségkép (Zapf, D.2002.)

Az érzelmi munka erőfeszítés, tervezés és kontrollálás az érzelmek terén, az interperszonális kapcsolatokban. Az érzelmi munka meghatározója a kölcsönhatások minősége az alkalmazottak és a kliensek között. Kliens bárki, akivel munkája során kapcsolatba kerül az ápoló. Az emberközpontú, segítő foglalkozásokban a segítő szakember kénytelen munkája során érzelmeit kimutatni, tehát az emocionalitás a segítő foglalkozás része. (Morvai Veronika, 2005.) Nagy az érzelmi munka jelentősége a szolgáltató szektorban is, Zapf alapján elmondhatjuk, hogy az Európai Unióban a foglalkoztattak 59 százaléka a szolgáltatásban dolgozik. (Zapf, 2002.) Az érzelmi munka jellemzője pedig, hogy ambivalens; pozitív következménye a megfelelés érzése, s a munkával való elégedettség átélése, negatív következménye pedig, az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció, pszichoszomatikus zavarok stb. (Maslach és Schaufeli, 1993.)

V. 3. A kiégés jelenség klasszikus tüneteinek bemutatása

A kiégés a pszichoszomatikus tünetek, panaszok és megbetegedések, valamint a szomatikus betegségek széles skáláját okozhatja. (Maslach, C. 1982)

A jelenség tudományos leírása a következő tünetcsoportokat különbözteti meg: pszichés, fiziológiai, magatartásbeli, szociális kapcsolatokban megnyilvánuló és a problematikus viselkedésformák.

Az alábbiakban nézzük meg az őket jellemző diszpozíciókat. (Hézszer, 1996 a: 82)

1. Pszichés tünetek

- emocionális (érzelmi) tünetek: reménytelenség és tehetetlenség érzése, lelkesedés és a felelősségérzet elvesztése, kedvetlenség és közömbösség a munka iránt, ingerlékenység, türelmetlenség, szorongás, kimerülés, apátia, negatív önértékelés, depresszió (Maslach, C. 1976.)

2. Fiziológiai tünetek

- állandósuló testi feszültségérzés, fejfájás, fáradtság, gastrointestinális (gyomor-bélrendszeri) betegségek, izomfeszülés, alvászavarok
- a testi ellenálló képesség (immunitás) csökken, nagy fogékonyság betegségekre
- fizikai reakciók lépnek fel, például a magas vérnyomás, vagy nem specifikus fájdalom jelentkezik (Maslach, C. 1976.)

3. Magatartásbeli tünetek

- gyakori, kontrollálatlan agresszió, dühkitörés
- a teljesítőképeség, a szakmai érdeklődés csökkenése
- a kezdeményezőképeség aktivitása gyérül, igen gyakori a "felső utasításra" várás

4. Szociális magatartás

- visszahúzódás, a kollegiális kapcsolatok csökkenése, csökken, vagy megszűnik a hivatásba vetett hite
- baráti kör elhanyagolása, izoláció, a kliensekkel, munkatársakkal való helytelen bánásmód
- a korábbi kedvtelések (sport, kirándulás, ...) feladása

5. Problematikus viselkedésformák

- elhatalmasodó cinizmus, közömbösség, negatív beállítottság, kialakulhat az alkoholfüggőség, a dohányzás és a drog (gyógyszer) fogyasztás
- a korábbi elkötelezettség elvesztése – az ún. dehumanizáció jelensége (Böhle, és mtsai, 2001.)

A tüneti kép azokat a jelenségeket foglalja össze, amelyek a kiégett embernél tapasztalhatók. Ennyiben általános képet nyújt, mert ezek a tünetek szinte kivétel nélkül azonosak, bármely foglalkozási területen dolgozzon is a lelkileg kiégett ember.

V.4. A kiégettség és az elhárító mechanizmusok kapcsolata

A kiégettség olyan állapot, amely hosszú időn keresztül lassan, de folyamatosan alakul ki. A túleröltető célok, normák elérésére való állandó törekvés, a társadalmi elvárás idővel felmorzsolja az érintettek szomatikus és pszichés erejét. Az érzelmi állapotot uralja a stressz, láthatóvá lesz a motiválatlanság. Eleinte panaszkodnak még fáradtságról, kimerültségről, később állapotukat "sorsuk", avagy végzetük szükségszerű velejárójának, illetve következményének tartják. Erős veszélyeztetettségről akkor beszélhetünk, ha ez az állapot a veszélyeztetettek számára természetessé, elfogadottá vált. Ehhez a mélylélektan felfogása szerint az elhárító mechanizmusok diszfunkciója, túlműködése vezet el. (Hézszer, 1996 a: 84)

Az elhárító mechanizmusok a személyiség életében alapvetően pozitív funkciót töltenek be: védik az egyén testi-lelki egyensúlyát a "belső veszélyekkel" szemben. Óvnak a túlzott kontrollálatlan indulatok, ún. ösztöntörekvések kitörésétől. Ennek a védő, a mentális egészség

KIÉGÉS

szempontjából fontos folyamatnak diszfunkcionális formája akkor jelentkezik, ha a konkrét, aktuális veszélyeztetettség felismerésének, tudatosulásának és leküzdésének akadályozóivá válnak. Ilyen diszfunkcióra utalhatnak a környezet aggódó figyelmeztetésére adott, ismétlődő, elutasító kifejezések: “velem ez nem történhet meg!”; “idővel majd csak rendbe jönnek a dolgok...” ; “nekem nem árt a hajsza, sőt, akkor tudok a legjobban dolgozni!”; “csak egy pár nap pihenés kell, és megint a régi vagyok...” stb. (Hézszer,G.1996a: 84)

Az elhárító mechanizmusok megjelenésének típusai

Az elhárítás különböző formáinak kutatása Anna Freud munkájának eredménye. Az általa használt csoportosítást veszi alapul Hézszer Gábor is.

Az ún. elfojtás az egyik leggyakrabban jelentkező forma. Röviden fogalmazva ez azt jelenti, hogy önmagunkra vagy másokra vonatkozó tényeket, felismeréseket valójában nem veszünk tudomásul. Azok valóságtartalmát és az általuk kiváltott érzelmeket “elfojtjuk”. Például: “Velem ez nem történhet meg!” (Hézszer, G. 1996a: 84)

Az ún. eltolás akkor jelentkezik, ha nyugtalanító, kellemetlen érzéseket, felismeréseket kevésbé fontos dologra, személyre, helyzetre “tol el” valaki. Például: “Nem mehetek kórházba kivizsgáltatni magam, mert nincs, aki vigyázzon a kutyámra!” Az önmaga iránti gondoskodás szükségessége a házi kedvenc iránti gondoskodásra helyeződik át.

A projekció szó, latin eredetű, melynek jelentése: kivetítés. Azt a folyamatot jelöli, amikor az egyén belső, lelki tartalmakat a külvilágba, a környezetébe “vetít ki”, önmagán kívül látja azt, ami őbenne történik. Ez történhet például a bűnbak keresése által: “Ha ő egy kicsit jobban megerőltetné magát, s többet keresne, nem kellene nekem kettőnk helyett dolgoznom!” Így egyrészt elhárítódik a saját személy iránti felelősség, másrészt biztos, hogy semmi sem fog megváltozni.

Az introjekció kifejezés “bevetítésként” fordítható, a projekció ellentéte. Az ilyen embert környezete, ellentétben az előző csoportokhoz tartozókkal, morálisan magasra értékeli. Az a személy, aki elsősorban önmagában keresi a hibákat, az sokszor a lelkiismeretes, szerény, korrekt ember benyomását kelti, és általában mások megértő-támogató reakciójára számíthat. Lehetetlen munkafeltételek mellett dolgozóktól hallható például gyakran: “Ha egy kicsit több erőm lenne, s jobban menne a tanulás, könnyen el tudnék én végezni mindent.”

A fantáziálás a szükséges változás előli menekülés egyik lehetséges formája. Ha változás történne, akkor annak olyan mértékűnek és minőségűnek kellene lennie, aminek reális alapja

KIÉGÉS

nincs. Az egyik példa erre: “Ha egyszer végre ötösöm lenne a lottón...” A statisztika szerint a telitalálat valószínűsége megközelítőleg akkora, mint az, hogy valakit villámcsapás ér.

A szelektív emlékezés pedig egyfajta filter: csak azt tartja meg, ami az egyén számára elviselhető, kellemes, a privát elképzeléseknek, a normáknak stb. megfelel. Elmossa az időbeni és térbeni határokat, rég történt események úgy élnek valakiben, mintha tegnap történtek volna.

A reakcióképződést is az elhárító mechanizmusok között tartja számon a klasszikus mélylélektan. A kiégéssel kapcsolatos összefüggésében különösen fontos jelenség. A reakcióképződés olyan lelki folyamatot jelöl, amelynek során valaki elfojtott vágyait, indulatait ellentétes értelmű magatartás-és viselkedésmóddá változtatja át. Ez súlyosabb esetben az alapmagatartás meghatározó formájává válik. Az ilyen személyiség egészében ellentmondásosságot sugároz. Például a munkától kimerült, pihenésre szoruló feleség ezt mondhatja férjének: “hagyd csak, majd én kiporszívózom a lakást, nekem úgyis jót tesz az a kis mozgás...” Azután abból, ahogyan dolgozik, elég hamar nyilvánvalóvá válik, hogy egyáltalán nem tesz jót neki. (Hézszer, G. 1996a: 85)

Ha egy vagy több elhárító mechanizmus valakinek alapmagatartásává válik, akkor megteremtődik a kiégés folyamatának egyik veszélyes pszichikai feltétele.

V.5. Egy onkológiai, s egy intenzív osztályon dolgozó ápoló esete

Hézszer Gábor munkájában tipikus eseteket és esettípusokat mutat be, a jelenség szemléltetése céljából, ezek közül választottuk az alábbi, Teréz nővér esetét, tettük ezt azért, mert számunkra az ápolók kiégésének, munkahelyi stresszének a bemutatása a meghatározó feladat, s egészítettük ki, egy másik ápoló élettörténetének leírásával, akivel szociális készségfejlesztő tréningen találkoztunk, a “Jósa András” Megyei Oktató Kórház szervezésében, Nyíregyházán, 2000-ben.

Így reméltük, hogy szemléletessé válhat az a folyamat, amely bemutatja, hogy kik lehetnek az érintettek a kiégés vonatkozásában, s hogyan függ össze a családi-munkahelyi környezetben meglévő sajátságok a segítő foglalkozású egyén személyiségprioritásával, motivációival, attitűdjével. Nagyon fontos volt számunkra annak az illusztrálása, hogy a kiégés nem rossz, vagy gyenge emberekről szól, sokkal inkább olyan személy-környezet interakcióról van szó,

amelyben a megterhelő munka kihívásaira az egyén rossz adaptációval, nem megfelelő megküzdési stratégiák sorozatos használatával válaszol.

Teréz nővér esete - Hézszer Gábor szerint

“Teréz nővér kiváló eredménnyel végezte a nővérképzőt, néhány éve volt munkában. Rátermettségét, képességeit mindenki elismerte, energikus, megfontolt fiatal nő volt. Idealizmusa, hite példamutató. (Hézszer, 1996a: 82)

A sebészetben a páciensei és a hozzátartozók szerették, mint mondták: “nincs még egy ilyen együtt érző teremtés ebben a kórházban”. Életvidámsága néha többet jelentett betegeinek, mint a fájdalomcsillapítók. Ha belépett egy kórterembe, áradt belőle az együttérzés, a biztató reménység. Elbocsátásakor sok beteg búcsúzott így: “maga nélkül soha nem gyógyultam volna meg!”

Minden elismerést megérdemlő erkölcsi motiváció készítette az ápolónőt arra, hogy áthelyeztesse magát az onkológiai osztályra. Felettesei és a személyzeti osztály örült, hogy kapnak valakit ebbe a munkakörbe.

Nem tartotta senki szükségesnek, hogy éppen vele részletesebben is megbeszélje elhatározását. Mint eddigi munkája során is, életcélja a másokon való segítség volt. Úgy érezte, az onkológián van igazán szükség rá.

A halálozási arányszám igen magas volt. A betegeket a testi szenvedés mellett a lelki állapotuk is gyötörte. Nem csoda, hogy a nővérek csak néha-néha kaptak tőlük egy jó szót. Nyomasztó hangulat uralkodott az osztályon. Teréz nővér nagyon együtt érzett a pácienseivel, velük együtt szenvedett. Minden halálesetnél úgy érezte kudarcot vallott, s büntudata volt. Halálosan fáradtan ment esténként haza. Fáradtságát a nővérhiányból adódó többletmunkának tulajdonította.

Kollégái is mások voltak, mint ő. Úgy tapasztalta, mintha őket nem terhelné annyira ez a sok szenvedés. Lassan elveszítette humorát, ami megriasztotta. Egyre jobban örült a szabadnapoknak, amikor nem kellett találkoznia a betegeivel.

Később, amikor szolgálatban volt, lehetőleg keveset időzött egy-egy ágynál. Eleinte még nem tűnt fel neki, hogy ő is használja az osztályra jellemző gunyoros kifejezéseket, ha a páciensekről beszél. Eleinte még érezte, hogy egyre inkább eltávolodik a betegektől. “Ha nem vigyáz magára – mondta neki az egyik orvos – hamarosan maga is a betegünk lesz.” Ő ekkor már arra gondolt, hogy az utóbbi időben esténként nem csak egy pohár bort iszik, s emiatt

KIÉGÉS

kerülne más osztályra... Ingerülten felelt az orvosnak: jobb, ha a betegeivel törődik. Gyakran volt náthás, sokszor fájt a feje, gyógyszer nélkül nem is tudott volna dolgozni.

A házassága megromlott, a férjét alig tudta elviselni maga mellett. Kétségbeesetten kérdezte önmagát, miért is lett nővér.” (Hézszer, G. 1996a: 82)

Feleletet már saját maga sem talált rá.

Ez az eset, esettípus, azt igazolja, hogy a foglalkoztatási deformáció mennyire meghatározza az egyén és a munkakörnyezet kapcsolatának alakulását. Nem lehet egyértelműen megállapítani, hogy ki vagy mi az ok. Ebből az esetből is látható, hogy a kiégés egy folyamat eredménye. Az egyéneken kívüli és benső pszichikai tényezők együtthatása által alakul ki.

Az intenzív osztályon dolgozó ápoló esete-saját gyakorlat alapján

A nővér, nevezzük Beának, két éves ápolóképzőbe járt, amelyet az egyik megyei kórházban szerveztek, munka melletti, levelező formában, 17. évüket betöltő leányok számára, az 1980-as évek végén.

Bea édesanyja háztartásbeliként otthon nevelte három gyermekét, Bea nővérét, Beát, és öccsüket. Két év korkülönbséggel születtek a gyerekek. Édesapjuk vasutas volt, aki ritkán volt együtt velük, de ezt nem bánta a család, mert az apa erősen alkoholizált, s agresszív módon viselkedett ilyenkor családjával. Bea már az általános iskola elvégzése után az egészségügyi szakközépiskolába szeretett volna jelentkezni, jó tanulmányi eredménye az elhatározását meg is erősítette volna, de ezt apja nem engedte, mondván, nincs szükség az érettségre, s minél hamarabb álljon munkába a lány, váljék keresővé. Emiatt aztán kereskedelmi szakmunkásképzőben szerzett bizonyítványt, s a végzés után a megyei kórházban helyezkedett el, segédápolóként, s munka mellett vállalta a kétéves nővérképzőt. Biztos volt benne, hogy ez a pálya a neki való hivatás, s ebbe már apja sem szólhatott bele, hiszen a kórházban közalkalmazotti munkaviszonnyal, s ami ennél is lényegesebb volt, saját keresettel rendelkezett.

Önálló élete nagyrészt a kórházban zajlott, 12 órás beosztásban dolgozott, kezdetben mindig azon az osztályon, ahova iskolai gyakorlatra osztották be őket. Ekkor azt gondolta, ha végez, a gyermekosztályt választja munkahelyéül.

A megyei kórházban építkezések folytak, akkor épült a hatemeletes sebészeti tömb, megszokott látvány volt, a munkások, a beszállítók és a fiatal nővértanulók évődése az udvaron. Beának megtetszett egy fuvaros, gépkocsivezető férfi, aki 9 évvel volt tőle idősebb.

KIÉGÉS

A férfinek, nevezzük, Pálnak is feltűnt a naiv, melegszívű Bea, kedves arcával, mosolyával, az életre rácsodálkozó barna szemeivel, vállig érő, hullámos hajfürtjeivel. Két évig udvarolt Pál Beának, s amikor Bea megszerezte oklevelét, eljegyezte a lányt. Az esküvő szervezése, a közös élet kialakítása nagy lelkesedéssel töltötte el az ifjú menyasszonyt, örült annak, hogy sikerül neki is révbe érnie, ő is megszabadul a származási családjától, csakúgy, mint a nővére. Külön öröm volt számára, hogy férje egy tapasztalt férfi lesz, akitől végre biztonságot kap, s aki társa lehet, ahogy ő mondta: “Asztalnál, ágynál többé nem leszek magányos”.

Házasságkötésük után férje nem vitte el őt nászútra, mondván fölösleges pénzkidobás lenne, de kárpótolja Beát a tudat, hogy építkezésbe kezdenek. Pál arra kérte nejét, hogy olyan osztályra menjen dolgozni, ahol magasabb lesz a fizetése, hiszen minden fillérre szükségük lesz. Bea áthelyeztette magát a gyermekosztályról, az intenzív terápiás osztályra; amikor elbúcsúzott kolléganőitől érezte, hogy nem lesz boldog új munkahelyén. A gyermekosztály világa, a kis betegekkel való kapcsolata örömet, élményt jelentett számára, közvetlensége, kedvessége feledtette a gyerekekkel azt, hogy ők valójában kórházban vannak. Főnöke, a főnővér kérte, hogy maradjon ott, s figyelmeztette, hogy az intenzív osztály jellegében egészen más, mint a kisdud részleg, ahol addig dolgozott. Bea Pálnak akart megfelelni, s azt gondolta, később még dolgozhat gyerekekkel.

Az intenzív osztályon ő volt a legfiatalabb nővér, kolléganői így fogadták: “Ezen az osztályon, vagy megszoksz, vagy megszöksz, itt nincs más alternatíva!” Új főnöke “kapitány”-típusú nővér volt, akit így jellemezett Bea: “A főnővér ránézésre is “asszonyember” volt, elvált nő, aki katonás fegyelmet tartott az osztályon, s akitől félttem. Azt éreztem, hogy igyekezniem kell megfelelni elvárásainak, mert tőle függök- teljesen.”

Az a légkör, ami az intenzív osztályt jellemezte, szorongással töltötte el Beát, a gépek, monitorok, vezetékek sokasága kiismerhetetlen kuszaságot jelentettek számára, s teljes igyekezetével azon volt, hogy minél hamarabb elsajátítsa azokat az ismereteket, amelyek nélkül az ápolási technikai beavatkozásokat nem tudta egyedül elvégezni. Másik fő problémát a betegek jelentették számára, magas volt az osztályon a halálozási arány, állandó feszültséget jelentett, hogy bármelyik pillanatban újraélesztésben kellett helytállnia, s csak minimális lehetősége volt a betegekkel való kommunikációra, hiszen a betegek eszméletlen állapotban voltak, s többnyire gépi lélegeztetés által mutattak csak életjeleket.

Mentora, nevezzük Juli nővérnek, már 8 éve dolgozott az osztályon, mindenben Bea ellentéte volt; hiszen Bea “anyatípusú”- nővér volt, Juli pedig “specialista”- típusú, szabad szájú, s manuálisan ügyes, gyors, s rendkívül magabiztos dolgozó. Bea úgy érezte, hogy esélye sincs

KIÉGÉS

arra, hogy valamikor is olyan otthonosan mozogjon az intenzív osztályon, s olyan legyen, mint mentora. Türelmetlen volt magához, s helyzetét tovább nehezítette, hogy az éjszakai műszak végén, amikor hajnalban mosdatták a betegeket, meg kellett küzdenie az erős hányinger érzésével. Erről nem beszélt senkinek sem, s arról sem, hogy alvó napján nem tud elaludni, ha pedig sikerül is nagy nehezen elaludnia, rémálmok gyötrik, a sikertelen reanimációk (újraélesztések) képeit látja maga előtt. Hét hónapot dolgozott az osztályon, igyekezete, megfelelni akarása mindenkinek feltűnt, s miután állandó nővérhiány volt az intenzíven, határozatlan idejű szerződést kötöttek vele. A főnővér tudta, hogy Bea görcsös igyekezetét az határozza meg, hogy szüksége van a magasabb munkahelyi pótlékra, s nem érzi biztonságban magát, szakmailag. Éppen ezért nem terhelte őt azzal, hogy műszakvezetést bízson rá, igyekezett az idősebb kolléganők mellé beosztani, s azt gondolta, ha leérettségizik, majd az intenzív terápiás szakosító elvégzése után, oldódik Bea szorongása, szakmailag sokkal magabiztosabb lesz.

Mindez azonban nem valósulhatott meg, mert Bea állapotos lett, s koraterhesen, azonnal betegállományba íratta magát. Megmenekült a rémálmoktól, a hajnali hányingerektől, a munkahelyen átélt károsító stressztől, s azt gondolta, hogy a várandósság boldog napjai várnak rá. Tévedett. Férje nem vette jó néven azt, hogy Bea táppénzen van, s magára hagyta őt, az építkezés befejezésének gondjai a terhes asszony mindennapjainak problémáivá lettek. Most döbönt rá, hogy egyedül van, férje többnyire későn ér haza, reggel korán útnak indul, építőanyagot fuvaroz, s távolságtartóvá lett a vele való intim és érzelmi kapcsolatában, már nem beszélgetnek, nem terveznek együtt, s mintha a születendő gyermek sem jelentene számára örömet. Ez az érzése akkor oldódott, amikor anyává lett, s kisfia mosolya, kettejük áldott szimbiózisa újra értelmet és örömet szerzett neki. Pállal való kapcsolatán szeretett volna javítani azzal, hogy elsőszülöttjének ugyanazt a keresztnévet adta, mint, amit a férje viselt.

“Nincs új a Nap alatt!”- mondogatta Bea, hiszen felismerte, hogy Pállal való házassága hasonlatos ahhoz, amit már gyermekkorában megismert, valójában anyja éppen úgy érezhette magát, mint ő. Hiába, neki is sikerült olyan férfiba szeretnie, amilyen apja volt, s egyre világosabban látta, hogy Pál kihasználja őt. Nehéz lett volna ezzel az érzéssel együtt élnie, változtatások nélkül, ezért elnyomta, tagadta, hártotta felismerését, s erőn felül tett azért, hogy boldog ember benyomását keltse, környezetében. Felépült a kertes házuk, még két gyermeknek adott életet, de a harmadik gyerek megszületése után kiderült, hogy Pálnak szerelmi kapcsolata van egy fiatal lánnyal, aki gyermeket vár tőle. Bea nem akart tudomást

KIÉGÉS

venni a történekről, azt gondolta, hogy minden áron fenn kell tartania a házasságuk látszatát, s hallani sem akart a válásról. A legkisebb gyerekével, a kis Bőbével, annak 10 éves koráig maradt otthon GYES-en. A kicsi lány hörgi asztmában betegedett meg, nyilvánvaló volt a gyerek tünetképzése Bea számára, hiszen a nővérképzőben megtanulta a pszichoszomatikus tünetképzés mibenlétét, s emlékezett még a gyerekosztályos múltjából e betegségnek a családi kommunikációs zavarra is visszavezethető hátterére. Mindezekről azonban nem akart tudomást venni, azt gondolta, Pállal való kapcsolatában még megélheti a tiszteletet, a bizalmat és a szerelmi szenvedélyt.

Bőbe is elmúlt tíz éves, s Beának vissza kellett mennie dolgozni, az intenzív osztályra. Azt a túlélési technikát választotta, hogy saját életéről senkinek sem beszél az “osztályon”, feladataira koncentrált, s, ha szüksége lesz rá, nyugtatókkal segít saját magán. Régi problémái felerősödtek, különösen a hétfői nappalos, s az éjszakai műszak volt számára megterhelő, gyermekeitől kapta a legtöbb támogatást, érzelmileg. De ennek ellenére nem tudott úrrá lenni nehézségein, s Seduxen függővé lett, s az is előfordult, hogy a betegeknek kiírt, kábító fájdalomcsillapítót magának adta be. Természetesen ez nem maradhatott sokáig titokban egy olyan zárt rendszerű struktúrában, mint egy intenzív terápiás osztály. A főnővér javaslatára betegállományba került, majd az üzemorvos elindította Bea leszázalékolását, burnout szindróma következtében kialakuló, súlyos gyógyszerfüggőség és atípusos depresszió miatt. Járó betegként kezelték rokkantosítását követően is, ez idő alatt férje kezdeményezte a válásukat, s közös megegyezéssel különváltak. Hosszú ideig szedett antidepresszáns gyógyszereket, stabilabb állapotba került, új lakásba költözött három gyerekével, s igent mondott új életére. Lehetőséget kapott arra, hogy rokkantként vissza menjen dolgozni a kórházba, az intenzív osztály főnővére segített neki abban, hogy a kötszerraktárban dolgozzon, s amikor a kórház mentálhigiénés csoportja, szakdolgozók számára szervezett szociális készségfejlesztő-tréninget, Bea önként jelentkezett. Ez a kurzus sokat jelentett számára, 15 fős csoport tagjaként elmondhatta, s feldolgozhatta mindazokat a lelki traumákat, amelyek addig beárnyékolták életét.

Megtapasztalta a csoport együtt érző támogatását, tudatosult benne életstílusa, hivatás-és párválasztásának motívuma, saját személyiségtípusa, az altruizmus, és a “C”-típusú személyiség- prioritás közötti kapcsolat, mindez az IP módszereivel; gyermekkori emlékek, álmok elemzése, “fiktív” levél írása édesapjának, családfa-készítés, család-konstelláció, s életút-elemzés által. S ami az IP metodológiánál is sokkal többet jelenthetett neki, hogy

KIÉGÉS

találkozott olyan emberekkel, akiknek nonverbális kommunikációjukból leolvashatta, s megérezhette, hogy *ő szeretetre méltó ember*. Feladatként kapta, hogy terhelhető emberi kapcsolatai számát gyarapítsa, legyen nyitottabb a világ felé, s tanulja meg szeretni önmagát, s a tréning végén “véletlenül” ezt az útravalónak szánt idézetet húzta, Senecától:

“A saját véleményünktől többet szenvedünk, mint a valóságtól. Mindenki olyan boldog, vagy boldogtalan, mint amilyennek látja önmagát.”

Az egészséges személyiség tudja ezt, s azt is, hogy napról napra mindig meg kell, hogy teremtsen önmagát, ezt tekinthetjük kihívásnak, játéknak is, s nem harcnak, ezáltal sokkal színesebb lehet kinek-kinek az élete.

VI. A kiégési ciklus kialakulási folyamata

A kiégés tünetegyüttesének kialakulása 12 lépcsős folyamatként képzelhető el. Az egyes szakaszokat nem éles határok választják el, azok olykor összemosódnak. Az egyes szakaszok az élethelyzettől és a személyiségtől függően különböző intenzitásúak lehetnek. (Hézszer, G. 1996a: 85)

Minél korábban ismeri fel valaki a veszélyt, annál hatékonyabban tud segíteni önmagán, illetve annál hathatósabb a külső segítség, vagy annak elfogadási hajlandósága is.

A legutolsó szakasz a teljes kiégettség, de kevesen jutnak el ebbe a stádiumba, mert a korábbi szakaszokban megfelelő segítséggel meg lehet előzni ezt az állapotot. Intervenció nélkül a teljes testi és lelki megbetegedés jellemzőivel találkozunk, sőt életveszélyes helyzet is előfordulhat. A pszichoszomatikus betegségek és a kizárólag lelki tünetek is olyan intenzitással jelentkeznek, hogy valóban az élet kerül veszélybe.

Mi segíthet ebben a szakaszban?

Kórházi kezelésre és hosszas utógondozásra van szükség. A 12 szakasz tüneteit mindenki tapasztalatból ismeri, hiszen felgyorsult, feszültségekkel, fárasztó rivalizációkkal teli életünk gyakran sodor bennünket a megfáradás állapotába. Ha ezek a tünetek csak rövid ideig tartanak, akkor önmagunkban is meg tudunk birkózni a jelenséggel, s megóvhatjuk magunkat attól, hogy egyre mélyebb szakaszokba kerüljünk, s az egész egy folyamattá legyen az életünkben.

KIÉGÉS

Váratlan események, halál, munkahelyi kudarc, csalódás (...) fokozhatják a szindróma kialakulását vagy felgyorsulását. Hasznos éppen ezért, időnként számot vetni önmagunkkal, ismerve a jellemző stádiumokat, hogy kideríthessük a ránk leselkedő veszélyt, s időben útját állhassuk a folyamat beindulásának, vagy éppen fokozódásának.

Erre az őszinte önvizsgálatra azért is szükség van, mert hajlamos az ember elhárítani lelki életének gondjait, feszültségeit, úgy tenni, mintha nem lenne semmi probléma, s nem is tudja, hogy az elhárítással tulajdonképpen gerjesztőjévé vált saját megfáradásának, kiégésének. A kutatásban levelező tagozatos hallgatókat vizsgálunk, felmerül az a lehetőség is, hogy valójában a graduális képzés vállalása is lehet akár a kiégés kompenzálására tett kísérlet.

Az alábbiakban a ciklikus kialakulási folyamat szakaszai láthatóak:

1. szakasz – bizonyítani akarástól a bizonyítási kényszerig;
 2. szakasz – fokozott erőfeszítés;
 3. szakasz – a személyes igények elhanyagolása;
 4. szakasz – a konfliktusok elhanyagolása;
 5. szakasz – az értékrend megváltozása;
 6. szakasz – a fellépő problémák tagadása;
 7. szakasz – a visszahúzódás;
 8. szakasz – magatartás- és viselkedésváltozás;
 9. szakasz – deperszonalizáció;
 10. szakasz – belső üresség;
 - 11 – 12. szakasz – depresszió és ezt követheti a teljes kiégés;
- (Hézser,G.1995 c és Fekete, S.1991)

VII. A “Burnout” folyamat jellemzői s ezek bemutatása

A személyes prevenció szempontjából érdemes röviden áttekinteni, hogy milyen, a hivatás végzésén belül érzékelhető jelzések utalnak a folyamat megindulására és előrehaladottságára.

A lefolyás sematikusán a következőképpen foglalható össze:

- Előjelek: az elkötelezettség idealizálása és a kimerültség előjelei;
- Az elhivatottság érzésének csökkenése: ami megnyilvánulhat a kliensekkel, másokkal és a munkával szemben;
- Érzelmi reakciók: ez lehet az agresszió, a bűnbakkeresés, de a depresszió is;
- Leépülés: megnyilvánulhat kognitív szinten, munkavégzés iránti motiváció csökkenésében, a kreativitás leépülésében, vagy a differenciáló képesség folyamatos romlásában;
- Felszínessé válás: érzelmi téren, a szociális kapcsolatban, a szakmai szellemi igényeket illetően;
- Pszichoszomatikus megbetegedések;
- A kétségek és a kétségbeesés állandósulása: a munka és az élet értelmének elvesztése, belső felmondás, a lelki összeomlás; (Hézszer, G. 1996a: 90)

A folyamatot magyarázó különböző elméletek kiindulási pontjai

Néhány jelzésértékű gondolat arról, hogy milyen pszichológiai elméletek segítségével magyarázható a kiégettség.

- általános érvényű ideáloknak a munkaterületre való differenciálatlan alkalmazása – ez olyan megterhelést jelent, amely teljes összeomláshoz vezet. Minden munkának léteznek belső törvényszerűségei, normái, s ezeket figyelmen kívül hagyva, általános követelményekben gondolkodni előbb-utóbb feszültséget okoz.
- Állandó kimagasló teljesítményre való törekvés – az élet természetes velejárója a teljesítmény ingadozása. Vannak mélységek és magasságok. Ez az ápolói pályára is jellemző. Aki ezt el tudja fogadni, az képes tartósan a pályán maradni. Ha valaki nem akarja tudomásul venni ezt az ingadozást, mindig a legtöbbet, a legjobbat akarja önmagából kihozni, az előbb-utóbb kimerül. Ebben a kimerültségben elveszíti munkája örömét, de emberi kapcsolatait, érzelmei is beszűkülnek. Ez a kimerültség rontja a teljesítményt, amit újra fokozni kell, s ez még további kimerültséghez vezet, elkezdődik “az ördögi kör”.

KIÉGÉS

- Az érzékelés professzionalizálódása – az ápolói pályát magas szinten gyakorlók gyakran az élet minden területén, a magánéletben is szakemberek maradnak. Eltűnik az életükből a természetes emberi reakció. Különösképpen veszélyt jelent ez akkor, ha az ápoló maga is krízisekkel, konfliktusokkal terhelt, a saját életének dolgaiban is állandóan azokat látja. Ez teljes beszűküléshez vezet az élet minden területén, a munkában, az emberi kapcsolatokban egyaránt.
- A szociális tanulási folyamat elakadása, a rutinosodás veszélye – a kiégés összefüggésében ez azt jelenti, hogy az újszerűség nem építőleg hat, hanem félelmet vált ki. A munkavégzés rutinosan és automatikusan történik, az ember “szakembergéppé válik”, a kliens pedig “beteganyaggá”. Ilyen környezetben ezután nem sokat jelent Bálint Mihály üzenete: “A betegnek mindig igaza van.” (Bálint Mihály, 1990.)
- A szakmai környezet destruktív befolyása – ha egy lelkes, ötletgazdag és aktív szakember “kiégett” szakmai környezetbe kerül, ahol az ő lelkesedése zavart jelent a közösség számára, előbb-utóbb maga is elveszíti munkakedvét, lendületét, mert lelkesedésében nem kap segítséget és támogatást munkatársaitól. (Hézszer, G. 1996a: 92)
- A személyiségfejlődésből eredő beállítódás – a lelki alkat, a nevelés, a tanulás során szerzett személyiségjegyek is meghatározzák, hogy valaki mennyire képes kompenzálni önmaga ezeket a veszélyeztető tényezőket. (Györffy, Zs.- Ádám, Sz. 2003. 159-164.)

VII.1. A tünetegyüttes jelentősebb kutatói – avagy a

teoretikusok jelentősége a nemzetközi szakirodalomban és a fontosabb hazai kutatások bemutatása

Ónody Sarolta az emberekkel foglalkozó szakmák közül a pedagógus életpálya veszélyeztetettségét vizsgálta a burnout szindróma szempontjából. Kiváló tanulmányában bemutatja azokat a szerzőket, akik e téma szempontjából meghatározó jelentőségűek voltak. (Ónody, S. 2001a: 81)

A hazai teoretikusok közül kiemelhetjük Kulcsár Zsuzsannát, aki elsősorban az empátia és az altruizmus jelenségére hívja fel a figyelmet. Hangsúlyozza, hogy a kiégés valójában az

KIÉGÉS

empátiás kapacitás kimerülése, s a jelenség nem érthető meg az empátiafunkció tanulmányozása nélkül. Felhívja a figyelmet arra, hogy a szakirodalom kiemelten tárgyalja a “rendkívüli alkotóképességű személyiségek” fokozott sérülékenységét, veszélyeztetettségét, rizikószemélyiség voltukat, a depresszió és a burnout szempontjából. Caplan prevenció fogalmának a jelentőségét vélem felfedezni Kulcsár Zsuzsanna megállapításában, amikor azt emeli ki, hogy a segítő hivatást végzők mentálhigiénéje legalább akkora jelentőséggel kell, hogy bírjon, mint a kreatív kapacitású alkotó foglalkozást végző szakemberek segítése. (Kulcsár, Zs.1998 a: 211)

A kiégés, ahogy korábban utaltam rá, képszerű fogalom, amelyet eredetileg a technológiában használtak, kialakulása nem hirtelen történik, hanem folyamatosan. A burnout maga egy visszafordítható folyamat, a burned-out pedig a helyrehozhatatlan végállapotot jelentené. Elmondható, hogy a kiégés problémakörének nőtt az irodalma, gyakorlati szociálpszichológiai kutatása, pedagógusoknál, jogászoknál, rendőröknél, köztisztviselőknél. Emiatt tartjuk fontosnak a tünetegyüttes legkiválóbb kutatóinak bemutatását. (Ónody, S. 2001a: 85)

1974. Freudenberger Herbert

Az ő írásai voltak az elsők, amelyek a kiégéssel foglalkoztak. A szimptomákat a segítő közösségekben, elsősorban egészségügyi és krízis- központokban dolgozóknál fedezte fel, később pedagógusok, lelkeszek körében is.

1977. Schmidbauer Wolfgang

Ő írja le a szociális segítők önismereti csoportja során szerzett tapasztalatai alapján a helper szindrómát, melynek lényegét abban mutatja meg, hogy a helper-szindrómás segítő a gyermekkorában átélte, nem tudatos, indirekt szülői elutasítást, illetve annak érzését éli meg. Ez a korai narcisztikus sérülés nem tudatosul a segítőben sem, s ez nyilvánul meg a segítő pálya választásában, a trauma átfordul cselekvésbe. A helper szindrómánál a segítő kapcsolat mindennél fontosabbá válik, más emóciók, privát kapcsolatok elhanyagolását jelenti, ugyanis az egyetlen, ami érdekli, túlzottan fontossá válik számára a rászorulókkal való kapcsolattartás, s ez vezet a kiégéshez. E tünetegyüttesrel jellemezhető egyén azért

KIÉGÉS

próbál meg másokon segíteni, sőt azért választja ezt a pályát, hogy saját szükségleteit, belső “nihiljét” kitöltse. (Ónody, S. 2001a: 84)

1981. Pines Ayola M.

Az amerikai szociálpszichológus a segítő pálya választásának motivációit és a burnout-szindróma kialakulásának kapcsolatát elemezve a kettő között egyértelmű kauzális összefüggést vélt felfedezni.

1982. Maslach Christina

Az ő kutatásai szintén meghatározóak voltak e szindróma vizsgálatában, megállapításai szerint ez egy többdimenziós jelenség. Definíciója: “..a tünetegyüttes egy krónikus érzelmi és interperszonális stresszfolyamatokra adott válaszreakció. Bár egyéni stresszérzékelésről van szó, az csak a munkahely szervezeti, a társas kapcsolatokat is magába foglaló kontextusában értelmezhető.” (Maslach, C.1982 a)

Vizsgálataiban kiemelte az elszemélytelenedést, mely a kimerültség következménye. Ha nem figyelnek fel az első jelekre, akkor a cinizmus, és a dehumanizálódás is megjelenik. A munkahelyi kimerültség állandósulásával a teljesítmény csökken, s ez még inkább lehangolja a segítő személyt. Megváltozik az önértékelése, egyre inkább magába fordul, depresszió is kialakulhat. Később, 1996-ban végzett vizsgálataiban az okok felderítését tűzte ki célul, s az alábbiakat állapította meg: a személyiség jellemző tulajdonságai, a munkaszervezeti tényezők, a társas kapcsolatból eredő konfliktusok, s a stressz elégtelen kezelése a fenntartói a jelenségnek.

Saját kutatásunkban a kiégés mérésére mi is Maslach és Jackson 1981-ben publikált kiégés leltárát alkalmaztuk- Maslach Burnout Inventory (MBI)-, amely a jelenség három összetevőjét teszteli, nevezetesen az emocionális kimerültséget, a deperszonalizációt, valamint a személyes hatékonyság megváltozását. (lásd.9. melléklet) Az MBI-leltárt, annak értékelését, s faktorait, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében bocsátották rendelkezésünkre, Kopp Mária segítségével köszönhetően.

1990. *Ditsa Kafry- Pines, E.N./ Aronson E.-vel közös munkaként*

Közösen adták ki négyezer személlyel folytatott kiégés vizsgálatukat. A burnout jelenség három okát írták le: az érzelmi túlterhelést, bizonyos személyiségjegyeket, amelyek a segítő pályaválasztásához vezettek, valamint kliensközpontú orientálódást. A vizsgálati személyeknél érzelmi szempontból a kimerültség, levertség, gyámoltalanság, reménytelenség voltak a főbb tünetek.

1990. *Barth A. R.*

A kiégés okaként három tényezőt nevez meg, eszerint:

- a sok stressz, melynek következménye az érzelmi kimerülés
- a munkavégzés folyamatában kevés motiváció, olyan szintű munkahelyi elégedetlenség, amely csökkenti a teljesítményt.
- rossz munkahelyi kapcsolatok, ami a humanizálódás kialakulását vonja maga után

1991. *Fekete Sándor*

A kiégést, mint tünetegyüttest mutatja be, szerinte ennek az állapotnak a következménye a deperszonalizáció, valamint az inkompetencia érzése.

“Maga a szindróma a krónikus érzelmi megterhelések nyomán fellépő, fizikai, érzelmi és mentális kimerültség állapotát takarja, melynek következménye az elszemélytelenedés, az inkompetencia érzése. Ez az általános negatív életérzés kihat a munkavégzésre és a társas kapcsolatokra is.” (Fekete, S. 1991. 17-29.)

1996. *H. Knauder*

Vizsgálatai alapján megállapította, hogy a kiégett pedagógus nem képes megfelelő módon foglalkozni diákokkal, nem mutatnak érdeklődést irántuk. Ennek az lesz a következménye, hogy a tanulók is átveszik a tanár magatartásmódját, és ők sem veszik figyelembe a pedagógust. Így alakul ki a rossz tanár-diák kapcsolat. A pedagógus nem

KIÉGÉS

hajlandó semmilyen áldozatot hozni a gyerekekért, merev, tartózkodó álláspontra helyezkedik, a saját szabályainak megfelelően él, az ezektől való eltérést egyértelműen elutasítja. (Ónody, S. 2001 a: 84)

1998-1999. Petróczi Erzsébet és munkatársai

A szerzők, szintén pedagógusok kiégésének jelentőségét vizsgálták a Csongrád megyei ÁNTSZ Egészségvédelmi Osztályával közösen. Dolgozatukban megállapítják, hogy a pedagógus modellszerepe igen fontos a tanulók számára. Ha a tanár lehangolt, a tanulók is kedvetlenné válnak, hamarabb mutatják a fásultság, a rezignáció jeleit. Ötszáz pedagógus bevonásával végezték kutatásukat, kérdőíves felmérés, s interjú módszerével, Schwartz kérdőíves értékvizsgálatát ismételték meg, abból a célból, hogy feltárják a pedagógusok általános közérzetének jellemzőit, legfontosabb stresszorokat azonosítsák, s megvizsgálták, hogy felmerült-e a pályaelhagyás gondolata. Az alábbi fontosabb eredményeket tették közre:

- a pedagógusok 62 százaléka elégedetlen anyagi helyzetével
- a pedagógusok 26 százaléka elégedetlen saját életével.

Legjelentősebb, feltárt stresszor tényezők a vizsgálati mintában:

- Az ötletek megvalósulásának hiánya
- A tájékoztatás hiánya, elismerés hiánya
- Oktatásban történő változások
- Nem megfelelő szakember- ellátottság
- Nehézkes adminisztráció
- Munkatársak közötti együttműködés hiánya, kollégák őszinteségének hiánya
- Gyermek agresszivitása

Petróczi Erzsébet és munkatársai javaslata a kiégés veszélyének csökkentésére:

- A pedagógusok egzisztenciális helyzetének javítása
- Az idő előtti nyugdíjba vonulás lehetőségének biztosítása
- A szerteágazó kötelezettségek csökkentése, enyhítése
- Foglalkozási alternatívák nyújtása, átképzési kínálattal
- Szupervízió biztosítása azon kollégák számára, akik jelzik a burnout tüneteit magukon

- Kommunikációs képességek javítása, konfliktusmegoldó stratégiák elsajátítása

(Petróczi Erzsébet- Fazekas Márta- Tombác Zsuzsanna- Zimányi Mária, 1999. 429-441.)

Mindezen, elsősorban a burnout jelenség elméletét megalapozó teoretikusok kutatási eredményeinek bemutatását követően szeretnénk az e tárgykörben publikált néhány fontosabb kutatási eredményről képet adni, itt meg kell jegyezni, hogy a válogatás fő szempontja az volt, hogy elsősorban az egészségügyi szakdolgozók, ápolók körében végzett vizsgálatokról adjunk képet. Emiatt nem vállalkoztunk a pedagógusok, orvosok, ezen belül pszichiáterek, valamint pedagógusok, lelkészek stb. körében végzett vizsgálatok *részletes* leírására. Természetesen Bodó Sára, Petróczi Erzsébet, Temesváry Beáta, Kocsis György Gábor, valamint Csoboth Csilla, Györffy Zsuzsa és Ádám Szilvia által jegyzett dolgozatok kutatási feltevéseit, eredményeit ismerjük, s részben ismertettük, s munkáik, eredményeik megerősítettek bennünket abban, hogy egy sajátos célcsoportnál, a diplomás ápoló-levelező tagozatos hallgatók körében végezzük el saját empirikus vizsgálatunkat.

A kiégés témakörében végzett hazai vizsgálatok bemutatása- ápolók körében végzett vizsgálatok alapján:

A továbbiakban Pálfi Ferencné, Pikó Bettina- Piczil Márta és Szemlédy Ida által végzett kutatások tapasztalatait szeretnénk röviden bemutatni.

1. Pálfi Ferencné vizsgálatát Baranya megyében, Pécsset végrezte, 2000-ben. A vizsgálati mintát az egészségügyi és szociális intézményekben alkalmazott ápolók képezték. (Pálfi F-né, 2002. 20-24.)

A felmérése adatai szerint meghatározó a burnout-szindróma előfordulásában, a munkahelyi jellemzőket tekintve, hogy milyen az adott osztály, vagy intézet ellátási formája. Az intenzív osztályon dolgozó ápolók között magasabb a kiégés aránya, őket követik a krónikus, majd az aktív osztályokon dolgozó ápolók. Befolyásoló tényezőként említi még a főálláson túl végzett melléktevékenységek tényét, továbbá az erkölcsi és anyagi megbecsülés hiányát is.

A burnout prevenciójában az alábbi javaslatokkal szolgál:

- Jobb időbeosztás
- A felelősség egyértelmű megosztása a teamben
- Jobb munkakörülmények és az autonómia biztosítása
- Kölcsönös támogatás és bátorítás- család, munkahely és a saját fejlődés biztosítása
- Megfelelő szakmai fejlődés biztosítása
- Rekreatív idő kihasználása, relaxációs technikák alkalmazása
- Támogató társas kapcsolatok megtartása
- Esetmegbeszélések, Bálint-csoport, rendszeres szupervízió.

2. Pikó Bettina- Piczil Mártával készítette vizsgálatát, ahogy a szerzők fogalmazzák, “egészségszociológiai elemzést” a nővéri hivatásról.(Pikó, B. 2000 a)

Dolgozatukban bemutatják a nővéri hivatás múltját, jelenét, e hivatás fejlődésének főbb hazai sajátosságait.

Vizsgálatukba Csongrád megyében dolgozó ápolókat vontak be, akik Szeged klinikai és kórházi osztályain dolgoztak. Kérdőíves vizsgálatot végeztek, melyet strukturált interjúkkal egészítettek ki. Az interjú központi kérdése az volt, hogy melyek a leggyakoribb stresszforrások a megkérdezettek munkahelyén. Eszerint a legfontosabb stresszt előidéző tényezők:

- Az ápolók egymás közötti nézeteltérései
- Orvos-nővér kapcsolat zavarai
- Információhiány
- Vizitek feszült légköre
- A gyógyító folyamatban az orvos nem tekinti partnernek az ápolót, ez frusztrációt okoz
- Az állandó túlterhelés, nővérhiányból adódó nehézségek
- Főnök-beosztott viszony visszasságai
- Anyagi-és erkölcsi megbecsülés hiánya. (Pikó, B.2000)

KIÉGÉS

3. Szemlédy Ida, egyetemi okleveles ápoló hallgató, a kiégés-szindrómát dializálást (művesekezelést) végző ápolók körében vizsgálta, akik Pest megyében álltak alkalmazásban, Flór Ferenc Kórházban.

Ő azt tűzte ki céljaként, hogy krónikus betegekkel foglalkozó ápolók között kutatja a burnout-tünetegyüttes előfordulási gyakoriságát. Vizsgálati módszerként Maslach-féle kiégési leltárt használta, amelyet kiegészített a fizikális, pszichológiai kimerültség és csapathatékonyság mérésével. Eredményeként leírja dolgozatában, hogy a vizsgálatban részt vett ápolók között nagymértékben fordult elő a fizikális, pszichológiai kimerültség. A munkahelyi csapathatékonyság jellege jól korrelált a kiégés megjelenésével, de megjegyzi, hogy ez nem volt érvényes a munkahelyi társas támogatásra. Munkájában leszögezi, hogy az állami, illetve privát szférában dolgozó ápolók között egyaránt elő fordult a kiégés szindróma. Szerinte is rizikófaktor szerepe és jelentősége van az ápolók életében a fizikai kimerülésnek, a munkavégzésből adódó pszichés megterhelésnek, s az emiatt kialakuló érzelmi elsivárosodásnak. Ez a megállapítás teljesen összhangban van a már korábban általunk említett, Fekete Sándor által leírt diszpozíciókkal. Szemlédy mindemellett megemlíti, hogy az ápolók nagy többsége rossz csoporthatékonysággal működő munkahelyen dolgozik. (Szemlédy, I. 2004 a)

VII.2. A burnout mérése

Mint már említettük a kiégés elméleti leírása, illetve a kiégés mérési technikáinak a kialakítása angolszász területeken jelent meg először. A kutatások során számos szakember próbált meg különféle strukturált kérdéssorokat összeállítani, amely segítségével hatékonyan lehet mérni a burnout szindróma tüneteit. A leggyakrabban alkalmazott mérési módszer az úgynevezett Maslach Burnout Inventory (MBI), azaz a Maslach-féle kiégés leltár. (Maslach és mtsai, 1981 c: 99)

A szerzők az MBI leltárt kifejezetten humánsegítők, tehát a kiszolgáltatott helyzetben lévő emberekkel foglalkozó segítők (ápolók, szociális munkások, pedagógusok) burnout szindrómájának a vizsgálatára dolgozták ki, s ők maguk használják a "leltár" fogalom mellett, a "teszt" elnevezést is, s emiatt alkalmazhatjuk mi is munkánkban a teszt kifejezést. Ezt azért

KIÉGÉS

tartjuk fontosnak leírni, hogy az esetleges kutatás-módszertani dilemmákat megelőzzük. A továbbiakban ezért lehetséges a leltár megnevezés mellett a teszt megjelölés is.

A kiégést a munkával kapcsolatos stressz-szindrómaként értékelték. A munkavégzés emberi és fizikai környezetében, illetve a kliens–segítő kapcsolatban — az eltelt idő (évek) során — kialakult belső feszültségek végső soron a munkavégzés minőségi romlásához, hatékonyságának a hanyatlásához vezetnek. Tehát a kiégettségre jellemző tüneteket hordozó szakemberek rendszerint elégedetlenek a munkahelyükkel és a klienskapcsolataikkal egyaránt. Körükben gyakoribbak a munkahelyi konfliktusok, a hiányzások, a betegségek, jellemzően kerülnek a kapcsolatot a betegekkel, kliensekkel, vagy ha az létre jön, akkor gyakran felszínesek és a szükségesnél rövidebb életűek.

Az említett kiégési leltár három dimenzióban méri a kiégés tüneteit:

- érzelmi kimerülés;
- deperszonalizáció – elszemélytelenedés;
- személyes teljesítmény;

A három dimenzióhoz 22 állítást fogalmaztak meg a szerzők, amelyet egy ötfokozatú skála segítségével értékelhet a leltár kitöltője annak megfelelően, hogy az adott tényező milyen mértékben jellemző rá. Ebből az is adódik, hogy a kiégési leltár a megkérdezett (kliens, páciens, ect.) maga tölti ki (önkitöltő), tehát az eszköz a kiégést önértékelésként kezeli.

Az MBI elkészítése során a kutatók alapvetően induktív eljárást alkalmaztak, vagyis meglévő, tapasztalati úton szerzett információk felhasználásával jelölték ki az egyes dimenziókat és rendezték össze az állításokat.

Ez a technikai megoldás eltér a ma gyakrabban alkalmazott, elméleti szinten előre felépített, hipotetikusán megfogalmazott és empirikus úton ellenőrzött, úgynevezett deduktív kutatási eljárásoktól. Burisch rámutatott arra, hogy ez az induktív kutatási stratégia kevesebb pszichometrikus eredményt nyújt a deduktívval szemben.

Számos kutatás irányult arra, hogy mérjék az MBI leltárnak a kiégés tesztelésére való alkalmasságát, stabilitását, például Ackerly (1988) pszichológusok körében, Brookings (1985) személyi szolgáltató szektorban dolgozók körében, Belcastro, Gold és Hays (1983) tanároknál, Corcoran (1986) szociális munkások körében, Consiabile és Russel (1986) ápolók körében végzett vizsgálatok. (Maslach és mtsai, 1981 c: 99)

A vizsgálatok általában pozitív eredménnyel végződtek. Az MBI elfogadottsága általánosan jónak mondható. Természetesen a használhatóságával kapcsolatos ellenérvek is felszínre kerültek. Ezen bírálatok mértéke rendszerint eltörpül a kiégési leltár alkalmazhatóságával

szemben. Mindenesetre számos szerző felhívja a figyelmet arra, hogy a használata során kapott információkat célszerű körültekintően kezelni. Kifejezett óvatosságra intenek maguk a szerzők is abban az esetben, ha más szakterületeken dolgozók körében kívánják felhasználni a leltárt a kutatók.

VII. 3. Az ápolói hivatással együtt járó veszélyeztető tényezők

(elővizsgálat)

Különösen az utóbbi negyedszázad felmérései igazolták, hogy állandó szakmai túlterheltség a kiégettség szindrómával körülírható megbetegedést vált ki. Fokozottan igaz ez hazánkban, a krónikus nővérhiány miatt, az egészségügyben. Az ápolói munkaterület szerkezetéből adódó feladatok, kedvezőtlen esetben erősen megnövelik a veszélyeztetettséget.

Minél több ilyen tényező hat egyidejűleg egy adott munkaterületen, annál nagyobb a kiégés veszélye.

Egy 1999-ben általunk végzett vizsgálat elemzése után néhány ilyen strukturális tényezőt sikerült feltárni.

A megkérdezettek Szabolcs–Szatmár–Bereg megye elme-szociális otthonaiban dolgozó ápolónők voltak, akik továbbképzésen vettek részt a megyei önkormányzat egészségügyi-és szociális kérdésekkel foglalkozó osztályának szervezésében.

A hallgatói szerepkörbe kerülő ápolók ellenállással fogadták a tényt, mely szerint Nyíregyházán, az Egészségügyi Főiskolán kell tölteniük két hetet, s mindez a nyári időszakban került megrendezésre.

A mentálhigiéné, medicinális pszichológia tantárgyak oktatása mellett, személyiségfejlesztő és szociális készségfejlesztő tréninget is vezettünk, hol elfásult és nehezen motiválható nővéreket ismerhettünk meg. A 20 fős csoport tagjai akkor váltak nyitottabbakká, amikor a “segítők segítségének” a fontosságáról beszélhettek.

Ilyen előzmények után került sor a Maslach Burnout Inventory (MBI) leltár kérdéseinek kitöltésére. A teljesség igénye nélkül szeretnénk a három értékelt faktorra vonatkoztatva reflektálni.

Az érzelmi kimerülés mértéke a 20 főből álló csoportban 15 ápoló esetében magas értéket mutatott, 5 főnél közepes értékű volt. A vizsgálatba bevont nővérek háromnegyede a súlyos kifáradás állapotában volt. Ez az eredmény *megerősíti* az angolszász kutatási eredményeket,

KIÉGÉS

amelyeket szintén a pszichiátria területén végeztek. Ezek után talán nem meglepő, hogy a személyes teljesítőképesség és teljesítmény hatékonysága a vizsgált csoport felénél alacsony mértékű volt, a másik fele pedig közepes teljesítményt mutatott. A deperszonalizáció vonatkozásában valamennyien az alacsony értéket jelentő kategóriába kerültek.

Azt gondoljuk, hogy ez azért lehetséges, mert nem engedhetik meg – tudattalanul sem – önmaguknak a saját “belvilágukkal” való kapcsolat megszűnését. A családjaikban betöltött szerepük igen domináns, mivel sokan családfenntartóként élnek, ugyanis vagy egyedülállóként, vagy egyedüli rendszeres bérből élőként gondoskodnak családtagjaikról és önmagukról. Ilyen élethelyzetben hangsúlyozottá válik, hogy a környezetnek szükségese, jelenlétük fontos a családban. Talán ez a tény az életüket, létezésüket meghatározó legfőbb érték. Ez segíti (vagy kényszeríti) a pályán maradásukat, talán ezért sem változtatnak alapvetően segítő- foglalkozású identitásukon.

Összességében elmondható, hogy magas érzelmi kimerülési állapotban, alacsony személyes teljesítményt, s deperszonalizációs értéket mutatott a tájékozódó jellegű felmérés.

VII. 4. A diplomás ápoló képzés áttekintése, a kezdetektől

A diplomás ápoló képzéshez való kötődésünk 1992-ben kezdődött. Ekkor kaptuk azt a felkérést, hogy legyünk alapító oktatói a Nyíregyházán induló diplomás ápoló szaknak. A feladat, a már működő, de még nagyon “fiatal” főiskolán megszervezni és elindítani az új típusú képzést, ami még *nem volt sehol az országban*, sem curriculum, sem oktatási program, sem hallgató. Ennek a megtisztelő kihívásnak örömmel tettünk eleget. A rövid előkészítő munkát követően, az 1993/1994-es tanévben 40 fő diplomás ápoló –levelező tagozatos hallgató kezdhetett meg tanulmányait, a 250 jelentkező közül. A képzés gyakorlat-orientált, hiszen az elméleti és a gyakorlati órák aránya 30-70%. A magatartástudományi tantárgyak ismeretanyagának elsajátításakor nagyon hamar megfogalmazták hallgatóink, hogy a kliens-központú ápolás megvalósulásának egyik fontos feltétele, az, hogy az ápoló maga ne szoruljon segítségre: “a nővér, akkor képes a funkcionális szerepre, ha ő maga rendben van, nincs kiégve!” Úgy emlékezünk vissza, hogy ez volt az a pillanat, amikor tudatosítottuk magunkban, hogy a levelező tagozatos hallgatók lesznek kutatásunk vizsgálati alanyai! Emiatt tartjuk elkerülhetetlennek, hogy a hazánkban először 1993-ban beinduló diplomás ápolóképzés történetét bemutassuk.

KIÉGÉS

A hazai diplomás ápolóképzés beindulása a XX. század nyolcvanas éveinek végén elkezdődő gazdasági és politikai átalakulások időszakára tehető. A társadalom folyamatos változása és átalakulása az egészségügyi ellátórendszert sem hagyta érintetlenül. Ezt azért sem tehetette, mert az egészségügyi rendszer évtizedek óta éli a maga válságállapotát. Az ellátórendszer súlyos gondja a munkaképes korban lévő lakosság katasztrofálisan rossz egészségi állapota mellett a hazai ápolásügy elmaradottsága volt, amely nem volt képes megfelelni az előtte álló kihívásoknak.

Az egészségügyi kormányzat felismerte, hogy az ápolásügy fejlesztése csakis az ápolóképzés reformján keresztül valósulhat meg. Ezért az Egészségügyi Minisztérium 1993. szeptemberében beindította az európai standardokhoz igazodó főiskolai diplomás ápolóképzést az orvostudományi egyetemekhez integráltan.

A képzés célja, hogy a magyar egészségügy megváltozott követelményeinek megfelelő, a holisztikus ápolástudományt és gyakorlatot magas szinten művelő, etikusan érzékeny, tudományosan képzett felsőfokú végzettségű szakembereket képezzen. (Debreceni Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Jubileumi Évkönyv, 2003. 14-16)

A képzés lényeges követelménye a hivatáshoz tartozó általános értelmiségi feladatokra való felkészítés. A hallgatók váljanak képessé értékek teremtésére és közvetítésére, igényeljék a szűkebb és tágabb közéleti tevékenységben való részvételt. A diplomás ápoló tanulmányai eredményes befejezése után klinikai, illetve alapellátási területen főiskolai színvonalú egészségügyi szakismeretekkel, korszerű gyakorlati felkészültséggel és általános műveltséggel rendelkeznek. Tudásuk révén az ápolás elméletének és tudományának fejlesztésével tökéletesíthetik az ápolás ellátását.

Összegezve tehát a diplomás ápoló olyan főiskolai végzettségű egyén, aki az államilag előírt képzési programot teljesítette és diplomáját országos nyilvántartásba, vették.

Kibővült kompetenciaköre az ápolás területén. Szaktudása alapján a gondjaira bízottak szomatikus–pszichés–szociális ápolásának-gondozásának tervezését, szervezését, kivitelezését, értékelését és az ápolás dokumentációját végzi.

Önálló felelősséggel kiemelt szakápolási feladatokat is végez. Részt vesz az oktatásban, ápolási-team-ek irányításában és a tudományos kutatásban is.

VIII. A diplomás ápoló – levelező tagozatos – hallgatók burnout szindrómájának vizsgálata

VIII.1. A vizsgálat célja

A segítő- foglalkozásúak, ezen belül is az ápolók körében tapasztalható pályakép vizsgálatára, különös tekintettel a kiégésre vonatkozóan, egy sajátos területet választottunk, nevezetesen a levelező tagozatos diplomás ápoló hallgatók körét.

A kutatás során a következő kérdésekre szerettünk volna választ kapni:

A vizsgálati kérdések:

1. Előfordul-e, a nem klinikai populációhoz tartozó, munkavisztonnyal rendelkező főiskolai hallgatók körében, akikről azt feltételezhetjük, hogy szocializációjuk sikeresnek mondható, a kiégés tünetegyüttes? (érzelmi terhelés, deperszonalizáció, személyes teljesítmény vonatkozásában)
2. Szerepet játszanak-e a családi kapcsolatok, munkahelyi stresszfaktorok, mint rizikófaktorok a kiégés tünetegyüttes megjelenésében?
3. A személyiségtipológiai jellemzők közül, melyek hozhatók összefüggésbe a segítő foglalkozás jellemzőivel?
4. Melyek azok a pályamotivációs értékek, amelyekkel jellemezhetőek a vizsgálati személyek?
5. A kiégés tünetegyüttesel összefüggésbe hozható háttértényezők, milyen egyedi mintázódást mutatnak, ha egymással összefüggésben vizsgáljuk őket?

Ezen kérdések vizsgálata azt a célt szolgálta, hogy a burnout szindróma kialakulásának háttértényezőit pontosabban felismerhessük, összefüggést keressünk a személyiségtypus, s a

burnout tünetegyüttes kialakulása között, a szakirodalom által leírt személyiséget jellemző diszpozíciókat és a vizsgálati személyek pályamotivációs értékeit ismerjük meg, s tárjuk fel.

A vizsgálati minta meghatározása és a minta kiválasztása során a következő **hipotézisből** indultunk ki:

- A levelező tagozatos főiskolai hallgatók az életkor, illetve – a korai pályaválasztás következményeként – az egészségügyben, az ápolói munkakörben eltöltött idő alapján, továbbá a korábban megszerzett képesítések szempontjából egy heterogén csoportot képeznek. Mindezekből kiindulva és az előzőekben taglalt elméleti ismereteket figyelembe véve feltételezhetjük, hogy *a hallgatók egy része a kiégési szindróma valamely stádiumában található.*
- Számukra *a továbbtanulás, a diploma megszerzésének lehetősége hozzájárulhat ahhoz, hogy kikerüljenek az embert próbáló három műszakos munkarendből, esetleg vezetői pozícióhoz jussanak, így megelőzhetik kiégésüket.* A magasabb iskolai végzettség esélyt jelenthet az egyébként alacsony társadalmi státuszt jelentő – mentális teherként jelentkező – ápolói szakma hierarchiáján belüli előrelépéshez.
- A már megszerzett diplomával történő munkavégzés során nagy valószínűséggel *csökken a közvetlen segítő – betegek kapcsolat időtartama és intenzitása,* ami érzelmileg megterhelő és ennél fogva jelentős mértékben kihat a burnout szindróma elmélyülésére.
- Feltételezhető a *“kiscsibe”- személyiség- prioritás csakúgy, mint, az altruista - személyiséget jellemző hivatásválasztás.*

Összességében (ma még) az új diploma segíthet a személyiségnek megfelelő hosszú távú ápolói (élet)pálya kialakításában, a szakmai személyiség egészséges fejlődésében, az érzelmi kiüresedés, pszichoszomatikus betegségek elkerülésében, de a burnout szindróma kezdeti tünetei már megjelennek – a szakmában eltöltött idő függvényében – a levelező tagozatos diplomás ápoló hallgatók körében.

Az ápolói szolgálat legfontosabb veszélyeztető tényezői, mint indikátorok a kiégés szindróma szempontjából a következők lehetnek:

- munkatempó és életritmus;
- az állandó empatis irányultság;
- a szerepfeszültség és az ebből adódóan pszichoszomatikus betegségek kialakulásának lehetősége;
- a vezetés;
- az egészségügy hierarchiájának ambivalenciái;

- a segítő szakma és a magánélet határainak összefolyása;

Lehetne még folytatni a felsorolást, mely az ápolói pályán a megfáradáshoz, a kiégéshez vezetnek, de az említett diszpozíciók is jól jelzik, hogy olyan problémával állunk szemben, ami bárkit, sőt a legérzékenyebb, legempathikusabb segítőket veszélyeztetheti.

IX. A vizsgálati módszerek ismertetése

Az eddigiekből is látható, hogy a kiégés egy bonyolult, a személyiség egészét átszövő problémaként írható le. Így a vizsgálata is egy összetett eszközrendszer igényel. Központi szerepet kap a Maslach Burnout Inventory (MBI) kiégési leltárt, amely mellett alkalmaztuk a Super-féle munkaérték kérdőívet, a Prioritástan-kérdőívet (Schoenaker), valamint egy saját összeállítású háttér kérdőívet.

IX.1. Maslach Burnout Inventory (MBI) bemutatása

A fentiekben már foglalkoztunk az MBI kiégési leltárral, itt további kiegészítéseket kívánunk tenni az MBI-vel kapcsolatban.

Az MBI-ben három faktor található, amely összesen 22 állítást tartalmaz. Az egyes állításokat egy ordinális skálán 1–5-ig osztályozhatjuk.

Emocionális kimerülés — 9 állítás (maximum 45 pont):

- a munkám által érzelmileg kiszípolozottnak érzem magam
- a munkanap végére elhasznált vagyok
- már akkor is fáradt vagyok, amikor reggel felkelek, és szembe kell néznem a rám váró mai munkával
- egész nap emberekkel foglalkozni igazán kimerítő és feszültségkeltő számomra
- a munkám révén kiégettnek és elhasználnak érzem magam
- naponta frusztrálódok a munkám során
- úgy érzem, hogy túlságosan is keményen dolgozom
- túl sok feszültséggel jár számomra, hogy közvetlenül emberekkel kell dolgoznom
- úgy érzem mintha az utolsó erő tartalékaimat élném fel

Deperszonalizáció — 5 állítás (maximum 25 pont):

- úgy érzem, hogy munkám közben már úgy kezelem az embereket, mintha személytelen tárgyak lennének
- mintha, megkérgesedtem volna az emberekkel szemben, mióta ezen a területen dolgozom
- attól tartok, hogy ez a munka érzelmileg teljesen megkeményít
- valójában nem törődök azzal, hogy mi történik azokkal az emberekkel, akikkel foglalkoznom kell
- a munkám végzése közben úgy érzem, hogy az emberek a saját problémáik miatt is engem hibáztatnak

Személyes teljesítmény — 8 állítás (maximum 40 pont):

- könnyen meg tudom érteni, hogyan érznek az emberek különböző dolgokkal kapcsolatban
- nagyon hatékonyan tudok foglalkozni a munkám során hozzám forduló emberek problémáival
- úgy érzem a munkámon keresztül pozitívan tudom befolyásolni más emberek életét
- tele vagyok energiával
- megnyugtató légkört tudok teremteni a munkám közben a hozzám fordulókkal kapcsolatban
- valósággal felüdültnek érzem magam a munkám után
- sok értékes dologra voltam képes az eddigiekben a munkám során
- a munkámban képes vagyok nyugodtan és higgadtan foglalkozni mások érzelmi problémáival

Az egyes faktorokon belül az összpontszám harmadolásával három osztályt (33,3%) alakítottak ki a szerzők. Feltételezték, hogy az egyes osztályokban a kiégés mértéke megközelítőleg azonos arányban jelentkezik, azaz alacsony, közepes, s magas. Ezt a felosztást azonban többen bírálták és felhívták a figyelmet arra, hogy nincs klinikailag alátámasztott érv az egyes harmadok érvényességének az alátámasztására. Ugyanakkor visszacsatolás, szemléltetés céljából eredményesen alkalmazható. Az elemzés során mi is alkalmazzuk ezt a fajta osztályba sorolást. Mi is megtesszük ezt azért is, mivel nem terápiás célból készítettük az

adatgyűjtést. Emellett szól, hogy a vizsgálat során más kérdéssorokat is alkalmazunk, amely alapján megerősíthető vagy elvethető az MBI kiégési leltár eredménye.

IX.2. Super-féle munkaérték kérdőív

A pályaválasztásra vonatkozó elméletek a múlt század 50-es éveiben jelentek meg először. Ebben az időszakban fektette le D. E. Super a szakmai fejlődéssel kapcsolatos elméletét, melynek alapján kidolgozott egy mérési módszert, az ún. Super-féle munkaérték kérdőívet.

Az elmélet jelentősége, hogy Super elsőként kezeli együtt a fejlődéslélektani jelenségeket, a pályaválasztás, a szakmai bevalás és a szakmában végzett tevékenység folyamatát. Az elmélet lehetőséget ad a személyiség és az őt körülvevő világ össze-kapcsolására és megjelenik a kultúra jelentőségének kérdései.

Elméletében leírja a pályával kapcsolatos életstádiumok és azok fázisainak alakulását, melyben jól kirajzolódik a folyamat fejlődési és egymás után való illeszkedési jellege. Ennek megfelelően a következő szakaszokat különbözteti meg:

- A növekedés stádiuma (0 – 14 éves korig)
- A felfedezés stádiuma (15 – 24 éves korig)
- A konszolidáció stádiuma (25 – 44 éves korig)
- A fenntartás stádiuma (45 – 64 éves korig)
- A hanyatlás stádiuma (65 éves kortól)

Mint minden elmélet, ez is nagy vitákat váltott ki. Megjelentek az elméletet támogató és az azt bíráló csoportok egyaránt.

A kérdőív 15 értékkört és 45 tényezőt tartalmaz. Az 1968-as magyarországi adaptációja során Csepeli György és Somlai Péter két tényezőt módosított és ennek megfelelően történik a kérdőív használata. (Szilágyi, K.1985.) A 60-as évek amerikai (USA) és magyarországi társadalmi – gazdasági viszonyai jelentős mértékben eltértek egymástól, ami szükségessé tette ezt a módosítást, vagyis az eredeti kérdőívben szereplő munkabiztonság és fizikai környezet tényezőket a szakemberek nem találták alkalmasnak. Helyette a játék és a humán érték jelenik meg. Úgy gondoljuk, hogy ma már az eredeti változat is alkalmazható, de a vizsgálat során nem kívántunk eltérni az itthoni gyakorlattól.

A kérdőív: értékkörök és tényezők

Szellemi ösztönzés

Olyan munkához kapcsolódó értékkör, amely lehetővé teszi a független gondolkodást és a dolgok alakulásának megismerését.

Állítások:

- szüntelenül új megoldatlan problémába ütközik
- új gondolatokkal találkozhat
- szellemileg izgalmas munkát végezhet

A munkateljesítmény

A teljesítés érzése a munkavégzésben, mely megmutatkozik a feladatra irányultságban és a látható eredményeket hozó munka preferálásában.

Állítások:

- nem beszélhet mellé, mert csak a jó vagy rossz megoldások léteznek
- objektíven lemérheti munkája eredményét
- szüntelenül fejlesztheti, tökéletesítheti önmagát

Az önérvényesítés

Az életmódra vonatkozó érték, mely olyan típusú munkával kapcsolatos, amely lehetővé teszi az egyéni elképzelés érvényesülését az életforma és az életmód megválasztásában.

Állítások:

- megvalósíthatja önmagát
- személyes életstílusa érvényesülhet benne
- olyan életet élhet, amelyet a legjobban szeret

Anyagi ellenszolgáltatás

Ez az érték olyan munkára vonatkozik, amely jól fizet és lehetőséget ad az egyén számára fontos dolgok, tárgyak birtoklására és megszerzésére.

Állítások:

- sok pénzt kereshet
- gondtalan életet biztosíthat
- magas nyugdíjra számíthat

Altruizmus

Az altruizmus felbecsüli a szociális kapcsolatokban megnyilvánuló értékeket és érdekeket, s olyan munkával kapcsolatos, amelyben mód nyílik mások boldogulásának az előmozdítására.

Állítások:

- másokon segíthet
- jót tehet mások érdekében
- más emberek javát szolgálja

Kreativitás

Ez az érték olyan munkával kapcsolatos, melynek során mód nyílik új dolgok bevezetésére, új termékek tervezésére, vagy új elméletek alkotására.

Állítások:

- tekintélyt szerezhet a munkájával
- biztos lehet abban, hogy munkájáért a többiek megbecsülik
- mások felnéznek rá

Társas kapcsolatok

Ez az érték arra a munkára jellemző, amely a kedvelt munkatársakkal való kapcsolat megteremtését biztosítja.

Állítások:

- a többiek közé tartozik
- munkatársai egyben a barátai is
- jól kijön a munkatársaival

Presztízsz

Ez az értékkör mások által való tisztelet kívánságát jelenti és olyan munkával kapcsolatos, mely rangot jelent mások szemében és tiszteletet ébreszt.

Állítások:

- tekintélyt szerezhet a munkájával
- biztos lehet abban, hogy munkájáért a többiek megbecsülik
- mások felnéznek rá

Irányítás (vezetés)

Vezetési igényekre vonatkozó értékkör, amely olyan munkával kapcsolatos, ahol lehetőség van a mások által végzendő munka megtervezésére, feltételeinek megteremtésére, megszervezésére.

Állítások:

- másokat irányíthat
- vezetői képességeire is szükség lehet
- mások munkáját is irányíthatja

Változatosság

A munkatevékenységgel kapcsolatban az élvezetet és az örömkeresést jelenti a feladatorientációval szemben, melynek relatív fontossága függ az egyén lelki alkatától, a szubkultúrától és a körülményektől.

Állítások:

- változatos munkát végezhet
- nem kell mindig ugyanazt csinálnia
- sokféle dolgot csinálhat

Esz­tétikum

Mint érték, olyan munkában rejlik, amely lehetővé teszi szép dolgok, tárgyak készítését és hozzásegít a világ szebbé tételéhez.

Állítások:

- akár művészet is lehet
- szebbé teheti a világot
- szépet teremthet

Függetlenség

Azzal a munkával kapcsolatos, melynek során lehetőség van arra, hogy az egyén saját elképzelései és módszere szerint dolgozhasson és ez a függetlenség mindig relatív.

Állítások:

- szabadon dönthet saját területén
- önálló döntéseket hozhat
- munkájában nincs másoknak beleszólása

Felügyeleti viszonyok

Az igazságos ellenőrzés alatt végzendő munkával kapcsolatos értékkör, melyben a megítélésre vonatkozó információk és a főnökkel való összeférhetőség igénye fogalmazódik meg.

Állítások:

- tisztelheti főnökét
- vezetője mindig helyesen dönt
- megértő vezető van

Játék, játékosság

A munkában megnyilvánuló játék lehetősége, valamint az ebből eredő örömtendenciákra vonatkozik.

Állítások:

- pillanatnyi kedve dönti el, hogy mit csináljon
- olyat csinálhat, ami más szemében fölöslegesnek tűnik
- olykor játszhat is

Humán érték

Jövőre vonatkozó értékdimenzió, mely olyan munkával kapcsolatos, amelynek nem a jelenben, hanem a társadalom jövőjében lehet elismertsége.

Állítások:

- tehet valamit a társadalmi igazságosságért
- sikerét vagy kudarcát csak a következő nemzedék dönti el
- konfliktusokat kell vállalnia (Kiss János, 1995.)

(lásd: 11. melléklet)

IX.3. Betekintés Adler személyiséglélektani rendszerébe, s a Schoenaker-féle személyiségtipológiai kérdőívének bemutatása. Prioritások.

Az individuálpszichológia (a továbbiakban IP) a freudi- a jungi irányzat mellett a harmadik “klasszikus” mélypszichológiai iskola. Adler 1902-től 1911-ig Freud munkatársa volt, a törés 1911-ben következett be kettejük kapcsolatában, melynek oka az volt, hogy Adler egyre világosabban látta elméletének önállóságát, saját magát Freud elméletétől elhatárolta. (Szuhányi, M. 1992.7.) Adler, 1934-ben, az USA-ban telepedett le, személyiségtipológiai rendszere is többek között, a nevelőmunkában ott kapott a legnagyobb teret. Az individuálpszichológia alkalmazói és továbbfejlesztői- a bátorító nevelés képviselői- is főleg az USA-ból kerültek ki. Tágabb körű hatásként említhetjük, hogy nehéz lenne Erick Fromm munkásságát az adleri előzmény nélkül. A Carl Rogers féle nondirektív terápia kérdésfeltevéseiben is felismerhetők az adleri hatások. A második világháború után az individuálpszichológia eszméi újra teret hódítottak, Európa középső felén is. Hazánkban, 1989-ben szerveződött újra az Individuálpszichológiai Egyesület, melynek mostani elnöke, Kárpáti Gyöngyvér. Még 1989-ben elindult az IP szemléletében a szakemberképzés. A MIPE (Magyar Individuálpszichológiai Egyesület) akkori elnöke, Arató Ottó, hívta fel a Svájcban élő individuálpszichológus Szuhányi Mária figyelmét a magyarországi individuálpszichológiai kiképzés szükségességére.

Ezt követően a hazai munka 1990-ben kezdődött el előbb Debrecenben, majd Budapesten. Először Debrecenben Szuhányi Mária vezetésével az egyetemen, (KLTE) 38 szakember részesült a “Bátorító pedagógia” címmel megtartott 400 órás továbbképzésben. (Szuhányi, M. 1992. 268.)

A Schoenaker-féle személyiségtipológiai kérdőív bemutatása

A prioritások fogalma tulajdonképpen az életstílus, mint a munkához való viszony megismeréséhez nyújt gyakorlati lehetőséget. Az életstílus leírja többek között a célkitűzést (“mit akarok” és a “mit akarok feltétlenül elkerülni”) és az emberről alkotott felfogást (milyenek az emberek/milyen a világ). Különböző módszerek léteznek, melyek közelebb visznek az életstílus megismeréséhez, segítenek azt megérteni és megfogalmazni (gyermekkorai élményekkel való munka; ismétlődő álmok; testvér-konstellációk, ...).

KIÉGÉS

A prioritások módszere az életstílusbeli szempontok (hasonló tendenciák, félelmek, módszerek, látásmódok) szerinti csoportosításon alapszik. Ilyen csoportosítások a megértés és az orientáció gyakorlati igényéből már korábban is létrejöttek és elterjedtek, gyakran csak címszó-szerűen, részben negatív értékeléssel (pl.: “elkényeztetett gyerek”, “szuper-baba”).

Az individuálpszichológiai tipológiák története egészen Adlerig nyúlik vissza. Egyik híressé vált mondatát mindenképp idéznünk kell még előljáróban: “A természet olyan gazdag formákban és a lehetséges ingerek, ösztönök és hibák száma olyan nagy, hogy lehetetlen, hogy két ember teljesen egyforma legyen. Ha tehát típusokról beszélünk, akkor ebben csak olyan segédeszközt kell látnunk, ami az individuumok közötti hasonlóságot megismerhetőbbé és érthetőbbé teheti”. (Szuhanýi, M. 1992. 290.)

Szintén tőle származik a következő gondolat: “... egyetlen mérték marad, amivel az embereket jellemezni tudjuk: viselkedése (mozgása) az emberiség kikerülhetetlen kérdéseivel szemben”. (Szuhanýi, M. 1992. 292.) A fizikában a mozgások leírására az irány és a sebesség paramétereit használják, ehhez kapcsolódva a jellemzésekben a szociális hasznosság (irány) és az aktivitás (sebesség) ismertetőjegyeit, illetve ezek szubjektív reprezentációit (“világkép” és “énkép”) használja. (lásd: 10. melléklet)

Mindezek segítségével négy típust különböztet meg:

- uralkodó,
- szociálisan hasznos,
- elkerülő,
- elfogadó.

Adler tipológiáját többen vizsgálták és továbbvitték, mindig finomítva a kérdéses, az értékelés és a végső konklúzió levonásának módszerein (pl.: Kannarkat és Bayton /1979/; Angleiter, Stumpf és Wieck /1976/).

A következő állomás az individuálpszichológiai tipológiák történetében Dreikurs (1950) nevéhez köthető. Ő négy célt különböztet meg, melyek segítségével a gyerekek arra törekcsenek, hogy szociálisan tartozzanak valahová: figyelmesség, fölény, érvényesülés és visszahúzóadás. Ezen négy cél és Adler “közösség – érzés – aktivitás” típusainak keresztezéséből Adler mintája kilenc “mintává” lett kiegészítve. (Szuhanýi, M. 1992. 38.)

Künkel (1934) Adlerhez hasonlóan a személy aktivitásnívóját fontos típusképző jellemzőként mutatja be. Künkel viszont a gyermek vitalitása mellett ennek nevelő környezetét is

KIÉGÉS

figyelembe veszi, és a két változó kölcsönhatásából nyeri a négy “ichhafte” típust. A nevelés lehet túl kemény és túl engedékeny. Ezen kívül a fejlődés történhet inkább a gyermeken (aktív karakter fejlődése) vagy inkább a szülőkön (passzív karakter fejlődése) keresztül. Ezekből a kölcsönhatásokból a következő típusok adódnak:

- “Star”, (sztár)
- “Heimchen” (házitücsök/kiscsibe),
- “Caesar”, (cézár)
- “Tölpel” (fajankó).

Kefír 1971-ben dolgozott ki egy módszert, melyben a következő prioritásokat különböztette meg:

- kényelmesség,
- tetszeni akarás,
- ellenőrzés,
- felsőbbség.

Ezt egészítette ki Schoenaker a teljesítmény-felsőbbség és a morális felelősség differenciálásával.

A prioritás fogalmának Brown szerint két jelentése van. Egyrészt a személy konstans célját jelöli. Másrészt a viselkedési módok osztályát lehet vele leírni. Minden prioritás tartalmazza a specifikus célhoz való közeledés mellett bizonyos szituációk kerülését is.

A prioritások szisztematikusan vannak felépítve és értéksemlegesek. Minden fény- és árnyoldal, egyrészt a kifejtés képességei és a lehetőségei, melyek egy prioritás esetében várhatóak – másrészt a gyakori veszélyek, problémák, nehézségek. Azt kérdezzük: mi a cél? Mit akarunk feltétlenül elkerülni? Milyen árat fizetünk ezért?

Ahhoz, hogy a prioritásokkal dolgozzunk, alapos individuálpszichológiai ismeretekre és tapasztalatra van szükség, mindenekelett szükséges az egyéni reakció és prioritás ismerete; ezek nagyban befolyásolják, hogyan reagálunk más prioritásokra. A prioritások empirikus indikátorai a Brown-féle “Back Door Test” és a Schoenaker-féle prioritás-skála.

Schoenaker a kérdéssort 1984-ben állította össze. A kérdőív mindenekelett a problémamegértést és önmagunk megértését tartja szem előtt. Ezért főleg a csoportmunkához, s pályalélektani, karriertervezési feladatokhoz nyújt módszeres segítséget.

KIÉGÉS

A 28 tételt átfogó skála altesztenként nyolc tételt tartalmaz. A kérdőívet 223 személyből álló mintán vizsgálták. A minta tagja 16 és 67 éves kor közöttiek voltak (az átlagéletkor: 28 év). Az eredeti verzióban egy háromlépcsős válaszadási lehetőség volt megadva, ettől eltérően módszertani okokból csak az alternatív megválaszolás (igaz, hamis) lehetősége állt fenn. A tételek analízise (ITEM-program, Veldman, 1967) adta meg az első táblázat eredményeit. A Cronbach- α becslése a négy skála mérsékelt megbízhatóságát mutatja. Ezt az aránylag kicsi tételszámra is vissza lehet vezetni. Több tételt (pl.: 15, 17, 25) lehetne az alacsony beleegyezési gyakoriság miatt modifikálni.

A skálák érvényességének előfeltétele az, hogy különböző jellemzőket ragadjanak meg. Az interkorrelációk azt mutatják, hogy jelentős asszociációk lehetnek az egyes szubskálák között a fölényesség és a kényelem kivételével.

A prioritások módszere dialektikus és két pólus között a feszültségi viszonyt ragadja meg, például a fölényesség esetében a jelentéktelenség és az egyéni jelentőség erőltetett megélése között. A társadalom számára minden prioritás kibontása lehet szerencsés és előnyös ugyanakkor ezek ellenkezőjét is okozhatják. Az egyéni életstílus feldolgozásához a prioritások módszere nagy segítség lehet, a csoportmunkában nagyon értékes ez a módszer, ahol gyakran a megegyező és az eltérő dolgokat gyorsan és elfogadva fogják fel. Továbbá jól lehet használni a házasság- és partner kapcsolati problémák, valamint a foglalkozásbeli nehézségek megoldásánál. A prioritás és a hivatás vagy foglalkozás közötti lehetséges kapcsolatot egy példával lehet érzékeltetni: ha valakit az ellenőrzés prioritás jellemez, nagyon valószínű, hogy jól fogja magát érezni olyan munkakörben, mint a pénztáros, számvizsgáló, finomműszerész, mert ezekben precízióra és megbízhatóságra van szükség. Egy ilyen ember viszont mindig idegennek érezné magát például színészként, és komoly problémát vetne fel neki, ha ezt a foglalkozást választaná. (Szuhányi, M. 1992. 102.)

IX.4. Saját pályamotivációs, háttér kérdőív

A megfogalmazott hipotézisek igazolása érdekében az említett kiegészítő leltáron, valamint kérdőíveken túl összeállítottunk egy saját, úgynevezett pályamotivációs, illetve háttérkérdőívet.

A kérdőívben a következő főbb területekre tértünk ki:

- a megkérdezett személyére vonatkozó kérdéskör (nem, életkor, családi viszonyok, lakhatási feltételek);
- a pályaválasztás, a munkavégzéssel összefüggő kérdések;
- a megkérdezett életvitelével, a szabadidő eltöltésével összefüggő kérdések;

A kérdőív összeállításánál részben saját magunk fogalmaztuk meg a kérdéseket, részben pedig ismert, a gyakorlatban alkalmazott kérdéseket használtam fel. Jelentős mértékben segítette munkánkat a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet kutatói által használt kérdéssorok, amelyek rendelkezésre álltak. (lásd: 12. melléklet)

X. A vizsgálati minta

A vizsgálati minta részletes bemutatását fontosnak tartjuk, mivel nem a lakosságot általánosan reprezentáló, de még nem is a felsőfokú ápolói képzést képviselő sokaságról van szó, hanem egy speciális képzési formában részvevő, többségében munkaviszonnyal rendelkező, levelező tagozatos főiskolai hallgatókról, akik ápoló szakon először részesülnek főiskolai képzésben hazánkban, Nyíregyházán, az Egészségügyi Főiskolai Karon. (A Debreceni Egyetem egyik jogelőd intézménye volt a nyíregyházi főiskolai kar, s a rendszerváltás előtt ápolók részére még nem volt főiskolai szintű oktatás hazánkban, így e képzés újszerűsége az adott régióban azt jelezte, e segítő hivatás professzióvá kívánt válni.)

A főiskolai szintű ápolói képzésben a kezdetektől részt vettünk és ez alapvetően meghatározta a kutatási területet is. A Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Karán 1993-ban indult el a diplomás ápolók levelező tagozatos képzése, amit 1999-ben követett a nappali tagozatos képzés.

A fenti hipotézisekben megfogalmazottak szerint a vizsgálat célterülete az ápolói szakmában több-kevesebb időt eltöltött, gyakorlattal és ebből adódóan a nappali tagozatos hallgatókhoz viszonyítva magasabb átlagéletkorral rendelkező levelező tagozatos hallgatók köre.

A vizsgálati mintát a Debreceni Egyetem nyíregyházi Egészségügyi Főiskolai Karán 1996 és 2000 között a diplomás ápoló szakon tanuló levelező tagozatos hallgatók képezték. Ebben az időszakban az elsőtől a negyedik évfolyamig 342 fő tanult az említett tagozaton. A munkánk során gyakorlatilag az összes hallgatót sikerült bevonnunk a vizsgálatba, ami azt jelenti, hogy 317 kiegészítő leltár, illetve kérdőív érkezett vissza a megkérdezettektől.

KIÉGÉS

A vizsgálattal szembeni elutasítás minimális mértékben fordult elő (4 eset). Az elemzés alá vont mintából, a képzésből különböző okok miatt hiányzó hallgatók maradtak ki. 1998. októberében történt a kérdőívek felvétele, amikor a hallgatók konzultációra jöttek be a Főiskolára. (lásd: 13-16. melléklet)

XI. A vizsgálat eredményei és azok értékelése

XI.1. A háttérkérdőív segítségével gyűjtött adatok elemzése

Személyes jellemzők

A vizsgált mintában 5 férfi és 312 nő található, ami alapvetően tükrözi az ápolásban dolgozó nők magas arányát.

Az életkor szerinti megoszlás heterogenitására utal a nagy terjedelem (31), ami a 19 éves frissen érettségizett fiattól az 50 éves korig húzódik. Az átlagéletkor 27,6 év, ugyanakkor az előzőekben is említett nagy terjedelemre utal a magas szórásérték is (szórás: 6,25).

1.1. táblázat

A vizsgálati minta korcsoportok szerinti megoszlása

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
19 - 25 év	123	38,8
26 - 30 év	82	25,9
31 - 40 év	78	24,6
41 - 50 év	12	3,8

n=295

Elhagyott elemek száma=22

Generációs kapcsolatok

A hallgatók többsége többgyermekes családból származik. Egyedüli gyermekként a minta 7,4%-a nőtt fel. A leggyakoribb családforma a kétgyermekes, amelyben a válaszadók 59,8%-a, míg három gyermekes famíliában 21,9% élt. Négy gyermekes családban a megkérdezettek 9,0%-a nevelkedett. Egy háztartáson belül ennél több gyermek 6 esetben fordult elő.

A születés sorrendjét tekintve a vizsgálati minta 49,3%-a *elsőszülött*.

1.2. táblázat

A szülők alkalmazási minősége

Megnevezés	Apa		Anya	
	százalék	gyakoriság	százalék	gyakoriság
Értelmiségi	9,3	25	12,5	32
Irodai alkalmazott	5,2	14	14,4	37
Szakmunkás	67,7	182	41,2	106
Betanított munkás	8,9	24	25,7	66
Segédmunkás	8,9	24	6,2	16

n=269
Elhagyott elemek száma=48

n=257
Elhagyott elemek száma=60

A szülők társadalmi státuszát többek között meghatározó alkalmazási minőség szerinti megoszlás alapján láthatjuk (1.2. táblázat), hogy mind az apák, mind az anyák körében a leggyakoribb foglalkoztatási forma a szakmunka. Érdekesnek tűnik, hogy az apák közel 70%-a szakmunkás munkakört tölt be, míg az anyák alkalmazási minősége a munkahelyi hierarchia különböző szintjei között arányosabban oszlik meg.

Azt gondolhatnánk, hogy az életkor szerinti heterogenitás a szülők aktivitásában is megmutatkozik. Ezzel ellentétben azt tapasztaltuk, hogy a megkérdezettek életkora csak kismértékben van összhangban a szülők aktivitásával. Az apák kétharmada inaktív, egyharmada dolgozik. Az anyák esetében valamelyest jobb az arány, de az ő körükben is magas az inaktívok száma. Az 1.3. táblázatban láthatjuk, hogy az apák körében jóval nagyobb az elhunytak száma, mint az anyák körében. A munkaviszonyban álló anyák magasabb esetszáma ebből adódik, ugyanis az öregségi és a rokkant nyugdíjasok aránya között lényeges különbség nincs. Erre az eredményre jutottunk akkor is, amikor a változóból a statisztikai elemzés során kiemeltük a meghalt itemet. Ezután összehasonlítva a két almintát (az apák és az anyák) azt tapasztaltuk, hogy az inaktívok aránya mindkét esetben gyakorlatilag azonos. Ugyanakkor az apák körében megemelkedett az aktívok, tehát a munkaviszonyban állók aránya és meghaladta az aktív nők arányát.

1.3. táblázat

A szülők munkaerő piaci státusza

Megnevezés	Apa		Anya	
	százalék	gyakoriság	százalék	gyakoriság
Aktív				
Munkaviszonyban áll	35,0	111	40,1	127
Inaktív				
Rokkant nyugdíjas	17,4	55	21,5	68
Öregségi nyugdíjas	25,9	82	27,1	86
Gondozott beteg	1,3	4	3,8	12
Meghalt	20,5	65	7,6	24
n=317	n=317			
Elhagyott elemek száma=0	Elhagyott elemek száma=0			

Az mindenesetre szembeötlő, hogy rendkívül magas mind az elhunyt, mind a rokkant szülők — hangsúlyosan az apák körében — aránya a mintán belül. A meghalt szülők életkor szerinti megoszlása egy széles skálán mozog. A terjedelem és a szórás érték mindkét nem esetében magas.

A halál leggyakoribb okai alapvetően megegyeznek a fő halálteki tényezőknek: agyvérzés, szív-érrendszeri, daganatos, emésztőszervi megbetegedések, öngyilkosság. Az apák halálozásában nagy gyakorisággal jelentkezett a tüdőrák, míg az anyáknál az emésztőszervi megbetegedések.

Az elmúlt egy évben a megkérdezettek 20,8%-a veszítette el közeli hozzátartozóját. Ennek a kiegészre gyakorolt hatására a későbbiekben még visszatérünk.

Családi állapot

A családi állapot és az életkor között természetesen egy ok-okozati összefüggés mutatható ki ($R:0,350$; $p:0,0000$). A 25 év alattiak körében nagyobb arányú az egyedülálló fiatalok száma. A függetlenek mintán belüli aránya 46,7%, a házastársi, illetve élettársi kapcsolatban élők 45,9%-a. A fennmaradó 7,4% a felbomlott párok kapcsolatokat foglalja magába, ami a vizsgálati mintán belüli idősebb korosztályra jellemző. Válás 32 (10,1%) esetben fordult elő, ebből 6 fő kétszer vált el. Az egyszer elváltak közül 10 esetben alakítottak ki újabb kapcsolatot és élnek újra házastársi vagy élettársi közösségben. A többi elvált egyedül él.

1.4. táblázat

A családi állapot és az életkor kapcsolata

Családi állapot	Életkor			
	21-25 év	26-30 év	31-40 év	41-50 év
Független	65,0%	34,1%	23,1%	
Házás, együtt él	28,5%	46,3%	53,8%	83,3%
Házás, külön él		2,4%		
Élettárssal él	6,5%	12,2%	2,6%	
Elvált, külön él		4,9%	20,5%	16,7%

n=295

Elhagyott elemek száma=22

Összefüggésben az életkorról és a családi állapottal, a vizsgálati minta 63,1%-a nem rendelkezik gyermekkel. A gyermeket nevelő családok esetében közel azonos arányban található egy vagy két gyermek. Három vagy annál több gyermek csak minimális számban fordul elő a családokban. A gyermeket nevelők (36,9%) közül 6,3% (20 eset) csonkacsaládban neveli rendszerint több gyermekét. Esetükben feltételezhetjük, hogy hathatós szülői, rokoni támogatás mellett képesek a rájuk nehezedő összetett feladatot ellátni, ti. a gyermek(ek) nevelést, a mindennapi munkavégzést, a tanulást.

1.5. táblázat

Családforma

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Egyedülálló	48	15,9
Egyedülálló szülőkkel	62	20,6
Házaspár	34	11,3
Házaspár és gyerek	108	35,9
Házaspár, gyerek, nagyszülők	10	3,3
Csonka család*	33	11,0
Csonka család* és nagyszülők	6	2,0

*Csonka család esetén természetesen gyermekes családról van szó.

n=301

Elhagyott elemek száma=16

A vizsgált minta tagjainak nagyobb része a szülők és gyermekek (2 generáció) által alkotott nukleáris családmodell keretében élnek mindennapjaikat. Ebben a "kis" családban elfoglalt pozíció alapján azonban megkülönböztethetünk két nagy csoportot. A megkérdezett hallgatók egy része, mint a szülőkkel élő gyermekek, másik része, mint a gyermeküket nevelő szülők

KIÉGÉS

vannak jelen a mintában. Hasonló felállásban, de a már klasszikusnak tekinthető nagycsaládos családmódel, tehát három generáció együttélése 16 esetben (5,2%) fordul elő.

A párkapcsolatban élők esetében a párok 82,4%-a rendelkezik munkaviszonnyal. Az elhanyagolható négy esetben fordult elő, hogy nem dolgozik vagy regisztrált munkanélküli a társ, valamint hat esetben rokkantnyugdíjas. A fennmaradó 12,3% az egyéb kategóriába került, ami többek között azt jelenti, hogy vállalkozó, illetve egyéb, munkaviszonynak nem minősülő jogviszonyban áll a megkérdezett párja.

A jövedelmek szempontjából is egy nagyon heterogén csoportról beszélhetünk. A vizsgált hallgatók esetében egyaránt találkozhatunk néhány tízezer forintos és akár a több százezer forintos havi családi jövedelem is. A hallgatók havi átlagos jövedelme 39.634 Ft, a családé pedig 87.500 Ft. A legkisebb jövedelmek a munkaviszonnyal nem rendelkezők körében találhatók meg.

Lakhatási feltételek

Az előzőekhez hasonlóan az életkorral, a családi állapottal, a gyermekekkel szoros összhangban van a lakás tulajdonlása. A családalapítás természetesen magával hozza a gyermekvállalást és a saját lakás megszerzését, illetve birtoklását. Ennek az ellenkezője is igaz, miszerint a független, kötött párkapcsolatban nem élő, gyermektelen hallgatók nagytöbbsége nem rendelkezik lakással. A saját lakással nem rendelkezők — a hallgatók 43,8%-a — leggyakrabban a szülőknél laknak.

A lakásokra tipikusan a magas komfortfokozat a jellemző. A válaszok között csupán 4 esetben fordult elő félkomfortos lakás.

Az egyes lakásokban élők száma az előzőekben taglalt családmódelnek megfelelően 3-4 fő, de a több generációs “nagycsaládban” is maximum hat fő él közös fedél alatt.

Lakóhely, közlekedés

A megkérdezett főiskolai hallgatók lakóhely szerint a vidéki városokhoz kötődnek. Fővárosi otthonnal rendelkező válaszadó mindössze 8 esetben fordult elő. Ez valószínűleg annak is betudható, hogy a képzés helye Nyíregyháza, ami a hasonló képzések helyszínéül szolgáló városok közül a legtávolabb esik Budapesttől. A vizsgált minta 25 százaléka lakik községekben.

1.6. táblázat

Lakóhelye

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Főváros	8	2,5
Vidéki város	229	72,2
Nagyközség	37	11,7
Kisközség	41	12,9
Egyéb	2	0,6

n=134

Elhagyott elemek száma=183

Gyakorlatilag fele-fele arányban fordul elő, hogy a megkérdezett munkahelye és lakóhelye nem azonos településen található. Az eltérés következménye, hogy utazásra (“ingázásra”) vagy albérletbe történő beköltözésre kényszerülnek a munkaviszonyban álló hallgatók. Tehát a saját tulajdon hiánya miatt vagy a munkahelytől távoli lakóhely következtében a hallgatók több mint 22 százalékának nővérszállón, albérletben, esetleg rokonnál kell laknia.

1.7. táblázat

Saját tulajdon hiányában hol lakik?

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Szülők	63	47
Nővérszállás	24	17,9
Albérlet	28	20,9
Rokon	19	14,2

n=134

Elhagyott elemek száma=183

A munkahely elérése érdekében a vizsgálatba bevont hallgatók 48 százaléka valamilyen közlekedési eszközt vesz igénybe. Leggyakrabban (26,5%) autóbusszal utaznak, kisebb mértékben veszik igénybe csak a vasutat (9,5%), illetve a vonat és a busz kombinációját (10,4%). A saját gépjárművel utazók aránya elhanyagolható.

A munkahelyre történő utazás időtartama átlagosan 50 percet vesz igénybe, de a megkérdezettek 20 százalékát óránál többet utazik és előfordul a napi három órás utazás is.

Pályaválasztás

A vizsgálati mintát képező főiskolai hallgatók közel 90 százaléka egészségügyi előképzettséggel rendelkezik. Ha megnézzük az előképzettséget (1.8. táblázat) láthatjuk, hogy a válaszadók többsége egyfajta ranglétrán haladt végig az iskolai tanulmányai során. Ez pedig azt mutatja, hogy a belső szükségletként jelentkező önmegvalósítás vágya meghatározó motivációs tényezőként jelentkezett, jelentkezik a megkérdezettek körében. Ezt igazolja az is, hogy a hallgatók több mint 63 százaléka mondta azt, hogy a középiskolai tanulmányai követően tovább szeretett volna tanulni, de a körülményei ezt nem tették lehetővé, nem volt módja rá.

1.8. táblázat

Iskolai végzettség

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Középiskola és nővérképző	34	10,9
Egészségügyi szakközépiskola	57	18,3
Egészségügyi szakközépiskola és szakosító	92	29,6
Egészségügyi szakközépiskola és másodfokú szakosító	90	28,9
Egyéb	38	12,2

n=311

Elhagyott elemek száma=6

A hallgatók döntő többsége érzelmileg erősen kötődik szakmájához, hivatásnak tekinti munkáját (79%). Ennek a véleménynek a gyökerei valahol a személyiség mélyén keresendő: olyan érzések, érzelmek, hiedelmek, elképzelések és ismeretek összessége, amelyek sui generis módon hatnak és rányomják bélyegüket az egyéni életpálya minden egyes mozzanatára. Maga a pályaválasztás is ennek az egyénre ható, illetve az egyénben generálódó sokféle tényezőnek az eredményeként létrejött, önállóan alkotott döntés eredménye.

A zárt formában feltett kérdéshez — ti. Miért választotta ezt a pályát? — kapcsolódó válaszlehetőségek alapján az emberrel való foglalkozás, mint motivációs tényező meghatározó szempont a pályaválasztás során. Az említett kérdésben szereplő ehhez ért attribútum közel 10%-os választása egyfajta determinisztikus szempontként jelenik meg: nem ért máshoz, ezt kell csinálnia.

Minden más válaszlehetőség (fizetés, presztízs, munkalehetőség) háttérbe szorul ezek után.

1.9. táblázat

Miért választotta ezt a pályát?

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Szeret emberekkel foglalkozni	253	84,9
Nem ért máshoz, ezt tanulta	28	8,8
Egyéb (presztízs, fizetés, ...)	17	5,4

n=298

Elhagyott elemek száma=19

A középiskola kiválasztásának módjára jellemző, hogy a megkérdezettek 68,2%-nak saját döntése volt, amelyben valószínűleg meghatározó volt az egyénekre jellemző altruizmus. Szülői tanács alapján a minta 14,4%-a, míg 11,7%-ban családi példa alapján választottak.

A főiskolai továbbtanulás egy újabb kihívás az egyén számára. Ez a képzés része annak a tanulmányisorozatnak, amely a középiskolai képzéssel kezdődik és a különböző szakosító, kiegészítő képzéssel folytatódik. A folyamatos tanulás, mint az önmegvalósítás igénye akár azt is előrevetíti, hogy a hallgatók egy része a későbbiekben is keresi a szakmai fejlődés lehetőségét.

A belső motiváció ebben az esetben a középiskolai tanulmányokhoz képest már bonyolultabb. Itt már nem egy új szakmát akarnak tanulni a hallgatók, vagyis nagytöbbségében nem. Míg a középszintű képzésben az anyagi szempontok gyakorlatilag meg sem jelentek, addig a diploma megszerzése a válaszadók 16,3%-ának anyagi érdek (magasabb illetmény). A kutatási téma szempontjából fontos válaszlehetőségeket is megjelöltek a hallgatók: szükségét érzik a vezetői megbízás megtartása vagy megszerzése érdekében (13,8%), de vannak, akik a hétköznapok monotonitását akarják elkerülni a tanulás segítségével. A többség azonban új kihívásnak tekinti és mint ilyet próbálja venni az újabb akadályokat.

Munkahely

A vizsgálati minta megválasztásánál már említettük, hogy levelező tagozatos főiskolai hallgatókról van szó. Ebből adódik, hogy egyes megkérdezettek az általános iskola, de a többség a középiskola elvégzése után munkába állt. Ezt támasztja alá az is, hogy a sokaság tagjai 18,5 éves átlagéletkorban kezdett el dolgozni. A munkavállalás szempontjából a minta középpértéke 18 év, ami alatt a hallgatók megközelítőleg 14%-a 17 éves vagy annál fiatalabb (15 éves)

korában váltak munkavállalókká. Az ő esetükben feltételezhető, hogy az érettségi bizonyítvány megszerzése is munka mellett történt.

A minta 23%-a található a 18. életév felett, azaz 19, 20 éves korukban vették fel a munkát. A munkakezdés szempontjából a legidősebb életkor a 24. életév.

1.10. táblázat

Foglalkozási viszonya

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Állami alkalmazott	232	77,1
Vállalkozásban alkalmazott	22	7,3
Vállalkozó	4	1,3
Eltartott	21	7,0
Gyes, Gyed	22	7,3

n=301

Elhagyott elemek száma=16

Elsődlegesen közalkalmazottak, tehát állami, illetve önkormányzati fenntartású intézményekben dolgoznak, de az eltartotti állapottól és a gyermekgondozás különböző formáitól eltekintve, a megkérdezettek közel 9% piaci alapú vállalkozási formában biztosítja megélhetését.

Az eltartottak számából is látható, hogy vannak, akik még egyáltalán nem álltak alkalmazásban (7,6%). A hallgatók 51,7% az első, alig kevesebb, mint 30%-a pedig második munkahelyén dolgozik. 10% körül mozog azok aránya, akik 3 vagy annál több munkahelyen állt alkalmazásban. Természetesen az életkorral egyenes arányban nő az adott munkahelyen eltöltött évek száma. Ehhez kapcsolódik az is, hogy szoros összefüggés mutatható ki a munkahelyen és az adott munkakörben eltöltött évek száma között is. A mióta van jelenlegi munkahelyén — mióta van jelenlegi munkakörében változók korrelációs kapcsolata: $R=0,623$; $p: 0,000$. Azt gondoljuk, hogy ez az erős ok-okozati összefüggés utal arra, hogy a belső mobilitás kicsi, tehát egy viszonylagos állandóság tapasztalható a munkahelyi hierarchiában. Ennek a status quo-nak a fenntartására törekednek mindazok a hallgatók is, akik a vezetői beosztás megtartása érdekében kezdték el főiskolai tanulmányaikat.

1.11. táblázat

Beosztása

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Ápoló	180	60,8
Asszisztens, szülésznő	40	13,5
Részlegvezető (alsó vezető)	30	10,1
Osztályvezető főnővér	24	8,1
Tanuló	22	7,4

n=296

Elhagyott elemek száma=21

A központi téma, tehát a kiégés szempontjából fontosnak tartjuk az 1.12. táblázat adatait. Látható, hogy a hallgatók körülbelül 60–40 százalékos arányban dolgoznak több- és egyműszakos munkarendben. Ugyanakkor a centrális mutatók, jelen esetben a változó gyakorisága és középértéke (értéke: 1) alapján azt mondhatjuk, hogy jelentős súllyal bírnak az egyműszakos munkarendben dolgozók. Ennek a fontosságára a kiégés elemzése során még vissza kívánunk térni.

1.12. táblázat

Hány műszakban dolgozik?

Műszak száma	Gyakoriság	Százalék
1	118	41,8
2	86	30,5
3	72	25,5
4	4	1,4

n=280

Elhagyott elemek száma=37

Érdekes mozzanata a kutatásnak, hogy a kérdőíves adatgyűjtés folyamán a hallgatók 68,8%-a jelezte azt, hogy a jelenlegitől eltérően szeretne másféle munkát végezni. Az új munkalehetőségek megtalálását a megkérdezettek döntő többsége (76,2%) az egészségügy berkein belül tudja elképzelni. Ezzel szemben a változás lehetőségében csak kevesen bíznak, annál többen reménykednek és a hallgatók egy nem elhanyagolható része, erősen kételkedik.

1.13. táblázat

Lát-e lehetőséget munkahely változtatásra?

Műszak száma	Gyakoriság	Százalék
Igen	46	15,8
Nem	88	30,2
Talán	157	54,0

n=291

Elhagyott elemek száma=26

Már a pályaválasztás elemzése során is tapasztaltuk és itt még erősebben felszínre kerül az a tény, hogy a belső motiváció, illetve az egyén jövőképe szempontjából meghatározó szerepe van a munkakörnek, a beosztásnak.

1.14. táblázat

Mennyire elégedett munkájával?

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Nagyon elégedett	10	3,4
Elégedett	107	35,9
Részben elégedett	160	53,7
Elégedetlen	11	3,7
Nagyon elégedetlen	10	3,4

n=298

Elhagyott elemek száma=19

A direkt formában feltett elégedettségre vonatkozó kérdés (1.14. táblázat) azt mutatja, hogy a megkérdezettek átlagosan elégedettek a munkahelyükkel, tehát a válaszok egy ötfokozatú skálán a hármas érték körül szóródnak (szórás: 0,75). Egyes kórházakban, egészségügyi intézményekben készített (összetettebb) dolgozói elégedettségi vizsgálatok is hasonló eredményre jutottak.

A munkahely által biztosított megfelelő munkafeltételek mellett az egyén belső nyugalmanak, békéjének, kiegyensúlyozottságának a megvalósulása döntő mértékben függ a közvetlen munkatársakkal kialakított kapcsolat minőségétől. Az erre irányuló kérdés azt igazolja, hogy a megkérdezettek 85 százaléka jónak tartja munkahelyi személyes kapcsolatait, 13,6% tűrhetőnek és mindössze 1,3% (4 fő) ítélte rossznak.

Munkahelyi fegyelmi felelősségre vonása 6 főnek volt. Rájuk jellemző, hogy valamennyien az ápolók köréből kerültek ki. Szeretnének munkahelyet, illetve munkakört váltani és 4 fő az egészségügy intézményrendszerén kívül képelné el további boldogulását.

Jövedelmi helyzet

A családok átlagos havi nettó jövedelme 88.052 ezer forint, míg a saját jövedelem átlagosan 37.478 forint havonta. Az összjövedelem néhány esetben több százezer forint volt, ugyanakkor egy-két családnál mindössze néhány tízezer forintot tett ki ez az összeg.

1.15. táblázat

A beosztás és a jövedelem kapcsolata

Beosztás		Jövedelem				
		20 eFt alatt	20-30 eFt	30-40 eFt	40-50 eFt	50 eFt felett
Ápoló	N	4	24	80	44	16
	%	2,4	14,3	47,6	26,2	9,5
Asszisztens, szülésznő	N	4	2	18	12	4
	%	10,0	5,0	45,0	30,0	10,0
Részlegvezető	N	—	—	18	8	4
	%	—	—	60,0	26,7	13,3
Osztályvezető	N	—	2	4	4	14
	%	—	8,3	16,7	16,7	58,3

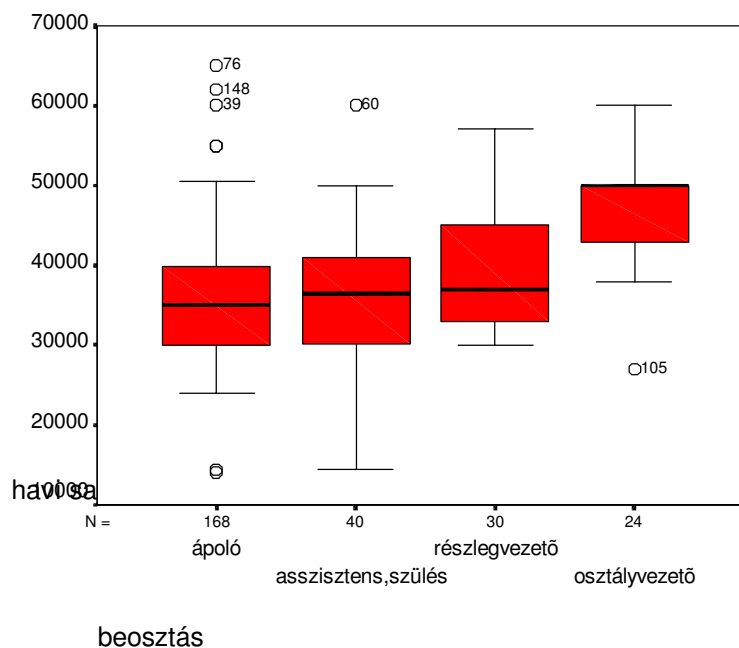
n=262

Elhagyott elemek száma=52

Az alacsony mértékű egyéni jövedelmekkel a munkaviszonyban nem állók, vagy a gyermek-neveléshez kapcsolódó állami juttatásban részesülők rendelkeznek.

Az ápolók és az asszisztensek jövedelme között szignifikáns különbség nem állapítható meg, vagyis a beosztás ezen két formája között lényeges kereseti különbség nem tapasztalható. A beosztás és a jövedelem kapcsolatát bemutató 1.15. táblázat értékkategóriái bizonyos mértékig összemoszák az adatokat. Ezzel szemben az 1.1. ábra jól szemlélteti a jövedelmi különbségek tendenciáit. Az asszisztensnők, szülésznők illetménye általában valamivel magasabbnak tekinthető, mint az ápolóké, de azt is láthatjuk, hogy az ápolók körében több eseti jellegű jövedelem “kiugrás” tapasztalható. Ezek abból adódnak, hogy a vizsgálati mintában olyan ápolói munkakörben dolgozó hallgatók is találhatók, akik a közalkalmazotti jogviszonyban eltöltött hosszabb időnek köszönhetően magasabb illetménnyel rendelkeznek.

1.1. ábra

A beosztás és a jövedelem kapcsolata

Mind az említett táblázat adatai, mind az ábra egyértelműen jelzi, hogy az ápolói szakmai hierarchia magasabb szintjein elfoglalt hely általában nagyobb jövedelmet is jelent.

A megkérdezettek beosztása és a család jövedelme között szignifikáns összefüggés nem mutatható ki. Úgy gondoljuk, hogy ez abból adódhat, hogy család bevételeinek egy meghatározó részét a hallgatók hozzátartozóinak a keresete képezi. Ezt igazolja az is, hogy ok-okozati összefüggés sem mutatható ki az egyén és a család bevételei között.

Bár a jelen felmérés még a minimálbér országos szintű felemelése előtt készült, a jövedelem és a munkával való elégedettségre vonatkozó változók között összefüggés nem tapasztalható.

Időgazdálkodás, pihenés

A megkérdezett főiskolai hallgatók 48,6%-a 8 órát dolgozik főállású munkaviszonyban. Ennél kevesebb időt 6,3% tölt el. Napi 12 órás munkaidőt 28,3% jelölt meg. Ez azonban így, ebben a formában félreérthető. Ugyanis ez azt jelenti, hogy a többműszakos munkarendben dolgozó ápolók egy műszakban 12 órát dolgoznak, amit 48 órás pihenő követ. Ezek alapján azt mondhatjuk, hogy a szakdolgozók jelentős része a törvényi előírásoknak megfelelően napi 8 órát dolgozik. Az ettől való eltérés részben a már említett rövidebb munkaidőből, akár 4 vagy 6 órás napi munkatevékenységből, illetve az előforduló túlórák okozta időtöbbletből adódik.

KIÉGÉS

A főállású munkaviszonyon túl a hallgatók átlagosan 4,52 órát töltenek el különmunkával. Ebbe az időtartamba beletartozik a házi munka, illetve a jövedelem kiegészítés érdekében vállalt munka is. A megkérdezettek negyede (25,4%) mondta azt, hogy nem végez semmilyen más munkát, míg 22,1% jelezte azt, hogy a szabadnapjain más munkahelyen is szokott dolgozni.

Az, hogy viszonylag sokan vállalnak jövedelem kiegészítést jelentő további munkát, jelzi az egészségügyi dolgozók, az ápolók megélhetési nehézségeit.

1.16. táblázat

Szabadságát az elmúlt évben hogyan vette ki?

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Nyáron egyszerre	44	14,9
Nem nyáron, de egyszerre	6	2,0
Két részletben	11	3,7
Elaprózva	152	51,4
Nem vette ki	11	3,7
Egyéb	72	24,3

n=296

Elhagyott elemek száma=21

Az 1.16. táblázat adatai alapján megállapíthatjuk, hogy a megkérdezett főiskolai hallgatók természetesen élnek a szabadság lehetőségével. Annak felhasználása azonban már jelentős eltéréseket mutat. A közalkalmazotti törvény által biztosított feltételeknek megfelelően a rendszeres évi szabadsághoz való hozzáférés a munkaadó és a közalkalmazott, illetve a munkatársak közötti kompromisszumos megegyezés kérdése. Igazolja ezt az is, hogy a megkérdezettek mindössze 2,0%-a válaszolta azt, hogy a munkahely dönt a szabadság kiadásáról. Ezzel szemben a hallgatók 16,7%-a válaszolta azt, hogy maguk döntenek saját szabadságolásukról. Azoknak az aránya pedig 78,0%, akik az említett hárompólusú kompromisszum eredményeként jutnak megérdemelt szabadságukhoz.

1.17. táblázat

Szabadságát az elmúlt évben hogyan használta fel?

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Pihenés	14	6,2
Családdal együtt pihenve	34	15,0
Rokonlátogatás	4	1,8
Munka, pénzkeresés	14	6,2
Sport, utazás, strand	33	14,6
Pihenés és házimunka	110	48,7
Egyéb	17	7,5

n=226

Elhagyott elemek száma=91

A megkérdezett hallgatók a rendes évi szabadságukat alapvetően pihenésre használják fel. A vizsgált minta közel fele (46,2%) évente legalább egy alkalommal el szokott menni kirándulni. Ugyanakkor 20,3% válaszolta azt, hogy nem jut rá, nincs lehetősége a kirándulásra, míg 24,6%, ha nem is évente, de törekszik a pihenés ezen formáját beiktatni a szabadidejébe. Jelentős arányt képvisel azoknak a száma, akiknél a szabadság alatti pihenés összekapcsolódik a nagyobb volumenű házimunkák elvégzésével. A szabadságuk alatt is munkát vállalók és a pihenés mellett házimunkával is foglalkozó hallgatók magas arányát okozhatja azt, hogy válaszadók 60,8%-a úgy érzi, hogy szabadsága alatt nem piheni ki magát.

A szabadidő hasznos eltöltésének mérése érdekében különböző tevékenységeket soroltunk fel a kérdőívben.

A kapott válaszokat, tehát a vizsgált hallgatók tagjainak időtöltéssel kapcsolatos preferenciáit az 1.18. táblázatban láthatjuk heti bontásban.

1.18. táblázat

Hány órát tölt hetente...?

Megnevezés	Átlag	Középérték	Gyakoriság	Szórás	Esetszám	
					Érvényes	Hiányzó
Sporttal	3,90	3	2	6,76	192	125
Hobbyval	4,33	2	1	7,16	169	148
TV nézéssel	9,08	7	10	7,49	305	12
Zenehallgatással	8,18	4	2	11,03	251	66
Mozi látogatással	3,08	2	2	4,50	49	268
Kirándulással	6,32	3	1	9,99	79	238
Újságolvasással	3,44	2	1	8,76	285	32
Olvasással	7,28	5	2	9,79	279	38
Rádióhallgatással	8,74	5	1	14,10	243	74

A munka utáni pihenőidő eltöltésének leggyakoribb formája a TV nézés. A centrális mutatók jól szemléltetik, hogy a TV nézés volumene messze túlnő a szórakozás valamennyi formáján, ugyanakkor szórásértéke és terjedelme (47) utal az igénybevétel változatosságára. A válaszadók nagy esetszáma is mutatja, hogy a leggyakoribb kikapcsolódási formának ezt választják a hallgatók. Magas átlagértéket képvisel a zenehallgatás, illetve a rádióhallgatás is. A magas esetszámok jelzik, hogy melyek azok a szabadidős tevékenységek, amelyek általánosan, mindenféle egyéni sajátosságoktól mentesen található meg a hallgatók körében. A nagyobb kötöttséget, fizikai igénybevételt vagy plusz anyagi terheket jelentő kikapcsolódási formák esetében csökken az azt igénybe vevő hallgatók száma: sport, hobby, mozi, kirándulás, koncert- és színházlátogatás. A kis esetszámban előforduló mozi és a még ritkább színházlátogatás vagy az eseti jelleggel jelentkező hangverseny látogatás tipikusan a fiatalabb korosztályra jellemző. A más esetben életkorral való szoros összefüggés nem mutatható ki, így például a szabadidejüket sportolással töltők körében fiatalok és idősebbek egyaránt előfordulnak.

Az időtöltés egyik — az egyén szocio-emocionális állapotát erősen befolyásoló — formája a kortárs kapcsolatok ápolása, építése. A vizsgált minta tagjainak ismerősi, baráti körének nagysága változatos képet mutat. Az egy-két fős kapcsolatoktól az ötvenfős közösségekig terjed. A nagy terjedelemből képest (49) viszonylag kis szórásérték (3,29) azért azt mutatja, hogy a barátok, ismerősök száma az átlagérték (14) körül mozog. A hallgatók 56,3%-nak 10 fős, vagy annál kisebb kapcsolatrendszerrel rendelkeznek. A válaszadások esetlegességét jelzi,

hogy a baráti társaság méretét kerek értékekkel jelölték úgy, mint 10, 15, 20, 30, 50 fő, a köztes értékeket pedig kevesebben választották.

1.19. táblázat

Hány alkalommal jön össze barátaival havonta? (quintilis)

Percentilis	Alkalom
A megkérdezettek: 20 %-a	1
A megkérdezettek: 40 %-a	2
A megkérdezettek: 60 %-a	3
A megkérdezettek :80 %-a	4

n=285

Elhagyott elemek száma=32

Az egyes kapcsolatrendszer mérete azonban nem függ össze a kapcsolatok intenzitásával. A válaszadók leggyakrabban havi 2 alkalommal találkoznak barátaikkal, ismerőseikkel és az átlagérték is 3 alkalom körül mozog. A vizsgált minta tagjainak 80%-a maximum 4 (1.19. táblázat), a 94,7%-a pedig legfeljebb 6 alkalommal találkozik barátaival, havonta.

Mentális és egészségi állapot

A kiégés szindróma kialakulásának és elmélyülésének egyszerre oka és következménye a testi-lelki állapot változása. A kialakulást elősegítő okok közé sorolhatjuk mindazokat a velünk született vagy az életünk során szerzett elváltozásokat, amelyek teherként nehezedenek az egyénre, ennél fogva hátrányosan befolyásolják a szocializációját, közösségi-társadalmi beilleszkedését.

A vizsgált minta tagjainak 10,9% (34 fő) koraszülöttként, 7 % (22 fő) pedig császármetszéssel született.

A hallgatók 4,4%-nál (14 fő) jelentkeztek légzési zavarok csecsemő, illetve gyermekkorban és 6 esetben ((1,9%) kellett újraélesztést alkalmazni. Ez a hat eset az előző három változóhoz tartozó esetben fordult elő, azaz a koraszülöttek, a császármetszéssel születettek és a légzészavarokkal rendelkezők körében.

1.20. táblázat

A hallgatók ismert betegségei

Megnevezés			
Chr.sinusitis	Gyomorfájd.	Hypertonia	Dermatitisek
Migrain	Rhinitis allergica	Szívgyulladás	Allergiák
Hyperthyreosis	Tüdő asztma	Hypothyreosis	Lúdtalp
Pyelonephritis chr.	Obesitás	Vertebrobas insuff.	nőgyógy rendell.
Chusing szindr.	Érrendszeri probl.	Hepatitis "B"	Ulcus ventriculi
Gerincsérv	Anaemia perniciosa	Ulcus cruris	Paradonthopátia
Diabetes mellitus	ISZB-k	Colitis ulcerosa	Fibroadenoma
Polycystás vese	Extrasystolia	Vashiányos anaemia	Osteoporosis

A vizsgált hallgatók 22,4%-nál található valamilyen ismert betegség (1.20. táblázat). Kis számban ugyan, de többször előforduló probléma a felnőttkori megbetegedésnek tekinthető hipertónia vagy a civilizációs ártalomnak számító fekélybetegség is. Mai ismereteink szerint a magas vérnyomás kialakulásának meghatározó okai közé sorolhatjuk a nem megfelelő önpusztító életmódot, a stresszel terhelt munkahelyi viszonyokat és a konfliktusos magánéletet. Balesetet az előzőekhez hasonló arányban, munkahelyi baleset vonatkozásában 7 fő szenvedett el.

A szervezetet jelentő mértékben megterhelő a különböző, többek között a fő halálteki tényezőként ismert betegségek (szív-érrendszeri, daganatos, ...) kialakulása során kockázatot jelentő alkohol-és kávéfogyasztás, s dohányzás vizsgálati mintán belüli jellemző adatait az 1.21. táblázatban láthatjuk.

1.21. táblázat

**Hány kávét iszik naponta?
Hány szál cigarettát szív el naponta?
Mennyi alkoholt fogyaszt alkalmanként (nem napi fogyasztás)?**

Megnevezés	Átlag	Középérték	Gyakoriság	Szórás	Esetszám	
					Érvényes	Hiányzó
Kávéfogyasztás						
(csésze)	2,06	2	1	1,13	221	96
Dohányzás						
(db, szál)	10,31	10	10	6,65	81	236
Alkoholfogyasztás						
Sör (dl)	2,72	2,0	2	1,36	50	267
Bor (dl)	1,95	2,0	2	1,10	119	198
Tömény (dl)	0,76	0,5	0,5	0,70	68	249

A kávéfogyasztás általánosan elterjedt szokás a hallgatók körében. Napi egy–két kávé általánosan tekinthető, de a három sem ritka. Az ettől többet fogyasztók összességében alig haladják meg a hallgatók 10%-át.

Nagyságrendekkel kevesebb dohányzó található a megkérdezett hallgatók körében. Jellemzően egy fél doboz cigarettát szívnek el naponta. Ugyanakkor a magas szórásérték rámutat arra, hogy vannak, akik egy teljes dobozzal elszívják, míg mások egy-két szállal is megelégednek. Tipikus fogyasztási értéként a napi 5 (17,3%), 10 (29,6%) és 20 (17,3%) szál jelent meg.

Az alkalmoszerű alkoholfogyasztás körülbelül a minta egyharmadát érinti. Az összehasonlítások alapján azt is megállapíthatjuk, hogy a hallgatók többsége szinte soha nem fogyaszt alkoholt. Az alkalmi jellegű fogyasztás az esetek nagy többségében vendégséghez köthető. Munkahelyen, vendéglátóhelyen, vagy akár otthon csak kis számban isznak.

Az adatok összevetése alapján kirajzolódik egy olyan hallgatói kör, akik megfelelő alkalom esetén, nem napi rendszerességgel, társaságban, és nem nagy mennyiségben tömény alkoholt, bort vagy sört egyaránt fogyaszt. Ezen alkoholfogyasztási szokások alapján úgynevezett szociális ivóknak tekinthetjük őket.

A generációs kapcsolatok elemzése során már tapasztaltuk, hogy a hallgatók egy nagyobb csoportja elvesztette közeli hozzátartozóját. A halál okai között már ott is megjelent az öngyilkosság.

1.22. táblázat

Öngyilkossági kísérletet elkövető családtag

Megnevezés	Gyakoriság
Apa	9
Anya	6
Testvér	6
Nagyszülő	8
Távoli rokon	34

n=63

Elhagyott elemek száma=254

A kérdőív kitöltői körében az öngyilkossági kísérlet 4 esetben fordult elő. Három esetben egy, míg egy esetben két kísérlet történt. Az öngyilkossági kísérlet két esetben vont kórházi kezelést maga után.

A megkérdezett főiskolai hallgatók közül 63 esetben jelezték, hogy a családi, rokonsági körben előfordult öngyilkossági kísérlet (1.22. táblázat).

XI. 2. Pályakép, értékorientáció

A kiegészítő vizsgálata szükségessé teszi, hogy megnézzük melyek azok az értékek, amelyek meghatározzák az egyén pályaképét, értékorientációját. Mindezek elemzése segíthet abban, hogy jobban megértsük a humán segítő szakmákban oly gyakran megjelenő burnout szindróma kialakulását. A pályakép és értékorientáció vizsgálatára az elméleti részben leírtaknak megfelelően a Super-féle munkaérték kérdőívet használtuk.

2.1. táblázat

Az egyes értékkörök megoszlása

Értékkör	Átlag	Szórás	Ranghely
Szellemi ösztönzés	10,68	1,87	11.
Altruizmus	13,59	1,62	1.
Anyagi ellenszolgáltatás	12,88	2,01	3.
Változatosság	12,44	1,98	5.
Függetlenség	11,64	1,75	10.
Presztízs	12,11	1,78	8.
Esztétikus	10,54	2,31	12.
Társas kapcsolatok	12,95	1,80	2.
Játékosság	8,39	2,26	15
Önérvényesítés	12,30	1,92	6.
Hierarchia	12,01	1,89	9.
Humán	8,95	2,07	14.
Munkateljesítmény	12,30	1,72	7.
Irányítás	9,47	2,59	13.
Kreativitás	12,45	1,88	4.

Az említett kérdőív 15 értékköréből az altruizmus került az első helyre. Ez a ranghely tökéletes összhangban van a háttér kérdőív pályaválasztásra vonatkozó adataival. A másokra való odafigyelés, a másokért való tenni akarás, segítség meghatározó tényezője az ápolói pályaválasztásnak.

Az adatokat összevetve más, hasonló, tehát segítő szakterületen tanuló hallgatók körében végzett felmérések eredményeivel azt tapasztaltuk, hogy a kapott eredmények erősen közelítenek egymáshoz.

2.2. táblázat

Korrelációs mátrix

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1,000														
2	,286	1,000													
3	-,073	,025	1,000												
4	,268	,277	,223	1,000											
5	,137	,008	,318	,306	1,000										
6	,006	,156	,469	,318	,388	1,000									
7	,344	,303	,170	,263	,331	,289	1,000								
8	,003	,279	,252	,152	,025	,391	,129	1,000							
9	,139	,146	,125	,185	,253	,287	,402	,105	1,000						
10	,187	,133	,218	,268	,410	,367	,367	,205	,360	1,000					
11	,019	,214	,389	,217	,261	,424	,240	,533	,218	,356	1,000				
12	,404	,172	-,003	,069	,164	,229	,414	,107	,347	,356	,211	1,000			
13	,301	,219	,096	,225	,279	,291	,370	,251	,187	,261	,341	,383	1,000		
14	,292	,145	,144	,232	,382	,380	,297	,087	,280	,391	,084	,384	,497	1,000	
15	,445	,230	-,008	,364	,459	,212	,414	,092	,244	,375	,055	,381	,508	,467	1,000

1. szellemi ösztönzés	2. altruizmus	3. anyagi ellenszolgáltatás
4. változatosság	5. függetlenség	7. esztétikum
6. presztízs	8. társas kapcsolatok	9. játékosság
10. önérvényesítés	11. hierarchia	12. human
13. munkateljesítmény	14. irányítás	15. kreativitás

A korrelációs együtthatók értékeinek áttekintése során igazán erős együttjárás nem tapasztalható. Egy esetben kaptam egy magasnak tekinthető ($R=0,508$) korrelációs értéket, mégpedig a munkateljesítmény és a kreativitás értékköre között. Ami érdekesnek tűnik, hogy a kreativitás másik nyolc értékkörrel összevetve ($R=0,300$) feletti értéket kapott, vagyis a válaszadók szempontjából a kreativitás alapvetően egy fontos tényező.

Varimax rotált faktorsúly mátrixok

A 15 értékkör bevonásával elvégzett faktoranalízis során négy faktort sikerült elkülöníteni.

Az első faktorba a következő hat értékkör tartozik:

- humán
- játékosság
- esztétikum
- önérvényesítés
- irányítás
- munkateljesítmény

Az első faktorba tartozó értékkörök egy olyan személy vízióját mutatja be, aki jövőorientált, széles látókörű, színes egyéniség és ennél fogva domináns szereplője a közösségnek. Igazi vezéregyéniség. A felsorolt jellemzők és az értékkörök alapján a faktornak a vezető, a — vezetéselméletekben gyakran használt beszédes angol kifejezéssel élve — leader nevet adtuk.

2.3. táblázat

Faktor 1 — Vezető

Értékkör	Faktorsúly
Humán	,79824
Játékosság	,63780
Esztétikum	,56076
Önérvényesítés	,55508
Irányítás	,54763
Munkateljesítmény	,47931

Ha belegondolunk abba, hogy a hallgatók döntő többsége pozícióbeli változást remél a főiskolai tanulmányaitól, akkor már nem meglepő ennek a faktornak a megjelenése.

A második elkülönített faktorba három értékkör tartozik. Ezek a következők:

- függetlenség
- anyagiak
- presztízs

KIÉGÉS

A három értékkör alapján ennek a faktornak a Tanácsadó nevet adtuk. Képletesen (kis túlzással) az is elmondható, hogy ide a “magányos farkas” tulajdonságaival jellemezhető egyéneket sorolnám: “független és tarolni akar”. A függetlenséget azért is érdemes kiemelni, mivel a faktorban a legmagasabb értéket képviseli. Lényeges mozzanata ennek az elemnek, hogy képviselői nem akarnak vezetővé lenni. A dolgokat a háttérből kívánják irányítani tudásukkal, elismertségükből adódó tekintélyükkel, befolyásukkal, de függetlenségüket minden esetben fenntartva. Fontos számukra, hogy ebből a szerepből anyagi tőkét tudjanak kovácsolni.

Ebben az esetben is találunk kapcsolódási pontot a háttérkérdőív anyagával. A megkérdezettek egy része a bővülő anyagi lehetőségek érdekében jelentkezett a főiskolára. A tanulás, a diploma teret nyit számukra és az egyébként alacsony társadalmi elismertséggel bíró ápolói szakma hierarchiáján fentebb lépve talán nagyobb függetlenségre és elismertségre is szert tesznek.

2.4. táblázat

Faktor 2 — Tanácsadó

Értékkör	Faktorsúly
Függetlenség	,75865
Anyagiak	,61748
Presztízs	,55674

A harmadik faktor négy értékkört tartalmaz, amelyek a következők:

- szellemi ösztönzés
- altruizmus
- változatosság
- kreativitás

Ennek a faktornak a Maslow-i értelemben vett önmegvalósítás nevet adtam. A jelen értékekkel bírók “igazi” társas lények. Igénylik a szakmai kihívást, a változatos, az egyéni képességeket és tudást igénybe vevő feladatokat, de nem feltétlenül kívánnak a középpontba kerülni. Képességeit a közösség, az egyén szolgálatába állítja.

A háttér-kérdőívvel vont párhuzam itt sem hagyható el, mivel a pályaválasztás meghatározó tényezője volt az embereken való segíteni akarás, egy szóval kifejezve az altruizmus.

Jelen esetben nem találunk kiugró értéket, az egyes faktorsúlyok egyenletesen oszlanak.

2.5. táblázat

Faktor 3 — Önmegvalósítás

Értékkör	Faktorsúly
Szellemi ösztönzés	,68131
Altruizmus	,65987
Változatosság	,59886
Kreativitás	,59559

A következő, negyedik faktor két értékkört foglal magába:

- társas kapcsolatok
- hierarchia

Talán azt is mondható, hogy az az egyén, aki dominánsan e két értékkel rendelkezik tipikus végrehajtó személyiség. Magas szintű szociabilitás jellemző rájuk. Ebből következik, hogy kapcsolataik megtartása érdekében igyekeznek a környezet elvárásaihoz idomulni.

Az emberi környezetéhez erősen kötődő egyének munkájukat, viselkedésüket, kommunikációjukat, cselekedeteiket alárendelik a közösségnek, a “tekintélynek”.

2.5. táblázat

Faktor 4 — Végrehajtó

Értékkör	Faktorsúly
Társas kapcsolatok	,81485
Hierarchia	,77074

A faktorban szereplő mindkét értékkör meglehetősen magas faktorsúllyal bír.

A faktoranalízis során kapott értékek, látens változók igazolják mindazokat a következtetéseket, amelyeket már a háttér kérdőív vonatkozó adatainak a feldolgozása során megfogalmaztunk. Az 1. ranghellyel rendelkező altruizmus tökéletes összhangot képvisel a pályaválasztást, a középiskola választását meghatározó tényezővel, vagyis szeret emberekkel foglalkozni (2.1. táblázat).

2.6. táblázat

**Miért választotta az ápolói pályát? és az altruizmus
varianciaanalízis**

Megnevezés	Átlag	Szórás	N
Szeretek emberekkel foglalkozni	13,82	1,44	253
Ehhez értek	12,14	1,80	28
Egyéb*	13,00	2,52	17

(*Többek között: presztízs, fizetés, munkahelymegtartás, ...)

A pályaválasztással kapcsolatos következtetéseket igazolja az altruizmus és a pályaválasztás oka bevonásával végrehajtott varianciaanalízis is. Látható, hogy a legmagasabb átlagértéket, magas esetszám és kis szórásérték mellett, az altruista megnyilvánulást jelentő emberekkel való foglalkozás jelent meg motivációs szempontként (2.6. táblázat).

A rangsor további szereplői pedig erősítik azokat az indokokat, amelyek a szakmai fejlődés, a főiskolai tanulás okaiként szolgálnak (2.1. táblázat). A felsőbb szintű, jelentős kompetencia-növekedést biztosító tanulás okait megszilárdítják azok a szempontok is, amelyeket a faktoranalízis során kapott látensváltozók értékkörei jelentik.

XI.3. Prioritás

Amint az elméleti leírásban már említettem a prioritások fogalma tulajdonképpen az életstílus, mint a munkához való viszony megismeréséhez nyújt gyakorlati lehetőséget.

A jelen vizsgálat során hangsúlyozni szeretném, hogy a Schoenaker által készített kérdéssort nem terápiás jellegű egyéni vizsgálatokra használjuk, hanem a vizsgálatba bevont főiskolai hallgatók “általános életstílusának” a megismerésére.

KIÉGÉS

Az egyes típusokokról szóló elméletek két dimenzióban négy kategóriába sorolják a személyiséget. A témával foglalkozó szakemberek más-más megfogalmazásban, de tartalmában egymásnak megfeleltethető kategóriákat alakítottak ki, az eltérések nem jelentősek.

Ebben a vizsgálatban a Nira Kefir típusánára épülő Schoenaker által készített, személyiségtipológiai módszert alkalmaztuk.

3.1. táblázat

Kefir által létrehozott kategóriák

Kategória	Dimenzió II.	Dimenzió I.
Felsőbbségi érzés (sztár)	Aktív	Extrovertált
Tetszés (kiscsibe)	Passzív	Extrovertált
Ellenőrzés (cézár)	Aktív	Introvertált
Kényelem (fajankó)	Passzív	Introvertált

Schoenaker az által készített kérdőívben az egyes kategóriák mérésére hét-hét állítást fogalmazott meg. Az egyes állításokra három válaszlehetőséget biztosít a következő értékekkel:

- igen – 1,0,
- talán – 0,5
- nem – 0,0.

Tehát a hét állítás összességében a minimum (0) értéktől a maximum (7) értékig terjedhet, 0,5 pontos emelkedési lehetőséggel.

Az összegyűjtött adatok alapján a kategóriáknak megfelelően az alábbi információkat kaptuk.

A hallgatók a felsőbbségi érzés kérdéskörére adott összpontszáma valamivel a 3,5-ös középítő érték felett található. A négyes érték általános irányszámnak tekinthető. Az átlagérték 4,029, a középérték és a leggyakoribb érték 4. A legalacsonyabb 0 és a legmagasabb 7 érték senkinél nem jelent meg. A terjedelem értéke 6.

Mivel a 7-es értéket nem lehet harmadolni, ezért kissé aránytalanul osztottuk fel az egyes kategóriákat. Jelen esetben a kisebb középítő részben található a minta többsége (3.2. táblázat).

3.2. táblázat

Felsőbbségi érzés

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Alsó rész (0 – 2)	24	8,1
Középső rész (3 – 4,5)	171	57,6
Felső rész (5 – 7)	102	34,3

n=297

Elhagyott elemek száma=20

A felsőbbségi érzés kategóriának tiszta típus esetén — a különböző tipológiai elméletek kategória jellemzői alapján — a következő jellemzői vannak:

Igényes, szereti, ha csodálják. Önbizalma magas, nyerni akar. Úgy gondolja, hogy ő a legokosabb, ezért előfordul, hogy fölényeskedő. Általánosnak tekinthető, hogy egészséges ember, aki a közösség felé fordul, és optimista beállítottság jellemzi.

A pályakép vizsgálata során létrehozott látensváltozók és a felsőbbségi érzés átlagelemzéssel történő összehasonlítása során megállapítható, hogy a magas felsőbbségi érzéssel rendelkező személyek jellemző értékorientációja a “Tanácsadó” faktor. Elutasítja a “Végrehajtó” értékeit és kevésbé tud azonosulni a kompromisszumokra is hajlamos, altruista “Önmegvalósítóval”.

Az extrovertált dimenzió következő (passzív) személyiségtípusa a “Tetszés”. Az előző kategóriához hasonló értékekkel bír. Az átlagérték 4,110, a középérték és a leggyakoribb érték 4, a szórás 1,314. A legkisebb érték az 1 a legnagyobb a 7.

3.3. táblázat

Tetszés

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Alsó rész (0 – 2)	25	8,8
Középső rész (3 – 4,5)	165	58,1
Felső rész (5 – 7)	94	33,1

n=284

Elhagyott elemek száma=33

KIÉGÉS

A centrális mutatók mellett a három részhez tartozó értékek az előző kategóriához hasonló tendenciát mutatnak (3.3. táblázat). Más szempontból azonban nem hasonlítható össze a két kategória, vagyis semmilyen összefüggés nem mutatható ki a tetszés és a felsőbbtség között.

A tiszta típusú tetszés kategória jellemzői:

Passzív, tétovázó, bizonytalan, a kétkedés jellemző rá. Vágyik rá, hogy szeressék és szereti, ha megvédik. Szenved, ha ellene vannak.

A tetszés kategória és az előzőekben említett faktorok közötti kapcsolat alapján azt mondhatjuk, hogy a magas tetszési értékkel jellemezhető egyének leggyakrabban a “végrehajtó” faktor értékeivel rendelkeznek.

Az aktív – introvertált dimenziók értéke az “ellenőrzés”. Ennek a kategóriának a jellemzője, hogy a minimum a 2,5-ös értéket vette fel, a maximum pedig a 7-est. Ennek megfelelően a négy kategória közül itt található a legkisebb terjedelem (4,5). A magas minimum értéknek is köszönhetően az átlagérték az ötöshöz közeli 4,954-es érték, a leggyakoribb érték 5-ös, a középérték pedig 5,5-ös. A viszonylag kis terjedelem következtében a szórás értéke 0,926.

3.4. táblázat

Ellenőrzés

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Alsó rész (0 – 2)	—	—
Középső rész (3 – 4,5)	126	40,4
Felső rész (5 – 7)	186	59,6

n=312

Elhagyott elemek száma=5

A magas minimumérték miatt a három részre tagolt skálából az első rész semmilyen értéket nem vett fel. A középső rész pedig kisebb arányt képvisel a felső résszel szemben (3.4. táblázat).

KIÉGÉS

A magas értékekkel jellemezhető (tisztá típusú) kategória az alábbi tulajdonságokkal írható le:

Biztonságot és áttekinthető helyzetet akar. Bizonyos mértékig uralkodó típus, szereti, ha félnek tőle. A hatalom a lényeg számára és nem a szeretet, ennek ellenére szüksége van arra, hogy szeressék, mert kevés az önbizalma.

A pályakép értékköreinek bevonásával létrehozott faktorok és a jelen kategória között összefüggés nem mutatható ki.

A Kefír típus tanának negyedik eleme a kényelem kategória.

A másik három kategóriától eltérően ebben az esetben a legnagyobb a terjedelem (7) és a legkisebbek a centrális mutatók. Az átlagérték 2,390, a szórás értéke 1,092., a leggyakoribb érték 2,5, a középérték pedig 2.

3.5. táblázat

Kényelem

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Alsó rész (0 – 2)	201	63,8
Középső rész (3 – 4,5)	106	33,7
Felső rész (5 – 7)	8	2,5

n=315

Elhagyott elemek száma=2

Az előzőekben leírt statisztikai adatok már előre vetítették a három részre bontott skála várható értékeit (3.5. táblázat). Ennek a táblázatnak értékei egyfajta kontrasztként jelennek meg az előző táblázat adataival szemben. Kisebb mértékű összefüggés ki is mutatható a kényelem és az ellenőrzés kategória között. Azok a hallgatók, akik magas értéket jelöltek az előző változónál, azok most is ennek megfelelően választottak és fordítva is igaz ez.

A kényelem kategóriára jellemző tulajdonságok:

Fontos számára, hogy kellemes legyen az élete, ne zavarja meg senki és semmi. Tompa, szereti, ha nyugton hagyják.

A kényelem a fontos számára, aminek a háttérében az áll, hogy fél attól, semmit nem tud úgy “megcsinálni”, hogy azzal mások elégedettek legyenek. Ő az ügyetlen fajankó.

A pályaorientációs fejezet faktoranalízisével összevetve megállapítható, hogy a kategória magasabb értékeivel jellemezhető egyének a “végrehajtó” faktor értékköreivel azonosulnak elsődlegesen, és viszonylagos határozottsággal visszautasítják a “önmegvalósító” faktorra jellemző tulajdonságokat.

3.5.a.táblázat

Összefoglaló statisztikai táblázat - Prioritástan

	Felsőbbség	Ellenőrzés	Tetszés	Kényelem
N Érvényes	315	315	315	315
Hiányzó	2	2	2	2
Átlag	4,029	4,954	4,110	2,390
Középső érték	4,000	5,000	4,000	2,500
Leggyakoribb érték	4,000	5,500	4,000	2,000
Szórás	1,196	1,926	1,314	1,092

A fentiekből látható, hogy a leginkább preferált prioritás az ellenőrzés, azaz “Cézár” személyiségstípus - a kontrollra való törekvés igen jellemző tulajdonsága a vizsgált mintának. A legjobban elutasított prioritás a kényelem “Fajankó” személyiségstípus, hiszen pont ezt nem engedheti meg magának az a diplomás ápoló hallgató, aki ápol, tanul és a családi állapotbeli szerepeinek is igyekszik megfelelni.

KIÉGÉS

A prioritások elemzése során tehát a legtisztább formában az *introvertált-kolerikus-cézár dimenzióhoz* tartozó érték jelent meg. Végiggondolva a folyamatokat, azt is mondhatnánk, hogy ez nem is olyan meglepő. A hallgatók többsége az egészségügyi rendszer keretein belül képzelel el a jövőjét, de úgy, hogy jelenlegi munkája, munkaköre lehetőleg változzon. Itt is visszaigazolódik az a manifeszt vagy látens módon megfogalmazott hallgatói, dolgozó igény, hogy az iskola elvégzését követően szeretnének meghatározó pozíciót betölteni az ápolási rendszer hierarchiájában. A hatalmi igény megvan, viszonylag nagy a felsőbbrendűségi érzés és még nagyobb az igény az elfogadottságra (tetszés). A lehetőségeket pedig keresik, a tenni akarás belső hajtóerőként működik. Ezt igazolja az is, hogy az introvertált dimenzió másik egészen tiszta formában megjelent kényelem kategóriája alacsony értéket kapott.

XI. 4. Kiegészés

A kutatás központi témája az ápolók körében tapasztalható kiegészés vizsgálata. Felidézve a vizsgálati módszerek ismertetésénél leírtakat: a burnout szindróma mérésére alkalmazott MBI leltár 22 állításból áll, amelyeket egy 1–5 -ig terjedő (ordinális) skála segítségével értékeli a megkérdezett. Az állítások három nagy csoportot alkotnak — emocionális kimerültség (45 pont), elszemélytelenedés (25 pont), személyes teljesítmény (40 pont) —, amely összességében ad egy átfogó képet a kiegészés stádiumáról. Természetesen a jelen vizsgálatban nem az egyénre, hanem a minta egészére vonatkozó kapunk információkat.

Érzelmi kimerültség

A kiegészési leltár kitöltése során a válaszadási hajlandóság magas volt. Mindössze két eset hiányzott. A vonatkozó állításokra adott válaszok legkisebb értéke a minimális pontszámnak megfelel 9, a legfelső érték pedig a 42.

4.1. táblázat

Érzelmi kimerültség

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Alsó harmad (9 – 21)	137	43,5
Középső harmad (22– 33)	162	51,4
Felső harmad (34 – 45)	16	5,1

n=313

Elhagyott elemek száma=4

KIÉGÉS

Nagy terjedelem (33) és magas szórásértékkel (5,28) jellemezhető a változó. Az átlagérték alapján azt mondhatjuk, hogy az emocionális kimerülés viszonylag alacsonynak tekinthető és semmi képen sem kóros. Árnyaltabb képet kapunk a szerzők által is alkalmazott harmadolási technika segítségével. A válaszadók a legnagyobb arányban a középső harmad kerültek be, annak is az alsó szélénél (21–24 pont) található a többség. A kiégés szempontjából veszélyeztetettnek tekinthető felső harmadba összesen 16 fő, azaz 5,1 százalék került.

Az érzelmi kimerültségre jellemző tulajdonságok:

- érzelmi kiszipolyozás
- a munka után elhasznált
- munka előtti (reggeli) fáradtság
- kimerítő emberekkel foglalkozni
- elhasználódott a munka végére
- napi frusztráció a munka során
- túl keményen dolgozik
- feszültséget okoz a munka
- utolsó erő tartalékok felélése

A 4.1. táblázatban látható domináns középső harmad jelzi, hogy sokuknak mentálisan megterhelő feladatot jelent az ápolói munka. A felső harmadban található 16 fő számára ez már túlzott érzelmi igénybevételt jelent. Maga az emocionális kimerültség pedig egy központi tényezője a burnout szindróma kialakulásában. Ebből kiindulva mindenképp szükséges megnézni, hogy kik kerültek be a felső harmadban.

Az életkor szempontjából egy heterogén csoportot alkotnak, vagyis 21 – 50 éves korig előfordulnak. Családi állapotot tekintve 8 független, 6 házas és 2 elvált (mindkét esetben kétszer váltak le) található ebben a kategóriában. Két esetben egy, 6 esetben két gyermek található a családban. 12 hallgató vidéki városban, kettő nagyközségben, kettő pedig kisközségben született. Két fő lakik a fővárosban, 14 vidéki városban. Saját (összkomfortos) lakása 12 megkérdezettnek van. Két hallgató albérletben lakik. A munkahelyre történő bejárás 4 esetben vonattal történik, a többiben helyi buszjárárral. A közlekedésre felhasznált idő 30 és 60 perc között mozog.

Iskolai végzettségüket tekintve középiskolai és nővérképző 4, egészségügyi szak-középiskola 2, egészségügyi szakközépiskola és szakosító 8, egészségügyi szak-középiskola és másodfokú szakosító 2 esetben fordul elő. A pályaválasztás hátterében családi példa (2 eset), szülői tanács (2 eset), saját döntés (10 eset) áll. A döntés során az emberrel való foglalkozás (10 eset), mint motivációs szempont volt a meghatározó. Végül is azt a pályát választották, amihez kedvük volt.

A középiskola után többen szerettek volna továbbtanulni, de nem volt rá lehetőségük.

A főiskola elvégzése új kihívásként jelenik meg a hallgatók számára, de a diplomával elérhető magasabb bér is befolyásoló tényező.

Két hallgatónál fordult elő, hogy megszakította a középiskolai és a jelenlegi főiskolai tanulmányait.

A megkérdezettek közül ketten vannak jelenleg GYES-en, a többiek dolgoznak. Jellemzően 17–18 éves koruktól kezdve dolgoznak. Két esetben az első, 8 esetben a második és 6 esetben a harmadik munkahelyükön. A jelenlegi munkahelyen eltöltött idő 1 és 22 év között mozog. Ezzel szoros összefüggésben van az adott munkakörben eltöltött idő. 12 hallgató ápolói és 2 osztályvezető főnővéri állásban van. 8 fő 1, 2 fő 2 és 6 fő 3 műszakban dolgozik. A munkával való elégedettség jellemző, hogy az elégedettség magasabb fokát 4 hallgató jelölte meg, nyolcan részben elégedettek és négyen nagyon elégedetlenek. A munkatársakkal 6 főnek jó, 10-nek pedig tűrhető a kapcsolata.

Másfajta munkát 12 szeretnének végezni, de csak két esetben látnak erre lehetőséget. Többségében (10 eset) az egészségügy keretein belül keresik a lehetőségeket, ugyanakkor vannak (6 eset), akik ki akarnak lépni ebből a rendszerből.

Az éves szabadságot a munkatársakkal kialakított kompromisszum eredményeként, rendszerint elaprózva veszik ki. A megkérdezettek közül 14-en adták azt a választ, hogy a szabadság számukra nem jelent pihenést. A hallgatók a szabadságuk egy része alatt igyekeznek az aktív pihenést jelentő kirándulást is beiktatni, de nyolcan azt jelezték, hogy nem jut rá, két főnek pedig munkával telik. 6 esetben fordul elő, hogy a szabadnapon kiegészítő munkát vállalnak.

A megkérdezettek 2–5 fős baráti körrel rendelkeznek, akikkel havonta 1-4 alkalommal szoktak találkozni.

A válaszadók körében az apa alkalmazási minősége: 2 esetben irodai alkalmazott, 10 esetben szakmunkás. Közülük nyolcan nyugdíjasok, ketten dolgoznak. Négy hallgatónak szívelégtelenségben és agyvérzésben meghalt az édesapja (38, 67 és 72 éves korban).

Az anya alkalmazási minősége: irodai alkalmazott 2 esetben, szakmunkás és betanított munkás 4-4 esetben. Nyolcan nyugdíjasok, hatan dolgoznak.

Közeli hozzátartozó halála 6 esetben fordult elő.

A megkérdezettek többsége egy maximum két kávéfogyaszt naponta, nem dohányoznak. Alkohol fogyasztását két hallgató esetében fordul elő alkalmi jelleggel, minimális mértékben.

A csoport tagjai közül ketten császármetszéssel születtek. Négyen koraszülöttek voltak. Nyolc hallgató elsőszülött, négy másodiknak, három pedig harmadiknak született. Csecsemőkorban, 2 esetben állt be légzéscsavar, de újraéleszteni nem kellett.

A megkérdezettek közül 2 főnek nincs, tíznek 1, négynek 2, kettőnek 3 testvére van.

Ismert betegség, magas vérnyomás két esetben fordul elő, balesetet négyen szenvedtek el. Öngyilkossági kísérletet senki nem követett el. A családban két távoli rokon esetében fordult elő öngyilkosság.

A munkához való viszony (prioritás) alapján az ismert négy kategória három-három részcsoportjába történő besorolás alapján kapott eredményeket a 4.2. táblázat tartalmazza.

4.2. táblázat

**Munkához való viszony
(gyakoriság)**

Kategória	Alsó	Középső	Felső
Felsőbbség	4	4	8
Ellenőrzés		6	10
Tettszés		2	12
Kényelem	8	6	3

n=16

Elhagyott elemek száma=0

KIÉGÉS

A kiégés másik két dimenziója a következő információkat tartalmazza: a megkérdezettek személyes teljesítmény 2 esetben alacsony, 10 esetben közepes, 4 esetben magas. Az elszemélytelenedés 10 esetben alacsony, 6 esetben közepes.

A magas érzelmi kimerültség állapotában lévő hallgatókról megállapítható, hogy a vizsgált hallgatók egészéhez hasonló szocio-kulturális háttérrel és hasonló társadalmi státusszal rendelkeznek. Tehát a személyes jellemzők, a családi háttér alapján különbséget tenni az egyes hallgatói csoportok között nem lehet. Ugyanakkor bizonyos szintű szignifikáns eltérések a munkához kapcsolódó változók esetében tapasztalhatók. Ezekre a különbségekre az érintett változók kereszt táblába történő bevonásával kívánunk rámutatni.

A 4.3. táblázat adataiból láthatjuk, hogy a munkával, ezen keresztül a munkahelyi feltételrendszerrel és feladatokkal összefüggésben a magasabb emocionális kimerültséget mutatók arányaiban véve elégedetlenebbek a többihez viszonyítva. A számok alapján azt is mondhatjuk, hogy a felső harmadba bekerült hallgatók érzelmi kimerültségének a háttérében, más-más okok állhatnak.

4.3. táblázat

A munkával való elégedettség és érzelmi kimerültség

Mennyire elégedett munkájával?		Érzelmi kimerültség		
		Alsó harmad	középső harmad	felső harmad
nagyon elégedett	N	8		2
	%	6,6		12,5
elégedett	N	59	46	2
	%	48,8	28,9	12,5
részben elégedett	N	43	107	8
	%	35,5	67,3	50
elégedetlen	N	9	2	
	%	7,4	1,3	
nagyon elégedetlen	N	2	4	4
	%	1,7	2,5	25
Összesen	N	121	159	16
	%	100	100	100

Szignifikancia= 0,00000 n=296; Elhagyott elemek száma=21

KIÉGÉS

Az előzőekhez hasonló következtetésre juthatunk, ha megvizsgáljuk a munkatársi kapcsolatok minőségére utaló kérdés és az érzelmi kimerültség változó viszonyát (4.4. táblázat). Eszerint a magas emocionális kimerültséget mutató hallgatók körében többen jelezték azt, hogy tűrhető a munkatársi kapcsolat, mint azt, hogy jó. A szóban forgó kimerültségi állapot alacsonyabb szintjén lévők körében valamivel több, mint 10% körül mozog a tűrhetőnek ítélt kapcsolat, illetve az esetszám nagyságához viszonyítva elhanyagolható a rossz viszony.

4.4. táblázat

A munkatársakkal való viszonya és érzelmi kimerültség

A munkatársakkal való viszonya		Érzelmi kimerültség		
		alsó harmad	középső harmad	felső harmad
jó	N	108,0	140,0	6,0
	%	87,8	87,5	37,5
tűrhető	N	13	18	10
	%	10,6	11,3	62,5
rossz	N	2	2	
	%	1,6	1,2	
Összesen	N	123	160	16
	%	100	100	100

Szignifikancia= 0,00000

n=299

Elhagyott elemek száma=18

Deperszonalizáció

A válaszadási hajlandóság ebben a kérdéskörben is magas volt. A vonatkozó állítások összesített pontértékének a minimuma 5, a maximuma pedig 25.

4.5. táblázat

Deperszonalizáció

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Alsó harmad (8 – 19)	281	88,6
Középső harmad (20– 30)	34	10,7
Felső harmad (31 – 40)	2	0,6

n=317

Elhagyott elemek száma=0

KIÉGÉS

A választott minta burnout szindrómájának a vizsgálatában az elszemélytelenedés egyfajta végállapotnak tekinthető. Ugyanis a kiégés kialakulása során a deperszonalizáció, vagyis az elszemélytelenedés, már egy mélyebb stádiumban jelenik meg. Ne feledjük, hogy a kiégési folyamat 12 szakaszra osztható, s annak 9. stádiuma, a deperszonalizáció, ami azt az állapotot jelenti, amikor valaki elveszti reális önértékelő képességét, melynek során a segítő foglalkozású egyén cinikussá válik a betegekkel, s egyre kevésbé tud, vagy akar kapcsolatot teremteni klienseivel és kollégáival. A deperszonalizáció tehát negatív beállítottságot jelent, valamint magába foglalja a társadalmi kapcsolatok beszűkülését, s a visszahúzódat is. (Gyórfy Zsuzsa-Ádám Szilvia, 2004.)

A deperszonalizáció mérésére használt változók jellemzői:

- az emberek személytelen tárgyak,
- megkérgesedettség az emberekkel szemben,
- a munka érzelmileg teljesen megkeményíti,
- közömbös az emberekkel szemben,
- úgy érzi az emberek őt hibáztatják.

A vizsgálati minta tagjai alapvetően motivált, jövőorientált csoportot alkotnak. Ezt igazolják a 4.5. táblázatban feltüntetett adatok is, amelyekből következik, hogy a hallgatók jelentős részének társas kapcsolatrendszere stabil és kellően kiterjedt. A gyakorisági mutatókhoz kapcsolódva a különböző statisztikai mérőszámok is megerősítik ezeket a gondolatokat. Az átlag pontérték 8,64, a szórás a kicsinek tekinthető értéke 2,99. Az 5 – 25-ig terjedő intervallum legmagasabb pontértéke a 21, ami 2 esetben jelenik meg. A leggyakoribb érték és a középérték: 8.

A felső harmad két esetének néhány jellemzője:

A 21-25 éves korcsoportba tartozó független, gyermektelen nők, akik vidéki városban születtek, állandó lakhelyük nagyközség, de egyikőjük albérletben lakik. Az ápolói pályát saját döntés alapján választotta, amelyben motivációs tényező: az emberekkel való foglalkozás. Munkavisztonnyal nem rendelkeznek és eddig nem is rendelkeztek, eltartottak. Családi háttér: 2, illetve 3 generációs családban élnek. Moziba, színházba, kirándulni nem járnak, hobbijuk nincsen. Kikapcsolódásként rádiót hallgatnak, TV-t néznek, könyvet, újságot olvasnak. “Szabadság” alatt

évente egy alkalommal elmennek kirándulni. Munkájukon kívüli idejüket pihe-
néssel és házimunkával töltik. Barátaik, ismerőseik vannak, akikkel havonta talál-
koznak.

A szülők foglalkozási minősége: az apa értelmiségi, az anya irodai dolgozó (1 hi-
ányzó válasz). Kávét, alkoholt, nem fogyasztanak, nem dohányoznak. Ismert be-
tegségük nincs.

Mindkét esetben idő előtt, azaz koraszülöttként, császármetszéssel születtek. Bal-
eset és öngyilkossági kísérlet egy esetben fordult elő. Szűkebb, tágabb családi
környezetben öngyilkossági kísérlet nem fordult elő.

Érzelmi kimerültségük értéke az alacsony, a személyes teljesítményé pedig a felső
harmadban található.

Ennek a két esetnek a leírása arra enged következtetni, hogy az elszemélytelenedés jelen eset-
ben a szocializáció, vagy pályaszocializáció során keletkezett problémák eredménye lehet. A
problémákat valószínűleg a személyiség mélyebb rétegeiben kell keresnünk és nem a segítő-
beteg kapcsolatban (ahol a munkaviszony hiánya miatt nem is kereshetjük).

Személyes teljesítmény

A személyes teljesítmény mérésére alkalmazott kérdéskör nyolc változót tartalmazott. A
megkérdezett főiskola hallgatók az összes állítást értékelték, hiányzó válasz nem volt. A nyolc
változó értékelése során a legkisebb adható érték alapján a minimum szint 8, míg a maximum
40 pont. Az előző kérdéskörhöz hasonlóan harmadolva a változót láthatjuk, hogy gyenge
személyes teljesítménnyel rendelkező hallgató két esetben fordult elő a mintában.

4.6. táblázat

Személyes teljesítmény

Megnevezés	Gyakoriság	Százalék
Alsó harmad (8 – 19)	2	0,6
Középső harmad (20– 30)	144	45,4
Felső harmad (31 – 40)	171	54,0

n=317

Elhagyott elemek száma=0

KIÉGÉS

A személyes teljesítmény szempontjából kulcsszerepe van a 30-as pontértéknek. Ehhez a számhoz közelít az átlagérték (29,48), valamint ezt az értéket vette fel a leggyakoribb- és a középérték is (30). A középsőnek tekinthető 24-es pontérték és az alatt a hallgatók 10,1%-a található. A legmagasabb pontszám a 38-as, amely két esetben jelent meg. A legnépesebb tartomány a 26 és 34 pontérték közötti intervallum, amely 253 esetet foglal magába.

Az egyes változók alapján a következőképpen jellemezhető a személyes teljesítmény:

- megértő másokkal szemben,
- hatékony segítő,
- pozitív befolyásoló,
- tele van energiával,
- megnyugtató légkör kialakításának a képessége,
- felüldült a munkát követően,
- értékteremtő,
- nyugodt és higgadt.

A magas értékekből arra következtethetünk, hogy a megkérdezettek többsége megfelelően motivált. Motiváltak azért, mert az egyéni szükségleteknek megfelelően tanulhatnak. Képességeiket kibontakoztathatják mind a főiskolai tanulmányok során, mind a szerzett ismeretek gyakorlatba való átültetésével. Az Abraham Maslow-i szükségleteknek megfelelően a hallgatók úton vannak az önmegvalósítás szintje felé.

A magas teljesítmény háttérében azonban állhat egyfajta bizonyítási kényszer is. Maga a tanulás is jelenthet bizonyos kompenzációt. Bár jelen esetben nem ez derült ki, vagyis empirikus úton egyértelműen ez nem igazolható, de ha belegondolunk abba, hogy néhány esetben azért kezdtek el tanulni, mert menekültek a hétköznapi monotonitásból, akkor feltételezhetjük, hogy a személyes teljesítmény magas értékében jelentős szerepet játszik a tanulás lehetősége.

A gyenge teljesítményként aposztrofálható alsó harmadba (8–20 pontérték) bekerült személyek jellemzőit röviden az alábbiakban kívánom összefoglalni.

Életkor alapján két 19 és két 29 éves (két hiányzó válasz), független, gyermektelen főiskolai hallgató értékelte személyes teljesítményét gyengének. Születésük helye vidéki város, lakhelye 4 esetben ugyanaz, 2 esetben nagyközség. Saját lakással két fő rendelkezik, ketten pedig albérletben laknak. Négy hallgatónak két testvére van. A szülők szakmunkásként dolgoznak, illetve dolgoztak. A családok-

ban 2 generáció él együtt. Két hallgató szülei aktívan dolgoznak, kettőnek nyugdíjasak a szülei. Két főnek az édesapja 51 évesen meghalt.

A munkahelyre történő beutazás naponta 30–60 perc közötti időt vesz igénybe, amelynek során autóbust és 2 esetben vonatot is igénybe vesznek.

4 fő egészségügyi szakközépiskolát, 2 fő pedig középiskolát és nővérképzőt végzett. Az iskolaválasztás két esetben családi példa, 4 esetben saját döntés alapján történt. A döntés hátterében az emberrel való foglalkozás jelenik meg, mint motívációs tényező. Középiskolai tanulmányait 4 fő szakította meg. Közvetlenül a középiskolai képzés után két fő szeretett volna továbbtanulni, de nem volt rá lehetősége. A diploma megszerzését új kihívásnak tekintik. A főiskolai tanulmányok megszakítása két hallgatónál fordult elő.

Valamennyien 18 éves koruktól dolgoznak az egészségügyben ápolói munkakörben. Két főnek a jelenlegi az első, míg két főnek a harmadik munkahelye, ahol négy, illetve hét éve dolgoznak ugyanabban a munkakörben, 2 műszakban. Munkatársi kapcsolataikat két–két esetben tűrhetőnek vagy jónak ítélték.

Mind a 6 esetben azt jelezték, hogy azt a pályát választották, amit szerettek volna. Két hallgató számára a munkája hivatás.

Négy fő szeretne más munkát végezni, kettő lát rá esélyt, kettő pedig nem. Ugyanilyen arányban képzelik el a jövőjüket az egészségügyön belül, illetve kívül.

Az évi rendes szabadságot elaprózva és nem egyszerre veszik ki. Négy hallgató jelezte azt, hogy szabadsága alatt nem pihen ki magát, mivel az gyakran munkával telik. Négyen jelezték, hogy kirándulni nem szoktak, mivel nem telik rá. Két fő azonban minden évben elmegy kirándulni a szabadsága alatt és kipihen magát. Szabadidejükben moziba, színházba, hangversenyre mennek, de kirándulni nem szoktak. Időtöltésükre jellemző, hogy TV-t néznek, rádiót hallgatnak, újságot vagy könyvet olvasnak. Baráti kapcsolataik 2–5 főre terjednek ki, akikkel viszonylag ritkán, havi 2–3 alkalommal találkoznak.

Kávét naponta maximum egyet isznak, nem dohányoznak, alkoholt nem fogyasztanak.

Ismert betegséget senki nem jelzett. Öngyilkossági kísérletet nem követtek el, és a családban, rokonságban sem fordult elő. Négyen születtek császármetszéssel, két esetben jelentkezett légzészavar, de újraéleszteni nem kellett.

KIÉGÉS

A prioritástan, a munkához való viszony alapján a - Prioritás fejezetben- található csoportosítások fegyelembevételével megállapítható, hogy a felsőbbség-érzés hasonlóan jelenik meg, mint a teljes populációban, vagyis 4 esetben a középső, 2 esetben a felső tartományba kerültek. A tetszés kategóriában is hasonlóan oszlanak meg a válaszadók. Az ellenőrzés kategóriában a felső tartományba került mind a 6 eset. A kényelem kategóriában a mintabeli eloszláshoz igazodva a az alsó tartományba 4, középsőbe 2 eset található.

A kiégés másik két dimenziójával összevetve az alacsony személyes teljesítményt nyújtó 6 eset egyenlően oszlik meg az érzelmi kimerülés három csoportja között, vagyis 2 esetben magas emocionális kimerültség mutatható ki. A deperszonalizáció alsó harmadában 4, a középsőben 2 eset található.

Ez a leírás mindössze 6 főt érint, de egy képet alkothatunk azokról a személyekről, akiknek személyes teljesítménye alacsony.

A kiégés szindróma kialakulásának első lépcsőfoka a bizonyítási kényszer, a magas személyes teljesítmény kialakulása. Ebből a gondolatból kiindulva azt mondhatnánk, hogy nagy hangsúlyt kell fektetni a magas személyes teljesítményt nyújtó esetekre. Az elemzés során azonban azt tapasztaltuk, hogy a felső harmadban található hallgatók nagy esetszáma (126) miatt a csoportra vonatkozó adatok összhangban vannak a teljes sokaságra jellemző információkkal. Rájuk (felső harmad) vonatkozó karakteres vonásokat nem találtam. Amit fontos kiemelni, hogy ebben a harmadban található a magas elszemélytelenedést mutató két eset, valamint 4 esetben fordul elő magas érzelmi kimerültség.

A kiégés egyedi elemzése

A Maslach által készített kiégési leltárt (mint már említett) a jelen kutatás során nem terápiás célból alkalmaztuk. Ebből adódóan származott az ötlet, a kapott adatokat a szerzőtől eltérő, másfajta rendezőelv szerint is kielemezni. Ennek során az MBI leltár 22 változójának bevonásával készítettünk leíró elemzést és egy faktorelemzést (főkomponens analízis – varimax rotált faktor) is.

4.7. táblázat

A Maslach-féle kiégési leltár átlagértékei és szórása

Ssz.	Megnevezés	Átlag	Szórás
1.	Megértem az emberek érzelmeit	4,13	,57
2.	Megnyugtató légkört tudok teremteni	4,04	,71
3.	Nyugodt és higgadt vagyok	4,02	,76
4.	Hatékonyan segítek az embereknek	3,98	,80
5.	Sok értékes dologra voltam képes	3,69	,66
6.	Pozitívan befolyásolok másokat	3,62	,87
7.	Tele vagyok energiával	3,58	,82
8.	Túlságosan is keményen dolgozom	3,47	,91
9.	A nap végére elhasznált vagyok	3,35	,81
10.	Munkában érzelmileg kiszipolyozott	2,76	,99
11.	Felüdültnek érzem magam munka után	2,68	,89
12.	Frusztrálódok a munkám során	2,64	,93
13.	Emberekkel foglalkozni kimerítő	2,44	,93
14.	Már reggel is fáradt vagyok	2,37	,88
15.	Mások a problémáik miatt engem hibáztatnak	2,14	,96
16.	Kiégettnek érzem a munkában magam	2,10	,91
17.	A munka érzelmileg megkeményít	2,09	1,07
18.	Feszültséget jelent a foglalkozásom	1,97	,88
19.	Utolsó erő tartalékaimat élem fel	1,91	,89
20.	Megkérgesedtem	1,69	,83
21.	Az embereket tárgyakként kezelem	1,43	,66
22.	Nem törődöm az emberekkel	1,30	,63

Az egyes értékkörökhöz kapcsolódó átlagértékek alapján is azt láthatjuk (4.7. táblázat), hogy a megkérdezettek a kiégés szempontjából alapvetően problémamentesek. A táblázatban kiemelt változók képezik azt az értékkört, amelyek utalnak arra, hogy “időnként (– 3)” problémát jelent a megkérdezettek számára a munkából adódó érzelmi és fizikai megterhelés. A kiemelt állításokra adott válaszok — az átlagértékek alapján — jelentős bizonytalanságot hordoznak magukban. A munkafeladatok eredményes ellátása jelentős energiákat emészt fel. A helyzetet pedig tovább ronthatja a hiányos, elavult eszközpark, illetve a szervezeti hierarchiá-

KIÉGÉS

ből adódó, frusztrációt okozó konfliktushelyzetek. Röviden összefoglalva azt is mondhatjuk, hogy a levelező tagozatos hallgatók számára nem jelent felüdülést a munkájuk. Vizsgálatunk szempontjából ennek pedig központi szerepe van. Ugyanis a megkérdezettek számára hiányzik az az örömforrás, amelyet általában a megelégedett (az önmegvalósító) dolgozó számára a munka nyújt.

A korrelációs együtthatók értékeinek áttekintése során igazán erős (0,500 feletti) együttjárás nem tapasztalható (4.8.táblázat lásd: következő oldal - Korrelációs mátrix). Egy esetben kapunk egy magasnak tekinthető ($R=0,507$) korrelációs értéket. Eszerint azok számára, akiknek emberekkel foglalkozni kimerítő tevékenység, azoknak feszültséget jelent a foglalkozása és viszont.

Varimax rotált faktorsúly mátrixok

A 22 változó bevonásával elvégzett faktoranalízis során öt faktort sikerült elkülöníteni.

Az első faktor változói:

- Túlságosan keményen dolgozom
- A munkanap végére elhasznált vagyok
- Frusztrálódok a munkám során
- Utolsó erőtartalékaimat élem fel
- Már reggel is fáradt vagyok
- Munkában érzelmileg kiszípolyozottnak érzem magam
- Kiegettnek érzem a munkában magam
- Felüdültnek érzem magam munka után

Az első faktorba tartozó állítások a látens módon jelen lévő kiegett dolgozó képét jelenítik meg. Természetesen ez nem azonos a burnout szindrómával, de a faktor azt mutatja, hogy a kiégés lehetősége benne van a hallgatói mintában.

4.9. táblázat

Faktor 1 — A kiégett dolgozó

Változó	Faktorsúly
Túlságosan keményen dolgozom	,660
A munkanap végtére elhasznált vagyok	,658
Frusztrálódom a munkám során	,653
Utolsó erő tartalékaimat élem fel	,649
Már reggel is fáradt vagyok	,623
Munkában érzelmileg kiszípolyozottnak érzem magam	,586
Kiégettnek érzem a munkában magam	,501
Felüdültnek érzem magam munka után	-,462

A második faktor változói:

- Feszültséget jelent a foglalkozásom
- Tele vagyok energiával
- Pozitívan befolyásolok másokat
- Sok értékes dologra voltam képes
- Emberekkel foglalkozni kimerítő

Aktív, tette kész, kreatív emberek, akiktől messze áll még a gondolata is annak, hogy az emberekkel való foglalkozás megterhelő lehet. Nagy valószínűséggel képesek “túlpörögni”, energiájukat is felemészítve végezni a munkájukat. Mivel ezek a hallgatók jellemzően idealistáknak tekinthetők, ezért ha a — társadalmi, munkahelyi — környezet gátat szab aktivitásuknak, idővel a fásultság állapotába kerülhetnek. Ezek lapján azt lehet mondani, hogy a kiégés szindróma szempontjából ők is veszélyeztetettek, a lelki egészségvédelemnek ki kell terjednie rájuk is.

4.10. táblázat

Faktor 2 — Az önmegvalósító dolgozó

Változó	Faktorsúly
Feszültséget jelent a foglalkozásom	-,665
Tele vagyok energiával	,634
Pozitívan befolyásolok másokat	,629
Sok értékes dologra voltam képes	,591
Emberekkel foglalkozni kimerítő	-,432

A harmadik faktor változói:

- Nyugodt és higgadt vagyok
- Megnyugtató légkört tudok teremteni
- Hatékonyan segítek az embereknek

A faktorban szereplő, dominánsan e három változó jellemezhető dolgozók egyfajta (szakmai) magabiztossággal, kiegyensúlyozottsággal bírnak. Az a fajta harmónia, amelyet kisugároznak, megnyugvást jelent a szociális környezetük számára is. Szemben az előző faktor idealista hallgatóival, ennek a csoportnak a tagjait realistáknak tekinthetjük. Nagy valószínűséggel nekik hosszú távon sem kell félni a burnout szindróma kialakulásától.

4.11. táblázat

Faktor 3 — A kiegyensúlyozott dolgozó

Változó	Faktorsúly
Nyugodt és higgadt vagyok	,811
Megnyugtató légkört tudok teremteni	,764
Hatékonyan segítek az embereknek	,635

A negyedik faktor változói:

- Nem törődöm az emberekkel
- A munka érzelmileg megkeményít
- Megkérgesedtem

KIÉGÉS

Ezek a jellemző tulajdonságok már egy, a munkája során érzelmileg megfásult, passzív, valószínűleg kis hatékonysággal, robotszerűen dolgozó emberekre utalnak. Számukra a munka, illetve a munkahely nem jelenti az önmegvalósítás egyik nagy színterét. A kiégés, mint betegség kialakulásának az útján elindultak, de ez jelen esetben valószínűleg még nem jelenti a betegség kezdeti stádiumának a megjelenését. A kialakult érzelmi állapot megváltoztatása egy hosszadalmasabb mentálhigiénés tevékenység segítségével valósulhat meg.

4.12. táblázat

Faktor 4 — A megfásult dolgozó

Változó	Faktorsúly
Nem törődöm az emberekkel	,667
A munka érzelmileg megkeményít	,562
Megkérgesedtem	,537

Az ötödik faktor változói:

- Mások a problémáik miatt engem hibáztatnak
- Megértem az emberek érzelmeit
- Az embereket tárgyakként kezelem

A faktor három változójával jellemezhető hallgatók úgy érezhetik, hogy a betegek bűnbakot csinálnak belőlük, mivel a saját érzelmi problémáik miatt őket hibáztatják. Ennek a dolgozói attitűdnek egyenes következménye, hogy kevésbé megértők a betegekkel szemben, illetve elutasítják érzelmeiket.

4.13. táblázat

Faktor 5 — A “bűnbak” dolgozó

Változó	Faktorsúly
Mások a problémáik miatt engem hibáztatnak	,703
Megértem az emberek érzelmeit	-,607
Az embereket tárgyakként kezelem	,499

Variansciaanalízis

A varianciaanalízis során a kiégés mérésére alkalmazott Maslach kiégési leltár adatai alapján létrehozott három csoport (változó), az emocionális kimerültség, a deperszonalizáció és a személyes teljesítmény összefüggéseit vizsgáltuk meg, a kérdőívben szereplő további változókkal. A következőkben azokat az eredményeket közöljük, ahol szignifikáns eltérések tapasztalhatók.

4.14. táblázat

Generációs kapcsolatok: generációk együttélése és az érzelmi kimerültség

Megnevezés		Átlag	Szórás	Esetszám
Együtt élő generációk száma	1	1,90	0,55	20
	2	1,68	0,57	263
	3	1,30	0,47	20

Szignifikancia: 0,002

Úgy tűnik, hogy több generáció együttélése csökkenti az érzelmi kimerültséget a megkérdezett hallgatók körében. Ennek hátterében az állhat, hogy a (nagy) családnak van egy “villámhárító” szerepe, vagyis hatékonyan közreműködhetnek a munkahelyi feszültségek levezetésében, csillapításában.

Bár csak gyenge, de hasonló tendenciájú összefüggés mutatható ki a több generáció együttélése és az elszemélytelenedés között.

4.15. táblázat

Generációs kapcsolatok: közös lakásban élők száma és az érzelmi kimerültség

Megnevezés		Átlag	Szórás	Esetszám
Közös lakásban élők száma	1	11,00	3,64	14
	2	9,00	2,62	44
	3	8,45	3,08	102
	4	8,32	2,62	100
	5	7,23	2,93	31

Szignifikancia: 0,007

KIÉGÉS

A 4.15. táblázat adatai is az előző felvetést igazolják, miszerint az érzelmi kimerültség az egyedülállók körében jóval magasabb, mint a párkapcsolatban, családi közösségben élők esetén. A személyes kötődések, az egymás iránti bizalom egyfajta garanciát jelent az egyén számára a mentális egészség megőrzése szempontjából.

Több változó összehasonlítása alapján azt mondhatjuk, hogy a csökkenése szempontjából elsődlegesen a családi kapcsolatoknak, mint társas közegnek van jelentősége — természetesen a meglévő élettapasztalatokkal együtt — és nem kifejezetten a párkapcsolatoknak.

4.16. táblázat

A születési hely és az érzelmi kimerültség

Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Főváros	21,00	2,83	2
Vidéki város	22,47	5,86	265
Nagyközség	25,53	5,84	30
Kisközség	25,11	5,26	18

Szignifikancia: 0,017

Nehéz megfelelő okokat találni a születési hely és az érzelmi kimerültség közötti kapcsolatra. Feltehetőleg az eltérő szocializációs környezet okozza ezt a szignifikáns összefüggést, vagyis az a közeg, amelyben a hallgató gyermekkorukat eltöltötték. Az érzelmi kimerültség növekedésében szerepet játszhat, hogy a hallgatók 21%-a saját tulajdon hiányában nővérszállón vagy albérletben lakik. Távolabb a családtól, a megszokott környezettől.

4.16.a.táblázat

A születési hely és a személyes teljesítmény

Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Főváros	27,00	1,43	2
Vidéki város	29,30	3,81	267
Nagyközség	29,47	3,36	30
Kisközség	32,33	1,55	18

Szignifikancia: 0,007

Szorosan kapcsolódnak az előző táblázat összefüggéseire a mostani táblázat adatai. A születési helynek, ha ezt azonosítjuk a gyermekkorú lakókörnyezettel, akkor az okokat egyrészt a szocializációs tényezőkre vezethetjük vissza. Másik szempont pedig az lehet, hogy a hallga-

tók egy része a család távollétéből adódó űrt a munkahelyi teljesítményének a fokozásával tölti ki, vagyis kompenzál. Ez a teljesítménynövekedés, illetve kompenzáció vezethet az érzelmi kimerültséghez is.

4.17. táblázat

Az iskolai végzettség és a személyes teljesítmény

Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Középiskola és nővérképző	28,71	5,31	34
Egészségügyi szakközépiskola	28,19	4,04	57
Egészségügyi szakközépiskola és 10 hónapos szakosító	29,72	3,64	92
Egészségügyi szakközépiskola és 10 hónapos szakosító és másodfokú szakosító	30,47	2,79	90
Egyéb (nem szakirányú középfokú képesítés)	28,97	2,76	38

Szignifikancia: 0,003

A főiskola megkezdése előtt a hallgatók többsége az iskolarendszeren kívüli egészségügyi képzés számos formájában vettek részt. Mint a 4.17. táblázat adataiból is láthatjuk a folyamatos tanulás jellemzi a minta tagjait. Az átlagértékek pedig azt mutatják, hogy minél több képzésben vett részt a hallgató, annál nagyobb a személyes teljesítménye.

A képzések halmozódásának a háttérben valószínűleg az áll, hogy a megkérdezettek első generációs értelmiségieknek tekinthetők, tehát személyes példák, esetleg a szülői motivációk hiányoztak. Maga a főiskolai tanulmányok megkezdése egy tanulási folyamat eredménye.

4.18. táblázat

Miért választotta ezt a pályát és az emocionális kimerültség			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Szeretek emberekkel foglalkozni	22,30	5,75	253
Nem értek máshoz, ezt tanultam	26,92	4,89	28
Egyéb (biztos fizetés, presztízs, ...)	24,47	4,96	17

Szignifikancia: 0,000

Miért választotta ezt a pályát és a deperszonalizáció			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Szeretek emberekkel foglalkozni	8,23	2,75	253
Nem értek máshoz, ezt tanultam	10,93	3,04	28
Egyéb (biztos fizetés, presztízs, ...)	10,29	4,43	17

Szignifikancia: 0,000

Miért választotta ezt a pályát és a személyes teljesítmény			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Szeretek emberekkel foglalkozni	29,96	3,60	253
Nem értek máshoz, ezt tanultam	27,29	4,15	28
Egyéb (biztos fizetés, presztízs, ...)	27,29	4,04	17

Szignifikancia: 0,000

A középiskolát megelőző pályaválasztás okai egyaránt kihatnak a kiégés mindhárom dimenziójára. Azok a hallgatók, akik a változóban felsorolt attribútumok közül az emberekkel való foglalkozást (a munka "tárgyát"), mint motivációs tényezőt elvetették valószínűleg a burnout szindróma kialakulásának az útján járnak. Az érzelmi kimerültség, az elszemélytelenedés kezdeti jelei szinte természetesen vezetnek a személyes teljesítmény csökkenéséhez.

4.19. táblázat

Foglalkozási viszonya és az emocionális kimerültség

Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Állami alkalmazott	23,77	5,86	230
Vállalkozónál alkalmazott	21,18	4,18	22
Vállalkozó	18,50	4,04	4
Eltartott	17,48	4,40	21
Gyermekgondozással kapcsolatos ellátás	22,27	5,62	22

Szignifikancia: 0,000

KIÉGÉS

Az állami alkalmazottak körében tapasztalható magasabb érzelmi kimerültség több tényezőre is visszavezethető. Részből a “nagyüzemi” jellegű munkavégzés, ami jelenti egyrészt a magas betegforgalmat, másrészt a széleskörű munkatársi kapcsolatokról, az intézményi hierarchiából adódó konfliktusokat. Ezzel szemben a vállalkozói környezetben dolgozó hallgatóknak jóval kisebb betegforgalommal kell szembenéniük, a sok esetben családi körben tekinthető munkahelyi környezetben.

Az érzelmi kimerültség okai közé sorolhatjuk a szerkezeti problémákkal küzdő egészségügyi rendszer helyzetét is, ami közvetett úton valamennyi dolgozóra hatást gyakorol.

4.20. táblázat

Hány munkahelye volt eddig és az emocionális kimerültség			
Munkahelyek száma	Átlag	Szórás	Esetszám
1	23,09	4,68	147
2	23,14	7,06	86
3 vagy több	27,03	6,64	31

Szignifikancia: 0,002

Hány munkahelye volt eddig és a személyes teljesítmény			
Munkahelyek száma	Átlag	Szórás	Esetszám
1	30,05	3,16	149
2	29,79	3,55	86
3 vagy több	26,26	4,82	31

Szignifikancia: 0,000

A munkahelyek száma összefüggésben áll mind az érzelmi kimerültséggel, mind a személyes teljesítménnyel. Az egy-két esetben előforduló munkahelyváltás önmagában még nem vezet a kiégés említett két dimenziójának a lényeges változásához, ugyanakkor a három vagy annál több munkahely már jelentősebb eltérést mutat. Azt gondolom, hogy a munkahelyváltás, illetve a kiégés kezdeti tüneteinek a megjelenése oda-vissza hatnak egymásra, egyfajta öngerjesztő folyamatként. Sokat segíthet az egyénnek, ha megfelelő visszajelzéseket kap a munkájával, a munkájához való hozzáállással kapcsolatban. Összességében a megfelelő humánerőforrás-gazdálkodás javíthatja a munkahelyi közérzetet, a személyes teljesítményt és csökkentheti a fluktuációt.

4.21. táblázat

Mennyire elégedett a munkával és az emocionális kimerültség			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Nagyon elégedett	20,80	9,13	10
Elégedett	21,34	4,17	107
Részben elégedett	24,38	5,25	158
Elégedetlen	20,70	4,00	11
Nagyon elégedetlen	32,00	10,99	10
Szignifikancia: 0,000			

Mennyire elégedett a munkával és a személyes teljesítmény			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Nagyon elégedett	33,60	2,72	10
Elégedett	30,21	3,42	107
Részben elégedett	29,11	3,46	160
Elégedetlen	26,91	5,38	11
Nagyon elégedetlen	27,20	3,16	10
Szignifikancia: 0,000			

Az előzőhöz hasonlóan a munkahelyi elégedettség itt is az érzelmi kimerültségre és a személyes teljesítményre hat. Bár kifejezetten elégedetlen hallgató csak kis számban fordul elő a megkérdezettek körében, de nagyon elégedett is kevés van. A foglalkoztatás jellegénél már említést tettünk az egészségügy szerkezeti, intézményi problémáira, ami végső soron kihat a dolgozók érzelmeire és teljesítményére. Természetesen az egyéni jellemvonások és attitűdök, valamint a szociális környezet oldaláról is értékelni kell a dolgokat. Végső soron a személyes teljesítmény csökkenése és az érzelmi kimerültség egy sokrétű probléma, amit a maga összetettségével együtt kell kezelni.

Érhető módon azok a hallgatók, akik magas személyes teljesítmény nyújtanak, jellemzően nem kívánnak munkahelyet változtatni. Ezzel szemben az emocionálisan kimerült és az “el-személytelenedő” munkavállaló keresi az egészségügyből, illetve a munkahelyüktől való kilépés lehetőségét.

4.22. táblázat

Szabadsága alatt kipiheni-e magát és az emocionális kimerültség			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Igen	21,02	4,91	121
Nem	24,33	6,14	186

Szigifikancia: 0,000

Szabadsága alatt kipiheni-e magát és a deperszonalizáció			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Igen	7,90	2,67	121
Nem	9,20	3,10	188

Szigifikancia: 0,000

A szabadidő, illetve a szabadság eltöltése között is találtunk kapcsolatokat. Szignifikáns negatív ok-okozati összefüggés mutatható ki a deperszonalizált egyén és a kirándulás, mint szabadidős tevékenység között (P:0,0017; R:-0,296). Logikusnak tűnik ez a kapcsolat, ha eleve feltételezzük, hogy a kirándulások, az aktív pihenés közösségi kapcsolatokat, nyitottságot igényel.

A varianciaanalízis adatai alapján azt is láthatjuk, hogy az érzelmileg kimerült és az elszemélytelenedett személyek számára a szabadság nem jelent pihenést, nem nyújt testi–lelki felüdülést (4.22. táblázat). A kiégés említett két dimenziójában mért romló állapot végső soron különböző tényezők kontextusában értelmezhető, ami néhány napos vagy hetes pihenéssel nehezen befolyásolható.

4.23. táblázat

Tetszés és az emocionális kimerültség			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Alsó rész (0 – 2)	19,08	6,49	25
Középső rész (3 – 4,5)	22,40	4,70	163
Felső rész (5 – 7)	24,76	7,16	94

Szigifikancia: 0,000

Tetszés és a deperszonalizáció			
Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Alsó rész (0 – 2)	7,40	3,24	25
Középső rész (3 – 4,5)	8,51	2,57	165
Felső rész (5 – 7)	9,14	3,57	94

Szigifikancia: 0,029

KIÉGÉS

A személyiségtípusok Kefír által megalkotott kategóriái közül az úgynevezett tetszés “típusú” személyek voltak azok, akiknél a varianciaanalízis segítségével szignifikáns összefüggés mutatható ki a kiégésre gyakorolt hatásuk alapján. Az említett kategória jellemzőit figyelembe véve — ti. passzív, tétovázó, bizonytalan, a kétkedés jellemző rá; vágyik rá, hogy szeressék és szereti, ha megvédik; szenved, ha ellene vannak — azt mondhatjuk, hogy ők azok a hallgatók, akik érzékenyebben reagálnak szociális környezet hatásaira. A kiegyensúlyozott, stabil munkavégzéshez, a munkahelyi jó közérzetük megvalósulásához rendszerint munkatársi támaszt igényelnek. Erre utal az is, hogy a magas tetszési értékkel jellemezhető egyének leggyakrabban a “végrehajtó” faktor értékeivel rendelkeznek.

4.24. táblázat

Kényelem és a deperszonalizáció

Megnevezés	Átlag	Szórás	Esetszám
Alsó rész (0 – 2)	8,14	2,82	201
Középső rész (3 – 4,5)	9,47	3,18	106
Felső rész (5 – 7)	10,00	2,27	8

Szignifikancia: 0,000

A Kefír-i kényelem személyiségtípusú egyéneknél várhatóan magasabb esély mutatkozik a deperszonalizáció kialakulására (4.24. táblázat). Szakirodalmi kifejezéssel élve “ő az ügyetlen fajankó”, aki folyton attól fél, hogy semmit nem tud úgy megcsinálni, hogy azzal mások elégedettek legyenek.

Szinte természetes, hogy már a személyiségre jellemző tulajdonságai alapján gyakran keveredhet konfliktusba a környezetével.

A kiégés három dimenziója

Összegző egybevetés

A kiégés, mint három nagy tényező — emocionális kimerültség, deperszonalizáció, személyes teljesítmény — eredőjeként jelentkező szindróma, amely kóros esetben az egyén pszichiai jellegű megbetegedéséhez vezet.

Összefoglaló statisztikai táblázat

Megnevezés	Emocionális kimerültség	Deperszonalizáció	Személyes teljesítmény
Átlag	22,61	8,64	29,48
Középérték	22,00	8,00	30,00
Leggyakoribb érték	21	8	30
Szórás	5,28	2,99	3,74
Terjedelem	29	16	22
Minimum	9	5	16
Maximum	38	21	38
Esetszám, érvényes	311	317	317
hiányzó	6	0	0

A kiégés három dimenziójának összefoglaló statisztikai táblázata — a centrális és a marginális mutatók bemutatása — a számok segítségével érzékeltetheti a megkérdezett főiskolai hallgatók burnout szindrómával összefüggő mentális állapotát.

Látható, hogy a deperszonalizáció és a személyes teljesítmény átlagértéke az optimális szélső érték felé mozdul el és relatíve kis szórásértékkel rendelkezik. Az érzelmi kimerültség esetén változatosabb kép tárul elénk. Az átlagérték ebben az esetben sem túl magas, de a szórásérték a másik kettőhöz viszonyítva magasnak tekinthető. Ez a különbség talán könnyen megmagyarázható. A hallgatók, mint leendő diplomások elsőgenerációs értelmiségieknek tekinthetők. Egy mobilizációs folyamat részei, amelynek során az alacsonyabb társadalmi státuszú létből próbálnak feljebb lépni. Ez a folyamat számos súrlódással jár az egyén és környezete között, legyen az család vagy munkahely. Ebben a tanulási (szocializációs) folyamatban olyan munkahelyi feladatokat kell ellátni, számos esetben három műszakos munkarendben, ahol a munka "tárgya" a kiszolgáltatott, szenvedő ember. Ennek kompenzálására pedig ott van a belső motivációs erő, amely hajtja az egyént a folyamatos teljesítés, a szakmai és/vagy vezetői karrier irányába.¹

¹ A teszt az állítások értékeléséhez egy 1-5-ig terjedő skálát használ az alábbiak szerint: 1 soha, 2 nagyon ritkán, 3 időnként, 4 gyakran, 5 mindig. Ebből adódóan az alacsony, illetve a magas átlagértékek az értékkörök értelmezése szempontjából önmagában még nem jelenti a kiégés hiányát, illetve annak voltát. A kiemelés alapja az volt, hogy a középső értéktartomány (2,5-3,5) foglalja magába a bizonytalan válaszokat. Természetesen ehhez kapcsolódnak az arányosan megoszló szélső értékek is.

4.26. táblázat

Korrelációs mátrix

	Emocionális kimerültség	Deperszonalizáció	Személyes teljesítmény
Emocionális kimerültség	1,000		
Deperszonalizáció	,392	1,000	
Személyes teljesítmény	-,230	-,429	1,000

Szignifikancia= 0,001

n=311

Elhagyott elemek száma=6

A három tényező bevonásával elvégzett korreláció eredménye azt mutatja, hogy szignifikáns ok-okozati összefüggés van az egyes dimenziók között. Ugyanakkor a viszonylag alacsony korrelációs értékek igazolják a korábbi vizsgálatokat.

A magas személyes teljesítmény jelen stádiumban ellentétes irányba hat a másik két tényezővel szemben. Szórványosan megjelenik egy-egy tényező együttállása, amely felhívja a figyelmet a kiégés, mint a probléma jelenlétére, de ezek mögött gyakran szocializációs, mentális zavarok, szocio-kulturális eltérések állnak.

XII. Összegzés

A segítségnek bizonyos formái ősidők óta ismeretesek. Ezek a formák általában olyan helyzetekre vonatkoznak, melyekben az egyén valamilyen szükségletét nem képes, vagy nem tudja kielégíteni. Így például segítség lehet maga az ápolás folyamata is. A segítő kapcsolatot az emberekkel foglalkozó, különböző szakterületek képviselői is alkalmazhatják. A nyugati szakirodalomban összefoglaló névvel, *segítő foglalkozásúaknak* (például pedagógus, lelkész, jogász, szociális munkás, ápoló) nevezik őket. A segítség, mint fogalom, illetve kifejezés a fejlett, teljesítményorientált, ipari társadalmakban jelent meg, melyekre a fogyasztói szemlélet, az elidegenedés is jellemző. A segítő kapcsolat sarokköve a segítő személyiség, az egyén, aki a kliens hiteles, őszinte elfogadásával, empátiával és nyílt kommunikációval jellemezhető. A segítő pályának, a másokon való segítségnek, az altruizmusnak szocializációs,

KIÉGÉS

neveléslélektani, pedagógiai, mélylélektani mozgató rugói lehetnek. Az altruista viselkedésnek többféle motivációja lehet, amelyek nagy hajtóerővel rendelkezhetnek, a segítő foglalkozású egyén életében sokszor meghökkentő pályamódosításokat eredményezhetnek, vagy egy egész életre szólóan fenntarthatják az altruizmust.

Empirikus felmérésünkben a Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, levelező tagozatos diplomás ápoló hallgatóinak a segítő tevékenység végzésének esetleges következményeként megjelenő kiégéssel kapcsolatos állapotukat, pályaválasztásuk indítékát, pályán maradásuk mértékét, jövőbeni terveiket meghatározó személyiség típusukat, pályaképüket kíséreltük meg leírni.

Freudenberger 1974-ben használta először a kiégés szakkifejezést, ő a pszichiátriai dolgozók körében megfigyelt érzelmi kimerülés leírására. A kiégés pathomechanizmusában az emocionális kimerülés jelentkezik először, melynek során egyre fáradtabbá válik az egyén és egyre kevesebb energiát tud, vagy akar munkájába fektetni. Ezt az állapotot követi a deperszonalizáció, melynek során cinikussá válik a betegekkel és egyre kevésbé tud, vagy akar kapcsolatot teremteni klienseivel és kollégáival. Mindez átvezet a következő fázishoz, ahol egyéni teljesítménye romlik. Valójában a kiégés egy lassan kialakuló folyamat eredménye, amelyben a *stresszel teli munkavégzés és az egyént megterhelő munkakörülmények kulcsszerepűek*. Az ápolók a munkahelyi stresszterheltség szempontjából mindig különösen veszélyeztetettnek számítottak, így a stressz okozta pszichikai megbetegedések előfordulása jellemző lehet.

A kiégés szindrómát hazánkban -többek között - vizsgálta, Bodó Sára, Debrecenben, református teológusok körében, Pálfi Ferencné, a POTE Egészségügyi Főiskoláján, szintén ápolók körében, Temesváry Beáta pszichiáterek körében, Petróczi Erzsébet pedagógusok esetében.

Volt intenzív osztályos, egészségügyi szakoktatóként, majd a diplomás ápolóképzésben oktató tanárként rádöbbenhattünk, hogy a magatartástudományt középpontba állító ápolástudományi tárgyak oktatása során erősen érintődtek hallgatóink akkor, amikor a "segítők-segítéséről", az ápolók mentálhigiénéjéről beszélhettek-beszélhettünk, ez a tény volt az, ami a burnout tünetegyüttes felé irányította figyelmünket, s kutatási területnek választottuk.

XII 1. A kapott eredmények és a hipotézisek összevetése

1. A háttérkérdőív segítségével gyűjtött adatok elemzése kapcsán, *pályaválasztásra*, valamint a pályaképre vonatkozó eredmények alapján:

A segítő pályára való elköteleződés szorosan összefügg az egyén életstílusával, amelyben az ápoló megélheti, a “C”- típusú személyiségéből fakadó legfőbb pozitívumát, nevezetesen a benne jellemzően meglévő empátiára való készséget. Ezt támasztja alá az az eredmény is, amely alapján a hallgatók 93,7 százaléka számára belső motiváció alapján történő elköteleződés figyelhető meg, a karrierperiódus kezdeti szakaszán. A vizsgált hallgatók 68,8 százaléka jelezte, hogy a jelenlegitől eltérően, szeretne másféle munkát végezni, s ezt a minta 76,2 százaléka, az egészségügy keretein belül tudja elképzelni. Közvetett módon **beigazolódni** látszik az a hipotézis, mely szerint a továbbtanulás esélyt teremt a három műszakos munkarendből való kilépéshez, vagy a vezetői kinevezés megszerzéséhez, ami azzal a következménnyel jár, hogy csökkenni fog az az idő, amit közvetlenül a betegágy mellett töltenek.

2. A prioritás- Schoenaker-kérdőív alapján végzett felmérés révén, a *személyiség típusra* vonatkozó eredmények alapján:

Célkitűzéseink, s hipotézisünk között szerepelt annak a megállapítása, hogy melyik személyiség-típusú prioritással jellemezhetőek a vizsgálati személyek. Schmidbauer személyiségelmélete alapján azt feltételeztük, hogy a melankóliára, avagy depresszióra (típusos, atípusos) hajlamos, extrovertált, “tetszés”-prioritással jellemezhető, Adler szerint az úgynevezett “kiscsibe”-típus lesz a meghatározó prioritás, a minta tagjai között. Ezzel szemben a kapott eredmény alapján elmondhatjuk, hogy a leginkább preferált prioritás az ellenőrzés, azaz a “cézár” személyiség-típus, tehát a kontrollra való törekvés a legmeghatározóbb tulajdonsága a vizsgált mintának.

A legjobban elutasított típus a kényelem “fajankó” személyiség-típus, hiszen pont ezt nem engedheti meg magának az a diplomás ápoló hallgató, aki ápol, tanul és a családi állapotbeli szerepeinek is igyekszik megfelelni. Az előzetes feltevésük a személyiség prioritására vonatkozóan tehát **nem igazolódott be**, az általunk vizsgált mintában.

3. A Super- kérdőív alapján végzett felmérés révén, a *munkaértékre vonatkozó* eredmények alapján:

Előzetesen azt feltételeztük, hogy a minta tagjainál előrehozott pályaválasztás történt, tekintettel arra, hogy meghatározó módon egészségügyi szakközépiskolai előképzettséggel rendelkeztek a vizsgálati személyek. A 14 éves korban meghozott döntés a hivatás szempontjából arra enged következtetni, az életstílus vonatkozásában, hogy a legfőbb pályamotivációs érték, az altruizmus lehetett.

Elmondhatjuk, hogy a Super kérdőív 15 értékköréből az altruizmus került az első helyre, s ez a ranghely tökéletes összhangban van a Háttér kérdőív pályaválasztásra vonatkozó adataival. A másokra való odafigyelés, a másokért való tenni akarás, a humán segítség meghatározó tényezője az ápolói pályaválasztásnak, ez az előfeltevésünk tehát **beigazolódott**.

4. A Maslach Burnout Inventory alapján végzett felmérés révén, a *kiégés három dimenziójára* vonatkozó eredmények alapján:

Vizsgálatunkban az első hipotézis azt feltételezte, hogy a munkaviszonyal rendelkező, egészségügyi előképzettséggű hallgatók a kiégés valamelyik stádiumában vannak, célként fogalmaztuk meg, hogy a nem klinikai populációhoz tartozó, azaz egészséges személyeknél találkozzunk-e, az immáron állandósult kimerültség állapotával.

Az MBI kiégési leltár felhasználásával végzett vizsgálat eredménye a következő: a vizsgált hallgatók 56,5 százaléka a közepes és magas érzelmi kimerülés állapotában van (51,4% a közepes, 5,1 % a magas kategóriába tartozik), a deperszonalizáció megjelenése mindösszesen 11,3 % (10,7 % közepes, 0,6 % magas kategóriába tartozik), a személyes teljesítményük vonatkozásában 99,4 % tartozik a közepes és magas hatékonyság kategóriájába (45,4% közepes, 54% magas), ami azt jelzi, hogy sem a deperszonalizáció, sem a teljesítménycsökkenés nem jellemzi a vizsgálati minta tagjait.

Kijelenthetjük, hogy a vizsgálatba bevont hallgatók, mint leendő diplomások első generációs értelmiségieknek tekinthetők. Egy mobilizációs folyamat részei, amelynek során az alacsonyabb társadalmi státuszú létből próbálnak feljebb lépni, s nagyobb társadalmi presztízst, s közösségi megbecsülést szerezni. Ez a folyamat számos feszültséggel, konfliktussal jár az egyén és környezete között, legyen az család, vagy a munkahely. Ebben a

KIÉGÉS

folyamatban olyan munkahelyi ápolási-gondozási feladatokat kell ellátni, számos esetben két-három műszakos munkarendben, ahol a tevékenység a kiszolgáltatott, szenvedő, vagy éppen haldokló emberre irányul. Ennek kompenzálására pedig ott van a belső motivációs erő, amely hajtja az egyént a folyamatos teljesítés, a szakmai és/ vagy vezető karrier irányába.

Összességében azt láthatjuk, hogy szórványosan megjelenik egy-egy olyan tényező együttállása, (érzelmi terhelés magas volta), amely felhívja a figyelmet a kiégés, mint probléma jelenlétére, de ez a feltevés összességében **nem igazolódott be.**

A kutatás tartalmának összefoglalása

A vizsgálati mintában (317 fő) 5 férfi és 312 nő található, ez tükrözi az ápolásban dolgozó nők meghatározóan magas arányát. Az életkor szerinti megoszlás tekintetében a 19 éves frissen érettségizett fiattól az 50 éves korig húzódik, az átlagéletkor 27,6 év. Ez alacsonyabb, mint az országos átlag, ami 34,5 év. A vizsgálati személyek leggyakrabban kétgyermekes családba születtek, 59,8 %-uk; a születési sorrend vonatkozásában pedig *49,3 %-ban elsősülöttként.* Ez az eredmény, az adleri életstílus jelentőségének ismerete alapján kimondatja velünk, hogy az utolsó előtti gyerek az, aki a “legsérültebb”- a születési rangsor vonatkozásában, hiszen a detronizáció, s annak következményeként megélt frusztráció őket jellemzi leginkább. Lehetségesnek tarjuk ennek kompenzációjaként, hogy a pályaválasztás legfőbb motívuma éppen a másokon való segítség volt a vizsgálatba bevont diplomás ápolók körében.(Ez a tény az érett, avagy éretlen segítő identitás kérdését veti fel.)

A vizsgálatba bevont hallgatóknak *63,1 %-a nem vállalt még gyermeket,* 47,5 %-uk egyedülállóként, csonka családban, elváltként, avagy a származási családjában éli életét, ami azt jelenti, hogy nincs olyan elkötelezett partnerkapcsolata, aminek megléte valódi terhelhető erőforrásként jelenhetne meg életében. Ugyanakkor azt is meg kell említeni, az előbbi gondolat kapcsán, hogy minta tagjai 43,8 % vonatkozásában saját lakás hiányában a szüleiknél laknak. Ez természetesen nem zárja ki a partnerkapcsolat létezését, de mindenképpen nehezítheti annak intim és bensőséges megélését. A vizsgált hallgatók közel 90%-a egészségügyi előképzettséggel rendelkezik. Látható, hogy a válaszadók többsége egyfajta ranglétrán haladt végig az iskolai tanulmányai során. Ez pedig azt mutatja, hogy a belső hajtóerőként jelentkező önmegvalósítás vágya meghatározó motivációs tényezőként jelentkezett, jelentkezik a megkérdezettek körében; 68,2 %-uk pedig maga döntött úgy, hogy egészségügyi szakközép- vagy szakiskolában szeretné folytatni tanulmányait, az ő esetükben

KIÉGÉS

előrehozott pályaválasztás történt, 14 esztendő életkorban. 18, 5 éves korban (átlagéletkor) kezdtek el dolgozni, 57,4 százaléka a mintának több műszakos rendben teljesített szolgálatot az adatok felvételekor is, ami hosszú évek alatt kialakíthatja a krónikus fáradtság érzésének megjelenését, a monotonia, illetve az éjszakai munkarendben való megfelelés kényszere miatt.

Munkahelyi személyes kapcsolataikat 85 %-ban jónak tartják, munkahelyi balesetet mindössze 7 fő szenvedett el, de a hallgatók 60,8 %-a érzi úgy, hogy szabadsága alatt nem pihen ki magát! Ez a kutatási eredmény fontos rizikófaktora lehet a kimerülés állapot megélésének, s jelezheti azt, hogy ezek az ápolók a burnout kialakulásának folyamatába kerültek. Figyelemre méltó tény, hogy a vizsgálati személyek a pihenő idő eltöltésének leggyakoribb formájaként a televíziózást (305 fő), a zenehallgatást (251 fő), valamint a rádiózást (243 fő) jelölték meg. Ebből levonható az a következtetés, hogy a minta tagjait általában az jellemzi, hogy a rekreáció megszervezése ne kívánjon nagyobb kötöttséget, fizikai, vagy szellemi igénybevételt, testi-lelki koncentrációt, de anyagi terhet se jelentsen. Az elfáradt egészségügyi dolgozók tehát a “könnyen emészthető”, azonnali ingerek befogadására alkalmasak; hiszen sem idejük, sem erejük, s esetleg pénzük sincs arra (például elváltak körében), hogy a szórakozás, kulturális élményszerzés más módját részesítsék előnyben, pedig a minta tagjai meghatározó módon a fiatal felnőttek körébe tartoznak. S kétségtelenül tény az is, hogy a szórakozás előbb említett módja magányosan is művelhető, ami pedig nem kedvez, s nem ad esélyt a társas kapcsolatok kialakulásának, s itt nem kizárólag partnerkapcsolatra gondolunk. A külső, nem szakmai kapcsolatok, tehát baráti találkozások tekintetében a vizsgálati személyek leggyakrabban havi két alkalommal találkoznak ismerőseikkel, ami szintén nem kedvez annak a kiegészítő ellen megvédő faktor létezésének, amely szerint növelni kell a külső kapcsolatok számát, s el kell kerülni azt, hogy a szakmai élet és a baráti/privát szféra egybe mosódjék. Alfred Adler személyiséglélektanában hangsúlyozza, hogy az ember bioszociális lény, s mint ilyen személyiségének egészséges volta leírható úgy is, hogy mennyire része a családi-baráti-munkahelyi közösségeknek, milyen mértékben éli meg a közösségi élményt, a “mi-tudatot”. A vizsgálatba bevont hallgatók jelentős részének, főleg a munkahelyi kapcsolataik jelenthetnek pozitív élményeket, sem a baráti, sem a partnerkapcsolat nem adhat számukra valóban működő örömforrást, s életük élményszerző játékosságát.

A minta tagjainál, 22,4 %-uk vonatkozásában diagnosztizáltak valamilyen manifesztálódott, klinikai tünetképzést, valamely szervrendszert érintő betegséget. Heinroth, német orvos már

KIÉGÉS

1818-ban, annak a nézetének adott hangot, miszerint a test megbetegedései voltaképpen pszichikai okokra vezethetők vissza. A huszadik század végére elfogadott lett az a szemlélet (pszichoneuroimmunológia tanainak előre törése), amely szerint a betegségek 80-85 százalékában a krónikus stressz, a pszichés túlterhelés a felelős a lelki problémák testi tünetekben, megbetegedésekben való megjelenéséért. Ez a pszichoszomatikus-holisztikus szemlélet az, ami azt a felismerést hozhatja, hogy a diplomás ápoló hallgatók értsék meg, amiről a tünet szól, ébredjenek rá, hogy nem a tünetek megszüntetése, vagy éppen elfedése (pótszerek, függőségek kialakítása) jelenti az igazi gyógyulást számukra, hanem a belső harmónia zavarának felismerése és megszüntetése, a krónikus túlterhelés (stressz)jeleinek ismerete, a pozitív megküzdések (copingok) kialakítása. Az alkalmoszerű alkoholfogyasztás az egyharmadukat jellemzi, ők valójában szociális ivók; a kávéfogyasztás napi egy-két adag kapcsán szintén általánosnak tekinthető, s jellemző módon napi 10 szál cigarettánál nem szívnek el többet, mindez azt jelzi, hogy esetükben a lelki stabilitásuk–jó érzésük megőrzéséhez hozzátartozik a “pótszerek” használata.

A hallgatók döntő többsége érzelmileg erősen kötődik szakmájához, hivatásnak tekinti munkáját (79%), jellemző módon meghatározó pályaválasztási érték az *altruizmus*. Ennek a tendenciának a gyökerei valahol a személyiség mélyén keresendők, az életstílus vonatkozásában, hiszen pontosan ismerjük, hogy az úgynevezett “C”-típusú személyiség jellemzőinek kialakulása megtörténik az egyén legfeljebb hét éves koráig (individuálpszichológiai-és személyiségtipológiai felismerések) , a “C” - személyiség típus pedig altruista foglalkozást választ, nagy valószínűséggel. Tudjuk azt is, hogy az önmegvalósításában gátolt, többé-kevésbé sérült segítők számára éppen a segítő foglalkozás választása jelentheti annak az élménynek a megélését, hogy ő, mint segítő– a segítő kapcsolatban – reálisan láthassa önmagát, felfedezhesse saját szorongásait, félelmeit, elfogadja gyengeségeit, korlátait. Carl Gustav Jung azt mondja: “Én magam is rászorulok jószágom alamizsnáira, én magam vagyok az ellenség, akit szeretni kell.” Azt is megállapíthatjuk, hogy a hatékony segítséghez az egészséges önszeretet, az önjutalmazás-és elfogadás képessége is szükséges, annál is inkább, mert a szindrómás segítő szülei *nem önmagáért szerették*, hanem azért, mert teljesítette elvárásaikat; az ápolási-gondozási folyamatban pedig megtapasztalhatja a diplomás ápoló hallgató, hogy ő szerethető és értékes személyiség, aki képes hibáit, erényeit reálisan látni, tudja, hogy altruista szakmája által úton van a tökéletesség felé, de még nem érte azt el. Alfred Adler ezt így mondta: “Nem azért szeretem az embert, mint amilyen, hanem azért, amilyen lehetne.”

KIÉGÉS

A kiégés három dimenziója érzékelteti a megkérdezett főiskolai hallgatók burnout szindrómával összefüggő mentális állapotát. Az érzelmi kimerülés esetén 22,61 pont az átlagérték, ami ebben a vonatkozásban magas érzelmi kimerülés állapotát jelenti, s erről azért kell beszélnünk, mert a kiégés kialakulásának folyamatában éppen a magas érzelmi kimerültség jelenik meg legelőször. Ez tehát azt bizonyítja, hogy a vizsgálatba bevont hallgatók *elindultak a kiégéshez vezető úton*, hiszen kimerültek érzik magukat, de az elszemélytelenedés (átlagértéke: 8.64 pont) nem jelenik meg, s személyes teljesítményük is még közepesnek mondható (átlagértéke: 29,48 pont). Tehát sem a deperszonalizáció, sem a teljesítmény csökkenése nincs jelen a vizsgálati mintában, de nem felejtethjük, hogy azok a 12 szakaszból álló kiégési folyamatban csak jóval később jelennek meg, manifesztálódott módon.

A hallgatók, mint leendő diplomások első generációs értelmiségieknek tekinthetők. (A szüleik többnyire szakmunkások, főleg az apák, de az anyák is jelentős arányban legfeljebb középfokú végzettséggel rendelkeznek.) Így tudhatjuk, hogy egy mobilizációs folyamat részei, amelynek során az alacsonyabb társadalmi státuszú létből próbálnak feljebb lépni. Ebben a folyamatban olyan munkahelyi feladatokat kell ellátni, számos esetben több műszakos munkarendben, ahol a tevékenység a kiszolgáltatott, szenvedő emberre irányul, aki sok esetben frusztrációjának következményét, vagyis agresszióját az ápolókra vetíti ki. Ennek kompenzálására pedig ott van a belső motivációs erő- Alfred Adler szerint a kisebbségtudás csökkentése-, amely hajtja az egyént a folyamatos teljesítés, a szakmai és / vagy vezető karrier irányába. A személyiségtípus tekintetében megállapíthatjuk, hogy a *kolerikus-ellenőrzés- cézár- típusú prioritás* a legjellemzőbb a minta tagjaira, ami azt jelenti, s ahogyan már utaltunk rá, hogy a felettes –énnel való azonosulás, a magas én-ideálok követése személyiségüknek kényszeres karaktert kölcsönöz: boldogtalan, de megbízható; mogorva, de önfeláldozó; önmagával szemben kérlelhetetlen, de másokkal szemben kötelességtudó segítők ők. Emberi kapcsolataikban az uralkodó mérce nem az én által vezérelt tárgyilagos megismerés, hanem a felettes-én jó-rossz, helyes-nem helyes ítélkezése. A cézár prioritást az úgynevezett *melankolikus-tetszés- kiscsibe- személyiségtípus* követi a rangsorban, akikre jellemző, hogy felettes énjük, ideáljuk irreális, illuzórikus, belső önjutalmazásra nem eléggé képes, elvárják, hogy külső megerősítéseket kapjanak környezetüktől. (Erre kiváló lehetőséget kínál az altruizmus, mivel ezt környezetük értékelheti.)

Valójában a vizsgálati eredményben első, s második ranghelyen megjelenő személyiségtípusról van szó, hiszen a cézár személyiségtípus 4,954 pont átlagértékkel a

KIÉGÉS

legjellemzőbb, a kicsibe típus pedig 4,110 pont átlagértékkel a második legpreferáltabb típus a négy közül. Mindkét személyiségtypusról állíthatjuk, hogy a szindrómás segítség megnyilvánulási formái, ahol a segítők (jelen esetben ápolók) saját bizonytalan önértékelésüket a segítség túlhajszolásával, sokszor önkárosító formában képesek csupán csak fenntartani. Tudjuk, hogy Schmidbauer 1977-ben e jelenséget “segítő szindrómának” nevezte el. (Fodor,L- Tomcsányi,T. 1990: 26.); s azt is, hogy Alfred Adler úgy vélekedett, hogy a négy típus közül a legegészségesebb, a sztár-tetszés-szangvinikus típusba tartozó személyiség. A kutatásunkban a sztár-típus csak az utolsó előtti helyet foglalja el, 4,029 pont átlagértékkel. Mindebből következik, hogy a vizsgálati minta személyeit a *segítő kapcsolat éretlen formája, a szindrómás segítség jellemzi.*

Azt mondhatjuk, ismételten, hogy szórványosan megjelenik egy-egy olyan tényező együttállása, amely felhívja a figyelmet a kiégés, mint probléma jelenlétére, de ezek mögött gyakran szocializációs, kommunikációs, mentális zavarok, esetleg szocio-kulturális eltérések állnak.

A vizsgált hallgatók számára a továbbtanulás menekülést, esélyt jelent a mindennapok monoton munkavégzéséből, 68,8 %-uk szeretne új munkahelyet, de az egészségügyön belül. Ez az elvágódás vonatkozik a közvetlen betegágy mellől, az alacsony presztízstől, az alacsony bérezéstől.

A tudományos kutatás 20-25 év óta foglalkozik ezzel a jelenséggel. Elsősorban amerikai vizsgálati eredményekre támaszkodik a szakirodalom a kérdés megválaszolásánál. A jelenség sokrétűsége miatt statisztikailag releváns megállapítás csak részben lehetséges. A saját felmérésünk is arra lehet alkalmas, hogy bizonyos tendenciára irányítsa a figyelmet. Angolszász adatok szerint a segítő foglalkozásokban dolgozók sorában a veszélyeztetettség és a morbiditás meghaladja a harminc százalékot. Németországban a kezdő klinikai pszichológusok ötven százaléka panaszodik az első két szolgálati évben az egészséget komolyan veszélyeztető szimptomákra. Mindezek alapján elmondható, hogy a segítő pályán dolgozók 10-30 %-ánál konstatálható valamilyen szintű foglalkozási deformáció.

Tudjuk, hogy egy olyan komplex tünetegyüttes, mint a burnout, nagyon nehezen vizsgálható. Számunkra a vizsgálat jelentősége abban áll, hogy felhívja az érintett ápolók figyelmét a magas fokú veszélyeztetettségükre. A kiégés-folyamat, a felismerések szerint, a huzamos és egyoldalú megterhelés által fokozódik, ez pedig a vizsgált hallgatók tekintetében jellemző sajátosság.

XII.2. A diplomás ápolók, mint segítő foglalkozású nők jellemzői

A segítő foglalkozásokban a nők arányszáma jellemzően magas. Helyzetük három karakterisztikum által határozható meg, Ayola Pines szerint:

1. Hosszú tradíciónak megfelelően választják a segítő munkaköröket. Az oktatásban, a betegek, öregek, fogyatékosok gondozásában, a tanácsadó szolgálatoknál és a szociális munkában több nő dolgozik, mint férfi. Az ilyen munkakörök a krízisbe jutottak, szenvedők, segítségre szorulókat ellátását jelenti, s magas fokú, állandó érzelmi megterheléssel jár. A családon belüli, "klasszikus feladatkörök" szerint otthon is a család "érzelmi gondozása", a házimunkák mellett, a nők feladata. Ez kettős megterhelést jelenthet.

2. A munkahelyi és a családi környezet, minél tradicionálisabban orientált, annál inkább elvárja a nőktől, hogy szeretetet, együttérzést, megértést tanúsítsanak. Ez még intenzívebben jelentkezik azokkal szemben, akiknek ez "még a hivatásuk is".

3. A legtöbb, nők által nagyszámban választott segítő foglalkozás klienscentrikus: alapképletében megfelel az anya-gyermek viszonyoknak. Az "anyai feladatok" jellemzője az, hogy nehéz megszabni a határt, mikor nyújtott egy anya elegendő gondoskodást. A "jó anyától" -nem csak a gyermek- azt várják, hogy mindig "még egy kicsit többet adjon". Ha ezt nem teszi meg, akkor a környezete gondoskodik arról, hogy rossz legyen a lelkiismerete. (Ayola Pines, 2000.)

Hasonló látens vagy nyílt folyamat játszódik le az ápolók és gondozottaik között is. Így a munkából adódó megterhelés *fizikai, érzelmi és lelkiismereti síkon* is jelentkezik.

A szociálpszichológiai vizsgálatok megállapítása szerint a kiégéshez vezető folyamatban megfigyelhetőek olyan jelenségek, amelyek *elsősorban* a nőkre jellemzőek.

Ez az elmélet abból indul ki, hogy személyiségfejlődésük folyamán a nőkben néhány tipikus elvárás alakít ki környezetük. Ezek idővel *interiorizálódnak*. Felnőtt korban, ha ezek a hatások konstruktívak voltak, akkor az életben és a munkában való "jó" és "egészséges" eligazodás részévé válnak. Ha a hatások destruktívak voltak, nem felelősségteljes személyes szabadsághoz, hanem állandó túlterhelést követelő kényszerhez vezettek, s akkor a testi és lelki egészséget, kiegyensúlyozottságot veszélyeztetik. A kiégettséggel küzdő nőknél, alapvető elbizonytalanodás tapasztalható: a dilemma lényege az, hogyan lehetne összeegyeztetni a tradicionális értékeket, saját öntudatukat, a másokért való létet és a felelősségteljes szabadságot (Hézszer, G.1996.135.)

XIII. Következtetések, javaslatok

A burnout szindróma folyamatát környezeti és személyiségbeni tényezők együtthatása alakítja ki. A folyamat hamarosan "természetessé" válik, az érintettek tudatosan már nem érzékelik az állandó túlterhelést.

Ahhoz, hogy segíteni tudjunk, első és a legfontosabb feltétel a veszélyeztetettség mértékének tudatosítása az ápolókban, majd annak felkutatása, hogy milyen személyes és a munkakörből adódó lehetőségek nyílnak a túlterhelés megszüntetésére.

A kiégés szindróma megelőzése (prevenciója) és kezelése

A kezelés stratégiájának fontos elemei a következők:

- Észre kell venni a kimerülés tüneteit
- Reális célokat kell kitűzni
- Relaxációt kell alkalmazni, személyes, egyénreszabott megoldást keresni
- Segíteni kell a pozitív gondolkodást
- Pszichoterápia esetén: viselkedési tréning, interperszonális attitűdök modellezése
- Súlyos esetben pszichiátriai kezelés

Az egészségügyben dolgozók számára különböző oktatási programokat dolgoztak ki, a kiégés megelőzésére, a munkamorál javítására, annak elérésére, hogy a dolgozók örömet találjanak a munkában, s jól érezzék magukat. Az oktatás során foglalkoznak azokkal az értékekkel (gondolkodás, részvétel, becsületesség, alkalmasság, bizalom, felelősség, pártfogás, érdeklődés), amelyek a gyógyító munka során fontosak. Alkalmazzák a spirituális megközelítést, amely segíti az egészségügyben dolgozókat abban, hogy személyes értékeiket újra felismerjék, s kedvezően lássák saját jövőjüket. A spirituális megközelítés módszerei a meditáció, vizualizáció, elmélkedés (a harag, düh, feszültség okának elemzése), hallgatás, másokra figyelés, kreativitás, játékosság gyakorlása. Az oktatást tréningek követik, amelyeken gyakorlatokkal segítik az értékek, a belső béke, a pozitív szemléletmód, az együttérzés, az együttműködés (újra) elsajátítását. (Brown, 2003.)

A kiégés megelőzésének munkahelyi lehetőségei az egészségügyben:

- A munkafeltételek javítása, a túlterhelés csökkentése, vagy megszüntetése
 - Kommunikációs tréningek szervezése az ápolók számára
 - Szakmai képzés, továbbképzés biztosítása, esetmegbeszélések, konzultációk; ezáltal javul a munkát végzők szakmai biztonság-érzése, csökken a szakmai ismeretek hiánya okozta bizonytalanság, s a hibák következményeitől való félelem, erősödik a szakma szeretete, fokozódik az érzelmi kötődés nyújtotta biztonság
 - A diplomás ápolók esetében nagyobb autonómia és kontroll (a foglalkozás ellenőrzés alatt tartása, döntési lehetőség) biztosítása, adminisztratív támogatás, az orvos-ápoló kapcsolat kommunikációs hatékonyságának javítása
 - A saját személy fontosságának és jelentőségének erősítése a munkahelyeken, az érzelmi elköteleződés fokozása
 - Munkahelyi konfliktusok megoldása, konfliktuskezelés hatékonyságának javítása
 - Szociális támogatás, jóléti juttatások ápolónők részére (későbbi fejezetben)
- (Böhle és mtsai, 2001; Gordon, 2003; Vahey és mtsai, 2004.)

Az éretlen segítőkön való segítség lehetőségei

A személyiség szocio-kulturális egység, az emberré válás folyamatában szükség van bizonyos érzelmek feldolgozására, bizonyos normák elsajátítására. Ez a folyamat csak fokozatosan, egymásra épülő lépésekben mehet végbe. Az önmegvalósításában gátolt, bizonyos mértékben sérült segítő számára lehetőség nyílhat arra, hogy segítő szindrómájának elemeit önismereti, esetmegbeszélő, szupervíziós, vagy individuálpszichológiai módszerekkel feldolgozza. Különösen jól alkalmazható - a hallgatók körében- már az ápolóképzés során a személyiségfejlesztő-és önismereti tréningeken az *adleri-individuálpszichológiai tanokból* megismert eljárások: életstílus-kérdőív elemzése, életút-elemzés, első gyermekkori emlékek felidézése, amelyből következtethetünk a jelen érzelmi terheltségeire is; ezek mellett a származási család-s a jelenlegi család tagjainak “elvarázsolt állatfigurákban” –való megjelenítése, párhuzamok keresésével; gyakran alkalmaztuk s kedvelték a hallgatók az álmok elemzését, különös tekintettel a szimbolikájukra, s az átélésük közben megjelenő emóciókra. Minden esetben felvettük a tréning eljárásai közé a személyiség-priorításra

KIÉGÉS

vonatkozó Schoenaker kérdőívet, ami által sikerült meghatározni a domináns személyiségtípust; ezt párhuzamba állítottuk az életstílus -elemzés során felfedezett, a saját életüket jól jellemző ismereteikkel, amelyek elsősorban a hivatás-közösség-és társválasztás területén jelentették számukra azt az élményt, ahogyan felfedezték, s kimondták, hogy nem volt véletlen az életükben, hogy miért lettek ápolók, miért élnek/vagy nem élnek olyan kisebb, vagy nagyobb közösségben, párcapcsolatban, ami életük jelenlegi szakaszára jellemző. Mindez a folyamat csoportban történt, kihasználva a csoport adta előnyöket, a közösséghez való tartozás, a szeretetre való méltóság megélését, mindezt úgy értük el, hogy minden meghallgatott történet után asszociációkat gyűjtöttünk, kinek-kinek a saját élettörténetéből kellett elmondania egy olyan élményét, amely hasonlatos ahhoz, amelyet csoporttársa előtte felidézett. Fontos szabályokat alkottunk, amelyeknek lényege volt a bátorítás, a pozitív tulajdonságok kiemelése, az "érzelmi rózsák" egymásnak történő juttatása, a titoktartás biztosítása, az ítéletmentes kommunikációs stílus alkalmazása.

Mindezeknek fontos célja, hogy képes legyen az ápoló hallgató lemondani az elutasított gyermeket álcázó tökéletes segítő pozíciójáról. Ha az infantilis, gyermeki szinten maradt vágyak és szükségletek, elfojtott düh, elutasítottság érzése, elismerés utáni vágy, kölcsönösség hiánya stb. szégyen és büntudat nélkül megjelenhetnek a csoportos tréningeken, akkor a saját gyengeségek megmutatásának eltúlzott félelme reálisabbá, az illető személyiség viselkedése pedig saját gyengeségei megmutatása által, *emberibbé, valóságosabbá válhat.*

A pszichohigiéna szempontjai

Az egészségügyben dolgozó ápolók gyakran elképzelhetetlennek tartják, hogy állandó túlterheltségük csökkenhetne. A saját élet-és munkahelyzetükre vonatkozó változtatásokkal szemben pesszimistábbak, mint a gondjaikra bízott kliensek esetében.

Milyen esélyeik vannak a veszélyeztetett nővéreknek arra, hogy "önmaguk segítőjévé" váljanak?

a) A főiskolai képzés alatt, valamint egyéni tapasztalatukból tudatosíthatják, hogy a destruktív jelenségek és állapotok módosíthatók. Ez motiválhatja őket a saját sorsukon való változtatásra is.

b) Az ápolók kifinomult önmegfigyelési képességgel rendelkeznek. Mindennapi funkciójuk az önkontroll, annak tisztázása, hogy "mit is csinállok most pontosan?" Ez segítheti őket helyzetük adekvát felismerésében.

KIÉGÉS

c) Ugyancsak a foglalkozásból adódóan kialakult bennük a realitásérzék. A gyakorlatból tudják, hogy ha nem is teljesíthető mindig minden vágy, reális kereteken belül, változtatás mindig lehetséges. Ez a képesség erősítheti bennük a reményt: saját helyzetük sem megváltoztathatatlan, pszichohigiéniájuk helyreállítható.

A munkát meghatározó normák és a foglalkozással járó mindennapi megterhelés gyakran annyira megszokottá válik, hogy azt tudatosan már alig érzékelik. A pszichohigiéne egyik alapvető követelménye ennek ellenkezője: aktuális helyzet feltérképezése.

A SZEMÉLYES PSZICHOHIGIÉNÉS ÁLLAPOT ELEMZÉSÉNEK SZEMPONTJAI

1. Egy lista összeállítása arról, hogy szerintük mit várnak el mások tőlük, s jelöljék meg, mit akarnak ezekből az elvárásokból feltétlenül teljesíteni.

2. Egy lista összeállítása arról, hogy mit várnak el ők feltétlenül maguktól.

3. Annak összeírása, milyen munkáikat tartják feleslegesnek és értelmetlennek. Jelöljék meg, melyeken akarnak változtatni, állítsák ezt a megvalósíthatóság reális sorrendjébe.

4. Aktuálisan mi elintézetlen az életükben: milyen tervek, vágyak, tevékenységek várnak elintézésre? Állítsák ezeket a megvalósíthatóság reális sorrendjébe, s jelöljék meg, egy hónapon belül mi valósítható meg ezekből.

5. Kik és milyen szituációk váltanak ki bennük jelenleg erős ellenérzést? Melyeken tud rövid időn belül változtatni? Állítson fel sorrendet!

6. Kikkel szeretnének sokkal ritkábban, s kikkel gyakrabban találkozni? Hogyan változtatható ez az arány, a "kívánatos találkozások" irányába?

7. Mivel töltik jelenleg a szabadidejüket? Melyek a pihentető és melyek a megterhelő tevékenységek? Hogyan növelhetik a pihentető tevékenységek arányát?

8. Milyen gyakran és milyen alkalomból találkoznak barátaikkal? Túl gyakoriak vagy túl ritkának érzik ezt? Mi változtatható ezen, s mi nem?

9. Elsősorban mire fordítják zsebpénzüket?

10. Milyen témák uralják kötetlen beszélgetéseiket? Ezek inkább gazdagítólag, fárasztólag hatnak?

11. Mire fordítanak jelenleg sok időt? (Otthon, munkahely)

12. Írják fel, órarendszerűen egy tipikus munkanap lefolyását. Hol és hogyan biztosítható a pihentető átmenet?

13. Milyen helyzetekben és feladatok során hajlamosak túlzott munkavégzésre?
14. Jelenleg inkább változtatásra törekszenek az életükben, vagy a változatlanságra?
15. Mennyi idő jut egy tipikus munkahéten elmélkedésre, mennyi cselekvésre? Mennyire kiegyensúlyozott ez az arány?
16. Gyakran tesznek-e maguknak szemrehányást, s becsülik le teljesítményüket?
17. Hogyan szabadulnak meg a felgyülemlett feszültségtől? Kielégítőek ezek a módszerek, léteznek hatékonyabbak?
18. Hogyan szokták mindennapjaik során hangulatukat elrontani, félelmet, reménytelenséget ébresztetni?
19. Mit tudnak spontán és mit nem másoktól kérni? Miről kell így sorozatosan lemondani?
20. Hol, mikor, kikkel és milyen módon tudnak egy nehéz nap után legjobban kikapcsolódni? Élnek-e ezekkel a lehetőségekkel? (Hézszer, G.1996.144.)

A munkafeladatokból adódó megterhelés csökkentésének lehetőségei

Az ápolóképzés az elmúlt évtizedben sokat fejlődött, az ápolási szolgáltatás minősége tehát a képzés oldaláról biztosított. Ezzel szemben megfigyelhető a létszámhiány, aminek az oka a következő lehet:

1. Pályaelhagyás, melynek oka a frusztráció

Az a fiatal, aki az ápolói pályát választotta, rövid idő alatt szembesül a ténnyel, hogy maximális fizikai, szellemi és pszichés energiájának felhasználásával sem képes annyi fizetést kiérdemelni, ami minimális szükségleteit, egyáltalán munkaerejének fenntartását fedezi. Családalapítás ezen gazdasági tényezők, valamint a munka természete (éjszakai, ünnepnap, gyakran változó szolgálati beosztás) miatt eltolódik vagy szóba sem kerül. Minden erőfeszítése ellenére ritkán élvezheti a jól végzett munka elégedettségét, örömét. A létszámhiány, a tisztázatlan kompetenciák miatt rázúduló feladatok tömegének csak egy részét tudja, nehéz körülmények között- ellátni. Ezen kívül hiányozhat a valódi team munka, az erkölcsi elismerés, fellelhető a még poroszos hierarchia, az ápolást segítő eszközök hiányosságai, valamint az egészségügyi intézmények gazdasági nehézségeiből adódó problémák, melyek döntően az ápolón csapódnak le. Nagyon gyakran nekik panaszodik a beteg és a hozzátartozó, őket kéri számon az orvosok mindazon hiányosságok miatt, amelyektől maguk is szenvednek. Ugyanezek a fizikai és lelki frusztrációt kiváltó tényezők

nemcsak a pályakezdőkre, de a professzióban hosszabb idő óta dolgozókra is hatnak, s a teljes frusztráció bekövetkeztekor pályaelhagyást motiválhatnak. (Mucha, M-né, 1999.6-7.)

2. A létszámutánpótlás nem kielégítő

Az eddigiekből következik, hogy az ápolói pálya "kenyérkereső" foglalkozásként abban az esetben jöhet számításba, ha anyagi támogatást nyújtó szülőkre, vagy jól kereső férjre lehet számítani, ez utóbbi a vizsgált mintára nem jellemző.

LEHETSÉGES MEGOLDÁSI ALTERNATÍVÁK :

- Átfogó, hatékony bérrendezés, melynek következménye lehet a létszámot megtartó, s az azt növelő hatás.
- Iskolázási és munkába állási kedvezmény, nevezetesen ösztöndíj, tandíjköltségek fedezése, illetve az első havi illetménnyel együtt kerülne kifizetésre egy tekintélyesebb összeg.
- Egyéb intézkedések, mint nyugdíjazási kedvezmény, hűségpénz fizetése, az ápolók bevonása a privatizációba, például otthoni szakápolói szolgálatok esetén, meghatározott szolgálati évek letöltése után, akár több hónapra történő fizetett szabadság biztosítása.
- Az egészségügyi intézményen belül a humánpolitikai menedzsment intézkedései az ápolási igazgatóval együtt a következőkre irányulhat:

csereszolgálat megszervezése, összefüggően évente legalább két hetes szabadság biztosítása, a műszakbeosztás rotációja; rendszeres pszichés állapot felmérése az intézetben dolgozó pszichiáter, vagy klinikai szakpszichológus vezetésével, melynek része lehet: a személyes pszichohigiénés állapot elemzése, a kliensekhez való kapcsolatból és a munkafeladatokból adódó megterhelés csökkentés lehetőségeinek ismertetése, mint pl. a munkaszervezés pszichohigiénés szempontjai, a munkaidő-tervezés szinopszisának megbeszélése, az egyéni napi energiacyklus megállapítása; fontos továbbá a munka és túlterhelés megelőzésének lehetőségeit megismertetni, a szociális támasznyújtás közösségi és egyéni szempontjait alkalmazni.

Összességében azt mondhatjuk, hogy a kiégés megelőzésében a környezeti változás serkentőleg hatna az új és a saját munkahelyen való szolgálatra is.

Fontos a gyakoribb és személyes jellegű beszélgetés is, melyen egészen szűk körű csoportban folytatott "esetmegbeszélő-szupervízió" jellegű konzultációkra gondolhatunk. Ezeknek abban van jótékony hatásuk, hogy nyilvánvalóvá lesz, másoknak is vannak gondjaik, nehézségeik, ha azt érzi az ápoló, hogy eredménytelen, az nem feltétlenül az ő alkalmatlansága, hanem bizonyos tendenciák következményei, amelyek másutt is, másnál is, épp úgy jelen vannak, mint az ő esetében.

Kedvező hatású lehet, ha nyitott tud lenni, "a külvilág felé", az ismeretes, hogy az egészségügy -jellegéből adódóan- kissé zárt világ. Fontos, hogy legyenek működő kapcsolatok másokkal is, olyan emberekkel, akik nem "szakmabeliek".

Végül, de ebben a szolgálatban nem meglepő módon működik, sok nehézségen átsegít az élő kapcsolat az Örökkévaló Istennel, hiszen Ő az, aki megerősít naponként, s szeretetet ad az emberek iránt. Erről szóló ígéretét Ézsaiás próféta így hirdette meg: "Ne félj, mert én veled vagyok, ne csüggedj, mert én vagyok Istened! Megerősítlek, meg is segítlek, sőt győzelmes jobbommal támogatlak." (Ézsaiás Könyve, 41,10)

XIV. Köszönetnyilvánítások

Végezetül szeretném megköszönni mindazok munkáját, akik segítettek abban, hogy a dolgozat elkészüljön.

Az inspirációban **Dr. Hézser Gábor, Kenesseyné Szuhányi Mária**, nyújtottak segítséget.

A téma megragadásában, s a vonatkozó irodalom kiválasztásában **Dr. Brezsnýánszky László, Dr. Kopp Mária, Dr. Túry Ferenc** tanácsait köszönöm.

Az adatok matematikai, szociológiai feldolgozása során **Nyírcsák János** adott felbecsülhetetlen értékű segítséget.

A vizsgálat sikeres lebonyolítását a **Debreceni Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Diplomás Ápoló Szakán** vihettem véghez.

A külföldi kérdőívek fordításában **Ft. Kiss Attila és felesége, Ft. Kissné Huszti Andrea, valamint Ft. Dr. Papp Tibor** segített.

Köszönöm azok segítségét is, akiket név szerint nem sorolhattam fel, mert sokan vannak, vagy számomra ismeretlenek.

Természetesen hálás vagyok, azoknak a diplomás ápoló **hallgatóknak, volt tanítványaimnak**, akik a kérdőívek kitöltésével anyagot szolgáltattak a dolgozathoz.

Köszönöm a **Nyíregyházi Főiskola** Gazdaság és Társadalomtudományi Főiskolai Kar Főigazgatójának, **Dr. Láczy Magdolnának**, a Művelődéstudományi és Felnőttképzési Tanszék Vezetőjének, **Dr. Kerülő Juditnak, oktató társaimnak**, önzetlen segítségüket, emberségüket, amely által átsegítettek bizonytalanságaimon.

Végezetül köszönöm közvetlen környezetemnek, **családomnak**, hogy lehetővé tették számomra a nyugodt munkát, elviselték hangulatváltozásaimat, s bátorítottak, amikor arra volt szükségem.

XV. IRODALOMJEGYZÉK

Adler Alfred (1992): Életismeret. Kossuth Kiadó, Budapest;

Adler Alfred (1994): Emberismeret. Gönczöl Kiadó, Győr;

Adler Alfred (1999): Életünk jelentése. Kossuth Kiadó, Budapest;

Andorka Rudolf (1996): Merre tart a magyar társadalom? Antalógia Kiadó, Lakitelek;

Arató Ottó- Kiss György (1991): Az individuálpszichológia és hatása Magyarországon. Tankönyvkiadó, Budapest;

Ádám Szilvia- Gyórfy Zsuzsa- Csoboth Csilla (2006): Kiegész (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest, Hippocrates, december 10.

Ádám Szilvia- Gyórfy Zsuzsa (2003): Orvosnők az anyaságról. In: Esély, 3: 86-92.

Babbie Earl (2001): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata. Balassi Kiadó, Budapest;

Bagdy Emőke (1997): Pszichofitness. Animula Kiadó, Budapest;

Bakacsi Gyula (2004): Szervezeti magatartás és vezetés. Aula, Budapest;

Barkóczy Ilona- Kulcsár Zsuzsanna (1985): Kísérlet a pszichoszomatikus betegségek két csoportjának több szempontú megközelítésére. Akadémiai Kiadó, Budapest;

Bálint Mihály (1990): Az orvos, a betege és a betegség. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest;

Beck Aaron Temkin MD Yale Univ. (2001): A depresszió kognitív viselkedésterápiája. Animula, Budapest;

Biblia (1986): Magyar Bibliatanács megbízásából, a Református Zsinati Iroda Sajtóosztálya, Budapest;

Bitter István (1994): Pszichiátria- Háziorvosi könyvek. Springer Hungarica, Budapest;

Berne Eric (1984): Emberi játszmák. Gondolat, Budapest;

Boda László (1990): A keresztény nagykorúság erkölcs-teológiája. Ecclesia, Budapest;

Böhle Andreas, Baumgartel, M., Götz, M.L., et al (2001).: Burn-out of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: A comparison of hospital and private practice urologists. J.Urol. 165:1158-1161;

Brown Craig (2003).: Low morale and burnout; is the solution to teach a values- based spiritual approach? Compl. Ther. Nurs. Midwif. 9: 57-61;

Buda Béla (1978): Az empátia-a beleélés lélektana. Gondolat, Budapest;

Buda Béla (1994): Mentálhigiéné (Tanulmánygyűjtemény) Animula, Budapest;

Buda Béla, Szilágyi Vilmos (1988): Párválasztás. A partnerkapcsolatok pszichológiája. 2. bővített kiadás, Gondolat, Budapest;

Bodó Sára (2001): A gyász, mint a keresztény ember krízise, és a lelkigondozás lehetőségei. Debrecen, Debreceni Református Kollégium;

Buda Béla- Füredi János (1987): Az öngyilkosság pszichés háttere. Budapest, Medicina;

Buda József (1994): A betegápolás története és szemelvénygyűjtemény... Pécs, Egészségügyi Főiskolai Kar jegyzete;

KIÉGÉS

Budai János Attiláné (2006): Mentálhigiénés problémák a békefenntartói feladatokat ellátó katonai egységek esetében. Nyíregyházi Főiskola, GTFK Szakdolgozat, Nyíregyháza;

Bugán Antal (1994): Érték és viselkedés. Budapest, Akadémiai Kiadó;

Brezsnyánszky László szerk. (2004): Iskola-Alternatívák a huszadik században. Szöveggyűjtemény. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen;

Brezsnyánszky László szerk. (1998): A bátorító nevelés alapjai: segédanyag az individuálpszichológia nevelési elveinek és módszereinek tanulmányozásához. IF Alapítvány, Budapest;

Brezsnyánszky László- Győryné Beregszászi Sára- Szatmáriné Balogh Mária (1993): Életstílus-elemzés. Szöveggyűjtemény. KLTE Kiadó Bizottsága, Debrecen;

B. Kakas Gizella (1994): Az A-típusú viselkedés. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest;

Csabai Márta- Molnár Péter (1999): Egészség, betegség, gyógyítás. Springer Hungarica Kiadó Budapest;

Császár Gyula (1980): Pszichoszomatikus orvoslás. Medicina, Budapest;

Debreceni Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar (1993-2003): Diplomás Ápoló Szak Jubileumi Évkönyve, Nyíregyháza;

Durkheim Émile (1978): A társadalmi tények magyarázatához. Közgazdasági és Jogi Kiadó, Budapest;

Elekes Attila (1999): Pedagógia-Egészségpedagógia. ESZTI Budapest;

Európai Közösség Bizottsága (2006): ZÖLD KÖNYV. A lakosság mentális egészségének javítása. Az Európai Unió mentális egészségügyi stratégiájának kialakítása-2005. Budapest;

KIÉGÉS

Fekete Sándor (1991): Segítő foglalkozások kockázatai. Helfer szindróma és burnout jelenség, In: *Psychiátria Hungarica*, VI.1.17-29. Budapest;

Fodor László- Tomcsányi Teodóra (1990): Segítő kapcsolat, segítő szindróma, segítő identitás. In: *Egymás közt egymásért.* (szerk. Jelenits István és Tomcsányi Teodóra) HÍD 19-44. Szeged- Csanádi Püspökség;

Fojtyik Ildikó- Kiss Kitty- Rózsa Sándor (1999): Fiatal nők szexuális életének egyes dimenziói fogamzásgátlás gyermekvállalás terhességmegszakítás. In: *Végeken*, 10, 3-4, 30-40. Budapest;

Fónai Mihály- Pattyán László(2001): Szociális munkások pályaképeinek néhány eleme. In: *Esély* 6. 89-110.

Fónai Mihály- Kiss János- Fábíán Gergely (2001): A szociális munkás szakos hallgatók pályaképe: a professzió sztenderdjei és a nemzetközi- kulturális változó. In: *Multikulturalizmus és oktatás* (Szerk.: Kiss Gabriella), MTA DAB-DE Szociológia Tanszék, 75-93. Debrecen;

Fóris Nóra- Kopp Mária (2002): A pánik szindróma kognitív viselkedésterápiája. In: *Psychiátria Hungarica*, 12. 30. 387-395. Budapest;

Freudenberger Herbert J. (1975) :The staff burn-out syndrome in alternative institutions. *Psychotherapy Theory, Research and Practice* 12. 73-82;

Freudenberger, Herbert, J.(1974): Staff burnout. *J. Soc. Issues.*30:159-165;

Forgas József (1989): A társas érintkezés pszichológiája. Gondolat Kiadó, Budapest;

Gerevich József (1989): Közösségi mentálhigiéne. Gondolat Kiadó, Budapest;

Gordon Geoffrey H. Oregon Health; Science University, USA(2003): Care not cure: dialogues at the transition. *Patients Educ. Couns.* 50: 95-98;

KIÉGÉS

Gyökössy Endre (1986): Magunkról magunknak. Református Zsinati Iroda Sajtóosztály Budapest;

Gyökössy Endre (1991): Életápolás. Református Zsinati Iroda Sajtóosztály, Budapest;

Gyórfy Zsuzsa- Ádám Szilvia (2004): Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. In: Szociológiai Szemle, 3. 107-127. Budapest;

Gyórfy Zsuzsa- Ádám Szilvia (2003): Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. Lege Artis Medicinae, 13 (2): 159-164. Budapest;

Halász László- Marton L. Magda (1978): Típustanok és személyiségvonások. Gondolat Kiadó, Budapest;

Hárdi István (1982): Lelki élet, lelki bajok. Medicina, Budapest;

Hárdi István (1997): A lélek egészségvédelme. Springer Hungarica, Budapest;

Hézsér Gábor (1996): Miért? Rendszerszemlélet és lelkipásztori gyakorlat, Kálvin Kiadó, Budapest;

Hézsér Gábor (1995a): A pásztori pszichológia gyakorlati kézikönyve, Kálvin Kiadó, Budapest;

Hézsér Gábor (1995b): "Akik megfáradtak"- posztgraduális kurzus, I. Bevezető előadás, Budapest;

Hézsér Gábor (1995c): "Milyen könnyen szenved kárt.." - posztgraduális kurzus, 1995. II. Előadás, Budapest;

Jelenits István- Tomcsányi Teodóra (1988): Tanulmányok a vallás és lélektan határterületeiről. Római Katolikus Szeretetszolgálat, Szeged;

Juhász Ágnes (2003): A stresszről és az egészségről alkotott köznapi felfogás. In: Alkalmazott pszichológia, V.évf. 1. 5-20.

Juhász Ágnes (2001): Munkahelyi mentálhigiéné BME Egyetemi jegyzet, Budapest;

Jung Carl Gustav (1988): Lélektani típusok. Európa, Budapest;

Kapronczay Károly- Szemkeő Endre (1983): A magyar ápolóképzés kezdetei. In: Orvostörténeti Közl. 102-104; 183-198;

Kállai J- Kóczán György- Martin János (1993-94): Énvédő és megküzdő mechanizmusok a pánik tünetekkel szemben. In:Magyar Pszichológiai Szemle, 5-6. 258-264;

Kiss János (1995): Doktori értekezés, " Egy segítő foglalkozás első hazai képviselőinek pályaképe.." Debrecen;

Kiss János (1999): Szociális munkás szakos hallgatók munkaérték-preferenciáinak nemzetközi összehasonlítása, In: Peremvidék. Szociális kutatások Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében- Szerk.: Fónai, M.- Fábián G. DOTE EFK- Népjóléti Képzési Központ, 251-257. Nyíregyháza- Salgótarján;

Klein Sándor (2000): Munkapszichológia. SHL Hungary Kft. Budapest;

Kopp Mária (1999a): A mentálhigiéné megelőzés alapelvei. In: Népegészségügy, 80. 2-4. 21.

Kopp Mária (1999b): A magyar társadalom lelki állapota. In:Magyar Szemle, 1999. 8,9-10, 8-16.

Kopp Mária- Csoboth Csilla- Purebl György (1999): Mit jelent a fiatal nők "egész"sege a mai magyar társadalomban? In:Végeken, 10, 3-4, 2-16;

Kopp Mária- Skrabski Árpád (1995a): Magyar lelkiállapot. A Hét Szabad Művészet Könyvtára, Végeken Kiadó, Zsámbék;

Kopp Mária - Fóris Nóra (1995): A szorongás kognitív viselkedésterápiája. In:Végeken Kiadó, Budapest;

Kopp Mária - Skrabski Árpád (1995b): Alkalmazott magatartástudomány. Corvinus Kiadó, Zsámbék;

Kopp Mária (1994): Orvosi pszichológia. Semmelweis Kiadó, Budapest;

Kopp Mária (1991): A szorongásról. In: Lege Artis Medicinae 1,4,216-225.

Kopp Mária- Skrabski Árpád (1989): Munkaképesség csökkenés, a neurózis és depresszió tüneti képe, alkoholfogyasztás, fokozott gyógyszerfogyasztás, dohányzás, magatartászavarok, öngyilkossági magatartás-népességi rétegek szerint, regionális jellemzők. OTKA tanulmánykötet, I-II. Informatikai és Humán Kockázatokat kezelő Kft. Budapest;

Kopp Mária (2006): A stressz szerepe az egészségromlásban. Miért káros a stressz? Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest, Hippocrates, 2006. december 10.

Kopp Mária- Buda Béla (2001): A magatartástudomány alapkérdései. Medicina, Budapest;

Kozma Tamás- Sike Emőke (2004): Pedagógiai Informatika A neveléstudomány szakirodalmi alapjai. Kossuth Egyetemi Kiadó, Debrecen;

Kulcsár Zsuzsanna (1998): Egészségpszichológia- egyetemi tankönyv. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest;

Lajkó Károly (2005): A stresszcsökkentő viselkedés. Medicina Kiadó, Budapest;

Lajkó Károly (1996): Viselkedésünk és lelki egyensúlyunk. Akadémiai kiadó, Budapest;

Lelki Titkaink Mentálhigiénés Stúdió- A stressz. 2006. 12.10
www.lelkititkaink.hu/stressz.html

KIÉGÉS

Linzer Mark, Visser Mechteld R, Oort FJ, et al (2001) ; Academic Medicae Center University of Amsterdam: Predicting and preventing physician burnout: results from United States and the Netherlands. Am J Med . 111 (2): 170-175;

Magyar Értelmező Kéziszótár (1972): Akadémiai Kiadó, Budapest;

Marcsekné Svéda Tünde (2006): A munkavégzés és az egészség összefüggései. Nyíregyházi Főiskola, GTFK Szakdolgozat, Nyíregyháza;

Maslach Christina (1982): The effects of burnout. In: Burnout: The cost of caring. Prentice-Hall., Englewood Cliffs, NJ. pp. 71-85;

Maslach Christina, Jackson Susan, E (1981a): The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior 2, 99-113;

Maslach Christina, Jackson Susan, E, Leiter MP (1996): Maslach Burnout inventory Manual (3rd Edition ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press;

Maslach Christina, Jackson Susan, E.(1981b): Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA,

Maslach Cristina, Schaufeli, W. (1993): Historical and conceptual development of burnout. In: Schaufeli, W, Maslach, C., Marek, T., Editors, Professional burnout: recent developments in theory and research, Taylor and Francis, Washington DC, pp. 1-16;

Maslach Christina (1976): Burned-out. Human Behav. 5: 16-22;

Margitics Ferenc (2005): A szubklinikus depressziós tünetegyüttes háttértényezőinek vizsgálata főiskolai hallgatóknál. Doktori értekezés tézisei, Nyíregyháza;

Milliken Mary Elisabeth-Campbell G. (1991): Mindennapos betegápolás. Az ápolónői hivatás kézikönyve. OOII , Budapest ;

Molnos Angéla (2000): Lélektani Szakfordító. Debrecen;

Morvai Veronika (2005): A kiégési (burnout) szindróma. www.mkk.org.hu/feu_2.htm;
December 10;

Mucha Márkné (1999): Az ápolói létszámellátottság problémái. In: Recept, 6-7. Budapest;

Nagy Edit (1997): Az individuálpszichológia hatása az ápolásban. In: Ápolásügy, 1.17.
Budapest;

Nagy Edit (2000): Értékek és etika a diplomás ápoló képzésben. In: Magyar Bioetikai Szemle,
1. 15-23. Budapest;

Nagy Edit (2001): Az egészség-betegség megközelítése tudományos és keresztény
szempontból. In: Magyar Bioetikai Szemle, 4. 33-39. Budapest;

Nagy Edit (2003): A diplomás ápolóképzés tantervének fejlesztése: gondolatok egy évforduló
kapcsán. In: Nővér- A Magyar Ápolástudományi Társaság Lapja, 16.4. 19-21. Budapest;

Nagy Edit (2005): A lelki túlterheltség szociálpszichológiai megközelítése. In: Lege Artis
Medicinae- Orvostudományi Továbbképző Folyóirat, 15.2. 160-163. Budapest;

Nagy Edit (2006 lektorált cikk, megjelenés alatt): A Study of the Burnout Syndrome among
Correspondence Course Students of Qualified Nursing. In: “Prablémi”- Ekonomicsnava Ta
Szocialnava Razvitku Regionu i Praktika, Ungvári Állami Egyetem;

Nagy Edit (2006 lektorált cikk, megjelenés alatt): The Socio-Psychological Aspects of
Emotional Overload. In: “Prablémi”- Ekonomicsnava Ta Szocialnava Razvitku Regionu i
Praktika, Ungvári Állami Egyetem;

Nagy Edit (2006 lektorált cikk, megjelenés alatt): The characteristic of burnout or a process.
In: “Naukovij visznik”- Avgusztin Volosin Egyetem;

KIÉGÉS

Nagyné Kovács Marianna (2006): A menedzsertípusú személyiség szerepe és jelentősége a vezetésben. Nyíregyházi Főiskola GTFK Szakdolgozat, Nyíregyháza;

Naidoo Jennie, Wills Jane (1999): Egészség-megőrzés. Gyakorlati alapok. Medicina , Budapest;

Németh Attila (1997): Major depresszió. Roche Tájékoztató. Magyarország Kft. Budapest;

Orosz László (1990): A boldogság útja 1. A Görög Katolikus Hittudományi Főiskola Kiadványa, Nyíregyháza;

Ónody Sarolta (2001): Kiegészi tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. In: Új Pedagógiai Szemle, Május, 81-85. Budapest;

Ozsváth Károly- Kóczán, György (1986): Az öngyilkos magatartás ellentmondásai. Az MPT II. Kongresszusa, Budapest;

Pálfi Ferencné (2002): A kiégés jelenségének vizsgálata ápolók körében. In: Egészségügyi menedzsment, IV. évf. 2.sz. 20-24.p.

Perczel Tamás (1990): Életstratégia, foglalkozási szerep, értékorientáció. Akadémiai Kiadó, Budapest;

Perger Mónika (1994): A párválasztás individuálpszichológiai elemzése. KLTE BTK Szakdolgozat, Debrecen;

Petróczi Erzsébet (és mtsai) 1999: A kiégés jelensége a pedagógusoknál. In: Magyar Pszichológiai Szemle, LIV. 3. 429-441.

Petróczi Erzsébet (2003): Pedagógusok és a munkahelyi stressz I. In: Új Katedra, Szeptember, Budapest;

Pilling János szerk. (2004): Orvosi kommunikáció. Medicina Kiadó RT. Budapest;

Pines Ayola Malach (2000): “Nurses burnout: an existential psychodynamic perspective”
Journal of Psychosocial Nursing. Vol. 38 No.2, pp 1-9

Pikó Bettina-Piczil, M (2000):. “És rajtunk ki segít?” Kvalitatív egészségzociológiai elemzés a nővéri hivatásról: <http://szochalo.hu/esely2000piko01.htm>, és 2005. 04. 14., In: Esély 1:110-120;

Pikó Bettina (2002): Egészségzociológia. Új Mandátum Kiadó, Budapest;

Pikó Bettina (2003): Kultúra, társadalom, lélektan. Akadémiai Kiadó, Budapest;

Purebl György (2003): Szorongás és depresszió. Hippocrates, V.2.

Pszichológiai Lexikon (1995): Magyar Könyvklub, Budapest;

Riemann Fritz (1998): A szorongás alapformái. Háttér Kiadó, Budapest;

Salczerné Hok Mária (1994): Az ETI története (vázlatszerűen) kézirat, Budapest;

Selye János (1976a): Életünk és a stressz. Medicina Kiadó, Budapest;

Selye János (1976b): Stressz distressz nélkül. Akadémiai Kiadó, Budapest;

Séra László (1983): A nevetés és a humor pszichológiája. Akadémiai Kiadó, Budapest;

SH Atlasz Anatómia (1996) Springer Hungarica Budapest;

Simon Lajos- Szegedi Márton (2000): Kommunikáció. Semmelweis Egyetem, Egyetemi jegyzet, Budapest;

Sonneck, G (1982): Orvosok öngyilkossága és kiégettsége. In: Szenvedélybetegségek, 2 (1): 28-31.

KIÉGÉS

Sövényi Ferencné (2000): A magyar ápolásügy helyzete. Ápolók Napja Konferencia, plenáris előadása, Jósa András Megyei Kórház, Nyíregyháza;

Sövényi Ferencné (1996): Florence Nightingale ápolás- teóriájának lényege, Ápolók Napja, plenáris előadás, Nyíregyháza;

Schmidbauer Wolfgang (1983): Helfer als Beruf. Rowohlt, Hamburg;

Schmidbauer Wolfgang (1977): Die hilflosen Helfer. Rowohlt, Hamburg;

Szabó Pál, Túry Ferenc (1988): Professional burnout: egy negligált syndroma. A Magyar Ideg-és Elmeorvosok Társasága Tiszántúli Tagozata Konferenciája, Nyíregyháza;

Szendi Gábor (2005): Depresszióipar. Sík Kiadó, Budapest;

Székely Lajos (1987): Terminológiai vita az egészség fogalmáról. In: Egészségnevelés. 28/1. Budapest;

Szemlédy Ida (2004).: A kiégés jelenségének vizsgálata dializáló ápolók körében: <http://www.medinfo.hu/weblap/nover/2004>, 2005. 05. 16.

Szilágyi Klára (1985): Felsőoktatási intézmények elsőéves hallgatóinak értékválasztása. FPK Tanulmánykötet Budapest;

Szilágyi Klára (1983): Tanulmányaikat befejező egyetemi és főiskolai hallgatók értékválasztásának eredményei. Pályaválasztás 1983/4.

Szilágyi Klára (1985): A Super-féle munkaérték kérdőív. FPK Tanulmánykötet, Budapest;

Szondy Máté (2004): Optimizmus és immunfunkciók. In: Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 5.(4) 301-319.

KIÉGÉS

Szuhányi Mária (1992a): Az Individuálpszichológiai Képzés Jegyzete- kézirat gyanánt, 58. Budapest- Zürich;

Szuhányi Mária (1993): Individuálpszichológiai Képzés Magyarországon, Bevezető előadás, Budapest;

Szuhányi Mária (1992b): A Schoenaker-féle személyiségtípológiai kérdőív- prioritások. Előadás anyaga, MIPE szervezésében, Budapest;

Tomcsányi Teodóra- Jelenits István szerk.(1990): Egymás közt egymásért. HÍD, CSSK, Budapest;

Tóth Olga (1995): Attitűdváltozások a női munkavállalás megítélésében. In: Szociológiai Szemle, 1: 71-86.

Temesváry Beáta és mtsai (1996): Segítő foglalkozásúak továbbképzése. In: Lege Artis Medicinae 6. 752-759.p.

Tringer László: A depresszió kor-kór? www.mindentudasegyetem.hu 2006.12.10.

Új orvosi szótár (1983) Akadémiai Kiadó, Budapest;

Vahey, D.C., Aiken, Linda H., Sloane, D. M., et al (2004): Nurse burnout and patient satisfaction. Medicae Care. 42 : 57 -66;

Valló Ágnes- Nemes János (2000): Menedzserbetegségek B+V Lap és Könyvkiadó Kft. Budapest;

Váriné Szilágyi Ibolya (1989): Érték elsajátítás és személyiségformálás a mindennapi életben. In: Az identitás kettős tükörben Szerk.: Váriné Szilágyi I, Niedermüller P. TIT Budapest;

Váriné Szilágyi Ibolya (1987): Az ember, világ, és az értékek világa. Gondolat Kiadó, Budapest;

Váriné Szilágyi Ibolya (1981): *Fiatal értelmiségiek a pályán*. Akadémiai Kiadó, Budapest;

Weisbach Christian- Rainer (1989): *Macht und Ohnmacht des Helfers*. Suizidprophylaxe 16. S. 117-130;

Weinger Matthew B- Ebden, P (2002).: *Sleep Deprivation and Clinical Performance*. *JAMA*, 287: 955-958;

Whippen, Deborah A.- Canellos George P (1991).: *Burnout Syndrome in the Practice of Oncology: Results of a Random Survey of 1,000 Oncologist*. *Journal of Clinical Oncology*, Oct. 9 (10): 1916-1921.

Zapf Dieter (2002): *Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations*. *Human Resource Manag. Rev.* 12: 237-268;

www.wikipedia.hu /stressz, Selye János; 2006. 12. 10; - szócikk alapján- Wikimedia Foundation, INC.

www.eurofund.ie/publications/EFO121.htm ;2006.12.10. Az Európai Unió Közleménye alapján

www.lelkititkaink.hu/stressz.html ; 2006.12.10; *Lelki Titkaink Mentálhigiénés Stúdió- “A stressz korunk népbetegsége”*- című cikk alapján

<http://agency.osha.eu.int> ; 2006. 12.10. Az Európai Unió Közleménye alapján