

# Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota

A hazai hospice-palliatív ellátásban dolgozók jóllétének  
vizsgálata, különös tekintettel az elégedettségre

Doktori értekezés

**Dr. Pálfiné dr. Kegye Adrienne**

Semmelweis Egyetem  
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető:

Dr. habil. Hegedűs Katalin, PhD, egyetemi docens

Hivatalos bírálók:

Dr. Tiringér István, PhD, egyetemi adjunktus

Dr. Török Szabolcs, PhD, egyetemi docens

Szigorlati bizottság elnöke:

Dr. Tringer László, PhD, CSc, professor emeritus

Szigorlati bizottság tagjai:

Dr. Simon Lajos, PhD, CSc, egyetemi docens

Dr. habil. Barabás Katalin, PhD, egyetemi docens

Budapest  
2020

**TARTALOMJEGYZÉK**

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE.....	6
ÁBRÁK JEGYZÉKE .....	8
TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE.....	9
1. BEVEZETÉS.....	10
1.1. A hospice ellátás fejlődése és jelenlegi helyzete Magyarországon .....	11
1.2. Miért a hospice dolgozók alkotják a kutatás célcsoportját? .....	14
1.3. Szakirodalmi áttekintés .....	19
1.3.1. <i>A szakirodalom-kutatás módszertana</i> .....	19
1.3.1.1. <i>A 2013–2014-es szakirodalom-kutatás módszertana</i> .....	20
1.3.1.2. <i>A 2018–2019-es szakirodalom-kutatás módszertana</i> .....	21
1.3.2. <i>A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotát vizsgáló kutatások kibontakozása (2000–2013)</i> .....	25
1.3.2.1. <i>Stresszfaktorok többdimenziós kutatása</i> .....	25
1.3.2.2. <i>Védőfaktorok kutatása</i> .....	29
1.3.3. <i>A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotát vizsgáló új kutatások (2014–2019)</i> .....	32
1.3.3.1. <i>Együttérzés</i> .....	34
1.3.3.2. <i>„A gondoskodás ára”</i> .....	37
1.3.3.3. <i>„Az ápolásért kapott elismerés elfogadásának képessége”</i> ....	39
1.3.3.4. <i>Koherenciaérzés</i> .....	43
2. CÉLKITŰZÉSEK .....	47
2.1. A hospice ellátásban dolgozók testi és lelkiállapotának felmérése .....	47
2.2. A Szakmai Élet Minőségét Mérő Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése, pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálata.....	48
2.3. Pozitív erőforrásaink: a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram kidolgozása és a tapasztalatok kvalitatív, fókuszcsoporthoz elemzése .....	49
3. MÓDSZEREK .....	51
3.1. A hospice ellátásban dolgozók testi és lelkiállapotának felmérése .....	51
3.1.1. <i>A minta- és kérdőívfelvétel körülményei</i> .....	51

3.1.2. A „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek életminőségének felmérése” kérdőív .....	51
3.1.2.1. Szociodemográfiai adatok .....	52
3.1.2.2. Kérdőívek és becslőskálák .....	52
3.1.2.3. További, a súlyos betegekkel foglalkozók testi és lelkiállapotának feltérképezésére irányuló kérdések, becslőskálák.....	52
3.1.2.4. Speciálisan a hospice munkára vonatkozó kérdések .....	53
3.1.3. Adatelemzési eljárások .....	55
3.1.4. Etikai engedély .....	56
3.2. A Szakmai Élet Minőségét Mérő Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése, pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálata .....	57
3.2.1. Az eredeti ProQOL mérőeszköz bemutatása .....	57
3.2.2. A Szakmai Élet Minőségét Mérő Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése .....	59
3.2.3. A minta- és kérdőívfelvétel körülményei .....	60
3.2.4. A „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek szakmai életminőségének felmérése” kérdőív .....	60
3.2.5. A statisztikai adatfeldolgozás lépései .....	60
3.3. Pozitív erőforrásaink: a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram kidolgozása és a tapasztalatok kvalitatív, fókuszcsoporthoz elemzése .....	61
3.3.1. A tréningprogram kidolgozása .....	62
3.3.2. A fókuszcsoporthoz bemutatása .....	65
3.3.3. A mintafelvétel körülményei .....	68
3.3.4. A résztvevők bemutatása .....	68
3.3.5. A tartalomelemzés módszerének leírása .....	68
4. EREDMÉNYEK .....	71
4.1. A hospice dolgozók testi és lelkiállapotának felmérése .....	71
4.1.1. Szociodemográfiai adatok .....	71
4.1.2. Testi egészségi állapot .....	73
4.1.3. A lelki egészség aspektusai .....	76
4.1.4. A hospice-ban dolgozó nők jóllétét befolyásoló tényezők: útelemzés .....	77

4.2. A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése, pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálata .....	81
4.2.1. Szociodemográfiai adatok .....	81
4.2.2. A kérdőív pszichometriai mutatóinak ismertetése .....	82
4.2.3. A külső skálák validitásának vizsgálata .....	83
4.2.4. A magyar hospice-okban dolgozó szakemberek vizsgálati eredményei .....	85
4.3. Pozitív erőforrásaink: koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram kidolgozása és a tapasztalatok kvalitatív, fókuszcsoportos elemzése .....	87
4.3.1. Rövid visszajelzés a koherenciaérzés fejlesztő gyakorlatokról .....	87
4.3.2. A fókuszcsoportok vertikális tartalomelemzése .....	89
4.3.2.1. A hospice munkával kapcsolatos saját érzések .....	90
4.3.2.2. A koherenciaérzéssel összefüggő visszajelzések .....	91
4.3.2.3. A koherenciaérzést fejlesztő tréning hatása .....	94
4.3.3. A fókuszcsoportos interjúk horizontális tartalomelemzése .....	96
5. MEGBESZÉLÉS .....	98
5.1. Szociodemográfiai jellemzők .....	100
5.2. Súlyos betegekkel, hospice-ban dolgozók testi és lelkiállapota .....	102
5.3. A hospice ellátásban dolgozó nők jóllétét befolyásoló tényezők vizsgálata útelemzéssel .....	105
5.4. Az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség vizsgálata a hospice dolgozók körében .....	109
5.5. A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram és a kvalitatív fókuszcsoportos elemzés pozitív hatásai .....	112
5.6. A kutatási folyamat korlátai és erősségei .....	120
6. KÖVETKEZTETÉSEK .....	124
7. ÖSSZEFOGLALÁS .....	126
8. SUMMARY .....	127
9. IRODALOMJEGYZÉK .....	128
10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE .....	143
11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS .....	146

MELLÉKLETEK .....	147
1. melléklet. A 2013–14-es szakirodalom-kutatáshoz felhasznált publikációk.....	147
2. melléklet. A hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek életminőségének felmérése	152
3. melléklet. Professional Quality of Life Scale (ProQOL) Version 5 (2009) .....	170
4. melléklet. A Szakmai Élet Minőségét Mérő Kérdőív (ProQOL5) magyar változata ..	171
5. melléklet. Kérdőív a magyar hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek szakmai életminőségének felméréséhez .....	173
6. melléklet. Képek a koherenciaérzést fejlesztő tréninghez .....	180
7. melléklet. A faktorelemzés alapján kialakított öt új alszála kérdései, valamint reliabilitási mutatói .....	182

**RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE**

AIS	Athens Insomnia Scale	Athéni Inszomnia Skála
BDI	Beck Depression Inventory	Beck Depresszió Kérdőív
BSCI-LM-8	Life Meaning Subscale of the Brief Stress and Coping Inventory	Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmességét Mérő Alskálája
BO	burnout	kiégés
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale	Depresszió Szűrő Kérdőív
CF	compassion fatigue	együttérzésből fakadó kifáradás
CFR	compassion fatigue resilience	az együttérzésből eredő kifáradásnak való ellenállás képessége
CSFT	Compassion Satisfaction and Fatigue Test	Együttérzésből Eredő Elégedettséget és Kifáradást Mérő Teszt
CME	continuing medical education	orvostovábbképzés
CS	compassion satisfaction	együttérzésből fakadó elégedettség
ERI-Q	Overcommitment Subscale of shortened version of Effort-Reward Imbalance Questionnaire	Rövidített Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív Túlállalás Alskálája
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin index	Kaiser–Meyer–Olkin-érték
MFODS	Multidimensional Fear of Death Scale	Multidimenzionális Halálfélelem Skála
MHPE		Magyar Hospice-Palliatív Egyesület
MQ	Maastricht Vital Exhaustion Questionnaire	Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőív
PSS	Perceived Stress Scale	Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív
ProQOL	professional quality of life	szakmai életminőség (a szakmai élet minősége)
ProQOL5	Professional Quality of Life Scale5	a Szakmai Élet Minőségét Mérő Skála
SD	standard deviation	szórás
STS	secondary traumatic stress	másodlagos traumatikus stressz
STSD	secondary traumatic stress disorder	másodlagos traumatizáció
SOC	sense of coherence	koherenciaérzés

TUKEB		Tudományos és Kutatásetikai Bizottság
WHO WBI-5	WHO well-being index-5	a WHO Jólét Kérdőív rövidített (WHO-5) magyar változata
WHO	Word Health Organization	Egészségügyi Világszervezet

**ÁBRÁK JEGYZÉKE**

1. ábra. A hospice szolgáltatók száma az éves hospice-jelentések alapján, 2001–2017.	12
2. ábra. Hospice szolgáltatók Magyarországon, 2017 .....	13
3. ábra. A hospice-ban ellátott betegek száma és a személyzet változása, 2001–2017 ..	16
4. ábra. A 2014 és 2019 közötti szakirodalom szisztematikus kutatásának folyamata...	23
5. ábra. Adatbázisok kontrollvizsgálata .....	24
6. ábra. A hospice, a kiégés és az együttérzésből eredő kifáradás témájában megjelent, áttekintő publikációk, 2000–2019 .....	25
7. ábra. Az együttérzésből eredő kifáradás általános modellje.....	33
8. ábra. Az egészségügyi dolgozók együttérzési modellje [85].....	36
9. ábra. A válaszadók életkor szerint megoszlása (n = 195).....	71
10. ábra. Meddig szeretnék a megkérdezettek a hospice-ban dolgozni.....	77
11. ábra. Az előrejelző, a közvetítő és a kimeneti változók közötti összefüggéseket leíró teljesen szaturált modell .....	79
12. ábra. A végső, trimmelt modell útegyütthatói.....	79
13. ábra. A hospice munka negatívumaihoz és pozitívumaihoz kiválasztott képek .....	88



**TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE**

1. táblázat. A hospice-ban dolgozók személyi és munkaköri adatai a korábbi kutatások, az aktuális kutatás és az utolsó, ezen információkat elemző adatszolgáltatás évében ...	15
2. táblázat. A kutatásban felhasznált kérdőívek és becslőskálák .....	53
3. táblázat. A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram tematikája .....	63
4. táblázat. Az elemzett kategóriák és kódok összefoglalása .....	70
5. táblázat. A minta szociodemográfiai jellemzői .....	72
6. táblázat. Az elmúlt egy hónapban észlelt testi panaszok .....	74
7. táblázat. Az elmúlt egy évben kezelt betegségek és előfordult balesetek .....	75
8. táblázat. Az alkalmazott skálák leíró adatai és az átlagok összevetése a hazai adatokkal .....	76
9. táblázat. A változók közötti korrelációs együtthatók .....	78
10. táblázat. A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skála (ProQOL5) alskáláinak alapstatisztikái .....	82
11. táblázat. A faktorelemzés alapján kialakított öt új alskála kérdései, valamint reliabilitási mutatói .....	83
12. táblázat. A ProQOL5-alskálák Pearson-féle korrelációs együtthatóinak értékei a további kérdőívek skáláival .....	84
13. táblázat. Pearson-féle korreláció a külső skálákkal .....	85
14. táblázat. A ProQOL5 és a külső kérdőívek leíró statisztikái .....	86
15. táblázat. Az együttérzésből eredő elégedettség, a kiégés és a másodlagos traumatikus stressz előfordulása a mintában .....	87
16. táblázat. A fókuszcsoportos interjúk kódolási eredményei: a hospice munkával kapcsolatos saját érzések .....	92
17. táblázat. A fókuszcsoportos interjúk kódolási eredményei: a koherenciaérzés és a koherenciaérzést fejlesztő tréning hatása .....	93

## 1. BEVEZETÉS

A hospice ellátás a súlyos betegségük végstádiumában levő, elsősorban daganatos betegek humánus, összetett ellátását jelenti multidiszciplináris szakmai csoport segítségével. A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint 2017-ben 32 844-en haltak meg daganatos betegség következtében

([https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wnh001.html](https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wnh001.html)). A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) adatai szerint ugyanebben az évben a hetvenkét adatszolgáltató szervezet munkatársai 9091 beteget láttak el intézményekben és a betegek otthonában [1]. Az otthoni hospice-palliatív szakellátás jelentősége évről évre növekszik. Magyarországi felmérések adatai alapján a betegek közel 67%-a szeretne az otthonában, családja körében meghalni, ezzel szemben erre a betegek mindössze 30%-ának van lehetősége [2].

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 20. paragrafusának (3) bekezdése a betegség végső időszakát a következőképpen határozza meg: „a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet, és gyógyíthatatlan”. Időtartamát tekintve a hospice ellátás a halál beállta előtti hat-tizenkét hónapot öleli fel. Célja a betegek életminőségének javítása, a testi és lelki szenvedéseik, tüneteik enyhítése, fizikai és szellemi aktivitásuk támogatása, valamint a hozzátartozók segítése a betegség és a gyász terheinek viselésében. Mindezek megvalósulását az alap- és szakápoláson túl a szakorvosi ellátás – mint a tervezett gyógyszerelés, fájdalomcsillapítás –, a gyógytorna, a fizioterápia, a szociális, diétás és mentálhigiénés gondozás, valamint a tanácsadás biztosítja.

A komplex, vagyis a testi, lelki, szociális és spirituális támaszt az orvosokból, ápolókból, gyógytornászokból, pszichológusokból/mentálhigiénikusokból, szociális munkásokból, lelkészekből, dietetikusokból és képzett önkéntes segítőkől álló multidiszciplináris csoport nyújtja. Szervezetileg megvalósulhat a beteg otthonában, szakellátás formájában, valamint fekvőbeteg-ellátó intézményben: szervezetileg önálló hospice otthonban, egy kórház részét képező palliatív osztályon, kiképzett mobil csoport által általános osztályokon és ambuláns keretek között.

A WHO-nak a palliatív ellátásra vonatkozó, 2002-es definíciója és 2014-es állásfoglalása kibővítette a súlyos, életet veszélyeztető betegségben szenvedők

ellátásának fogalmát: a hospice filozófiát, a régebben elsősorban önkéntességen alapuló, karitatív tevékenységet már az egészségügyi rendszer integráns részeként írta le. A betegség korai stádiumától – 2014 óta már a diagnózis felállításától vagy röviddel az után kezdődően – alkalmazható az életet meghosszabbító terápiákkal (például kemoterápia vagy radioterápia) együtt, és magában foglalja azokat a vizsgálatokat is, amelyek szükségesek a kínzó klinikai komplikációk jobb megértéséhez, megelőzéséhez és kezeléséhez. A palliatív gondozás az életre és a halálra normális folyamatként tekint, célja a fájdalom és más kínzó tünetek csillapítása. Kiemelten kezeli a megfelelő életminőség elérését és fenntartását az egészségi állapot romlásának időben történő felismerésével és kezelésével, az igények holisztikus értékelésével, valamint a személyközpontú gondozási és életvégi tervezéssel [3, 4]. A beteg és családja kezelését ebben az ellátási formában is a multidiszciplináris csoport biztosítja integrált pszichoszociális és spirituális ellátás révén. A betegség súlyosbodásával és a gyógyulást célzó kezelések kimerülésével nő a palliatív ellátás aránya, és az élet utolsó hónapjaiban válik szükségessé a hospice ellátás. Folyamatos a törekvés a rákbetegek mellett más súlyos krónikus – például kardiopulmonáris vagy neurológiai – betegségekben szenvedők bevonására a hospice-palliatív szemléletű ellátásba. A palliatív ellátás fogalma tehát tágabb a hospice fogalmánál, ugyanakkor magában foglalja a hospice filozófiát és szellemiséget, illetve az ahhoz kapcsolódó szervezeti formákat, valamint időben is kiterjeszti az ellátást [5, 6].

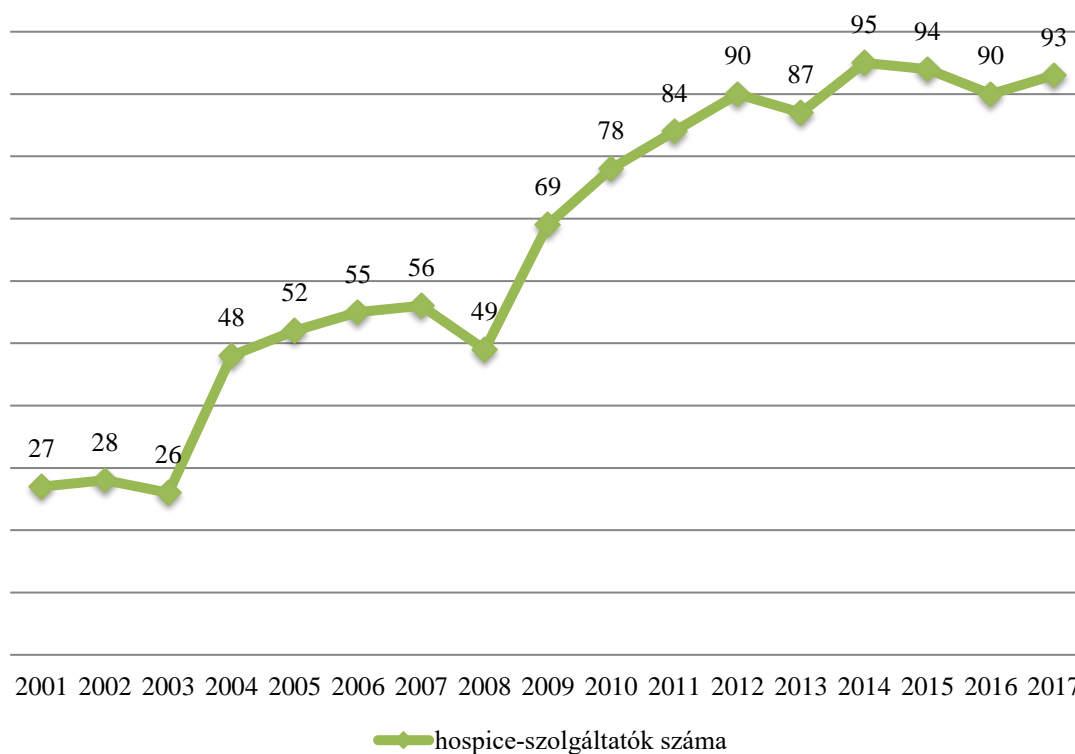
### **1.1. A hospice ellátás fejlődése és jelenlegi helyzete Magyarországon**

Magyarországon 1991 óta elérhető a hospice-palliatív ellátás, de a társadalombiztosítás csak 2005 óta finanszírozza. Az elmúlt közel harminc évben egyre szélesebb körűvé váló hospice gondozás a család által biztosított és a családtagok számára meghittebb, ugyanakkor különösen a közvetlen gondozó számára hatalmas testi-lelki megterhelést jelentő otthoni és a kórházi, medikalizált, személytelenebb ellátási formák között képez hidat.

Az elmúlt évtizedekben a hospice-palliatív ellátás az európai országokhoz hasonlóan hazánkban is jelentős fejlődésen ment keresztül, amit jól tükröznek az 1995-ben megalakult Magyar Hospice-Palliatív Egyesület 2001 és 2018 közötti évi hospice-jelentései. Az egyesület közel száz hazai hospice szolgálat érdekképviselőjét látja el. Célja a szakmai és civil-szemléletformálás, együttműködés, a betegekkel és családjaikkal

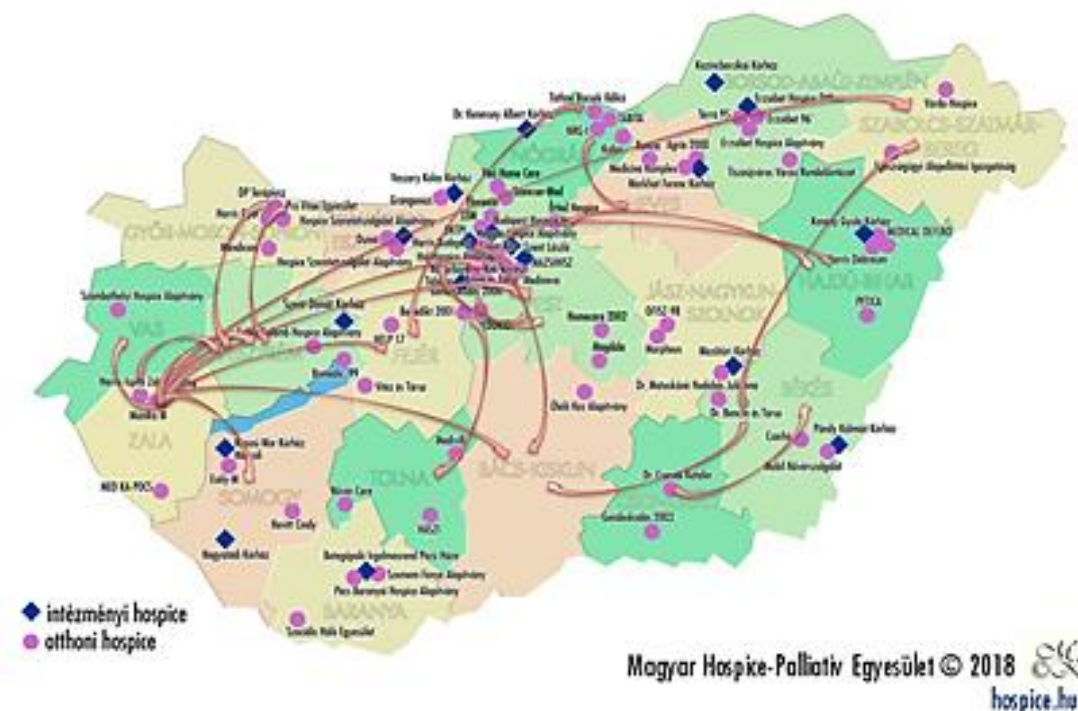
való szolidaritás, valamint az önkéntesség előmozdítása tudományos ismeretterjesztéssel, oktatással, konferenciák szervezésével, a nemzetközi kapcsolatok erősítésével. 4. táblázat Továbbá az ellátás minőségének fejlesztése, irányelvek kidolgozása, a szakmapolitikai döntésekben való részvétel [1, 7]. Az alapítás évében kidolgozott statisztikai kérdőív évről évre lehetővé teszi a tagszervezetek helyzetének és tevékenységének felmérését, szervezési és finanszírozási nehézségeik feltérképezését. A szolgáltatott adatokat az éves jelentések foglalják össze. Az így összegyűlt adatbázis pontos információkkal szolgál az aktuális éves helyzetről a civilek, a média és a szakmai döntéshozók számára, illetve hazai és nemzetközi összehasonlítási, elemzési lehetőséget biztosít [8].

A 2001 és 2017 közötti éves jelentések adatai alapján a hospice szolgálatok száma évről évre növekedett (1. ábra).



**1. ábra. A hospice szolgáltatók száma az éves hospice-jelentések alapján, 2001–2017**

Megállapítható, hogy az egész országra kiterjedő hálózat jött létre. A 2. ábra a 2017-es országos lefedettséget mutatja:



2. ábra. Hospice szolgáltatók Magyarországon, 2017

Magyarország nemcsak a hospice szervezetek számában, hanem működésének – a munkatársaik aktivitása, országos szövetség, nemzeti adatbázis és irányelv, szakmai akkreditáció és publikációs aktivitás – vizsgálata alapján is sokat lépett előre európai viszonylatban [9]. 2002-ben kidolgozásra került a nemzeti adatbázis és irányelv, 2012-ben Pécsen megalakult a Hospice-Palliatív Tanszék. A hospice-palliatív oktatás a nővérek és orvosok graduális és szakképzése után 2013-tól kötelezően bekerült a rezidensek posztgraduális képzésébe is. Fontos eredmény még, hogy 2014 óta egyre nő a licencvizsgát tett palliatív ellátást nyújtó orvosok száma, valamint hogy 2016-ban megkezdte munkáját a szakmai kollégium palliatívtagozata.

Azonban a hospice-ban dolgozók munkáját számos tényező nehezíti. A betegek hospice-palliatív ellátáshoz való hozzáférése korlátozott: az infrastrukturális, finanszírozási és humán erőforrás-hiány miatt a szolgáltatók kapacitása nem nőtt, a fekvőbetegek részére nyújtott hospice szolgáltatások száma a lakossághoz mérten elégtelen és egyenlőtlen eloszlású [8, 10]. A Magyar Hospice-Palliatív Egyesület és a hazai hospice csoportok szakembereinek az elmúlt közel tíz évben megjelent közleményei is jól mutatják, hogy a szervezeti fejlődés, a graduális és posztgraduális

szakmai oktatási programok, valamint a figyelemfelkeltő kampányok ellenére a betegek és az orvosok továbbra sem rendelkeznek megfelelő információval a hospice-palliatív ellátás előnyeiről és elérhetőségeiről. Delaróza 2017-es tanulmánya szerint a 46–55 év közötti lakosságnak szignifikánsan több ismerete van a témáról, azonban még így is inkább hiányosak a lakosság ismeretei [11]. Az alacsony szakmai és társadalmi elfogadottság, valamint a ma is élő tévhitek – például az, hogy a terminális stádium az élet utolsó néhány napja – is hozzájárulnak ahhoz, hogy a betegek gyakran megkésve jutnak az ellátáshoz [2, 5, 8, 12, 13].

Mindezen nehézségek ellenére a hospice-palliatív ellátásban dolgozók magas szintű szakmai felkészültséggel és lelkiismeretesen látják el nehéz munkájukat.

## **1.2. Miért a hospice dolgozók alkotják a kutatás célcsoportját?**

A hospice munka a világ minden táján egyike a mind fizikálisan, mind lelkileg legmegterhelőbb hivatásoknak [14]. Az emberi szenvedésnek, halálnak, haldoklásnak, a másik ember traumájának való mindennapi, rendszeres kitettség befolyásolhatja a hospice csoportokban dolgozók szakmai életminőségét [15–18].

Az éves hospice-jelentések alapján 2001-ben az ellátott hospice-betegek száma Magyarországon 1669 fő volt, valamint 412 fő egészségügyi személyzet és önkéntes végzett aktív hospice tevékenységet. 2013-ban már hetvenhat szervezet adatszolgáltatása alapján legalább 7862 volt az ellátott hospice-betegek száma, és 1564 fő dolgozott hospice-okban. A 2017-es hospice-jelentés alapján hetvenkét adatszolgáltató adatai szerint az 1561 fős hospice személyzet 9091 hospice-beteget látott el. A 2018-as jelentés csak az ellátott betegek számára tér ki (10391 fő), az egészségügyi személyzet adatait – az előző évektől eltérően – nem elemzi. A hospice-ban dolgozók részletes személyi és munkaköri adatait a korábbi kutatások, az aktuális kutatás és az utolsó, ezen információkat elemző adatszolgáltatás évében az 1. táblázat mutatja be [1].

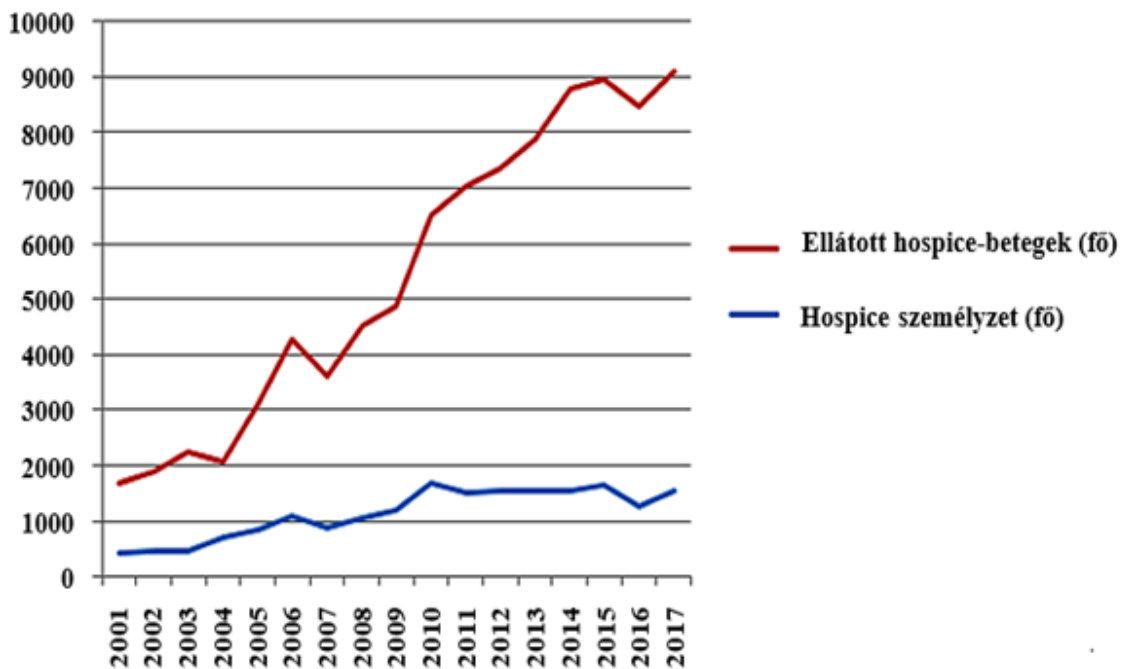
2013-ban – a kutatás megkezdésekor – Hegedűs és munkatársai a hazai hospice helyzetének elemzésekor azt találták, hogy míg a hospice szolgálatok és az ellátott betegek száma folyamatosan emelkedik, az orvosok, ápolók és a többi szakember száma nem emelkedik ezzel arányosan, hanem a korábbi éves felmérésekkel összehasonlítva inkább csökken [1, 12].

**1. táblázat. A hospice-ban dolgozók személyi és munkaköri adatai a korábbi kutatások, az aktuális kutatás és az utolsó, ezen információkat elemző adatszolgáltatás évében**

Év		2004	2006	2013	2017
<b>Adatszolgáltató szervezet száma</b>		<b>48</b>	<b>52</b>	<b>76</b>	<b>72</b>
<b>Munkakör / fő</b>	Orvos	59	104	145	128
	Nővér	324	524	743	752
	Gyógytornász	58	79	169	144
	Pszichológus	35	57	88	82
	Önkéntes	108	140	153	244
	Lelkész	24	40	36	19
	Szociális munkás	25	41	65	49
	Dietetikus	23	40	68	46
	Adminisztrátor/koordinátor	34	44	84	97
	Foglalkozásterapeuta	7	11	4	
	Gyászolókat segítő munkatárs	12	9	9	
	Bach-virágterapeuta	1	4		
	<b>Összesen (fő):</b>		<b>710</b>	<b>1093</b>	<b>1564</b>

2013-ban – a kutatás megkezdésekor – Hegedűs és munkatársai a hazai hospice helyzetének elemzésekor azt találták, hogy míg a hospice szolgálatok és az ellátott betegek száma folyamatosan emelkedik, az orvosok, ápolók és a többi szakember száma nem emelkedik ezzel arányosan, hanem a korábbi éves felmérésekkel összehasonlítva

inkább csökken [1, 12]. 2014 és 2017 között is stagnálást lehetett megfigyelni. A 3. ábra a hospice-ban ellátott betegek számának és a személyzet létszámának változásait mutatja 2001 és 2017 között. A dolgozók létszámának hullámzása, csökkenése hozzájárulhat ahhoz, hogy testi és lelki megterhelésük fokozódik, ami hamarabb vezethet fizikális, pszichés és szociális tünetek kialakulásához, ez pedig, sajnos, növelheti a dolgozók elvándorlását, fluktuációját, ami a létszám csökkenésén keresztül visszahat a megterhelésre.



**3. ábra. A hospice-ban ellátott betegek száma és a személyzet változása, 2001–2017**

A 2013-as kutatás szempontjából a fenti adatok két aspektusból is fontosak:

- Egyrészt a korábbi kutatásokban a hospice-ban dolgozók létszáma még alacsony volt, így a vizsgált egészségügyi csoportoknak csak egy részét alkották a hospice-ban dolgozók, míg 2013-ban már több mint ezeröttszáz fő dolgozott a hospice-okban.
- A kiválasztás másik fontos tényezője, hogy a multidiszciplináris csoportok tagjai sokféle szakma képviselői (orvosok, nővérek, gyógytornászok, mentálhigiénés szakemberek, lelkészek, szociális munkások, dietetikusok és egyéb szakemberek,



valamint önkéntesek), ugyanakkor nagy létszámú, a fizikai, mentális és lelki megterhelés szempontjából homogén mintának tekinthetők (1. táblázat).

Kutatócsoportunk minden tagja aktívan dolgozott az intézményi és otthonápolási hospice-palliatív gyakorlatban a pszichoszociális támogatás területén, illetve hárman a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület vezetőségében is. Ennek következtében érdeklődésünk középpontjában a hazánk egész területére kiterjedő hospice hálózat egészségügyi személyzete állt. Izgalmas kutatási lehetőségnek gondoltuk a multidiszciplináris csoportok vizsgálatát és a különböző szakmacsoportok összehasonlításának lehetőségét is. Oktatási tevékenységünk, a mindennapi tapasztalataink és a korábbi kutatások alapján ismertük a haldokló betegek ellátásának nehézségeit, a nővérek és orvosok munkahelyi túlhajszoitását, a munkahelyi stressz magas szintjét, a fizikai megbetegedés, a lelki túlterhelődés és a kiegészítés veszélyét, az állandó veszteségeknek való kitettséget. A súlyos betegek ellátásában az ellátás sikerének szükségszerűen más fokmérői vannak, mint az aktív osztályokon folyó gyógyító tevékenységnek. A beteg közérzetének javítása, a fájdalomcsillapítás, a lelki béke támogatása, a fizikai állapot folyamatos romlásának elfogadására való felkészítés, a sikeres felkészülés a búcsúzásra – mint az e területre érvényesnek tekinthető speciális fokmérők – sikerként értelmezése még az e területen dolgozók körében is kihívás [19]. A képzéseken azt is tapasztaltuk, hogy sokan azért jönnek el, mert elhivatottnak érzik magukat, hogy ezen a területen dolgozzanak. Az új dolgozók nagy lelkesedéssel kezdik munkájukat, a már régebben foglalkoztatottak pedig arról számolnak be, hogy a szolgálatokon belül a munkatársi és felettesi támogatás általában jó. Mégis, a szolgálatoknál nagy a munkatársi elvándorlás, gyakran néhány hónap után a kiképzett munkatársak elmennek, időnként munkaerőhiány keletkezik, amely vagy a többiek terhelését növeli, vagy hiány jelentkezik a betegellátásban.

A fentiek alapján aktív hospice dolgozóként (a kutatás megkezdésekor pszichoterapeutaként dolgoztam otthoni hospice ellátásban), valamint oktatóként, a szakirodalom és a szakmai gyakorlat tapasztalatai alapján felmerült bennem az az igény, hogy szükség lenne célzottan az egész országot lefedő hospice hálózat multidiszciplináris csoportjaiban dolgozó szakemberek testi és lelkiállapotának felmérésére. Céлом az volt, hogy mélyebben megérthessük a hospice munka negatív és pozitív aspektusait, eredményesebben segíthessünk a testi-lelki kifáradás megelőzésében, valamint

megoldási módokat keressünk a hospice-ban dolgozók elégedettségének és jóllétének megőrzése, növelése érdekében.

**Az értekezésem első felében:**

- ismertetem a kutatás szakirodalmi háttérét, aminek legfőbb hozadéka az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség, valamint a szakmai élet minőségét felmérő kérdőív megismerése volt;
- bemutatom a 2013-ban elindított, a hospice-okban dolgozó egészségügyi személyzet testi és lelkiállapotát, munkájából eredő túlterheltségét vizsgáló kutatást;
- elemzem az adatok további összefüggéseit és a strukturális egyenletek modelljének (SEM), ezen belül útelemzés alkalmazásával feltárom azokat a prediktív faktorokat, amelyek hozzájárulnak a dolgozók lelki egészségének és jóllétének megőrzéséhez. Ebből a vizsgálatból kiemelkedő fontosságú volt a koherenciaérzés (sense of coherence, SOC) egyértelmű, direkt és indirekt összefüggése a jólléttel.

**Értekezésem második felében:**

- ismertetem a Szakmai Élet Minőségét Mérő Kérdőív (Professional Quality of Life Scale, ProQOL5) magyar nyelvű változatának validálási folyamatát, pszichometriai tulajdonságait és faktorszerkezetét;
- vizsgálom a kérdőív magyar adaptációjával a hazai hospice dolgozók együttérzésből eredő elégedettségét és kifáradását. A kérdőív rendszeres alkalmazása lehetővé teszi a szakmai életminőség folyamatos monitorozását egyéni és/vagy intézményi szinten is. A vizsgálatok eredményei hozzájárulnak a kelet-közép-európai hospice munkatársak helyzetének eddig kevésbé kutatott témájához is.

**Értekezésem befejezéseként:**

- bemutatom kutatásunk másik, a gyakorlatban előremutató hozadékát: az általunk kidolgozott, a koherenciaérzés fejlesztését célzó tréningprogramot. A koherenciaérzés fejleszthető, protektív tényező, amelyre a jóllét megőrzését elősegítő tréningprogram építhető. Itt részletezem a tréningprogram és a fókuszcsoportos kutatás kidolgozásának folyamatát, kivitelezését és a két hospice csoport közreműködésével lezajlott program eredményeit.

## **Kitekintés**

A kutatás távolabbi célja az eddigi oktatási és munkahelyi támogatási rendszerek továbbfejlesztése, valamint a megfelelő támogatási programok kialakítása. Ehhez hatékony segítséget adhat a multidiszciplináris csoportok tagjainak vizsgálata:

- a speciális megterhelések feltérképezése,
- a szakterületek közötti hasonlóságok és különbségek felderítése,
- a homogén szakmacsoportok, az egészségügy más területein tevékenykedők és a nemzetközi kutatások adatainak összevetése.

### **1.3. Szakirodalmi áttekintés**

A 2013–2019 közötti időszakban átfogó szakirodalom-kutatást végeztem el két lépcsőben: 2013–2014-ben és 2018–2019-ben. Az együttes cél az alapos kutatómunka volt, amely lehetővé tette a témával kapcsolatban fellelhető tanulmányok összegyűjtését és tudományos igényű szintézisét. A köztes időszakban az aktuális publikációk témájára összpontosítva kerestem az adatbázisokban, és aktualizáltam a szakirodalmat.

#### ***1.3.1. A szakirodalom-kutatás módszertana***

A nemzetközi szakirodalom kutatása során az egyik legérdekesebb tapasztalat a kulcsszavak „fejlődése” volt. A kezdetben talált, alacsony számú publikáció kiemelt szavai segítettek a hatékony keresést. A „professional burnout” és a „hospice care” mint keresőkifejezések a következő módon alakultak a keresés során: a „hospice care” a „hospice workers”, majd a „hospice caregivers” kifejezésre való változtatását igényelte. A „burnout” szó helyett inkább a „somatic and mental morbidity” kifejezés hozott találatokat. A kulcsszavak további alakítása során a „support\* hospice staff” bizonyult eredményesnek. Ez a folyamat azért is elgondolkodtató, mert a feldolgozott szakirodalmak összesen negyvenöt kulcsszavát megvizsgálva azt találtuk, hogy a szerzők által leggyakrabban (legalább kétszer) megadott szavak a „burnout”, „nurses”, „end-of-life care”, „hospice”, „palliative care” és „stress” voltak.

A 2018–2019-es kutatáskor már a korábban hatékonynak bizonyult kulcsszavakkal dolgoztam: „hospice workers”, „hospice staff”, „hospice professionals” és „palliative care team”, illetve „well-being”, „professional quality of life”, „compassion fatigue”, „compassion satisfaction” és „sense of coherence”. Tanulságos, hogy az adatbázisok

használatokor a munkám során használt szakszavakat kulcsszóként használva a keresések eredményei mennyire esetlegesek, változóak voltak. Kreatív kombinálásuk és az összetett keresések, keresztvizsgálatok vezettek több találathoz és sikeresebb kereséshez. Az adatbázisok kulcsszójegyzékének használatakor pedig gyakori, hogy a téma szempontjából jelentős kifejezések nem vagy csak más összefüggésben, tágabb értelemben találhatóak meg: „hospice workers” helyett „medical staff” vagy „compassion satisfaction” helyett „job satisfaction”. Elmondhatjuk, hogy a kulcsszavaim az egész kutatási folyamat során formálódtak, csiszolódtak, ami egyre hatékonyabbá és pontosabbá tette az adatbázisokban való keresést.

A szakirodalom-kutatás másik tanulsága, hogy a témában megjelenő, meghatározó közlemények irodalomjegyzékének áttekintése is része a teljes körű irodalomkutatásnak, valamint hatékonyan hozzájárul a kérdéskörrel foglalkozó kutatócsoportok publikációinak folyamatos nyomon követése is.

### ***1.3.1.1. A 2013–2014-es szakirodalom-kutatás módszertana***

A kutatás megkezdésekor áttekintettem az elmúlt húsz évben (1995–2014) megjelent, elsősorban a hospice és palliatív ellátásban dolgozók testi és lelkiállapotát vizsgáló, magyar és angol nyelvű közleményeket. Kizáró kritérium volt a disszertáció, absztrakt vagy előadás. Előnyben részesítettem a kutatási eredményeket közlő vagy korábbi kutatások eredményeit összefoglaló publikációkat. Az irodalomkutatás alapját magyar és nemzetközi adatbázisok – a Magyar Orvosi Bibliográfia, a MATARKA, a PubMed, a Scopus és az Ovid MEDLINE – képezték.

A magyar nyelvű szakirodalom kutatását elsősorban a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében 2000 és 2012 között végzett, a témát felölelő kutatási folyamat publikációira alapoztam. E publikációk ismeretében a magyar és nemzetközi adatbázisokban a következő kulcsszavakkal kerestem: „hospice”, „dolgozók”, „egészség”, „palliatív”, „magyar” és „kiégés”. Sajnos a magyar adatbázisokban való keresés eredménye jóval esetlegesebb volt, mint a nemzetközi adatbázisokban. Ebben az időszakban a témám szempontjából fontos, lektorált folyóiratok – a *Lege Artis Medicinae*, a *Kharón Thanatológiai Szemle* és a *Nővér* – cikkei nem szerepeltek a Magyar Orvosi Bibliográfia és a MATARKA adatbázisokban, míg mások, mint például az Akadémiai Kiadó által kiadott folyóiratoké – *Orvosi Hetilap*, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* –

igen. Ezért nagy szerepe volt az egyéni kereső-kutató munkának, amely szintén esetleges kimenetelű, de mindenesetre eredményesebbnek bizonyult, mint a magyar adatbázisokon alapuló keresés. A célzott keresés eredménye összesen huszonöt magyar nyelvű publikáció volt [20]. A megfelelő irodalmak felkutatásában a nemzetközi adatbázisokon túl a European Association for Palliative Care szervezeten keresztül találtunk rá kanadai, ausztrál és angol munkacsoportokra.

Összesen negyven nemzetközi tanulmányt találtam. Ezek közül kiszelektáltam a gyermekellátással, a kiégés megelőzésével vagy kezelésével foglalkozó, a hospice ellátás során alkalmazott kommunikációs technikákat elemző, illetve a különböző pszichoszociális tüneteket leíró, magyarázó publikációkat. Végül tizenhat tanulmányt vontam be a részletes elemzésbe [20]. A publikációk minél részletesebb bemutatása érdekében táblázatba rendeztem a legfontosabb információkat (1. melléklet). A 2013-as szakirodalom-kutatásnál nem készítettem el a szisztematikus irodalomkutatás folyamatát bemutató ábrát, mivel ezek használata 2013-ban még nem volt olyan elterjedt, mint az utóbbi években. A rekonstrukciós kísérlet pedig az adatbázisok változása miatt nem ugyanazt az eredményt adta.

#### ***1.3.1.2. A 2018–2019-es szakirodalom-kutatás módszertana***

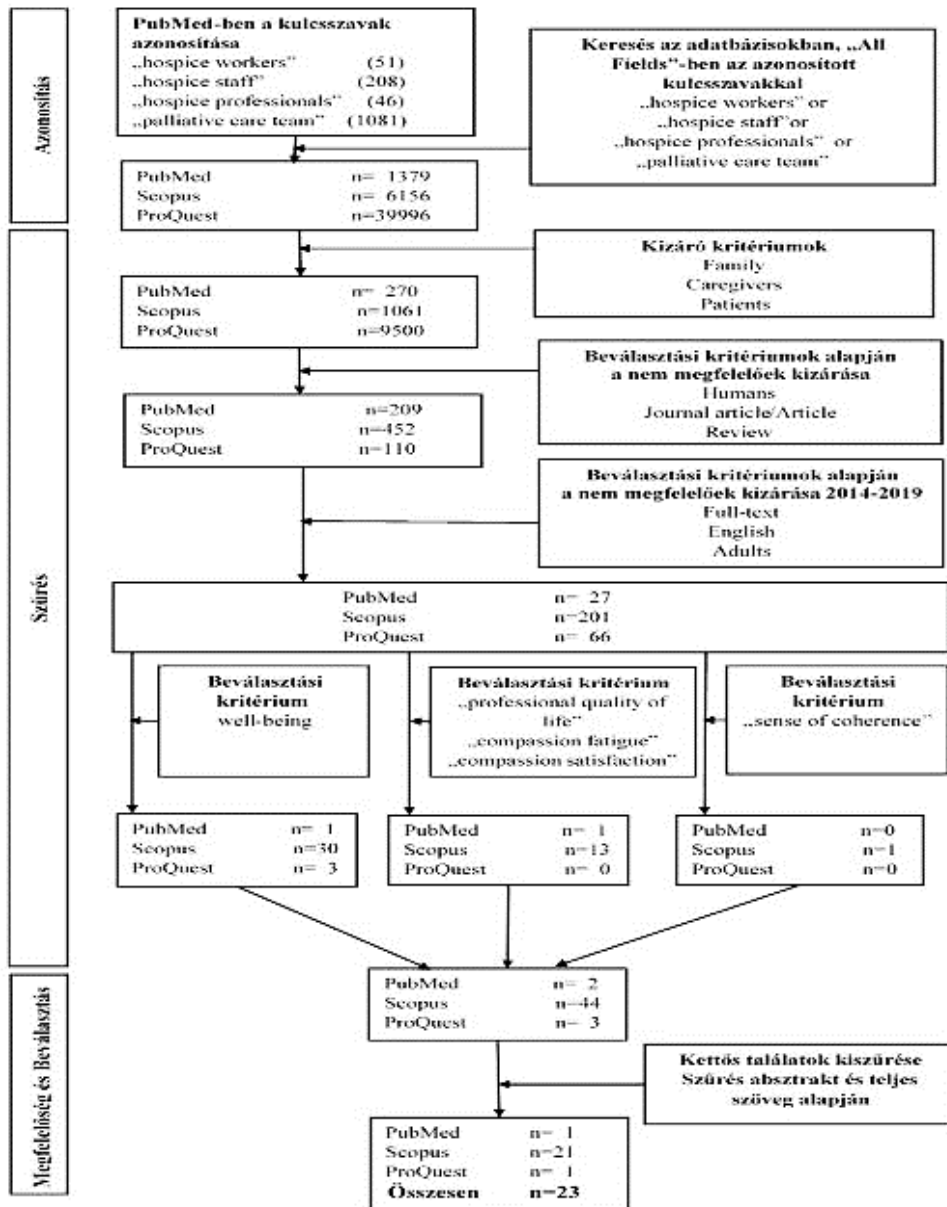
A 2018–2019-es áttekintés célja a hospice dolgozók testi és lelkiállapotának vizsgálata során fókuszba került témák – a jóllét, a szakmai életminőség, az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség, valamint a koherenciaérzés – magyar és nemzetközi szakirodalmának lehető legrészletesebb vizsgálata volt, amely a magyar és nemzetközi adatbázisokon – Magyar Orvosi Bibliográfia, MATARKA, PubMed, Scopus és ProQuest – alapult. A hospice-ban dolgozók vagy a palliatívcsoporthoz álltak a keresés középpontjában. A beválasztási kritériumok a magyar vagy angol nyelvű, teljes szöveggel elérhető, felnőttellátásról szóló, szisztematikus irodalmi áttekintésekre és az eredeti publikációkra irányultak.

A 2018–2019-es magyar adatbázisokban való keresésnél a korábbiakhoz hasonló nehézségekkel találkoztam. A Magyar Orvosi Bibliográfia és a MATARKA adatbázisokban szereplő folyóiratok bővültek, azonban a keresést megnehezítette, hogy nem lehetett a kulcsszavakkal összetett keresést végezni. Így itt is jelentős szerepe volt a hospice-ban dolgozó kollégák publikációinak, a Kharón folyóirat ismeretének és

követésének, valamint a nemzetközi adatbázisoknak. A MATARKA adatbázisban elvégzett, a „hospice” kulcsszóval való keresés eredménye összesen százhat találat volt. A 2000 és 2013 közötti időszakban hetvenkilenc, a 2014 és 2019 közöttiben pedig huszonnyolc. Ezek közül a szakirodalom ismeretére támaszkodó szűrés során a folyóiratok és a publikációk típusát és a saját témát figyelembe véve ötvenhat, illetve tizenkét publikációt zártam ki. A bevásztott harminckilenc cikkből az absztraktok és a teljes cikkek áttekintése után tizenhárom cikket használtam fel a disszertációban.

A nemzetközi szakirodalmi kutatás folyamatát a 4. és 5. ábra mutatja. A szisztematikus irodalomkutatás azonosítási szakaszában a PubMed adatbázisban kikerestem a hospice dolgozókat és csoportokat magukba foglaló, leggyakrabban használt kulcsszavakat: a „hospice workers”, „hospice staff”, „hospice professionals” és „palliative care team”. Ezekkel végeztem el az első keresést a PubMed, a Scopus és a ProQuest adatbázisokban. A kapott találatok magukba foglalták a betegekről, családtagokról és gondozókról szóló publikációkat, ezért további szűrésre volt szükség, a kizáró kritériumok a „patients”, „family” és „caregivers” voltak. További két lépésben a 2014 és 2019 között megjelent angol nyelvű, eredeti és áttekintő, teljes szövegű, felnőttekről szóló publikációk szűrését végeztem el a bevásztási kritériumoknak nem megfelelőek kizárásával. A következő lépés az elmúlt években leggyakrabban találatokat eredményezett kulcsszavakkal a három nagy vizsgálati témánknak – jóllét, szakmai életminőség és koherenciaérzés – megfelelő bevásztás volt. Az eddigi találatok közül külön keresésekkel beazonosítottam a „well-being”, majd a „professional quality of life”, „compassion fatigue” és „compassion satisfaction”, végül a „sense of coherence” kulcsszavakra megjelenő találatokat. E folyamat eredménye a PubMedben kettő, a Scopusban negyvennégy, a ProQuestben három találat volt. Utolsó lépésként kirosztáltam az azonos eredményeket, illetve a megfelelés és bevásztás szakaszában az absztrakt és a teljes szöveg elolvasását követően kiválasztottam a publikációhoz releváns közleményeket.

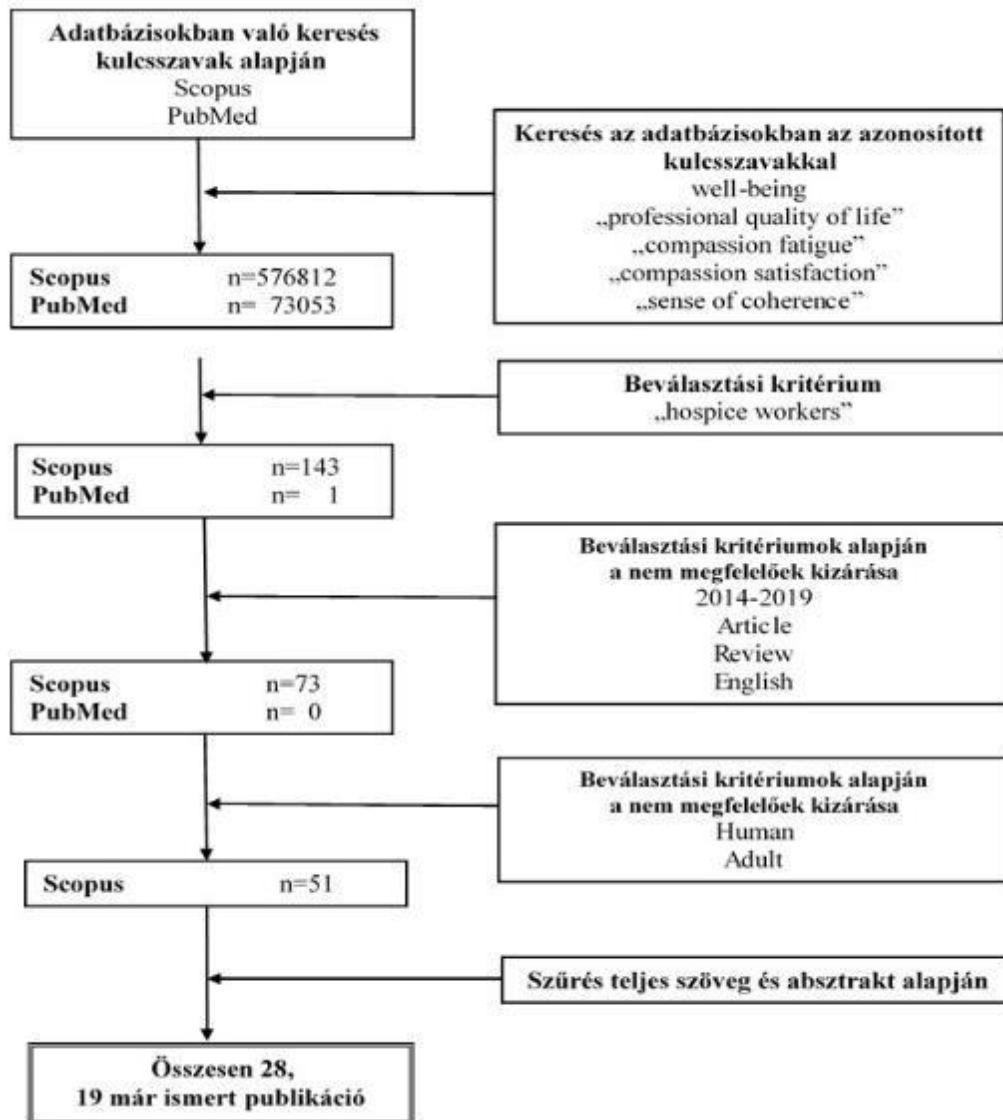
Így a vizsgált adatbázisokban a 2014 és 2019 között publikált, angol nyelvű, teljes szövegű publikációk között összesen huszonhárom, a hospice dolgozók jóllétével, szakmai életminőségével és a koherenciaérzéssel foglalkozó cikket azonosítottam (lásd 4. ábra).



4. ábra. A 2014 és 2019 közötti szakirodalom szisztematikus kutatásának folyamata

Az alacsony találati arány miatt a kidolgozott kulcsszavakkal elvégeztem egy kontrollvizsgálatot. A kutatást csak a két, a témáinkban legpontosabb találatokat adó Scopus és PubMed adatbázisokkal végeztem el. Itt az azonosításhoz használtam a „well-being” vagy „professional quality of life” vagy „compassion fatigue” vagy „compassion satisfaction” vagy „sense of coherence” kulcsszavakat, majd a találatokat tovább rostáltam a „hospice workers” kulcsszóval. Az időintervallum, nyelv, publikációs forma és életkor szerinti beválasztási szűrés után a Scopus adatbázisban öt, a PubMedben nulla találat volt. Az 5. számú ábrán látható, hogy az absztraktok és a teljes szöveg átnézése

után huszonhárom kizárásra került, a maradék huszonnyolc közül pedig tizenkilenc már ismert publikáció volt.

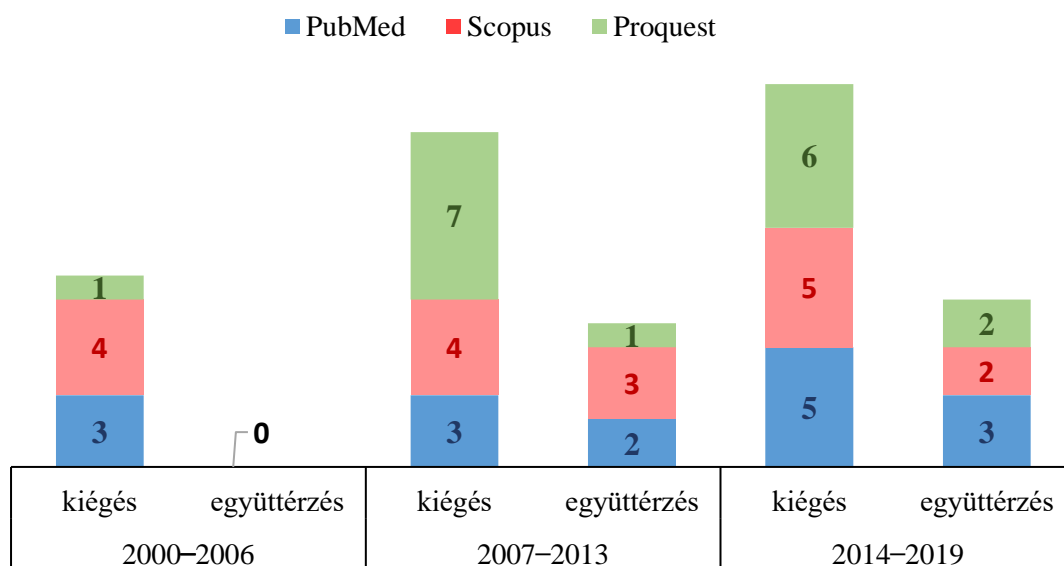


### 5. ábra. Adatbázisok kontrollvizsgálata

A szakirodalom-kutatás során azt tapasztaltam, hogy a szakmai étellel, együttérzésből eredő kifáradással és elégedettséggel kapcsolatos publikációk egyre gyakoribbak. Ennek igazolására a Pubmed, Scopus és ProQuest adatbázisokban összehasonlítottuk a „hospice”, „burnout” és „review” szavakra, valamint a „hospice”, „compassion fatigue” és „review” kifejezésekre fellelhető publikációk számát a 2000–2013 és a 2014–2019 időszakokban. Azt találtuk, hogy a kiégés témája folyamatosan kutatott terület, míg az együttérzésből eredő kifáradással foglalkozó publikációk 2008



után – Pubmed 2008, 2011; Scopus 2011, 2012, 2013; és ProQuest 2011 – váltak gyakoribbá (6. ábra).



**6. ábra. A hospice, a kiegészítés és az együttérzésből eredő kifáradás témájában megjelent, áttekintő publikációk, 2000–2019**

### *1.3.2. A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotát vizsgáló kutatások kibontakozása (2000–2013)<sup>1</sup>*

#### *1.3.2.1. Stresszfaktorok többdimenziós kutatása*

A nemzetközi szakirodalomban, mint ahogy azt a szisztematikus áttekintés eredményei is mutatják, kevés a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók – különösen a kelet-közép-európai hospice-palliatív kezelést nyújtó ellátók – testi és lelkiállapotával foglalkozó, a magyar vizsgálatokhoz hasonló, átfogó kutatást bemutató

<sup>1</sup>A 2013 előtti szakirodalom összefoglalásának korábbi változata 2015-ben jelent meg: Kegye A., Zana Á., Révay E., Hegedűs K. (2015): A súlyos betegek ellátásának igazi ára – az együttérzésből fakadó fáradtság vagy elégedettség. *Lege Artis Medicinae*. 129–136.

közlemény [21–23]. A hospice-ban dolgozók állapotának komplex elemzése pedig különösen ritka [15, 24, 25]. A 2000 előtti szakirodalom fókuszában az egészségügy különböző területein dolgozók testi és lelkiállapotának, kiégésének és munkahelyi stressz-szintjének vizsgálata állt. A vizsgálatokba bevont szakterületek között helyet kapott az onkológia és a hospice is. Már az 1980–1990-es évek nemzetközi kutatásai rámutattak, hogy az orvosok és a nővérek munkájuk egyik legjelentősebb stresszforrásának a haldoklók ellátását tartják. Megterhelő számukra a rossz hírek közlése, a betegek érzelmi labilitása, a düh kezelése, a kezelés visszautasítása és a gyászolókkal való kommunikáció [23, 26]. A súlyos, előrehaladott állapotú betegekkel és családtagjaikkal foglalkozók az ellátottak emelkedő száma, a szenvedés, nehéz érzések, gyakoribb veszteségek miatt fokozottabb fizikai és lelki terhelésnek vannak kitéve. Az ezeken a szakterületeken dolgozók ezt hivatásuk velejárójának tekintik. Számukra a kedvezőtlen pszichológiai légkörű munkahely, a fokozódó munkaterhelés, a merev munkaszervezés és a növekvő bürokrácia a krónikus stressz rizikófaktorai [21, 27].

A súlyos betegeket ellátó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotával foglalkozó magyar kutatások a hospice mozgalommal és ellátással párhuzamosan bontakoztak ki. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében Hegedűs Katalinnak és munkatársainak vizsgálatai összekapcsolódtak a magyar felnőtt lakosság életminőségére, testi és lelkiállapotára, pszichoszociális rizikófaktoraira irányuló, országos reprezentatív egészségfelmérésekkel, a 2002-es és 2006-os Hungarostudy vizsgálatokkal [28–31]. Céljuk a hazai állapotfelmérésen túl – az eredményeik ismeretében – a hathatósabb segítségnyújtás és a megelőzés megvalósítása volt.

Magyarországon az első, ezzel a témával foglalkozó tanulmány a haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéjét vizsgálta az ezredfordulón, áttekintve a kiégés veszélyét és a pszichés terhek mérséklésének lehetőségeit is. Az adatok a terület szomorú elhanyagoltságát igazolták. Azt találták, hogy az egészségügyi szakképzés és a felsőoktatás során a haldoklókkal való foglalkozásra és a halállal való szembesülésre nem készítik fel megfelelően az egészségügyi szakembereket [32]. A következő, 2004-es vizsgálatukban a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi – onkológiai, mozgásszervi rehabilitációs, pszichiátriai, belgyógyászati, nőgyógyászati osztályokon és hospice-okban – dolgozók testi és lelkiállapotának adatait hasonlították össze a Hungarostudy 2002 kérdőívéből véletlenszerűen kiválasztott nem egészségügyi dolgozók és az egészségügy

más területein dolgozók adataival [28]. A kétszáz kitöltött kérdőív adatainak feldolgozása során a súlyos betegekkel foglalkozók körében rosszabb testi- és lelkiállapot-mutatókat találtak, mint a kontrollcsoportokban. Családi állapotuk rendezetlenebb volt, és nehéz helyzetekben sem számíthattak eléggé környezetük, családjuk, barátaik vagy szomszédjaik segítségére. Jellemző volt az „önkizsákmányolás”: két vagy több munkahelyen dolgoztak, rossz volt az anyagi megbecsülésük, ami következményesen megnehezítette a pihenést, rekreációt, így tovább súlyosbította az olyan tüneteiket, mint a kimerültség, a fájdalom és a feszültség. A pszichoszomatikus megbetegedések is magasabb arányban fordultak elő esetükben, mint a kontrollcsoportokban. Az ápolók esetében az orvosokhoz és egyéb diplomás dolgozókhöz viszonyítva sokkal rosszabb eredményeket találtak. A foglalkozási csoportok összehasonlításakor a nemzetközi szakirodalomban is a nővérek esetében találták a munkahelyi stressz mértékét kiemelkedően magasnak [33–35].

Ezt az eredményt a nagy pszichés megterheléssel, az alacsony társas támogatással és a munka magas szintű bizonytalanságával hozták összefüggésbe [36, 37]. További súlyosbító tényezők a munkahelyi szerepkonfliktusok, a túlterheltség, a nagy felelősséggel, ám korlátozott döntési szabadsággal járó munka [38]. Siegrist szerint amennyiben a nagy erőfeszítés kevés jutalommal jár együtt, az magas szintű munkahelyi stresszt eredményez [39]. Kaarna (2004) negatív korrelációt írt le a munkahelyi elégedettség és a munkahelyi stressz között [40].

Hegedűs és munkatársai (2004) a mozgásszervi rehabilitációs és pszichiátriai osztályok személyzete körében feltűnően kedvezőtlen adatokat találtak [28]. A depresszió előfordulási aránya magas volt a pszichiátrián, a hospice-ban és az onkológián dolgozók között. Ennek hátterében a szerzők kiemelték a növekvő stresszt, illetve az igazi védőtényezők – a család és a munkahely védő szerepének – hiányát. Ezt tükrözték az abortuszok nagy számával, a házastársi stresszrel, a szociális hálóval kapcsolatos kedvezőtlen eredmények.

A nemzetközi eredményekhez hasonlóan a hazai vizsgálatok is azt mutatták, hogy a kedvezőtlen pszichológiai légkörű kórház vagy osztály és az egyre nagyobb munkaterhelés fokozottabb veszélyeztetettséget jelent [28, 32, 41].

A kutatócsoport egy 2006-os összehasonlító vizsgálatában a Hungarostudy 2006 vizsgálatban szereplő 172 egészségügyi dolgozó aktuális egészségi állapotáról,

életminőségéről adott áttekintést, összehasonlítva nem egészségügyi dolgozók adataival, illetve bizonyos kérdésekben a 2002-es adatokkal is (161 fő a Hungarostudy 2002-ben is szerepelt). Az általános mutatók mellett kitért a jóllétre, az életeseményekre, a társas támogatottságra és az elégedettségre is. Az eredmények azt igazolták, hogy a nem egészségügyi dolgozókhoz viszonyítva továbbra is rosszabb a testi és lelkiállapot, a családi helyzet, valamint nem valósul meg a család támogató funkciója sem. A kutatás pozitív eredménye volt, hogy a WHO Jóllét Kérdőívének adatai alapján jelentős javulást talált a létbiztonságban és az egészségügyi dolgozók egészségi állapotának megítélésében [42].

A 2010 körüli szakirodalomban a jelentős stresszforrások közül a korábbi évekkel és a magyar tanulmányokkal összevetésben a gyenge kommunikációt, az érzelmi támogatás hiányát, a képzési és információs szükségletet, a halállal és haldoklással történő megbirkózást és az eszköztelenséget, illetve még az alacsony megbecsültséget, a kudarcérzést és a betegek túl késői hospice ellátásba kerülését emelték ki [25, 43].

A további magyar kutatások az egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapotát és társas támogatottságát vizsgálták részben az ápolók és nem ápolói munkát végző egészségügyi dolgozók körében, részben hospice- versus idős betegeket ellátó ápolók körében. Azt találták, hogy az ápolók esetében a munkahelyi stressz értéke a külföldi kutatásokhoz hasonlóan magasabb, társas támogatottságuk pedig alacsonyabb, mint a nem ápolói munkakörben foglalkoztatottaké. Ugyanakkor a hospice-ban dolgozó ápolók társas – elsősorban munkahelyi – támogatottsága magasabb, esetükben a munkahelyi stressz értéke pedig alacsonyabb [44, 45].

A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotának felmérésekor jelentős kérdés a halállal, haldoklással kapcsolatos attitűdök vizsgálata is, amely elsősorban a nők és a fiatal korosztály veszélyeztetettségét igazolta [46, 47]. Kolosai Nedda és Bognár Tamás a hospice-ban és az egészségügy más területein dolgozók halálattitűdje különbségeinek vizsgálatakor azt találta, hogy a hospice munkatársak haláltól való félelme kisebb, halálkultúrájuk átgondoltabb, a spirituális halálviszony és a holisztikusabb szemlélet a jellemzőbb esetükben. Fontosabb volt számukra, hogy haláluk békés, előre látható legyen, és inkább elfogadták, hogy egyszer majd meg fognak halni, mint más egészségügyi szakemberek [48]. Az egészségügy különböző területeit összehasonlító nemzetközi vizsgálatok szintén alátámasztják, hogy

a hospice-palliatív ellátásban dolgozók kevésbé kiégettek, mint az onkológiában vagy az egészségügy más területein dolgozók [22, 23, 49, 50].

Ennek háttérében a hospice osztályokon preferált és szabályozott interdiszciplináris csapatmunka áll. Nagyobb szerepet kap az orvosi szakértelem (fájdalomcsillapítás, tüneti kezelés), a pszichés és szociális ellátás. Jelentős hangsúlyt fektetnek a munkahelyi társas támogatásra és a szervezett képzésekre, továbbá általánosnak tekinthető a munkatársak „lelki gondozása” esetmegbeszélés, Bálint-csoport és szupervízió formájában [31, 44]. Más tanulmányok kiemelték az öngyilkossági késztetéseket, az alkohol- és droghasználat, a szorongás és a depresszió növekedését az életvégi ellátásban dolgozók körében [51–53].

Kovács Mariann és munkatársai az egészségügyi dolgozók magas érzelmi kimerültségére irányították a figyelmet. Ebben lényeges különbséget találtak az ápolók és az orvosok/pszichológusok között. Az ápolók kiegészít az érzelmi disszonancia befolyásolta, míg az orvosokét, az, hogy a betegekkel semlegesek is kell lenniük, illetve a negatív érzéseiket is szükséges kifejezniük. A két csoport társas támogatottsága hasonló megítélésű volt, elsősorban a család támogatására számíthattak. A korábbi felmérésekkel szemben itt jobb társas támogatottság igazolódott [30, 54–56].

Az érzelmi disszonancia az életminőség és az étellel való elégedettség közvetlen és közvetett befolyásoló tényezője: a betegek ellátása során a megélt nehéz érzések kifejezését egészségügyi dolgozóként a beteg és családtagjai felé gátolja, és más érzelmet, hangulatot tükröz, vagyis a dolgozó szubjektív érzelmi élménye és az általa kifejezett érzelem nem egyezik. Az érzelmi disszonancia és a pszichoszomatikus panaszok, az irritáltság között pozitív kapcsolat igazolódott [57–59].

Kovács és munkatársai az onkológián és a hospice-ban dolgozók, valamint az egészségügy más területein tevékenykedők összehasonlításakor azt találták, hogy a vizsgált onkológiai dolgozók esetében gyakrabban fordult elő érzelmi disszonancia, megküzdésükben kevésbé alkalmaztak humort [56].

### ***1.3.2.2. Védőfaktorok kutatása***

A munkahelyi stresszt csökkentő tényezőként Hemingway és Smith a pozitív munkahelyi légkört [60], míg Helgeson a társas támogatást emelte ki [61]. A munkatársak társas támogatása jelentősen csökkenti a szorongást és a kiegészi szindróma kialakulását

is [62]. Lobb és munkatársai 2010-es tanulmányukban hangsúlyozták, hogy a páciens elvesztésével való megküzdést legjobban az segítette a válaszadók (n = 59) 85%-a szerint, ha egymást meghallgatták akár formális, akár informális módon. Ezt tekintették a munkahelytől kapható támogatás legmegfelelőbb formájának. Ugyanakkor a megkérdezettek többsége úgy érezte, hogy nem rendelkezik a másik meghallgatásához szükséges készségekkel, és ez összefüggött a kiegészítő vizsgálata kapcsán a személyes hatékonyság dimenziójával [63].

Pereira és munkatársai áttekintő tanulmányukban a kiegészítésben potenciálisan szerepet játszó kockázati és védőfaktorokat vizsgálták. Védőfaktoroként a hatékony kommunikációt, a páciensekkel és a családdal való időtöltést, a munkacsoportszintű prevenciós stratégiákat, a halállal, haldoklással való megbirkózást, a személyes és szakmai elégedettség érzését és annak tudatosítását jelölték meg, hogy a haldoklókról való gondoskodás munkájuk alapvető jellegzetessége [59].

A 2000-es évek elején a hatékony megküzdésre irányuló vizsgálatok kitértek az olyan személyes adottságokra, mint a nyitottság és a rugalmasság, a humor használatára, az egészséges munka-magánélet egyensúly fenntartására és a jó szociális kapcsolatokra [14, 64, 65]. A személyes stratégiák közül a kutatók kiemelték a megfelelő mennyiségű alvás, helyes táplálkozás, rendszeres sport, masszázs, humor és különböző technikák, például a meditáció, relaxáció vagy önreflexió szerepét [16]. Még nagyobb hangsúly került az intézményi – munkatársi és felettesi – támogatás vizsgálatára [16, 23–25, 43], illetve az önsegítő csoportok jelentőségére [23].

Az intézményi stratégiák között szerepelt a megfelelő hosszúságú szabadság, a személyes tudatosság és a közösségi rituálék fejlesztése. Kihangsúlyozták a szakmai vezetőktől kapott támogatást és az érzelmekkel való megbirkózás lehetőségének biztosítását, elsősorban csoportos szupervízió/esetmegbeszélés formájában [16].

Számos vizsgálat alátámasztotta, hogy az oktatás és a képzések pozitív hatással vannak a szakemberek súlyos betegekkel, valamint azok hozzátartozóival kapcsolatos attitűdjére. Eredményesebben ismerték fel, és hatékonyabban, empátikusabban kezelték a betegek pszichés reakcióit, valamint jelentősen javult a kommunikációs készségük és a veszteségekkel való szembesülésük [66–70]. Barnard és munkatársai (1999) alapján az alábbi témaköröket érdemes az oktatás fókuszába állítani: sajátos pszichológiai, szociológiai, kulturális és spirituális kérdések; a kommunikációs készségek fejlesztése; a

leggyakoribb tünetek megelőzése, felismerése és kezelése; etikai kérdések; önismeret és önreflexió [71, 72]. Delvaux és Razavi 1997-es tanulmánya alapján a képzések hatása akkor tartós, ha a módszereket kombinálják, és a képzéseket megismétlik. Egy négy éven keresztül, évente ismételt vizsgálatban azt találták, hogy a képzések attitűdökre gyakorolt pozitív hatása tartós, és a képzésben nem részesült kontrollcsoporthoz képest az orvosegyetemi képzés teljes hossza alatt szignifikáns mértékben fennmaradt [73]. A kutatások azt támasztották alá, hogy a hathatósabb segítségnyújtás és megelőzés lehetősége a graduális és posztgraduális képzés [28].

2000-ben Magyarországon az orvosképzés curriculumában a képzés 0,5%-a (összesen harmincnégy óra) jutott a súlyos betegek ellátásával – tüneti kezelések, fájdalomcsillapítás, pszichoszociális ellátás, etika és kommunikáció – kapcsolatos kérdésekre, az ápolók képzésében pedig a képzés 0,7%-a [74, 75]. A szakdolgozók oktatásában 1994-től folyamatosan beépítésre került a negyven órás hospice-alaptanfolyam. A graduális ápolóképzésben bevezették a húsz-negyven órás kötelező képzést az élet végi kérdésekről. 2002-től megindult OKJ-s hospice-szakápolói és hospice-koordinátori képzés. 2004-től a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének szervezésében harmincórás Tanatológia, palliatív terápia című kurzus, majd 2009-ben a Fogorvostudományi Karon Halál, kultúra, orvosi antropológia című kurzus indult, valamint több akkreditált CME (continuing medical education) továbbképzés is folyik a témában. A pécsi és szegedi orvosegyetemeken is szerveznek hasonló kurzusokat az orvostanhallgatók számára. 2013-tól a rezidensek kötelező törzsképzése negyven órában foglalkozik a fenti kérdésekkel. 2014 óta az orvosok palliatív licenc-vizsgát tehetnek, ehhez nyolcvan órás elméleti képzést és tíz hónapos gyakorlatot kell teljesíteniük. 1997 óta jelenik meg a Kharón című folyóirat, amely szintén az élet végi kérdésekkel és gyásszal foglalkozók munkáját, képzését segíti [20]. Hegedűs Katalin, Zana Ágnes és Szabó Gábor a témával foglalkozó tanfolyamok hatásvizsgálatát is elvégezte [42, 76]. Az utánkövetés igazolta a tanfolyamok pozitív hatását a halálfélelem alakulására és a haldokló betegek ellátására. Ugyanakkor rámutattak arra, hogy önmagában a tanfolyam nem elég, fontos a munkahely támogató funkciójának erősítése, a személyzet mentálhigiénéjének ápolása esetmegbeszélő csoportok, Bálint-csoport és szupervízió formájában is, amely lehetőséget ad érzéseik, szorongásaik megbeszélésére, nyíltabb kommunikációjára és saját megküzdési stratégiáik kialakítására.

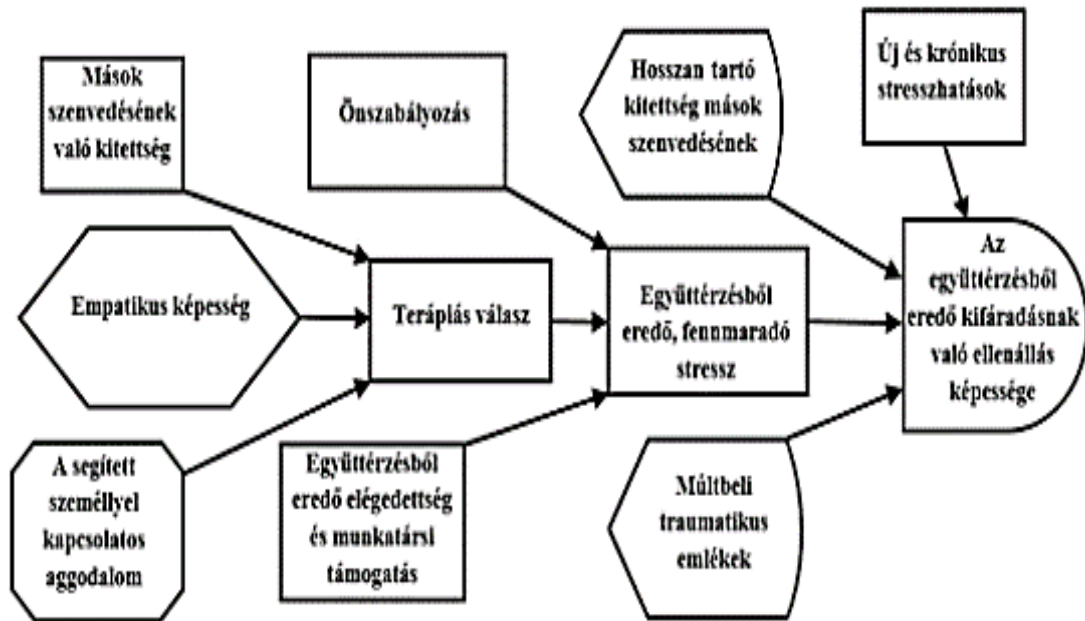
### ***1.3.3. A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotát vizsgáló új kutatások (2014–2019)***

A kezdeti szakirodalmi áttekintés jelentős hozadéka a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók lelkiállapotának sokkal árnyaltabb vizsgálata volt. A 2013–2014-ben elvégzett áttekintő szakirodalom-kutatás hatására a munkacsoport további munkájának és publikációnak fókuszába a szakmai életminőség – az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség –, valamint az első adatok elemzése után kiemelkedő koherenciaérzés kerültek [20].

A korábbi –2010 előtti – tanulmányok (lásd 1.3.2.1. fejezet) fókuszában a kiégés és a munkahelyi stressz, valamint ezek megelőzési lehetőségei álltak. Azonban Ramirez és munkatársai már két korai tanulmányukban is foglalkoztak a munkából eredő elégedettség vizsgálatával. 1995-ös vizsgálatukban a munkából eredő stressz, a pszichiátriai rendellenességek és a kiégés prevalenciájának okait, valamint a munkával kapcsolatos stressz és elégedettség forrásait vizsgálták klinikai onkológusok és palliatív-szakorvosok körében. Azt találták, hogy a palliatív ellátásban dolgozók esetében szignifikánsan alacsonyabb volt az észlelt stressz, és számukra jelentett legnagyobb elégedettséget a betegekkel és a hozzátartozókkal való törődés [21]. 1998-as, a mentális egészség javítási lehetőségeit összefoglaló tanulmányukban a palliatív orvosok a munkával való magas szintű megelégedettségük legfontosabb forrásának a haldokló betegek ápolását, tüneteik csökkentését, életük és a haláluk minőségének javítását, valamint családjuk támogatását tartották. Kiemelték a betegekkel és hozzátartozóikkal való törődésből fakadó elégedettségnek a stressz ellensúlyozásával kapcsolatos jelentőségét. Ezt az egyensúlyt mindaddig képesek fenntartani, ameddig úgy érzik, hogy van elég idő, megfelelő személyzet és szakmai tudás ahhoz, hogy munkájukat jól végezhessék, és más szakemberekkel hatékonyan együttműködve csapatmunkát végezhetnek [77]. Az együttérzésből eredő kifáradás kifejezés az 1990-es évek elején kezdett megjelenni a szakirodalomban. Először Joinson (1992) használta, utalva a kórházi sürgősségi osztályon dolgozó, a kiégéssel küzdő ápolónők tapasztalataira. Figley kezdeti munkája során az együttérzésből eredő kifáradást a gondozó egy olyan érzelmi állapotaként jellemezte, amely egy másik ember traumatikus életeseményeinek megismeréséből ered, és a betegek szenvedése iránti érdeklődésének vagy empátiás képességének csökkenésével jár együtt [78]. Az ápolókat különösen veszélyeztetettnek



találta [79]. Figley 2001-ben, elsősorban traumatikus események áldozataival foglalkozó terapeuták és tanácsadók tapasztalataira alapozva, megalkotta az együttérzésből eredő kifáradás kialakulásának kockázatát jelző együttérzésből eredő stressz/kifáradás modelljét [78–80], amely tíz kulcsfontosságú, közvetlenül vagy közvetetten befolyásoló változó szerepét ismerteti. Az együttérzésből eredő kifáradás általános modelljét a 7. ábra mutatja be [81, 82].



7. ábra. Az együttérzésből eredő kifáradás általános modellje

Az együttérzésből eredő kifáradásnak való ellenállás képessége (compassion fatigue resilience, CFR) annak becslése, hogy egy másodlagos – a segített személy által átélt – traumatikus hatás után visszanyeri-e korábbi egyensúlyi helyzetét. A másodlagos traumatizáló stressz mérhető módon terheli a segítőt. A modell bemutatja a négy közvetlen változó összefüggését a CF-nek való ellenállás képességével:

*Együttérzésből eredő, fennmaradó stressz: a segítőknek a segített személy sorsa miatti stresszreakciója és aggodalma, hogy mindent megtegyenek a szenvedés enyhítéséért*

*Hosszan tartó kitétség mások szenvedésének: a segítettek száma vagy az ellátás napi időtartama szorozva a teljesített hónapok számával; minél nagyobb ez az érték, annál alacsonyabb a CFR*

*A múltbeli traumatikus emlékek hatékony kezelése: a korábbi traumák feldolgozásával kapcsolatosan, önértékelés alapján jelzett elégedettség; minél nagyobb elégedettséggel jár a korábbi traumatikus emlékek kezelése, annál nagyobb a CFR*

*Új és krónikus stresszhatások: olyan újonnan keletkezett vagy krónikus, személyes és/vagy szakmai stresszorok, amelyek új szempontokat eredményeznek a munkavállaló stresszhatásainak kezelésében*

A további változók a terápiás válaszon keresztül és az együttérzésből eredő, fennmaradó stresszen át hatnak a CFR-re:

Az empátikus képesség, a hosszan tartó kitettség mások szenvedésének és a segített személy jólléte miatti aggodalom – amely a legjobb ellátásra motiválja a dolgozót – a terápiás válaszon keresztül hat az együttérzésből eredő, fennmaradó stressz szintjére. Minél nagyobb az empátias válasz, annál magasabb az együttérzésből eredő, fennmaradó stressz, és annál kevésbé tud ellenállni a segítő az együttérzésből eredő kifáradásnak.

A terápiás válasz – a segítő által biztosított hatásos ellátás – pedig az önszabályozással, az együttérzésből eredő elégedettséggel és munkatársi támogatással együtt az együttérzésből eredő, fennmaradó stresszen keresztül befolyásolja az CFR-t. Az önszabályozás azt jelenti, hogy a segítő hatékonyan képes kezelni a stresszt, és elválasztani a munkát a személyes életétől. Minél jobb a terápiás válasz, az önszabályozás, és minél erősebb a munkatársi támogatottság, annál alacsonyabb a megmaradó stressz, és annál erősebb az együttérzésből eredő kifáradásnak való ellenállás képessége [81].

### ***1.3.3.1. Együttérzés***

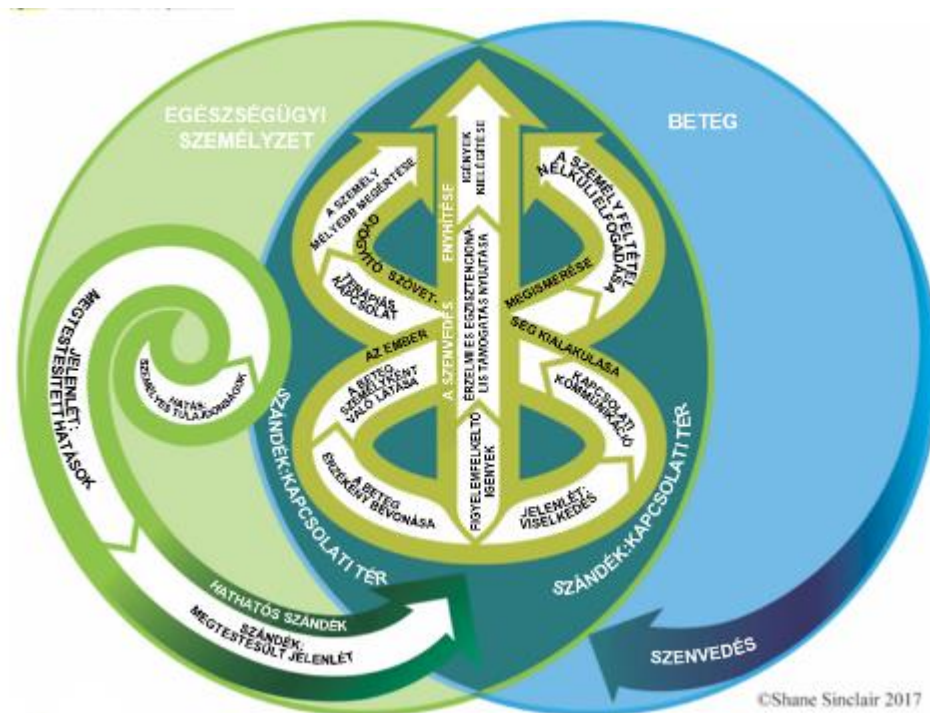
Ahhoz, hogy jobban megértsük az együttérzésből eredő kifáradást és elégedettséget, érdemes megvizsgálnunk az együttérzés fogalmát.

Figley az együttérzést – „mások szenvedésének elviselését” – a traumatizált beteg helyzetébe való teljes belefeledkezésként jellemezte, amely kifáradáshoz (CF) vezethet [83]. Figley megfogalmazásához képest, amely passzivitást sugall, jelentős változás az elmúlt évek kutatásai eredményeképpen kibontakozó modell, amely az együttérzés komplexitását mutatja be, kiemelve a benne rejlő dinamikát: aktív, cselekvésre irányuló természetét és fejleszthetőségét.

Az 1990-es évek tanulmányai és a mindennapi tapasztalatok alapján az együttérzés mind a betegek és családtagjaik, mind az egészségügyi szolgáltatók szerint a minőségi ellátás meghatározója lett. Ma már elismertek az egészségügyre gyakorolt azon pozitív hatásai, mint a minőségi beteggondozás, a jóllét és az általános életminőség javítása. Különösen az előrehaladott betegségben, az élet végi ellátás lelki és spirituális kérdéseiben találták nagy jelentőségűnek. Az együttérzés a szenvedés enyhítőjeként a palliatív ellátás alapvető célja [84, 85]. Miközben az együttérzést az egészségügyi személyzet alapvető és elvárt tulajdonságának tekintik, a fogalma nem egyértelmű, gyakran a betegek, családtagjaik és az egészségügyi dolgozók is másképp értelmezik. Sinclair és munkatársai a szakirodalom széles körű áttekintésével, a palliatív ellátásban részesülő betegekkel, családtagjaikkal és az ellátószeméllyzettel végzett vizsgálatokkal törekedtek az együttérzés bizonyítékokon alapuló definíciójának megfogalmazására, az együttérző gondozás pontos meghatározására és oktatásának fejlesztésére [84–88].

A Sinclair és munkacsoportja által áttekintett tanulmányokban különbséget tesznek az együttérzés, valamint az empátia és a szimpátia között. Az empátia – összevetve a Tudományos és köznyelvi szavak magyar értelmező kéziszótárában olvasható meghatározással [89] – képesség egy másik ember érzelmeinek és reakcióinak intellektuális és érzelmi átérzésére, és ennek a másikkal történő éreztetésére. A szimpátia érzelmi reakció egy másik ember szenvedésére, különösen, ha az igazságtalan. Az együttérzést Sinclair cikke szerint úgy definiálják, mint mások szenvedésének mély tudatossága/átélése és annak enyhítésére való törekvés. Érzelmeket és cselekedeteket igényel a válaszadók/segítők részéről, szereteten, sebezhetőségen és kölcsönösségen alapul, és a másik javára valósul meg. Az együttérzést – az empátiával és a szimpátiával szemben – aktív folyamatként írják le, melyben a segítő összekapcsolódik a páciens szenvedésével, és cselekvés útján elősegíti a változást [85]. Az egészségügyi dolgozók egy csoportja az együttérzést az érzelmek – szimpátia és empátia – és altruista értékek, különösen mások segítésének vágya kombinációjaként határozta meg, amely az egyént cselekvésre, a szenvedő gondozására motiválja [87]. Az együttérzés tehát átfedésben van az empátia fogalmával, azonban a belső motiváltság, a feltétel nélküli jellege és a cselekvés miatt mégis különbözik tőle [85]. A kanadai Alberta városában tevékenykedő palliatív-hospice otthoni ápolásban, mobil teamben, valamint fekvőbetegosztályon dolgozókkal (n=57) elvégzett, félig strukturált interjúra és fókuszcsoportra épülő

kutatásuk eredményeképpen Sinclairék néhány éve megalkották az egészségügyi dolgozók együttérzési modelljét (8. ábra), amely szerint az együttérzés hatásos és tudatos válasz egy személy megismerésére, megértésére, szükségleteinek felismerésére és szenvedésének enyhítésére a cselekvés által. A modell erőssége, hogy szemben más egészségügyi ellátásokkal, amelyek az egyén adatainak értékelésére koncentrálnak, figyelembe veszi a betegek perspektíváját is. Az elfogadás, igényeik, az együttérzéssel kapcsolatos élményeik megértése által és a kialakított terápiás kapcsolaton keresztül biztosít empirikus alapot a minőségi klinikai ellátás, a képzések és jövőbeni kutatások számára [87].



8. ábra. Az egészségügyi dolgozók együttérzési modellje [85]

Az egészségügyi dolgozók együttérzési modelljének lendületes ábrája hangsúlyosan szemlélteti az aktivitást, valamint a személyzet és beteg közötti kapcsolat, az ellátás dinamikáját (8. ábra).

A tanulmányok elemzése során a kutatók azt találták, hogy az együttérzés velünk született képességünk, tanítható, megtanulható és fejleszthető [90]. Egyetértettek abban, hogy a klinikai szimuláció, szerepmodellezés, a haldokló beteggel való közvetlen interakciók, valamint a reflektáló esszék és gyakorlati technikák hatékony oktatási módszereknek tekinthetők az együttérzés gyakorlásában, megerősítésében [86]. Ennek

megléte és gyakorlása csökkentheti a kiégést, növeli az ellenálló képességet és lehetővé teszi a konfliktusok könnyebb kezelését [90]. Mindezeket figyelembe véve az együttérzés hozzájárulhat az egészségügyi dolgozók munkahelyi stresszének enyhítéséhez és a minőségi egészségügyi ellátáshoz [88].

### **1.3.3.2. „A gondoskodás ára”**

Most, hogy áttekintettük, mi az együttérzés, és miért kiemelkedő a szerepe az egészségügyi ellátásban, könnyebben megérthető az együttérzésből eredő kifáradás (compassion fatigue, CF) jelentősége. Az 1990-es évek elején, Joinsonhoz kapcsolódóan, gyakran egyenértékűnek tekintették a kiégéssel. Figley számos írásában elismerte Joinsont (1992) a fogalom kiindulópontjaként, azonban az együttérzésből eredő kifáradás forrásának nem a kiégést, hanem a mások traumájával való rendszeres megérintődést tartotta [90].

A hasonló tünetek – a behatoló gondolatok, a páciensek traumájához kapcsolódó traumatikus emlékek, ingerlékenység, harag, alvási és koncentrációs nehézségek, az ügyfelek elkerülése – miatt a CF-et a poszttraumás stressz-zavarhoz hasonlítják. A különbség az, hogy a CF azoknál jelentkezik, akikre mások traumája van hatással, ezért másodlagos vagy helyettes traumatizációnak (secondary traumatic stress disorder, STSD) is hívják, és úgy jellemzik, mint „a gondoskodás árát” [91]. A történeti áttekintések szerint Figley az együttérzésből eredő kifáradást a pszichoterapeutáknak a páciens szenvedésének megfigyelésére adott empátikus reakciójaként írta le. Tudatosan, a stigmatizáció elkerülésére használta a kifejezést [92]. Sabo a szenvedők gondozásának „természetes következményeként” jellemezte [53].

A „feszültségi helyzet” a traumatizált beteg helyzetébe történő belefelejtkezés, amelyet a traumát okozó események újra történő átélése, az erre emlékeztető helyzetek, érzések elkerülése és a beteggel kapcsolatos folyamatos izgatottsági állapot, distressz jellemez. A következményes tünetek között szerepelhet még az energiahány, közömbösség, alvászavar, gyakori éjszakai ébredések, tolakodó gondolatok és álmok, dühkitörések. Kialakulhat szorongás, csökkent lelkesedés, apátia, depresszió. A CF-ben szenvedő személy hajlamos lehet balesetekre is. Súlyosabb esetben előfordulhatnak érzelmi zavarok, rendezetlen gondolkodás, önmaga elhanyagolása [92, 93]. Nővéreket vizsgálva azt találták, hogy annak ellenére is folytatják a betegekkel való törődést, hogy

mély fizikális és érzelmi fájdalmuk van, valamint testileg, lelkileg és érzelmileg kimerültek, továbbá igyekeznek elkerülni, hogy ezt mások is észrevegyék [93]. Ugyanakkor az összes szerző egyetért abban, hogy ezek a tünetek megakadályozzák az optimális szintű munkavégzést [92]. Annak érdekében, hogy megbirkózzanak ezzel az állapottal, az ápolók eltávolodnak és elszigetelik magukat betegeiktől [92]. Hooper és munkatársai egészségügyi dolgozók tapasztalatai alapján a CF következményeinek találták a beteggondozás alacsonyabb minőségét és a személyzet fluktuációját [94].

A kiégéssel való összehasonlításakor azt találták, hogy az együttérzésből eredő kifáradás inkább a beteg és az egészségügyi dolgozó kapcsolatából eredő stressz eredménye, a mások szenvedésének való hosszan tartó kitettség, míg a burnout elsősorban az egészségügyi dolgozó és a munkahelyi környezet kölcsönhatásából, például a munkáltató és a munkavállaló kapcsolatának megromlásából fakad. A kiégés okai legtöbbször a túlzott munkaterhelés és elvárások, a hiányos munkafeltételek és a személyes értékek konfliktusa a szervezeti értékekkel. Ledoux példaként azt említette, hogy a munkáltató nem vesz részt a munkahelyi visszaélések, a szerepkonfliktusok, a szerepambivalencia, a munka túlterhelése és a munkahelyi bizonytalanság megoldásában. A haldoklókat gondozók mindkettőnek ki vannak téve [83, 93].

Melvin a tanulmányaiban részletesen összefoglalta az együttérzésből eredő kifáradással való megküzdés személyes és szervezeti lehetőségeit. Hasonlóan a kiégés megelőzéséhez és kezeléséhez, nagyon hangsúlyosnak találta a munka és magánélet egyensúlyának fenntartását, a két terület közötti határok kijelölését, a kiegyensúlyozott életvitel elsajátítását [93, 95]. Nagy a hangsúly a személyes tudatosság fejlesztésén, amely magában foglalja a személyes igények és értékek kifejezését is. Ha az ápolók elhanyagolják magukat, és nem figyelnek oda tüneteikre vagy nem ismerik fel azokat, veszélyeztethetik saját magukat és ez is visszahat a minőségi betegellátásra. Felhívta a figyelmet a szenvedőkkel dolgozók edukációjának jelentőségére a CF és az STSD tüneteinek, a kockázati tényezők és a megküzdési stratégiák ismertetésében is. A személyes stratégiák közül a korábbi védőfaktorokon – megfelelő alvás, a helyes táplálkozás, a rendszeres testmozgás és a pihenés, a masszázs, a humor, a meditáció, relaxáció, az önreflexió – túl a kutatók hangsúlyozták még a spiritualitás, a kreatív tevékenységek, valamint a különböző stresszkezelő technikák közül a tudatos jelenlét és az asszertivitás – különösen a nemet mondás – szerepét. Mindezek lehetővé teszik, hogy

a munka ne csak veszélyeztesse, hanem erősítse az elégedettséget, a jóllétet. Az intézményi stratégiák a korábbiakhoz képest kibővültek a biztonságos munkakörnyezet és a megfelelő munkakörülmények – például elegendő idő biztosítása a munkafeladatokra fontosságával. A védőfaktorok közül itt is nagy hangsúlyt kap a felettesi támogatás és az érzelmekkel való megbirkózás lehetőségének biztosítása. Bizonyítottan hatékony a nehéz helyzeteket követő megbeszélés, amelyet egy tapasztaltabb nővér vagy pszichológus is vezethet. Amennyiben esetmegbeszélésre nincs lehetőség, a munkatársakkal folytatott beszélgetés is hasznosnak bizonyulhat. További társas támogatást nyújthatnak a családtagok és a barátok [16, 84, 93].

Coetzee és Klopper az együttérzésből eredő kifáradást olyan állapotként azonosította, amelyben az együttérzés energiája meghaladja az együttérzés elégedettsége által fenntartott egyensúlyi állapotot [92].

### ***1.3.3.3. „Az ápolásért kapott elismerés elfogadásának képessége”<sup>2</sup>***

A szakirodalom a szakmai életminőségét mint az együttérzésből eredő elégedettség spektrumát említi, azonban lényegesen több szó esik a negatív végpontról – a kiégésről, a kifáradásról, a másodlagos traumatizációról, ezek megelőzési és kezelési lehetőségeiről –, mint magáról az együttérzésből eredő elégedettségről. A jelen értekezésben is az eddig feldolgozott szakirodalmi munkák közül huszonkettő foglalkozik a CF-fel, míg kiemelten a CS-sel hat [83, 93, 95–98]. A munkával kapcsolatos elégedettség fokozódását inkább csak áttételesen, a negatív hatások – BO, CF és STSD – sikeres megelőzésének, kiegyensúlyozásának és a megküzdés pozitív eredményeként említik [85].

Phelps és munkatársai (2009) szerint az együttérzésből fakadó elégedettség (CS) azokra jellemző, akik pozitív élményként – jutalomként, örömként – élik meg az ápolást mint mások segítségét. Egyszerűen kifejezve: a CS „az ápolásért kapott elismerés elfogadásának képessége” [83]. Barbara Stamm úgy írta le a CS-t, mint az öröm mértékét, amely mások segítségének klinikai tapasztalatából származik [97].

Ray és munkatársai azt vetették fel, hogy a munkában megtalált elégedettség és jutalom, elismerés megvédi a munkavállalókat a kiégéstől és a CF-től, és fokozza a CS-t

---

<sup>2</sup> Ray és munkatársai, 2013

[83]. Hotchkiss röviden fogalmazott: „jó érzés a jó cselekedetekért”. Az egészségügyi szakemberek számára az egyik jelentős jutalmazó tapasztalat a betegekről való gondoskodás, függetlenül attól, hogy ez gyógyító jellegű vagy élet végi szupportív ellátás. A hospice-betegek ápolása, a haldoklás folyamatával való megbirkózásban nyújtott hatékony, együttérző támogatás érzelmi haszonnal is jár [96]. Sacco munkacsoportjának meghatározása szerint az együttérzésből származó elégedettség az összes pozitív érzés összessége, amely a másoknak történő segítségnyújtásból ered. Sürgősségi ápolók vizsgálatánál azt találták, hogy az együttérző gondozás biztosítása a betegek elégedettsége, és – ami még fontosabb – a betegek biztonsága által közvetlenül kapcsolódik az ápolói munka elégedettségéhez. Ők a CS-t növelő faktorokként a képzett, hatékony kommunikációt, valamint a multidiszciplináris csapatmunkát, a megfelelő személyzeti összetételt emelték ki [95].

Sansó és munkatársai is felvetették tanulmányukban, hogy az erős fizikai és lelki megterheléssel egyidejűleg a legtöbb palliatív-szakember magas szintű elégedettséget és értelmet talál a munkájában, és elismerték, hogy a betegek életvégi gondozása gazdagító és hasznos élmény lehet, például a hála és megnövekedett spirituális érzések által [97]. Ezt a saját hospice munkánkban és az önismereti képzési csoportokban átélte tapasztalataink is alátámasztják. Gyakran a betegekkel és családtagjaikkal való foglalkozás során átélte érzéseink, gondolataink, tudatosságunk gazdagodik, életünk jobb lesz általa. Sansó és munkatársai kiemelték a palliatív orvosok belső megélésének fontosságát és hatását a szakmai munkájukra és az életminőségükre. Spanyol palliatív-szakemberekkel végzett keresztmetszeti vizsgálatuk alátámasztotta a pozitív irányú összefüggést a magasabb szintű tudatosság és az egészségügyi szakemberek azon képessége között, hogy megbirkózzanak a halállal, és nehéz helyzetekben fenntartsák, kezeljék az érzelmi egyensúlyt [97].

A szakirodalomban széles körű egyetértés alakult ki abban, hogy az öngondoskodás és a tudatosság pufferként szolgál az életvégi gondozás negatív hatásaival szemben, fejlesztésük szakmai elégedettséggel jár, és a magas foglalkozási kockázat miatt az egészségügyi oktatás korai szakaszában érdemes elkezdeni, majd beépíteni az egészségügyi munkahelyek jóllétét támogató programokba. Alapvető fontosságú, hogy a munkatársak a betegek és családtagok pszichés reakciói mellett megértsék sajátjaikat is, felismerjék önmagukon és társaikon is a munkahelyi stressz hatásait – az együttérzésből



eredő kifáradás és kiégés tüneteit – és a megelőzés lehetőségeit – belső erőforrásaikat, a védőtényezőket –, továbbá a megküzdés során képesek legyenek beavatkozni, alkalmazni azokat. A tudatosság mint az öngondozás egyik faktora az érzelmi egyensúly fenntartásán keresztül befolyásolja a szakemberek életminőségét, és kihatással lehet gondozásuk minőségére is [93, 97, 99–101].

Hegedűs 2012-es, a legsúlyosabb betegeket ellátó egészségügyi dolgozók és egyetemi hallgatók egészségvédelmét elemző tanulmányában szintén kitért a tudatosság és az öngondoskodás témáira. A Tanatológia, palliatív terápia című egyetemi kurzus interaktív előadásai és a záródolgozat lehetővé teszi a hallgatók személyes szorongásainak, veszteségeinek tudatosítását és a korai felkészítést a pályájuk során hasonló helyzetek felismerésére és az azokkal való hatékony megbirkózásra. A hospice dolgozók önismereti és kommunikációs tréningjeinek tapasztalata pedig az, hogy energiájuk nagy részét a munkájukra fordítják, saját magukra sokszor energiájuknak csak 5-10%-a jut. A hazai oktatás és a tréningek hangsúlyos része a stresszkezelő és feltöltődést segítő technikák – például a különböző kreatív tevékenységek, a mozgás, a természettel való kapcsolat – összegyűjtése, továbbá a stresszkezelő technikák – relaxáció, hatékony kommunikáció – elsajátítása [41].

Mills és munkatársai áttekintő tanulmánya szerint az öngondozás minden dimenziója (testi, lelki és szociális) szignifikánsan pozitívan korrelál az együttérzés elégedettségével [102]. Hotchkiss tanulmánya is azt igazolta, hogy azok a hospice szakemberek, akik többszörös és gyakori öngondozási stratégiákat (tudatos pihenés, önmagával való együttérzés, tudatosság, célok, támogató kapcsolatok, testmozgás, testet-lelket harmonizáló gyakorlatok) folytattak, magasabb szakmai életminőséget – alacsony kiégést és másodlagos traumás stresszt, magasabb együttérzésből eredő elégedettséget – jeleztek. További érdekes megfigyelése, hogy a testmozgást és a testtudatot fejlesztő – bodymind – technikákat, mint például a tudatos jelenlét megélését, sokkal ritkábban gyakorolják, mert ezek több időt és figyelmet igényelnek [96]. Jones a fizikális, kognitív, emocionális és spirituális komponensekre is kiterjedő öngondozási tervet dolgozott ki hospice dolgozók számára [103].

Hotchkiss hospice-ban dolgozókkal végzett keresztmetszeti önértékelésen alapuló vizsgálatában a résztvevők céljai, az önmagukkal törődő tudatosságuk és a támogató kapcsolataik voltak a legerősebb ellenhatások az együttérzés elégedettsége és a kiégés

között. Az együttérzés elégedettségének fokozása érdekében a támogató munkahelyi struktúra és a támogató kapcsolatok értéke a hospice ellátásban egyértelmű. Hotchkiss a betegekkel és a családokkal folytatott, különösen hasznos és sikeres beavatkozások rutinszerű és nyilvános elismerését emelte ki [96]. Weintraub a módosított Együttérzésből Eredő Kifáradást és Elégedettséget MÉRŐ Öntesz (Compassion Fatigue and Satisfaction Self-Test) kitöltésével vizsgálta a neonatológusok kiégését, valamint együttérzésből eredő kifáradását és elégedettségét. Eredményei a CS oldaláról is megerősítették a betegek és a család szenvedéseivel kapcsolatos érzelmi tapasztalatok rendszeres megbeszélésének jelentőségét, továbbá elengedhetetlennek tartotta egy olyan szervezeti kultúra kialakítását, amely ezt lehetővé teszi. Az adatok egyértelműen azt mutatták, hogy azok a dolgozók, akik beszélnek a distresszről, magasabb CS-, valamint alacsonyabb CF- és BO-pontszámot mutatnak [98]. Sansó és szerzőtársai publikációjukban arra is utaltak, hogy a kibeszélés mint „reflektív gyakorlat” jótékony hatással van az együttérzés kedvezményezettjeire, és védő funkciót tölthet be azok számára, akiket gyakran érint az élet végi időszak gyötrelme [97].

Számos korábbi vizsgálat alátámasztotta a minél korábban megkezdett – graduálisan vagy posztgraduálisan –, rendszeresen ismételt és a módszerek kombinációját alkalmazó oktatás tartós, pozitív hatásait az ápolói attitűdre, a jóllétre és az elégedettségre [28, 73, 104]. Javasolták a képzések kiterjesztését a sajátos pszichológiai, szociológiai, kulturális és spirituális kérdésekre; a kommunikációs készségek fejlesztésére; a leggyakoribb tünetek megelőzésére, felismerésére és kezelésére; etikai kérdésekre, valamint az önismeret és önreflexió javítására, aminek eredményeképpen a résztvevők eredményesebben, hatékonyabban ismerték fel és kezelték a betegek pszichés reakcióit, jelentősen javult a kommunikációs készségük és a veszteségekkel való megbirkózásuk [66–72]. Az elmúlt évek tanulmányai az együttérzésből eredő elégedettség növelésére a képzett, hatékony kommunikáción túl a multidiszciplináris csapatmunkát, a megfelelő személyzeti összetételt, a támogató munkahelyi kapcsolatok és struktúra értékét emelték ki, amely lehetővé teszi a nehézségek, a distressz megbeszélésének reflektív gyakorlatát [95, 96, 98]. A mentális beavatkozások pedig a munkával való elégedettség javításán keresztül növelik az ápolók elkötelezettségét a munkahelyük iránt [104].

#### **1.3.3.4. Koherenciaérzés**

Az együttérzésből fakadó kifáradásnak és a burnout megelőző tüneteinek egyidejű jelenléte a munkával kapcsolatos elégedettséggel ráirányította a figyelmet az elégedettség és a jó közérzet vizsgálatára, azon belül – az előre jelző faktorok közül – az életminőség egy jelentős, független dimenziójára: a koherenciaérzésre.

A pozitív pszichológia egyik előfutára, Aaron Antonovsky munkássága során a betegségek keletkezése helyett az egészség kialakulásának és fenntartásának hátterét vizsgálta. Az egészséget folytonos mozgásnak tekintette a teljes betegség és a teljes egészség között. Azt kutatta, hogy egyesek a korunkban mindenütt jelen lévő, legkülönbözőbb súlyos stresszes helyzetekben továbbra is egészségesek maradnak, mások megbetegednek. Az Antonovsky által kidolgozott salutogenezis modellje az egészség dinamikus, rendszerszemléletű értelmezése, amelyben az ember és környezete közötti összhang, koherencia élménye biztosítja az egyensúlyt. Három eleme az érthetőség, az értelmesség és a kezelhetőség. Az érthetőség szerint az egyén a belső és külső környezetében történő eseményeket érti, és – mint rendezett, következetes és világos információkat – értelmezni tudja. Az értelmesség a koherenciaérzés (sense of coherence, SOC) motivációs eleme. Az egyén a vele megtörténő életeseményeknek jelentőséget tulajdonít, inkább kihívásoknak, mint tehernek tekinti azokat, és fontosnak tartja a velük való megküzdést. A kezelhetőség azt mutatja meg, hogy az egyén az eseményekre a rendelkezésére álló erőforrások segítségével megfelelően tud reagálni [105–109]. Az Antonovsky által definiált koherenciaérzés a teljes helyzet megértésének és a rendelkezésre álló (belső és külső) források felhasználásának a képessége [108]. Genetikai tényezőkön alapul, gyermekkori élmények által formált, a személynek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, életorientációja, mely mindig a problémamegoldásra összpontosít, és a személynek a kihívásokkal szembeni válaszképességét jellemzi. Harmincéves kor körül forrja ki magát. A sikeres szocializáció eredményeképpen a személy meghatározó jellemzője egyfajta komplex önbizalom, annak a magabiztos érzése, hogy a dolgok nagy valószínűséggel úgy alakulnak, ahogy az észszerűen elvárható, a velünk történő események értelemteliek, olyan kihívások, amelyeknek megoldására képesek vagyunk. A nehézségek legyőzése által pedig a személyiségfejlődés magasabb szintjére juthatunk. Kulcskomponense az értelmes életben

való hit, a problémamegoldás iránti orientáció és a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásának képessége [105, 106, 110, 111].

Az 1990-es évek közepe óta a kutatások – például Gilbar (1998), Tselibis és munkatársai (2001) – elsősorban arra összpontosítanak, hogy a SOC miként segít mérsékelni az ápolónők kiégését és a depressziós tüneteket [109]. Gilbar már egy 1998-as tanulmányában a koherenciaérzés és a kiégés közötti összefüggésekkel foglalkozott testi és lelki betegekkel, fogyatékkal élőkkel dolgozó szociális munkások (n = 81) esetében. Azt találta, hogy különösen a súlyos, életveszélyes állapotú, krónikus vagy haldokló betegekkel végzett munkát a dolgozók küldetésnek tekintik. Eredményei megerősítették azt a feltevését, hogy az erős koherenciájú szociális munkások kevésbé kitéttek a kiégésnek, mint a gyenge koherenciaérzéssel rendelkezők. Minél erősebb a személy koherenciaérzése, annál inkább hajlamos felismerni az adott stresszorok jellegét, és kiválasztani a megfelelő erőforrásokat az adott helyzethez. A megbirkózásban jelentősnek találta egy tapasztalt szociális munkás támogató szerepét, aki megerősítheti a szociális munkásoknak a dolgok megfelelő működésébe vetett bizalmát, azaz a koherenciaérzésüket. Gilbar azt is felvetette, hogy a SOC nemcsak a kiégés okainak megismeréséhez járulhat hozzá, hanem a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi területeken a megfelelő, magasabb koherenciájú munkavállalók kiválasztásához is [111].

Tselibis és munkacsoportja a görög ápolókból álló minta (n = 79) elemzése alapján kimutatta, hogy a SOC erős negatív korrelációt mutat a depresszióval, a kiégés érzelmi kimerültségre és deperszonalizációra vonatkozó dimenzióival, míg pozitív összefüggés igazolódott a személyes teljesítménnyel. Feltételezték, hogy a SOC mértéke az embereket sebezhetővé vagy ellenállóvá teszi mind a depresszióval, mind a kiégéssel szemben [112].

Skrabski és munkatársai a Hungarostudy 2002 felmérésben (N = 12 640) a Richard Rahe-féle Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőívől az „élet értelme” skálájának is nevezett koherenciaérzés-skála összefüggéseit keresték az egészségi állapottal. Eredményeik alapján a koherenciamutatót a pozitív életminőség és az egészség jelentős előrejelzőjének találták, amely szoros összefüggésben áll az önhatékonysággal, a problémaorientált megbirkózással, a társas támogatással. Az adatok életkor, nem és iskolázottság szerinti korrigálása után az átlag feletti koherenciával rendelkezők esetében az egészségi állapot önbecslése mintegy tízszer, a munkaképesség nyolcszor jobb, a depresszió valószínűsége hétszer alacsonyabb volt. Úgy írták le, mint „erőforrás-

gazdagságot”, amely magában foglalja a személyes erőforrásokat – kognitív és érzelmi jellemzőket – és a társadalmi tőkét is, amelyet a személy változó körülmények között képes mobilizálni [105, 106, 111]. Skrabski és munkatársai eredményei azt mutatták, hogy a vizsgált magyar populációban a magasabb koherenciaérzéshez magasabb önhatékonyság (valószínűsége 6,5-szeres), problémaorientált megbirkózás (2,8-szoros) társult, az érzelemorientált stratégiák elkerülése 3,9-szeres, a közösségi hatékonyság 2,5-szeres, a bizalom 1,6-szoros és a társadalmi támogatottságuk is 2,9-szer magasabb volt. Tanulmányaikban kiemelték, hogy az élet értelmébe vetett bizalommal más fontos egészségvédő faktorok – a közösségi hatékonyság, a vallásgyakorlás, a civil szervezeti tagság – is pozitív kapcsolatot mutatnak, amelyek más vizsgálatok tanúsága szerint jelentősek [105, 106]. Ebert és munkatársai 2002-es, egyetemi hallgatókkal (n=202) végzett vizsgálatában a magyar kutatáshoz hasonlóan a koherenciaérzés előre jelezte a pszichológiai jóllétet és az általános egészségi állapotot.

Az elmúlt húsz évben számos tanulmány bizonyította, hogy a koherenciaérzés kortól, nemtől és etnikai hovatartozástól függetlenül szorosan összefügg a vélt egészséggel [113], védőfaktoroként szolgál krónikus betegségekkel, például a 2-es típusú diabéteszrel és a daganatos betegségekkel szemben [107]. Eriksson és munkatársai 2019-es tanulmányukban a koherenciaérzés és a szociodemográfiai paraméterek közötti kapcsolatot vizsgálták teljes munkaidőben, intenzív, ortopédiai, neurológiai vagy palliatív osztályokon dolgozó, svéd nővéreknél (n=93). Az ápolónők munkájukat nehéznek, de értelmesnek találták, ami a mintában a koherenciaérzés legerősebb dimenziója volt. Az eredmények azt mutatták, hogy minél erősebb a SOC, annál jobb a stressz kezelésének képessége, ami szintén hatással lehet az ápolónők jóllétére, és hosszú távon a betegek javát szolgálja. A koherenciaérzés az adekvát megküzdésen keresztül tehát hozzájárul az egészséges, de stressznek kitett dolgozók jóllétének, egészségének megőrzéséhez és ezen is túlmutatóan a személyes fejlődéshez [14, 112, 114].

Az egészségügyi dolgozók az egész világon küzdenek a stresszel. A pszichológiai és népegészségügyi kutatások széles körben bizonyították a koherenciaérzés egészségvédő szerepét, ezért az egészség dinamikus, rendszerszemléletű értelmezése – a salutogenetikus modell – egyre inkább beépül az egészségfejlesztési kutatásokba és gyakorlatba is. Lindström és Eriksson alapján a koherenciaérzés különböző intervenciók által befolyásolható, illetve a tudatosság növelése hozzájárulhat a megküzdési készségek

és a munkaképesség erősítéséhez. A koherenciaérzés felnőttkori fejlesztésére is dolgoztak ki programokat, amelyek rövid távú hatékonysága mellett empirikus adatok is szólnak [108, 113, 115]. Mégis, a koherenciaérzés fejlesztésére vonatkozóan kevés tanulmányt tudtam felkutatni, a témát főként az egészségfejlesztés tárgyalja. Azonban a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogramhoz konkrét gyakorlati javaslatokat a szakirodalomban egyáltalán nem találtam. Lindström és Erikson a koherenciaérzést az esélyteremtés, az egészségfejlesztés területén a képességek és a megküzdés fejlesztésével kapcsolatosan említette, az aktív és kritikus tudatosság növelésével hozták összefüggésbe [113]. Konkoly Thege tanulmánya alapján felvetődik, hogy a koherenciaérzés által nyomon követhető, felmérhető az egyének és közösségek eredeti állapota. Az intervenciók hatékonyak lehetnek az egyének jóllétére és az a fölötti személyes kontrolljuk növekedhet [115]. Lindström és Erikson publikációja szerint a koherenciaérzés elgondolását például ápolónők szupervíziója vagy rákbetegek ápolói számára kialakított intervenciók során alkalmazták. Az eredmények azt mutatták, hogy a koherenciaérzést a beavatkozások rövid távon befolyásolják, azonban a hatások hosszú távú fenntarthatósága nem bizonyított [108]. Cleary és munkatársainak az egészségügyi szakemberek rezilienciájának javítását célzó beavatkozásokat áttekintő tanulmánya megállapította, hogy az ülések számának, a beavatkozás hosszának vagy a teljes időtartam növelésével nőtt a beavatkozások hatékonysága, ami azt támasztja alá, hogy a rövid beavatkozások kevésbé hatásosak [101]. Kamal a palliatív gondozást végző munkaerő fenntarthatóságát és növekedésének előmozdítást vizsgáló tanulmányában nagy hangsúlyt helyezett az oktatásra [116]. Hill 2016-os, a személyzet pszichológiai jóllétére irányuló pszichoszociális beavatkozások szakirodalmi áttekintésekor kevés és nem megfelelő minőségű kutatást talált [117].

## 2. CÉLKITŰZÉSEK

A 2013-ban elindított kutatásunk fő célja az volt, hogy a Hungarostudy vizsgálatához csatlakozva felmérjük a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotát, feltérképezzük a 2002-es és 2006-os vizsgálatokhoz képest történt változásokat, valamint intervenciós stratégiákat dolgozzunk ki a hosszú távú pozitív hatás eléréséhez. Három kutatást végeztünk el e fő cél érdekében:

- a hospice ellátásban dolgozó szakemberek és önkéntesek életminőségének felmérése;
- a Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése, pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálata;
- pozitív erőforrásaink: a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram kidolgozása és a tapasztalatok kvalitatív, fókuszcsoporthoz tartozó elemzése.

### 2.1. A hospice ellátásban dolgozók testi és lelkiállapotának felmérése

2013-ban elindított kutatásunk célja a magyarországi hospice hálózatban alkalmazottként és önkéntesként dolgozók testi és lelkiállapotának, valamint a munkájukból eredő túlterheltségének a feltérképezése volt. A jóllét prediktorainak feltárásával az volt a célunk, hogy azonosíthassuk a jóllétet veszélyeztető és az azt megóvó tényezőket. Mindez elősegítheti olyan intervenciók kidolgozását, amelyek a jóllét és a testi-lelki egészség megőrzését célozzák meg, és így hozzájárulnak a dolgozók munkahelyi elégedettségének növeléséhez és a pályaelhagyás kockázatának csökkenéséhez.

A korábbi hazai és nemzetközi kutatások eredményei, valamint a saját és más munkacsoportok tapasztalatai alapján a következő hipotéziseink voltak:

- Feltételeztük, hogy a hazai hospice-okban dolgozóknak a korábbi hazai kutatásokhoz hasonlóan magas a munkahelyi túlvállalásuk, és a magyar lakosság adataival összehasonlítva körükben jelentős a testi tünetek és a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága.
- A korábbi tanulmányok alapján feltételeztük, hogy a kedvezőtlen anyagi helyzet és a munkahelyi túlvállalás pozitív irányú összefüggést mutat a fokozott észlelt stresszel, valamint a depresszív hangulattal, az alvászavarral és vitális kimerültséggel, továbbá

ezeket keresztül pozitív irányú kapcsolatot mutat az alacsonyabb pszichológiai jólléttel.

- Feltételeztük továbbá, hogy a koherenciaérzés negatív irányú összefüggést mutat mind az észlelt stressz mértékével, protektív tényezőként annak kedvezőtlen hatásait mérsékli, ezáltal elősegíti a pszichológiai jóllét megőrzését.

## **2.2. A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése, pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálata**

A szenvedő emberekkel és családtagjaikkal végzett segítőmunka pozitív és negatív hatásainak leggyakrabban használt mérőmódszerét – a Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skálát (ProQOL5) [118]– az elmúlt tíz évben egyre gyakrabban alkalmazták a hospice-palliatív ellátásban dolgozók körében. A ProQOL5 skála magyar nyelvű változatának kidolgozásával, pszichometriai tulajdonságainak vizsgálatával, érvényességének és megbízhatóságának megállapításával a súlyos állapotú, haldokló betegekkel foglalkozók körében a szakmai élet minőségének rendszeres utánkövetéséhez, a súlyos állapotú betegekkel végzett munkából eredő előnyök és hátrányok feltérképezéséhez hozzájáruló kérdőív hazai bevezetése volt a célunk. A ProQOL5 és a külső skálák adatainak a demográfiai mutatókkal való összevetése lehetővé teszi a magyar hospice dolgozók szakmai életminőségének –az együttérzésből eredő elégedettség és kifáradás, kiegészítés és másodlagos traumatizáció – feltérképezését. Célunk volt továbbá az eddigi nemzetközi validáló cikkek eredményeivel való összehasonlítás alapján a kelet-közép-európai sajátosságok kiemelése.

A kutatás e második szakaszában hipotéziseink a következők voltak:

- Feltételeztük, hogy az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség mérésére a palliatív ellátók körében a ProQOL5 magyar változata alkalmas, nyelvileg és pszichometriai tulajdonságaiban is megfelelő, valamint jól szétválasztja a kifáradás, a másodlagos traumatikus stressz és a kiegészítés konstruktumait.
- Feltételeztük, hogy a szakmai életminőség pozitívan korrelál az életkorral és az iskolai végzettséggel, tehát hogy az idősebb, tapasztaltabb hospice dolgozók több elégedettséget, valamint kevesebb kiegészítést, együttérzésből eredő kifáradást és másodlagos traumás stresszt tapasztalnak, mint a fiatalabbak.



- Feltételeztük, hogy a magyar mintában magasabb a munkából eredő terhelés és az együttérzésből eredő kifáradás, valamint alacsonyabb az elégedettség, mint más nemzeteknél.
- Feltételeztük, hogy azok, akiknél az együttérzésből eredő elégedettség magasabb, kevésbé mutatnak vitális kimerültséget és depresszív hangulatot, magasabb a jóllétük.
- Végül feltételeztük, hogy a munkájukból eredő személyes, intézményi és társadalmi nehézségeiket az együttérzésből eredő elégedettség kiegyensúlyozza, elősegítve a pályán maradás pozitív megítélését.

### **2.3. Pozitív erőforrásaink: a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram kidolgozása és a tapasztalatok kvalitatív, fókuszcsoportos elemzése**

A kutatási folyamat hosszú távú célja a részkutatások eredményeinek felhasználásával az eddigi oktatási és munkahelyi támogatási rendszerek továbbfejlesztése, képzési és intervenciós módszerek kidolgozása, amelyek hozzájárulhatnak a kiégés, az együttérzésből eredő kifáradás megelőzéséhez, növelhetik a dolgozók elégedettségét, fizikai és lelki jóllétét, elősegítve a munkatársak pályán maradását. Az értekezés bevezetésében (1.3.3.4. fejezet) tárgyalt szakirodalmi adatok alátámasztották, hogy bár a koherenciaérzés fiatal felnőtt korban stabilizálódik, mégis edukáció és intervenciók révén fejleszhető. A pilot tréningprogram kidolgozásával célozom a hospice szakemberek és munkacsoportok egyedi sajátosságainak, nehézségeinek felderítése, a pozitív védőfaktorok megismertetése és a pozitív erőforrások megerősítése volt. A fókuszcsoportok segítségével pedig a gyakorlás kapcsán kialakult vélemények, állítások, érzések elemzésével mélyebb betekintést nyerhettünk a résztvevők tréninggel kapcsolatos tapasztalataiba.

Hipotézisem alapján:

- feltételeztem, hogy a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram lehetővé teszi a hospice szakemberek egyéni és a munkacsoport nehézségeinek, megküzdésének és védőfaktorainak megismerését,
- feltételeztem továbbá, hogy a koherenciaérzés védő funkciójáról, erőforrásszerepéről edukáció hozzájárul a tudatosság növeléséhez, a megerősítést szolgáló gyakorlatok

pedig az egyén és a közösség megküzdési erőforrásainak bővítéséhez, valamint a pszichés jóllét és a munkával való elégedettség növeléséhez,

- feltételeztem, hogy a résztvevők a tréningprogramot kedvező hatásai miatt érdemesnek találják a képzési programokba való beépítésre.

### 3. MÓDSZEREK

#### 3.1. A hospice ellátásban dolgozók testi és lelkiállapotának felmérése

Keresztmetszeti kérdőíves kutatásunk a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület és a Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola Szociológia Tanszékének együttműködésében valósult meg.

##### 3.1.1. A minta- és kérdőívfelvétel körülményei

Az adatgyűjtést 2013 őszétől 2014 tavaszáig, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület (MHPE) tagszervezetei körében – fekvőbeteg-intézményeiben és otthoni ellátást nyújtó szolgálataiban – abban az időszakban alkalmazott egészségügyi dolgozók – orvosok, ápolók, koordinátorok, gyógytornászok, pszichoszociális és egyéb szakemberek – ( $N \cong 1500$ ) és önkénteseik körében ( $N \cong 200$ ) végeztük. A kérdőíveket online és a minél nagyobb minta reményében hospice-képzések és -konferenciák során nyomtatott formában is elérhetővé tettük. Az online felmérés linkje elérhető volt az egyesület honlapján, és a részvételi felhívást közzétettük az MHPE rendszeres hírlevelében is. Nyomtatott formában az MHPE 2014. évi országos kongresszusán a konferenciacsomagok részeként és a szolgálatvezetők bevonásával is terjesztettük. A felmérésben való részvétel önkéntes volt, és a válaszadóknak teljes anonimitást biztosítottunk. A résztvevők nem részesültek kompenzációban.

A beérkezett 207 kérdőív közül 195 volt értékelhető. A válaszadási arány e két toborzási stratégián keresztül 14% volt. A válaszadók többsége, 91,8%-a nő volt ( $n = 179$ ); a férfiak aránya 8,2% ( $n = 16$ ), az átlagéletkoruk pedig 46,04 év volt ( $SD = 10,77$  év; terjedelem: 23–76 év). A férfiak alacsony elemszámára való tekintettel a kezdeti kutatás adatainak áttekintő elemzése után a részletes elemzéseket csak a nők mintáján ( $n = 179$ ; átlagéletkor: 45,8 év;  $SD = 10,46$  év; terjedelem: 23–73 év) folytattuk le.

##### 3.1.2. A „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek életminőségének felmérése” kérdőív

A „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek életminőségének felmérése” című kérdőívet a kutatás érvényességéhez szükséges technikai feltételeket biztosító,

licenrdíjas kérdőívszerkesztővel (<http://www.online-kerdoiv.com>) készítettük. Négy részből épült fel: 1. szociodemográfiai adatok; 2. kérdőívek és becslőskálák; 3. további, a súlyos betegekkel foglalkozók testi és lelkiállapotának feltérképezésére irányuló kérdések, becslőskálák; 4. speciálisan a hospice munkára vonatkozó kérdések (lásd 2. melléklet).

### ***3.1.2.1. Szociodemográfiai adatok***

Rákérdeztünk a válaszadók nemére, életkorára, iskolai végzettségére, foglalkozására, önkéntes versus fizetett státusára a hospice-ban, illetve munkahelyeik – fő- és másodállásaik – számára, családi állapotára és egzisztenciális helyzetére. Az anyagi helyzetet az alábbi kérdéssel mértük fel: „Országos viszonylatban milyennek tartja az anyagi helyzetét?” A válaszadás egy tízfokú, Likert-típusú skálán történ a nagyon rossz (1) és a nagyon jó (10) végpontok között.

### ***3.1.2.2. Kérdőívek és becslőskálák***

A vizsgálatban alkalmazott kérdőívek a magyarországi felnőtt lakosságra reprezentatív Hungarostudy 2002 [119, 120] és Hungarostudy 2013 [121] kutatásban használt tesztbattériából kerültek kiválogatásra: a WHO Általános Jóllét Kérdőív [122, 123], Stressz és Megküzdés Kérdőív Élet Értelmességét mérő alskálája [124, 125], Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív Túlállalás Alskálája [39, 126], Észlelt Stressz Kérdőív [127, 128], Beck Depresszió Kérdőív [129, 130], Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőív rövidített változatai [123, 131] és az Athéni Inszomnia Skála [132, 133]. Ezekon kívül a Hungarostudy kérdőívekben nem szereplő Multidimenzionális Halálfélelem Skálát [134, 135] is felvettük. A kutatásban felhasznált kérdőíveket és skálákat a 2. számú táblázatban mutatjuk be részletesen.

### ***3.1.2.3. További, a súlyos betegekkel foglalkozók testi és lelkiállapotának feltérképezésére irányuló kérdések, becslőskálák***

Vizsgáltunk a Hungarostudy felmérésekben nem szereplő, de a súlyos betegekkel foglalkozók testi és lelkiállapotának feltérképezésekor felmerült kérdéseket, mint például az egészségi állapot önbecslését, a fájdalom és betegségek előfordulását, az elmúlt év életeseményeit, életcélokat, éhatékonyságot, társas támogatást, elégedettséget a

munkával, vezetőséggel, anyagi helyzettel, személyes kapcsolatokkal és szexualitással. Bekerültek a kérdőívbe az életmódot, megküzdést vizsgáló kérdések is az internethasználatról, alkoholfogyasztásról, dohányzásról, sportolásról és egyéb szabadidős tevékenységekről.

### 3.1.2.4. Speciálisan a hospice munkára vonatkozó kérdések

A kérdéssort speciálisan a hospice munkára vonatkozó, eddig még nem vizsgált, saját kérdésekkel egészítettük ki. Rákérdeztünk, hogy milyen hospice ellátási formában, milyen munkakörben dolgoznak, a szolgálatban már eltöltött és a még ott tölteni tervezett időre, a napi összes munkával töltött és a heti, hospice-ban eltöltött munkaórák számára. Érdeklődtünk a kiégést megelőző, haláleseményt feldolgozó egyéni és munkahelyi módszerek felől, a hospice teamen belüli kapcsolódási viszonyokról.

## 2. táblázat. A kutatásban felhasznált kérdőívek és becslőskálák

A kérdőív neve	A kérdőív leírása	A válaszadás módja
Rövidített WHO Jólét Kérdőív (WHO-5 Well-Being Index, WHO-5)	Az öttételes kérdőív a személyek általános közérzetét (például jókedv, nyugalom és ellazultság) méri a megelőző két hétre vonatkozóan. A skálán elért magasabb pontszám kedvezőbb pszichológiai jóllétet jelez. A skála belső megbízhatósága reprezentatív magyar mintán megfelelőnek bizonyult, a Cronbach-alfa értéke 0,85 volt [122, 123].	Négyfokú, Likert-típusú skála az egyáltalán nem jellemző (0) és a nagyon jellemző (3) végpontok között
Rövidített Stressz és Megküzdés Kérdőív, Élet Értelmességét Mérő Alskála (Life Meaning Subscale of the Brief Stress and Coping Inventory, BSCI-LM-8)	A nyolctételes kérdőív rögzíti az észlelt stressz és a rendelkezésre álló személyes erőforrások arányát. A magasabb pontszám a koherenciaérzés magasabb szintjét jelzi. A BSCI-LM-8 megbízható és érvényes mérőeszköznek bizonyult, a Cronbach-alfa értéke 0,76 volt [124, 125].	Háromfokú, Likert-típusú skála a nem jellemző (0) és a nagyon jellemző (2) végpontok között
Rövidített Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív Túlállalás Alskála (Overcommitment Subscale of shortened version of Effort-Reward Imbalance Questionnaire, ERI-Q)	A hattételes túlállalás-alskála a személy munkahelyi szituációkban megnyilvánuló egyéni jellemzőit tükrözi. A munkából való kivonódás képességét és a túlterheltséget méri fel. A magasabb pontszám a munkavállaló magasabb túlállalását jelzi. A skála belső megbízhatósága reprezentatív magyar mintán megfelelőnek bizonyult, a Cronbach-alfa értéke 0,8 volt [39, 126].	Négyfokú, Likert-típusú skála az egyáltalán nem jellemző (0) és a nagyon jellemző (4) végpontok között

Rövidített Észlelt Stressz Kérdőív (shortened Perceived Stress Scale, PSS)	Ez a tíz tételből álló kérdőív azokra a gondolatokra és érzésekre kérdez rá, melyek az adott személy stresszészlelését jellemzik: az elmúlt hónapban szubjektíven mennyi stresszhelyzetet élt át, mennyire tartja kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnak a mindennapjait. A nagyobb pontszám magasabb észlelt stresszt jelez. A skála belső megbízhatósága reprezentatív magyar mintán megfelelőnek bizonyult, a Cronbach-alfa 0,88 volt [127, 128].	Ötfokú, Likert-típusú skála a soha (1) és a nagyon gyakran (5) végpontok között
Rövidített Beck Depresszió Kérdőív (shortened Beck Depression Inventory, BDI)	A kilenc tételből álló kérdőív a depressziós tünetek súlyosságának epidemiológiai felmérésekben alkalmazható, megbízható szűrőeszköze. A magasabb pontszám súlyosabb tüneteket jelez. A kérdőív belső megbízhatósága reprezentatív magyar mintán megfelelőnek bizonyult. A Cronbach-alfa 0,86 volt [129, 130].	Négyfokú, Likert-típusú skála az egyáltalán nem jellemző (1) és a teljesen jellemző (4) végpontok között
Rövidített Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőív (Shortened Maastricht Vital Exhaustion Questionnaire, MQ)	Az öttételes kérdőív a vitális kimerültségnek a fáradtságból, az energiahányból és a fokozott irritabilitásból összeálló komplex élményét méri. A nagyobb pontszám a vitális kimerültség nagyobb mértékét jelzi. A skála belső megbízhatósága reprezentatív magyar mintán megfelelőnek bizonyult, a Cronbach-alfa 0,71 volt [123, 131].	Dichotóm skála: igen (1) vagy nem (2)
Athéni Inszomnia Skála (Athens Insomnia Scale, AIS)	Az alvászavarok felmérésére és az inszomnia diagnosztizálására szolgál. Az éjszakai tünetekre és a megzavart alvás nappali következményeit méri az elmúlt hónapra vonatkozóan. A magasabb pontszámok súlyosabb alvászavart mutatnak. A skála magyar változatának belső konzisztenciája megfelelő, a Cronbach-alfa 0,86 volt [132, 133].	Négyfokú, Likert-típusú skála nem okozott problémát (1) és súlyos problémát okozott (4) végpontok között
Multidimenzionális Halálfélelem Skála (Multidimensional Fear of Death Scale, MFODS)	A skála negyvenkét tételből áll, nyolc faktorba rendezve. A faktorok a következők: félelem a meghalás folyamatától (hat item), félelem a halottól (hatitem), félelem a megsemmisüléstől (négy item); jelentős társak féltése (hat item), félelem az ismeretlentől (öt item), félelem a halál tudatos átélésétől (öt item), a test féltése a halál után (hat item), félelem a korai haláltól (négy item). A magasabb pontszám a skálán nagyobb félelmet jelez. A kérdőív magyar változatának belső konzisztenciája elfogadható, a teljes skála Cronbach-alfája 0,91 volt [134, 135].	Négyfokú, Likert-típusú skála az egyáltalán nem jellemző (1) és a teljesen jellemző (4) végpontok között

CES-D Depresszió Szűrő Kérdőív (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D)	Húsztételes, önbeszámoló teszt, a depresszió mértékét elsősorban a normál populációban mérni hivatott, ugyanakkor a klinikai szintű problémát is elkülöníteni képes eszköz. A kitöltő azt jelöli, hogy egyes állítások mennyire igazak az elmúlt hétre vonatkozóan. A depressziós tünetek négy nagy csoportját fedile: kognitív, érzelmi, viselkedéses és interperszonális kapcsolatokra jellemző. A skálán elért magasabb pontszám erősebb depressziós tendenciát jelez. Az alkalmazott kérdőívek közül ez az egyetlen olyan eszköz, amely aktuális állapotot és nem vonás jellegű dimenziót mér. Különböző vizsgálatok esetében a Cronbach-alfa 0,78 és 0,92 között változott. Magyar nyelvű validálása folyamatban van [133, 136].	Négyfokú, Likert-típusú skála a ritkán vagy soha (0) és a nagyon gyakran vagy mindig (3) végpontok között
Szakmai Élet Minőségét Mérő Skála (Professional Quality of Life Scale5, ProQOL5)	A harminctételes kérdőív három alskálája – az együttérzésből eredő elégedettség (CS), a kiégés (BO) és a másodlagos traumatizációs stressz (STS) – tíz-tíz tételt tartalmaz, és az elmúlt harminc napban tapasztalt gyakoriságot méri. A BO öt fordított tételt tartalmaz: 1, 4, 15, 17, 29. A skálán elért magasabb pontszámok magasabb együttérzésből eredő elégedettséget és súlyosabb kiégést vagy másodlagos traumás stresszt jeleznek. Az alskálák Cronbach-alfája CS esetén 0,88; BO esetén 0,75 és STS esetén 0,81 volt [118, 137].	Ötfokú, Likert-típusú skála a soha (1) és a nagyon gyakran (5) végpontok között

### 3.1.3. Adatelemzési eljárások

Az elemzéseket az SPSS 21.0 és az MPLUS 7.11 (Muthén & Muthén, 1998–2012) programcsomagokkal végeztük [138]. A skálák belső megbízhatóságát a Cronbach-alfamutató számításával becsültük meg, megadva a mutató 95%-os megbízhatósági intervallumát is. A leíró adatok (átlag, szórás és gyakoriság) is kiszámításra kerültek (lásd 8. táblázat). A pszichológiai konstruktumokat mérő skálák esetében kiszámítottuk az átlagok 95%-os megbízhatósági intervallumát is, és ezt alkalmaztuk a hazai referenciaadatokkal történő összevetésre. Amennyiben a más kutatásból származó átlag nem esett bele a jelen mintán számított intervallumbeclébe, a két átlag  $p < 0,05$  szignifikanciaszinten eltérőnek volt tekinthető. A férfiak alacsony elemszámára való tekintettel ( $n = 16$ , lásd 3.1.1. fejezet) módszertani okokból a két- és többváltozós elemzéseket végül csak a nők mintáján folytattuk le. Az együttjárások mértékét korrelációs elemzéssel (Pearson-féle korreláció, illetve Spearman-féle rangkorreláció) vizsgáltuk meg.

A koherenciaérzés, a munkával kapcsolatos túlvállalás, a szociodemográfiai változók, az észlelt stressz, a depressziós tünetek, az alvászavar, a vitális kimerülés és a pszichológiai jóllét közötti összetett kapcsolatot a strukturális egyenletek modelljével (SEM), ezen belül útelemzéssel teszteltük, amely lehetőséget biztosít a prediktor, mediátor és kimeneti változók közötti kapcsolat feltárására. Az elemzés során a normális eloszlás sérülésére kevésbé érzékeny, robusztus maximum likelihood becslési eljárást alkalmaztuk. Az elméleti modellben (lásd 11. ábra) teszteltük az összes lehetséges kapcsolatot (teljesen szaturált modell) [139].

Ezt követően a nem szignifikáns utak esetében 0 értékben rögzítettük a kapcsolatot, és lefuttattunk az útelemzést a trimmelt modellre is. A modellilleszkedés megfelelőségének becslésére több mutatót is alkalmaztunk, úgymint: khi-négyzet-próba, komparatív illeszkedési mutató (CFI), Tucker–Lewis-féle illeszkedési mutató (TLI), a reziduumok átlagos négyzetgyöke (RMSEA) és standardizált reziduális négyzetes középérték (SRMR). A khi-négyzet-próba esetében a nem szignifikáns próbastatisztika-érték jelez kiváló illeszkedést. A CFI és a TLI esetében 0,90 és efelett beszélhetünk elfogadható, 0,95-től pedig kiváló illeszkedésről. 0,90-es érték alatt a modell elvetendő [140]. A RMSEA esetében a 0,5 alatti érték kiváló, a 0,8 körüli érték elfogadható, a 0,10 feletti érték pedig elégtelen illeszkedést jelez. Végül az SRMR esetében a 0,8 alatti érték alatt utal jó illeszkedésre [141]. Az előzetes poweranalízist a G\*Power3.1 szoftver [142] alkalmazásával folytattuk le a többszörös lineáris regresszió elemzése céljából nyolc prediktorral, közepes hatásméretet ( $f^2 = 0,15$ ) várva,  $p < 0,05$  szignifikanciaszint mellett. Az eredmények szerint százhatvan fős minta volt szükséges a 0,95 értékű statisztikai erő eléréséhez.

### **3.1.4. Etikai engedély**

A kutatásban való önkéntes és anonim részvételről minden résztvevő írásbeli tájékoztatást kapott. A kutatást az intézményi és/vagy nemzeti kutatási bizottság etikai normáival, valamint az 1964. évi Helsinkai nyilatkozattal és annak későbbi módosításaival vagy hasonló etikai standardokkal összhangban hajtottuk végre. A felmérést a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága engedélyezte. Az etikai engedélyének száma: 274/2013.



### **3.2. A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése, pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálata**

A ProQOL5 kérdőív magyar változatának kifejlesztését, keresztmetszeti kérdőíves felmérését, majd pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálatát (megerősítő faktoranalízisek segítségével), érvényességének és megbízhatóságának megállapítását a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének Általános Lélektani és Módszertani Tanszékével együttműködésben 2016–2017-ben végeztük, és az eredményeket 2018-ban közöltük [137].

#### **3.2.1. Az eredeti ProQOL mérőeszköz bemutatása<sup>3</sup>**

A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skálát (ProQOL5) a rendkívül stresszes eseményeken átesett emberekkel végzett munka pozitív és negatív hatásainak mérésére fejlesztették ki. E paraméterek vizsgálatában – az alkalmazási útmutató szerint – a leggyakrabban használt mérőmódszer, mely a segítőfoglalkozások számos területén alkalmazható [118].

A közelmúltban egyre gyakrabban alkalmazták a palliatív-hospice ellátásban dolgozóknál a pozitív és negatív aspektusok felmérésére [15–17, 97, 135–139].

A teszt neve eredetileg az Együttérzésből Eredő Kifáradást MÉRŐ Önteszt (Compassion Fatigue Self-Test) volt, amelyet Charles Figley az 1980-as évek végén klinikai tapasztalatok alapján fejlesztett ki az együttérzésből eredő kifáradás és a kiégés mérésére. Az eredeti mérőeszköz negyven itemet tartalmaz két alskálán: együttérzési fáradtság (huszonhárom tétel) és kiégés (tizenhét tétel). Stamm és Figley 1988-ban kezdődött együttműködése során Stamm 1993-ban pozitív irányultságú tételekkel egészítette ki, ennek célja az együttérzésből eredő elégedettség mérése volt. Ezáltal a teszt neve az Együttérzésből Eredő Elégedettséget és Kifáradást MÉRŐ Tesztre (Compassion

---

<sup>3</sup> Az eredeti ProQOL mérőeszköz bemutatásának korábbi változata 2018-ban jelent meg: Kegye A., Takács S., Ries B., Zana Á., Hegedűs K. (2018): A szakmai élet minőségét mérő kérdőív (Professional Quality of Life Scale) magyar változatának validálása. Orvosi Hetilap, 159:1441–1449. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31126>

Satisfaction and Fatigue Test) változott. A folyamatos fejlesztés eredményeképpen jött létre az 1990-es évek végére a Professional Quality of Life Scale [118, 147], amely folyamatos fejlesztés alatt áll. Jelenleg az ötös változatot használják (ProQOL5 English, [https://proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English.pdf](https://proqol.org/uploads/ProQOL_5_English.pdf), lásd 3. melléklet). A négyes és/vagy ötös verziót eddig huszonnyolc nyelvre fordították le, köztük szerepel az általunk validált magyar változat is ([https://proqol.org/uploads/ProQOL\\_Hungarian.pdf](https://proqol.org/uploads/ProQOL_Hungarian.pdf), lásd 4. melléklet). A mérőeszköz harminc tételből áll. Három alszkálája – az együttérzésből eredő elégedettség, a kiegészés és a másodlagos traumatizáció – tíz-tíz tételt tartalmaz. A válaszadók minden tételnél az előző harminc napban tapasztalt gyakoriságot jelölik egy ötfokú, Likert-típusú skálán a soha (1) és a nagyon gyakran (5) végpontok között. Az alszkálák értékelésekor a magasabb pontszám súlyosabb állapotot jelez. A publikálási adatok alátámasztják a mérőeszköz belső megbízhatóságát (Cronbach-alfa) az alszkálák esetében: az együttérzésből eredő elégedettségre vonatkozó skála esetében 0,88, a kiegészésre vonatkozó skála esetében 0,75, a másodlagos traumatizációra vonatkozó skála esetében pedig 0,81. A mérések jó keresztvaliditást mutatnak, ami arra utal, hogy az alszkálák valóban jól elkülönülnek egymástól [118]. Az eredeti kérdőívben a három alszkálát úgy alakították ki, hogy az együttérzésből eredő elégedettséget és a másodlagos traumatizációt mérő tételek külön alszkálát képeznek, míg a kiegészésre és az együttérzésből eredő kifáradásra vonatkozó tételeket a kiegészést mérő alszkála foglalja magában:

1. Együttérzésből eredő elégedettségre vonatkozó alszkála: Azt mutatja, hogy az embert öröm tölti el, ha képes a munkáját jól végezni, és másoknak segítséget nyújthat munkája során. Jó érzésekkel viseltetik kollégái iránt, és elégedett azzal, hogy tevékenysége társadalmilag is hasznos. Magasabb pontszáma a segítőszakmában való hatékony működésre utal.
2. Kiegészésre vonatkozó alszkála: A kiegészés a gondoskodás negatív hatásainak egyik eleme, melyhez a reménytelenség érzése, a munkavégzés nehézsége és alacsony hatékonysága társul. Szoros összefüggést mutat az együttérzésben való kifáradással (CF). A negatív érzések fokozatosan alakulnak ki, és azt tükrözik, hogy az erőfeszítés hiábavaló és eredménytelen, amit tetézhetsz a magas munkaterhelés, illetve egy nem megfelelően támogató munkahelyi környezet. A skálán elért magasabb pontszám a kiegészés magasabb kockázatát mutatja. Ez az alszkála öt fordított tételt tartalmaz: 1, 4, 15, 17, 29.

3. Másodlagos traumatizációra vonatkozó alszála: az együttérzésben való kifáradás (CF) másik komponense. A másodlagos traumatizáció – a más emberek traumás élményeihez kapcsolódó szekunder tapasztalat – általában gyorsan alakul ki, és egy bizonyos eseményhez kapcsolódik. Tünetei lehetnek a félelem, alvászavarok, tolakodó képek, valamint minden, az adott eseményre emlékeztető személy, tárgy, emlék stb. elkerülése. A magasabb pontszám esetén érdemes megvizsgálni a munka és a munkakörnyezet által keltett érzéseket, különös tekintettel az ellátottak traumatikus élményeivel összefüggő, aggodást, ijedtséget kiváltókra. Az alszálon az átlagos pontszám 50 (SD = 10) [118].

A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Kérdőívek (ProQOL 4. és 5. verziói) pszichometriai tulajdonságainak vizsgálata az elmúlt tíz évben került a kutatások fókuszába. A vizsgálatokat izraeli [145], spanyol és brazil [143], kanadai és ausztrál [145], olasz [148], lett [149], kínai [150], palliatív ellátásban és az egészségügy más területein dolgozó szakemberek – például szociális munkások és traumával foglalkozó szakemberek – adataival végezték. A módszertani különbözőségek és a minták sokszínűsége ellenére a tanulmányok közös megállapításokra jutottak. Ezek közül az egyik az, hogy míg a CS-itekek általában külön alszállára töltődnek, és kielégítő megbízhatósági szintjük van, addig az STS- és a BO-itekek különböző módon oszlanak meg. A fordított tételek is az elégedettségi skálákhoz kerültek [17, 145].

### ***3.2.2. A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése***

Miután a szerzőktől engedélyt kaptunk a skálák használatára, az eredeti, harminctételes változatot három független fordító magyarra fordította, majd a kutatócsoport által közösen kialakított verziót egy angol fordító visszafordította angolra. Az eredetivel így összevetett fordításból alakítottuk ki a magyar változatot, amelyet harminckilenc egyetemi hallgató tesztelt nyelvileg, a tartalom tekintetében és a kitöltés nehézsége szempontjából. A kitöltés tapasztalatai alapján megtörtént a magyar változat véglegesítése, és ezt használtuk a továbbiakban (lásd 4. melléklet) [137].

### ***3.2.3. A minta- és kérdőívfelvétel körülményei***

A felmérésbe a magyarországi hospice ellátásban alkalmazottakat – orvosokat, nővéreket, egyéb szakdolgozókat, mint például gyógytornászokat, dietetikusokat, szociális munkásokat – és önkénteseket vontuk be. A kérdőíveket 2016. áprilistól júniusig kizárólag nyomtatott formában, kongresszuson, tudományos ülésen és személyes egyeztetés után a szolgáltatókhoz postai úton eljuttatva is elérhetővé tettük. Az adatgyűjtés során 188 főtől kaptunk vissza értékelhető kérdőíveket. A nők ( $n = 162$ ) és a férfiak ( $n = 26$ ) megoszlási aránya 86,2% : 13,8% volt. A résztvevők átlagéletkora 46,56 év volt ( $SD = 10,8$  év, terjedelem: 23 – 78 év).

### ***3.2.4. A „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek szakmai életminőségének felmérése” kérdőív***

A megkérdezett szociodemográfiai adatok között a válaszadók neme, életkora, legmagasabb iskolai végzettsége, a hospice-ban betöltött munkaköre és a munkavégzés ellátási formája szerepelt.

A vizsgálatban a ProQOL5 kérdőív [118] mellett a korábbi vizsgálatunkban is használt, a Hungarostudy életminőség-kutatásokban [119–121] már bemért mérőeszközök – Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőív [123, 131], Beck Depresszió Kérdőív [129, 130] és WHO Jóllét Kérdőív [122, 123] – rövidített változatait, valamint a CES-D Depresszió Szűrő Kérdőívet [133, 136] használtuk. A felhasznált kérdőívek részletes leírását a 2. táblázat tartalmazza. A „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek szakmai életminőségének felmérése” kérdőívet az 5. mellékletben mutatom be.

### ***3.2.5. A statisztikai adatfeldolgozás lépései***

A statisztikai elemzésekhez IBM SPSS 23.0© (International Business Machines Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) programcsomagot használtunk. MANCOVA elemzést végeztünk.

A mérőeszköz belső struktúrájának feltárásához faktoranalízist (főkomponens-elemzés és varimax rotáció [principal component analysis és varimax rotation]) végeztünk. A faktorelemzéssel feltárt, majd megalkotott harminctételes, a Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Kérdőív alskáláinak reliabilitását a tételek belső konzisztenciáját mutató Cronbach-alfa együttható kiszámításával vizsgáltuk. A feltáró (explorative) elemzés által

adott faktorok (három- helyett hétfaktoros modell) olyan eltérést mutattak az eredeti, háromfaktoros modelltől, amely teljesen indokolatlanná tette a háromfaktoros modellel a megerősítő (confirmative) faktorelemzést. Végül elkészítettük azt a négy skálát, amely megfelelő Cronbach-alfa-értékekkel rendelkezett a további vizsgálatokhoz.

Az alskálák külső validitásának ellenőrzése során a korábban lezajlott magyarországi életminőség-kutatásokban már bemért, standardizált kérdőívek skáláival, valamint a CES-D Depresszió Szűrő Kérdőívvel való összehasonlításhoz és a Pearson-féle korrelációs együtthatók értelmezéséhez Cohen meghatározását vettük alapul: 0,3 alatt gyenge, 0,3 és 0,7 között közepes erősségű, 0,7 felett erős [151]. A megfelelő külső, illetve belső stabilitással bíró skálák esetében ismertetjük az általunk felvett mintán elért átlagos pontszámokat, valamint szóródási mértéket (szórás) [137].

A nemzetközi vizsgálatokkal való összehasonlíthatóság érdekében létrehoztuk a három eredeti alskálát is. A csoportok összehasonlításához több szempontos (ko)varianciaanalízist alkalmaztunk nemre, szakmai életminőségre, életkorra, végzettségre (életkorra korrigáltunk [kovariáns változó], míg csoportosító változóként figyelembe vettük a nemet, a végzettséget és a szakmai életminőséget). Minden esetben vizsgáltuk a csoportosító változók főhatásait, illetve azok páronkénti/hármas interakciós mutatóit [151].

### **3.3. Pozitív erőforrásaink: a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram kidolgozása és a tapasztalatok kvalitatív, fókuszcsoportos elemzése**

Kutatócsoportunk a hospice-ban dolgozó nők jóllétét befolyásoló tényezők azonosítása során – többek között – azt találta, hogy az erősebb koherenciaérzés a szubjektív stressz, a depresszív tünetek és a vitális kimerültség alacsonyabb mértékét jelzi előre [152]. A pozitív pszichológia a stressznek kitett, de egészséges személyek vizsgálata révén ráirányította a figyelmet a stresszel szemben védelmet biztosító személyiségtényezőkre, köztük az Antonovsky által definiált koherenciaérzésre. A koherenciaérzés a gyermekkori élmények által formált beállítottság, az értelmes életben való hit. A személynek a kihívásokkal szembeni válaszképességét jellemzi, és fejleszthető [108, 113, 115]. Kiseb változások, fejlődés idősebb korban is előfordulhat, például a munkahelyi körülmények következtében [153].

A kvalitatív módszerek – köztük a fókuszcsoporthoz – során elsősorban nem a számszerű adatok gyűjtése a cél, hanem azok főként a vélemények, tapasztalatok elemzésére irányulnak, és a kutatott terület részletesebb, minőségi megismerését teszik lehetővé. A kvalitatív kutatások esetében a megkérdezettek száma alacsonyabb, a kis elemszám miatt a kérdőívvezetés kevésbé kifejező. Az interaktivitás, rugalmasság és reflexivitás jellemző ezekre a kutatásokra, a csoportfolyamatok központi témái és a kérdésekre adott válaszok változatosabbak, a vélemények és tapasztalatok jellemzően mélyebbek és részletesebbek [154, 155]. A kvalitatív stratégia alkalmazása mellett szívesen továbbá, hogy a témát összefüggéseiben, egyediségében és saját természetes közegében vizsgáljam, és hogy a koherenciaérzés fejlesztése a hospice munkában eddig kevésbé kutatott terület [156]. Így kevert módszerű kutatásunk következő lépéseként kvantitatív kutatási eredményeink – amelyek szerint a koherenciaérzés a munkahelyi stresszel szembeni védőfaktor, és magasabb szintje magasabb jólléttel jár – és a szakirodalmi áttekintés (1.3.3.4. alfejezet) alapján kvalitatív vizsgálatot végeztem. Ehhez egy, a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogramot dolgoztam ki, majd a beavatkozás hatékonyságának megismeréséhez és a hosszabb távú alkalmazás tervezéséhez az érintettek tapasztalatait és véleményét, valamint a jóllét és a pályán maradás egyéni és munkahelyi szempontjait fókuszcsoporthoz elemzéssel vizsgáltam.

### ***3.3.1. A tréningprogram kidolgozása***

A program kidolgozását előkészítő szakirodalmi áttekintés során a munkahelyi egészségfejlesztés területén találtam olyan programokat, amelyek célja a nemkívánatos stresszorok csökkentése és a dolgozók megbirkózási képességének erősítése. Ezek a képzések kitérnek a koherenciaérzés kulcskomponenseire: az értelmes életben való hitre, a problémamegoldás iránti orientációra, a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásának képességére is. A gyakorlatok kidolgozásában a koherenciaérzés (SOC) általános – életre vonatkozó – jellemzőit a munkára fókuszálva fogalmaztam meg, és a munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó oktatási anyag következő szempontjait [153], illetve a témában jártas szakemberek javaslatait tartottam szem előtt:

- Olyan célokat tűzzünk ki, amelyeket érdemes elérni.
- A problémákat tekintsük inkább kihívásnak, mint tehernek.

- A megterhelő szituációkat keretezzük át, a problémákat fogalmazzuk át kihívássá.
- A stresszel való megküzdési forrásokat, protektív tényezőket találjuk meg és mobilizáljuk.
- Azonosítsuk és tudatosítsuk azokat a munkahelyi jellemzőket, amelyek a koherenciaérzést és az egészséget fejlesztő tényezők.

Kiscsoportos formát terveztem – maximum tizenöt fő részvételével –, figyelembe véve a teamek méretét és igényeit, illetve az önismereti, valamint a súlyos betegekkel, haldoklókkal való munka személyes érzéseket, gondolatokat előhívó jellegét. Fontos szempont volt továbbá a kiscsoportos környezetnek a csoporttagok spontán megnyilatkozásait serkentő hatása, illetve a tapasztalatok, vélemények megosztásának ösztönző hatása a többi csoporttag saját gondolatainak kifejezésére [155]. Azt terveztem, hogy a közös megbeszélések során a válaszokat flipcharton gyűjtjük össze, ezzel is reflektálásra, a közös problémák, kihívások, erősségek megfogalmazására és a megbirkózási stratégiák kidolgozására inspirálva a csoporttagokat.

Fontos szempont volt, hogy a csoportvezető a tréningcsoportok esetében a programot kidolgozó, a kommunikációs és önismereti csoportok vezetésében, a hospice-palliatív ellátásban és az oktatásban is szakmai tapasztalattal rendelkező szakember legyen.

A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram leírását a 3. táblázat foglalja össze.

### 3. táblázat. A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram tematikája

Esemény	Idő	Forma	Tevékenység	Elméleti háttér (1.3.3.4. alfejezet)
Bevezetés, témára hangolódás, edukáció.	20 perc	Egész csoport	Rövid előadás a koherenciaérzés fogalmáról, a hospice munkában való jelentőségéről és a témához kapcsolódó korábbi kutatási eredményeinkről.	Melvin az együttérzésből eredő kifáradással (CF) és a másodlagos traumatizációval (STSD) kapcsolatosan felhívta a figyelmet az edukáció jelentőségére a kockázati tényezők és a megküzdési stratégiák ismertetésében is [93]. Lindström és Erikson alapján a tudatosság növelése hozzájárul a megküzdési készségek és a munkaképesség növeléséhez [113].

Szünet	10 perc		A tér átrendezése csoportmunkához.	
Csoportmunka bevezető köre.	30 perc	Egész csoport	Bemutatkozás, ismerkedés, visszajelzések az előadással kapcsolatban.	
1. feladat <i>1. lépés</i> A munka pozitív-negatív aspektusainak átgondolása, képek kiválasztása.	5 perc	Egyéni	Húsz darab – a hospice témájához kapcsolódó – fotóból (lásd 6. melléklet) kettő kiválasztása: az egyik a hospice munka pozitívumaihoz, a megerősítőkhöz, a másik a negatívumokhoz, a nehézségek-hez kapcsolódóan.	A feladat célja a ráhangolódás erősítése.
2. lépés A pozitív aspektusok megbeszélése, flipcharton való összegyűjtése.	20 perc	Egyéni	A kiválasztott kép segítségével a munka előnyeinek, örömeinek, értelmének, jelentőségének, a személyes célok minél konkrétabb megfogalmazása, amiért érdemes ezt a munkát végezni. Két mondatkezdés – „A munkámnak egyértelmű célja van...” és „Nagyon fontos jelentést találtam a munkámban...” – segíti egyéni szinten a munka céljának, értelmének pontos meghatározását.	A koherenciaérzés az egyént érő ingereknek az érzelmi-kognitív észlelését jelenti: előre jelezhetőnek és megérthetőnek tartja-e a vele történeteket, megtalálja-e az értelmet, a célt, amiért érdemes befektetni az erőforrásait [153].
3. lépés 1. feladat A negatív aspektusok megbeszélése, flipcharton való összegyűjtése.	15 perc	Egyéni	A témához kiválasztott képek segítségével a munka nehézségeinek, a legjellemzőbb stresszorok minél konkrétabb azonosítása.	A koherenciaérzésnek a stresszel való megküzdési források feltérképezésének és mozgósításának irányításában van szerepe [157].
2. feladat A táblán összegyűlt nehézségek közül a legtöbb csoporttagot érintő, közös gond kiválasztása, a hozzá kapcsolódó érzések, gondolatok, emlékek részletesebb megbeszélése.	20 perc	Egész csoport	A gyakorlat során megkeressük a protektív tényezőket, erőforrásaikat, a megküzdési stratégiák alkalmazási lehetőségeit. Bátorítjuk a bizakodó megközelítéseket, az események pozitív oldalának aktív keresését a szervezet vezetőinek támogatásával, a negatív tapasztalatok – különösen amikor nem tudtak többet tenni – önvád nélküli elfogadását. Majd közös brainstorming a perspektívaváltás, átkeretezés gyakorlására: a nehézségekre, mint tapasztalatokra, kihívásokra, megoldandó feladatokra tekinteni, azokban értelmet találni.	A kiscsoportos munka során a tagok az egymás válaszaikra adott reflexiók során kidolgozzák közös igényeiket és a kapcsolódó legmeghatározóbb megoldásokat [154]. A koherenciaérzés egyik kulcskomponense a problémamegoldás iránti orientáció, és a kihívásokkal szembeni válaszképességet jellemzi. Az értelmesség a koherenciaérzés motivációs eleme, amely azontúl, hogy érzelmileg és kognitívan is értelmet talál, a problémák legalább egy részét inkább kihívásnak, mint nehézségnek tekinti [153].
Szünet	20 perc			



3. feladat A saját és a többiek munkájáról, a szervezetről minél több jellemző, információ összegyűjtése.	70 perc	Kis- csoport	A feladatot a csoporttagok munkahelyi szerepeinek perspektívájából, iránymutató kérdések mentén dolgozzák fel: - Mennyire becsülik meg a munkájukat? - Mennyire érzik biztosnak az állásukat? - Mennyire túl- vagy alulterheltek? - Milyenek érzik a munkahelyi támogatottságukat? - Melyek a közös értékeik? A táblára felírt közös értékeket a csoportzárás idejére megtartjuk.	Magas SOC olyan élmények során alakul ki, melyekre az állandóság, a túl- és alulterhelés egyensúlya, a döntésekben való részvétel lehetősége, bizalomteli kapcsolatok és a közös értékek jellemzőek. A koherenciaérzést erősítő további munkahelyi sajátosságok: az önkifejezés lehetősége, a munka és a munkahely társadalmi és egyéni megbecsültsége, a szervezetnek és az abban elfoglalt saját helyzet ismerete, a munkahely átfogó céljairól, terveiről való tájékozottság, az állás biztonsága, illetve az, hogy a munkahely biztosítja-e dolgozói számára a megfelelő környezetet és eszközöket, erőforrásokat és a hatékony társas támogatást [153].
Csoportzárás.	30 perc	Egész csoport	- A csoportmunkával kapcsolatos tapasztalataik összefoglalása. - A perspektíva-váltási, átkelezési gyakorlat alkalmazásának lehetőségei a későbbi munkában. - Az esetmegbeszélések során: tudatosan megtalálni az értelmet, a kihívást a felmerülő problémában. - A fókuszcsoporthoz időpontjának és a személyes részvétel megerősítése.	

### 3.3.2. A fókuszcsoporthoz bemutatása

A fókuszcsoporthoz a kvalitatív kutatási módszerek egyik jellegzetes formája, mely az elmúlt két évtizedben a piackutatás területéről indulva vált egyre szélesebb körben alkalmazott módszerré. Definíciója alapján „olyan kutatási módszert jelent, melynek során az adatok úgy keletkeznek, hogy a kutatás alanyai csoportosan kommunikálnak egy adott témáról” [158]. A csoportok fókuszáltak abban az értelemben, hogy a résztvevők egy vagy néhány jól körülhatárolt témára, problémára koncentrálnak. Az egy alkalomra létrejött csoporton belüli interakciók segítségével a résztvevők szükségleteinek felmérésére, javaslataik, véleményük megismerésére, programok megtervezésére,

hiányosságok feltárására alkalmazható módszer. Előnyei, hogy informatív, gyors, költségkímélő, és az interakciók hatására a tréningprogrammal kapcsolatos új nézőpontok is a fókuszba kerülhetnek. Általában hat-tizenkét fős, a vizsgált téma szempontjából célzott mintát alkalmaznak [154, 155, 158].

Jelen fókuszcsoporthoz tartozó kutatásom fókuszában a korábbi koherenciaérzést fejlesztő tréningprogrammal kapcsolatos tapasztalatok, vélemények, érzések álltak. A hospice munkában nagy tapasztalattal rendelkező résztvevők egy-egy csoportjával való kommunikáció során betekintést nyerhettem munkájuk pozitív és negatív aspektusaiba, egyéni és közös értékeikbe, a munkahelyi stressz kezelésének módjaiba, a jóllétet és a pályán maradáshoz vezető gondolataikba.

*A fókuszcsoporthoz tartozó interjú keretei:* A fókuszcsoporthoz tartozó interjúkat a tréningprogramok után két héttel kerültek felvételre, és alkalmanként másfél óra időtartamúak voltak. Kettős vezetést alkalmaztunk. A fókuszcsoporthoz az úgynevezett moderátor vezette, aki esetünkben a kutatócsoportunk oktatásában, önismereti, kommunikációs és kiképzőcsoportok vezetésében jártas tagja volt. A moderátor kiválasztásakor a szakmai jártasságon kívül a neutralitás is jelentős szempont volt, ő a korábbi tréningprogramokon nem vett részt. A moderátor egyrészt a félig strukturált kérdőív alapján feltett kérdéseivel biztosítja, hogy a résztvevők a témára fókuszáljanak, másrészt ösztönzi a csoport tagjai közötti oldott légkörű, szabad és nyitott beszélgetés, véleménycsere kialakulását. A másik vezető – aki a programot kidolgozó és levezető kutató – feladata a kép- és hanganyag rögzítése, az időkeretek betartatása [155, 158].

A kvalitatív kutatás elengedhetetlen része az adatok tervezett, folyamatos és visszakövethető rögzítése [159], ezért az interjúkról hang- és képi felvételek (videó) készültek [158] a résztvevők anonimitásának biztosításával, szóbeli beleegyezésük után.

*Kérdéscsoportok, a vezérfonal kidolgozása:* A félig strukturált kérdőív alapján a kutatott terület főbb témáira kérdeztünk rá. A kutatási témával kapcsolatos vélemények, tapasztalatok minél részletesebb kifejtését több, egymásba fonódó kérdésblokkal serkentettük, mélyítettük. A beszélgetés vezérfonalát meghatározó nyitott kérdéseket készítettünk, amelyek szóhasználatát előre nem rögzítettük. A moderátor a kérdések megfogalmazásakor a válaszadók stílusához, a beszélgetés menetéhez alkalmazkodott, mindezzel lehetőséget biztosítva, hogy a csoport határozhassa meg a beszélgetés irányát. A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetéseket homokóra-technikát használtunk: a bevezetés, a csoport

oldottabb légkörének megteremtése után a kutatási témákra összpontosítva elmélyítettük a beszélgetést, majd a csoportzárás előtt a témát az általános szintre hoztuk vissza [154].

*A fókuszcsoport vezérfonala:*

1. Demográfiai profil felvétele: életkor, nem, foglalkozás, beosztás. A résztvevőket számmal és keresztnévvel jelöltük. Szóbeli beleegyezés a videó készítésébe és anonim felhasználásába.
2. Ráhangelődés: az első asszociációk gyűjtése a korábbi programról. Az érzések, gondolatok kifejezését a „Milyen virágra hasonlít? Miért pont arra a virágra?” kérdések segítették.
3. Kérdéslánc:
  - Felidézésre került, miről szólt a két héttel ezelőtti csoportmunka, és milyen gyakorlatok voltak.
  - Kire mi gyakorolt hatást? Véleményük szerint mi volt a leginkább szimpatikus/hasznos gyakorlat, és melyik volt a legkevésbé az?
  - Tudták-e alkalmazni, és ha igen, akkor hogyan alkalmazták a gyakorlatokon elhangzottakat? Tudnak-e példát mondani?
  - Szerintük mi volt a tréning célja? Mit jelent számukra az „élet/munka értelmében való hit”?
  - A gyakorlatok mennyire segítették elő az alábbiak megvalósulását:
    - az életben/munkában való kiteljesedés,
    - élet/munka hatékony irányítása,
    - életminőség javítása,
    - pályán maradás?
4. Összegzés, zárás:
  - Mit lehetne, érdemes változtatni a tréningen?
  - Hasznos-e, fontos-e, szeretnék-e megismételni a programot, illetve ha igen, milyen gyakorisággal?

### **3.3.3. A mintafelvétel körülményei**

A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogramok és a fókuszcsoporthoz 2018. február 20. és április 11. között zajlottak le. Két hospice csoport, egy intézményi és egy otthonápolási csoport szakemberei vettek részt a programban. A tréningprogram és a fókuszcsoporthozos beszélgetés között mindkét esetben két hét telt el. Az intézményi dolgozókkal az első csoportmunka kétnapos csapatépítés keretében egy vidéki rehabilitációs és oktatási központban, a fókuszcsoporthozos interjú az intézmény csoportszobájában valósult meg. Az otthonápolási csoporttal mindkét alkalommal az alapítvány székhelyén találkoztam.

### **3.3.4. A résztvevők bemutatása**

A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogramon az intézmény dolgozói közül tizenegy ápolónő és egy orvos (n = 12 fő) – az átlagéletkor 49,33 év (SD = 11,08 év; terjedelem: 29–66 év) –, az otthonápolási csoport munkatársai közül hat ápoló, egy orvos, egy gyógytornász, egy dietetikus és egy önkéntes (n = 10 fő) – az átlagéletkor 47,5 év (SD = 9,58 év; terjedelem: 29–60 év) – vett részt. A nő-férfi arány az első esetben 11 : 1, a második csoportban 8 : 2 volt.

A fókuszcsoporthozos beszélgetéseken az intézményből hat ápolónő – az átlagéletkor 50,5 év (SD = 10,44 év; terjedelem: 40–66 év) –, az otthonápolási csoportból összesen három fő – egy ápoló, egy orvos és egy dietetikus (nő-férfi arány: 2 : 1), az átlagéletkor 48,33 év (SD = 11,50 év; terjedelem: 37–60 év) – vett részt.

A szociodemográfiai tényezők –kor, nem, iskolai végzettség és a vizsgált témában való jártasság – alapján a résztvevők a kutatás céljai szempontjából érintettek és hasonlóak voltak, homogén fókuszcsoporthoz jöttek létre.

### **3.3.5. A tartalomelemzés módszerének leírása**

A fókuszcsoporthozos vizsgálat következő lépése a tartalomelemzés, melyhez a rögzített adatok átláthatóvá és elemezhetővé tétele érdekében a hanganyagból szó szerinti leírás készült. Mivel elsősorban a résztvevők tapasztalatainak és véleményeinek elemzését és kevésbé a metakommunikáció és csoportdinamikai folyamatok vizsgálatát terveztem, ezért az átírás és a tartalomelemzés során a szöveg pontos leírására helyeztem a hangsúlyt, kevésbé a csoportmunka kontextusára [156].

A tartalomelemzés során atipikus történetek, vélemények, szóhasználatok, jellemző kifejezések felkutatására elsősorban vertikális elemzési stratégiát választottam, a két csoport leírásait a vezérfonal főbb csomópontjait követve külön-külön elemeztem. A két csoport különbözőségeinek és hasonlóságainak vizsgálatára horizontális stratégiát – fókuszcsoporthoz összehasonlítást a vezérfonal fő témái mentén – is alkalmaztam [154, 159].

Ismereteinkből és tapasztalatainkból eredő előfeltevéseink hatással vannak a kutatás megtervezésén túl megfigyeléseinkre, az interjúhelyzetekre, a feltett kérdésekre és a válaszok értelmezésre. Kvalitatív vizsgálatokban az „objektivitás” pártatlanságot, értéksemlegességet jelent a teljes körű elemzés során. Módszertani előny, és az adatok, értelmezések megbízhatóságát és hitelességét növeli, ha a nyers adatokat több ember elemzi – például kutatók, interjúalanyok, más kollégák –, csökkentve a prekoncepciók mentén kialakuló „vakfoltok” esélyét [159]. A szöveg elemzésénél és kódolásánál fontos a moderátor részvétele is, megfigyeléseinek, tapasztalatainak megosztása. A közös munka lehetővé teszi a kutatói reflexivitást – kritikus viszonyulást a kutatás tervezése, levezetése, továbbá a tapasztalatok és az eredmények tekintetében –, valamint az egyes változók és kódolandó kategóriák alapos megbeszélését [154, 156]. A szöveg elemzését, a kódolást és a kategorizálást kutatócsoportunk három tagja végezte: a tréningprogram kifejlesztője és vezetője, a fókuszcsoporthoz moderátora és egy – a témában nagy tapasztalattal bíró – kutató, aki a vizsgálat megvalósításában nem vett részt.

A kódolási folyamat, az elemzési egységek – kódok – kialakítása Szokolszky Ágnes 2006-ban megjelent instrukcióit követve több lépésben valósult meg [156]. Első lépésként a szöveg leíró elemzését egyénileg végeztük, majd közös munka során egyre átfogóbb kategóriák megformálásával közelítettünk a vizsgálandó változókhoz, végül egyértelmű kódokat alakítottunk ki. Utolsó lépésként a feltevéseknek és a kódoknak megfelelően egységes kategóriákat alakítottunk ki (4. táblázat).

Mindezek ismeretében megkerestem azokat a csomópontokat, amelyek a hipotéziseknek megfeleltek, és amelyeket elemezhetőnek gondoltam. A kvalitatív kutatások esetén az értelmezések gyakorisági összehasonlításra, csoportosításokra alapulhatnak.

**4. táblázat. Az elemzett kategóriák és kódok összefoglalása**

<b>Kategóriák</b>	<b>Kódok</b>
A hospice munkával kapcsolatos saját érzések	Negatív aspektusok – stresszfactorok
	Pozitív aspektusok – védőfaktorok
Koherenciaérzés	Értelmesség <sup>4</sup>
	Kezelhetőség <sup>5</sup>
Koherenciaérzést fejlesztő tréning hatása	Koherenciaérzést fejlesztő munkahelyi körülmények
	Pályán maradás

Az alacsony elemszám miatt a két fókuszcsoport vertikális elemzését egyben végeztem, melyhez a kategóriák, kódok alapján egyszerű összeszámolást alkalmaztam – megnéztem, hány fő, hány alkalommal utalt rájuk a szövegekben –, és illusztrációként konkrét idézeteket gyűjtöttem az elhangzottakból [156, 159]. Horizontális elemzéssel – a hasonlóságok és különbségek alapján – egy-egy szembevető eredményt is vizsgáltam, illetve néhány helyen, ahol az érthetőség, az eredmények szempontjából hangsúlyosnak gondoltam, hozzáfűztem a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram és a fókuszcsoportok elemzése során szerzett saját tapasztalataimat is.

---

<sup>4-5</sup> A koherenciaérzés három eleme az érthetőség, az értelmesség és a kezelhetőség. Érthetőség: az egyén a belső és külső környezetében történő eseményeket értelmezni tudja. Értelmesség: az egyén a vele megtörtént életeseményeknek jelentőséget tulajdonít, inkább kihívásoknak, mint tehernek tekinti azokat, és fontosnak tartja a velük való megküzdést. Kezelhetőség: az egyén az eseményekre a rendelkezésére álló erőforrások segítségével megfelelően tud reagálni.

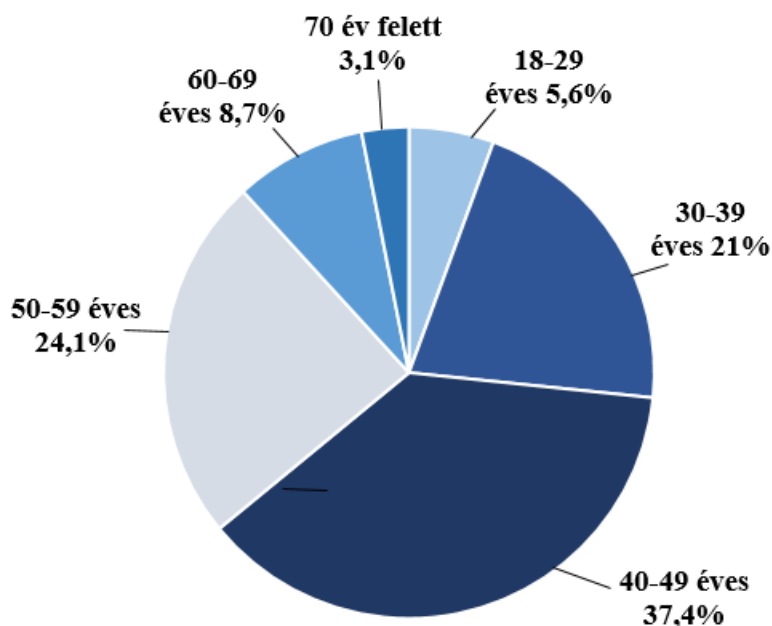
## 4. EREDMÉNYEK

### 4.1. A hospice dolgozók testi és lelkiállapotának felmérése

Doktori értekezésemben a 2013–2014-ben elvégzett keresztmetszeti, kérdőíves kutatásunk eredményeiből azokat az adatokat mutatom be, amelyek szorosan kapcsolódnak a hospice dolgozók elégedettségének és jóllétének témájához, és kulcsfontosságú szerepük volt a kutatás további alakulásában és kiteljesedésében.

#### 4.1.1. Szociodemográfiai adatok

A válaszadók szociodemográfiai jellemzőit és foglalkoztatási státusának részletes adatait az 5. táblázat mutatja be. A felmérésben résztvevők legtöbben a 40–49 éves korcsoportba tartoztak. A válaszadók életkori megoszlását a 9. ábra szemlélteti. Az összes résztvevő közel fele hospice ápolóként dolgozik.



#### 9. ábra. A válaszadók életkor szerint megoszlása (n = 195)

A válaszadók 12,3%-ának két, míg 48,2%-ának legalább három munkahelye volt (hiányzó adat: 3,1%). 38,5%-uk napi tizenkét órát vagy annál többet dolgozott. A válaszadók 47,2% öt évnél kevesebb ideje, 29,7%-a öt–kilenc éve, 16,4%-a pedig legalább tíz éve tevékenykedett életvégi ellátásban (hiányzó adat: 6,7%).

5. táblázat. A minta szociodemográfiai jellemzői

Változók		Teljes minta	Női dolgozók
Érvényesen kitöltők		<i>n</i> = 195	<i>n</i> = 179
Életkor (év) átlag (SD) [terjedelem]		46,04 (10,77) [23–76]	45,8 (10,46) [23–73]
Végzettség <i>n</i> (%)	Alapfokú	5 (2,6)	5 (2,8)
	Középfokú	63 (32,3)	61 (34,1)
	Felsőfokú	127 (65,1)	113 (63,1)
Családi állapot <i>n</i> (%)	Nőtlen, hajadon	39 (20,0)	36 (20,1)
	Házass	107 (54,9)	95 (53,1)
	Elvált	44 (22,6)	44 (24,6)
	Özvegy	5 (2,6)	4 (2,2)
Anyagi helyzet átlaga (SD) [terjedelem]		5,3 (1,64) [1–10]	5,2 (1,61) [1–9]
Foglalkozás <i>n</i> (%)	Ápoló (diplomás, hospice szak, egyéb szak, ápolási asszisztens)	82 (42,1)	79 (44,1)
	Önkéntes (nem eü.-i végzettségű, nem segítő foglalkozású)	21 (10,8)	21 (11,7)
	Pszichológus, lelkész, lelkigondozó, mentálhigiénés, pszichoterapeuta	24 (12,3)	20 (11,2)
	Koordinátor, adminisztrátor	18 (9,2)	16 (8,9)
	Szociális munkás	15 (7,7)	15 (8,4)
	Gyógytornász, dietetikus	11 (5,6)	11 (6,1)
	Orvos	13 (6,7)	8 (4,5)
	Hiányzó adatok	11 (5,6)	9 (5,0)
	Foglalkoztatás jellege <i>n</i> (%)	Fizetett alkalmazott	134 (68,7)
Önkéntes		60 (30,8)	50 (27,9)
Hiányzó adatok		1 (0,5)	1 (0,6)
Mióta dolgozik a hospice-ban <i>n</i> (%)	1–4 év	92 (47,2)	85 (47,5)
	5–9 év	58 (29,7)	55 (30,7)
	10–19 év	27 (13,8)	25 (14,0)
	20 éve vagy régebben	5 (2,6)	3 (1,7)
	Hiányzó adatok	13 (6,7)	11 (6,1)



#### 4.1.2. Testi egészségi állapot

A válaszadók közel fele (46,7%) számolt be arról, hogy a kitöltés időpontjában voltak testi fájdalmai (hiányzó adat: 0,5%). E testi fájdalmak 65,9%-ukat enyhén, míg 3,3%-ukat nagymértékben korlátozták a mindennapi tevékenységükben.

A fájdalom és egyéb testi tünetek tekintetében a válaszadók több mint egyharmadát érintő adatokat emeljük ki. Az elmúlt egy hónapban észlelt, kissé vagy nagyon zavaró testi tünetek közül válaszadóink leggyakrabban fáradtsággal, energiahiánnyal (64,1%) küzdöttek. A kitöltők főként derék- vagy hátfájdalomról (63,1%), a végtagok vagy ízületek fájdalmáról (51,8%) és fejfájásról (49,2%) számoltak be. Alvással kapcsolatos problémát 41%-uk, emésztéssel kapcsolatos zavaró problémák közül puffadást és hányingert a válaszadók 32,9%-a jelzett, hozzátevé, hogy azok nagymértékben korlátozzák a mindennapi tevékenységükben. Az eredményeket a 6. táblázatban részletezzük.

Az elmúlt egy évben kezelt betegségek és előfordult balesetek kapcsán az önbeszámolóval nyert adatok alapján az bontakozott ki, hogy a válaszadókat leginkább magas vérnyomás (20,2%), allergia (17,9%), reuma (12,3%), más izom- és csontrendszeri betegség (14,9%), gyomor- és bélrendszeri betegség – kivéve fekélybetegségek – (10,8 %) miatt kezelték kórházban vagy ambuláner. Az eredményeket a 7. táblázatban foglaljuk össze.

Önbevallása szerint a válaszadók 47,7%-a nem szenvedett semmilyen betegségben. A valamely betegségben szenvedők (n = 102) fele (51,0%-a) arról számolt be, hogy a betegsége korlátozza őt a mindennapi életében (37,3% esetében kis, 9,8% esetében közepes, 3,9% esetében jelentős mértékben). A válaszadók hasonló aránya (49,0%) pedig úgy ítélte meg, hogy a betegsége egyáltalán nem korlátozza őt a mindennapi életében. Az elmúlt évben a válaszadók 19%-a (n = 7) volt betegállományban (háromnegyedük legfeljebb tizennégy napig, egynegyedük tizennégy napon túl), míg 77,4%-a (n = 151) nem volt betegállományban (hiányzó adat: 3,6%; n = 7).

6. táblázat. Az elmúlt egy hónapban észlelt testi panaszok

Testi panaszok	Nem fordult elő	Előfordult			Hiányzó adatok
		Nem zavarta	Kissé zavarta	Nagyon zavarta	
	n (%)				
Fejfájás	64 (32,8%)	27 (13,8%)	54 (27,7%)	42 (21,5%)	8 (4,1%)
Mellkasi fájdalom	150 (76,9%)	13 (6,7%)	19 (9,7%)	5 (2,6%)	8 (4,1%)
Gyomorfájás	120 (6,51%)	14 (7,2%)	39 (20,0%)	12 (6,2%)	10 (5,1%)
Derék- vagy hátfájás	41 (21,0%)	29 (14,9%)	78 (40,0%)	45 (23,1%)	2 (1,0%)
Kar-, láb- vagy ízületi fájdalom	69 (35,4%)	19 (9,7%)	75 (38,5%)	26 (13,3%)	6 (3,1%)
Fájdalom, probléma szexuális együttlét során	166 (85,1%)	5 (2,6%)	9 (4,6%)	7 (3,6%)	8 (4,1%)
Szédülés	133 (68,2%)	9 (4,6%)	25 (12,8%)	4 (2,1%)	24 (12,3%)
Ájulás, elgyengülés	168 (86,2%)	4 (2,1%)	7 (3,6%)	7 (3,6%)	9 (4,6%)
Erős, szapora szívdobogás	123 (63,1%)	19 (9,7%)	34 (17,4%)	13 (6,7%)	6 (3,1%)
Nehézlégzés, légszomj	150 (76,9%)	9 (4,6%)	19 (9,7%)	5 (2,6%)	12 (6,2%)
Hányinger, puffadás, emésztési problémák	100 (51,3%)	19 (9,7%)	43 (22,1%)	21 (10,8%)	12 (6,2%)
Székrekedés vagy híg, gyakori széklet	131 (67,2%)	21 (10,8%)	23 (11,8%)	13 (6,7%)	7 (3,6%)
Fáradtság, energiahány	25 (12,8%)	42 (21,5%)	81 (41,5%)	44 (22,6%)	3 (1,5%)
Alvással kapcsolatos problémák	88 (45,1%)	22 (11,3%)	56 (28,7%)	24 (12,3%)	5 (2,6%)

7. táblázat. Az elmúlt egy évben kezelt betegségek és előfordult balesetek

Betegség, baleset	Nem kezelték	Kezelték		Hiányzó adatok
		Kórházban	Járóbetegként	
n (%)				
Allergia	153 (78,5%)	1 (0,5%)	34 (17,4%)	7 (3,6%)
Asztma	175 (89,7%)	2 (1,0%)	9 (4,6%)	9 (4,6%)
Más légzőszervi betegség	174 (89,2%)	1 (0,5%)	10 (5,1%)	10 (5,1%)
Magas vérnyomás	155 (79,5%)	1 (0,5%)	35 (19,7%)	4 (2,1%)
Szívbetegség	177 (90,8%)	5 (2,6%)	8 (4,1%)	5 (2,6%)
Agyérbetegség	184 (94,4%)	3 (1,5%)	3 (1,5%)	5 (2,6%)
Cukorbetegség	178 (91,3%)	3 (1,5%)	11 (5,6%)	3 (1,5%)
Májbetegség	181 (92,8%)	3 (1,5%)	4 (2,1%)	7 (3,6%)
Gyomor-, nyombélfekély	177 (90,8%)	2 (1,0%)	7 (3,6%)	9 (4,6%)
Más gyomor- és bélrendszeri betegség	165 (84,6%)	7 (3,6%)	14 (7,2%)	9 (4,6%)
Vesebetegség	177 (90,8%)	3 (1,5%)	6 (3,1%)	9 (4,6%)
Daganatos betegség	167 (85,6%)	3 (1,5%)	5 (2,6%)	20 (10,3%)
Reuma	163 (83,6%)	4 (2,1%)	20 (10,3)	8 (4,1%)
Más izom- és csontrendszeri betegség	161 (82,6%)	6 (3,1%)	23 (11,8%)	5 (2,6%)
Pszichiátriai betegség	174 (89,2%)	2 (1,0%)	14 (7,2%)	5 (2,6%)
Közlekedési baleset	186 (95,4%)	2 (1,0%)	3 (1,5%)	4 (2,1%)
Üzemi baleset	184 (94,4%)	2 (1,0%)	4 (2,1%)	5 (2,6%)
Otthoni baleset	180 (92,3%)	2 (1,0%)	7 (3,6%)	6 (3,1%)

#### 4.1.3. A lelki egészség aspektusai

A 8. táblázatban összefoglaljuk az alkalmazott skálák leíró adatait (átlag, szórás, belső megbízhatóság és megbízhatósági intervallumok), valamint összevetjük a rendelkezésre álló hazai adatokkal.

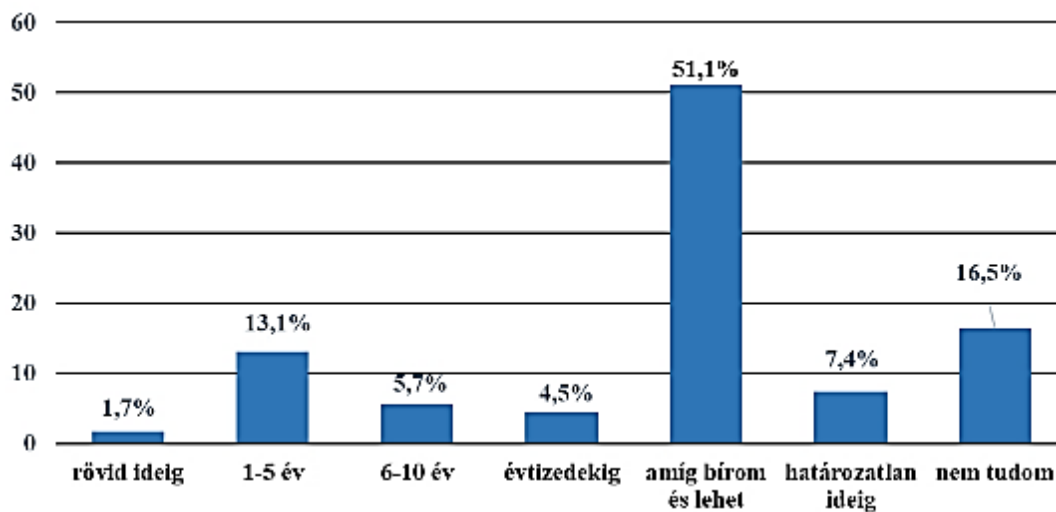
**8. táblázat. Az alkalmazott skálák leíró adatai és az átlagok összevetése a hazai adatokkal**

Változók	Cronbach- alfa [95% CI] ( <i>ítemek száma</i> )	Teljes minta (n=183–193)	Női al minta (n=168–177)	Hazai referencia- adatok
		átlag (SD)		
1. Jóllét (WHO-5)	0,82 [0,77; 0,86] (5)	9,0 [8,6; 9,4] (2,78)	8,9 [8,4; 9,3] (2,74)	Teljes minta: 7,8 (3,8) Nők: 7,4 (3,8) [123]
2. Koherenciaérzés (BSCI-LM-8)	0,72 [0,65; 0,77] (7)	10,5 [10,1; 10,9] (2,57)	10,4 [10,0; 10,9] (2,54)	Teljes minta: 13 (2,8) Nők: 11,4 (3,1) [125]
3. Munkahelyi túlvállalás (ERI-Q)	0,83 [0,79; 0,87] (6)	16,0 [15,3; 16,5] (3,86)	16,1 [15,3; 16,6] (3,89)	Teljes minta: 13,7 (3,71) Nők: 13,4 (3,80) [126]
4. Észlelt stressz (PSS)	0,87 [0,84; 0,90] (10)	26,5 [25,5; 27,5] (6,34)	26,6 [25,6; 27,6] (6,39)	Teljes minta: 15,7 (6,9) Nők: 16,4 (7,0) [121]
5. Depressziós tünetek (BDI)	0,86 [0,82; 0,89] (9)	11,8 [11,3; 12,4] (3,71)	11,9 [11,3; 12,5] (3,76)	Teljes minta: 7,88 (SE=0,1) Nők: 8,51 (SE=0,1) [160]
6. Alvászavar (AIS)	0,80 [0,76; 0,84] (5)	3,2 [2,7; 3,6] (2,76)	3,4 [2,8; 3,7] (2,77)	Teljes minta: 3 (SE=0,04) Nők: 3,52 (SE=0,06) [161]
7. Vitális kimerültség (MQ)	0,73 [0,66; 0,78] (5)	2,1 [1,9; 2,4] (1,66)	2,2 [2,0; 2,5] (1,64)	Teljes minta: 2,58 (SE: 0,02) Nők: 2,93 (SE:0,03) [160]

Megjegyzés: 95%-os CI = 95%-os megbízhatósági intervallum

A skálák belső megbízhatósága mindenütt meghaladja a minimálisan elvárt 0,7-es értéket. A mintaátlagok feltüntetésénél a pontbecslés mellett 95%-os megbízhatósági intervallum alkalmazásával intervallumbecslést is készítettünk, és ennek alapján vetettük össze a mintaátlagokat a referenciaadatokkal. Mivel a férfiak alulreprezentáltak voltak a mintánkban, a nőkre vonatkozó adatokra fókuszáltunk. Eredményeink szerint a hospice ellátásban dolgozó nők munkahelyi túlvállalása, észlelt stressz-szintje és depresszív tüneteinek mértéke a várakozásunknak megfelelően magasabbnak bizonyult, mint a hazai női populációnál mért adatok. A pszichológiai jóllét azonban a várakozásainkkal ellentétben magasabbnak, a koherenciaérzés pedig alacsonyabbnak mutatkozott a hazai átlagnál.

A válaszadók mintegy fele évtizedekig, illetve amíg csak képes rá, a hospice ellátásban szeretne továbbra is dolgozni (lásd 10. ábra).



**10. ábra. Meddig szeretnék a megkérdezettek a hospice-ban dolgozni**

Megjegyzés:  $n = 176$

#### **4.1.4. A hospice-ban dolgozó nők jóllétét befolyásoló tényezők: útelemzés**

A felmérésben részt vevő nők szociodemográfiai jellemzőit és foglalkoztatási státusának részletes adatait az 5. táblázat mutatja be. A válaszadók 12,8%-ának kettő, míg 47,5%-ának legalább három munkahelye volt (hiányzó adat: 2,8%). A válaszadók 36,9%-a legalább napi tizenkét órát dolgozott (hiányzó adat: 5,6%). A vizsgált pszichológiai

változók, az életkor, az észlelt anyagi helyzet leíró adatait és korrelációs együtthatóit a 9. táblázatban foglaljuk össze.

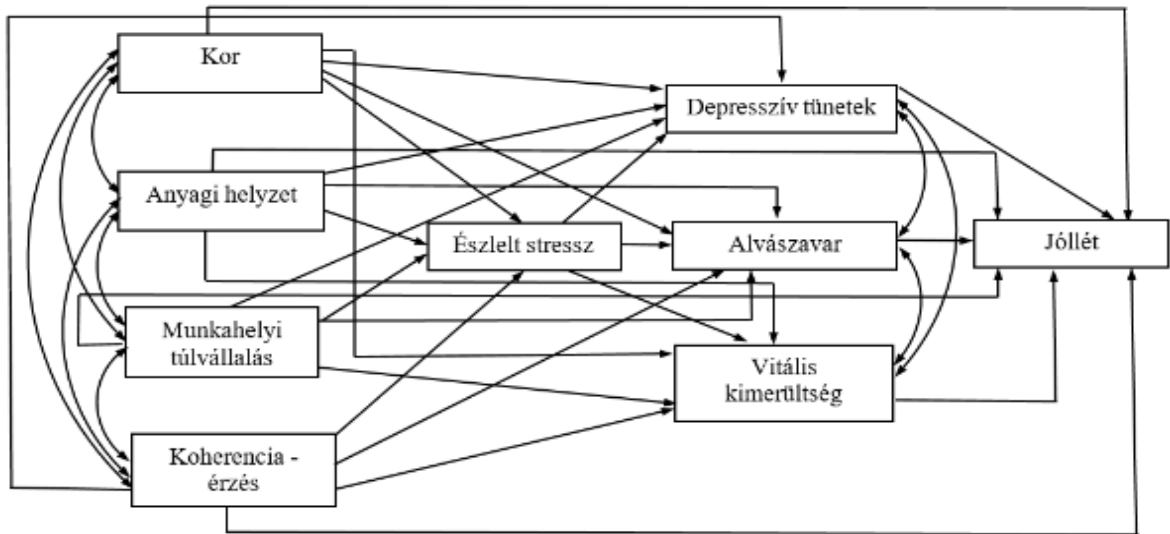
### 9. táblázat. A változók közötti korrelációs együtthatók

Változók	2. Koherencia- érzés	3. Munkahelyi túlvállalás	4. Észlelt stressz	5. Depressziós tünetek	6. Alvászavar	7. Vitális kimerültség	8. Életkor	9. Anyagi helyzet
1. Jólét (WHO-5)	0,36***	-0,37***	-0,70***	-0,50***	-0,47***	-0,66***	0,20**	0,21**
2. Koherencia- érzés (BSCI-LM-8)		-0,19*	-0,29***	-0,33***	-0,26**	-0,34***	-0,13	0,17*
3. Munkahelyi túlvállalás (ERI-Q)			0,49***	0,38***	0,39***	0,45***	0,03	-0,15*
4. Észlelt stressz (PSS)				0,57***	0,47***	0,67***	-0,13	-0,22**
5. Depressziós tünetek (BDI)					0,51***	0,57***	-0,04	-0,23**
6. Alvászavar (AIS)						0,52***	-0,17*	-0,21**
7. Vitális kimerültség (VKK)							-0,22	-0,21**
8. Életkor								0,03

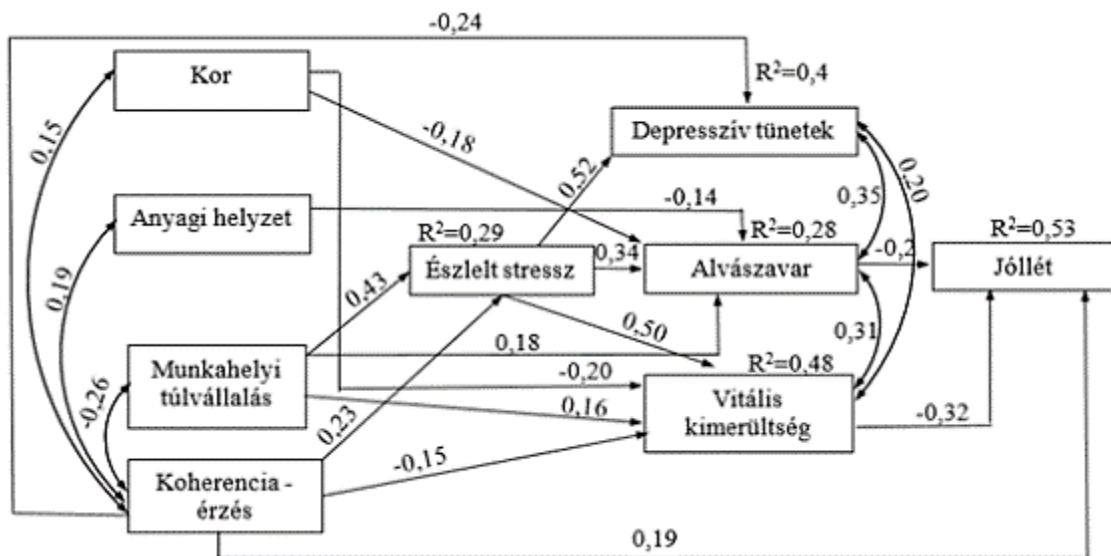
Megjegyzés:  $n = 168-179^*$ ;  $p < 0,05^{**}$ ;  $p < 0,01^{***}$ ;  $p < 0,001$  (A dőlt betűs értékek a Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók.)

Az útelemzés célja a jólét magyarázó változóinak vizsgálata volt. Elsőként a teljesen szaturált (azaz az összes lehetséges kapcsolatot feltételező) modellt teszteltük (11. ábra), ezért az illeszkedési mutatókat nem vizsgáltuk [139].

A következő lépésben a nem szignifikáns útegyütthatókat nullában rögzítettük, és teszteltük a trimmelt modell illeszkedését. A végső, trimmelt modell útegyütthatóit a 12. ábrán mutatjuk be.



11. ábra. Az előrejelző, a közvetítő és a kimeneti változók közötti összefüggéseket leíró teljesen szaturált modell



12. ábra. A végső, trimmelt modell útegyütthatói

Megjegyzés: Az ábrán csak a szignifikáns összefüggéseket tüntettük fel. Nyilak: szabványosított regressziós súlyok; dupla nyilak dőlt betűvel: kovarianciák. R<sup>2</sup>: magyarázott variancia. Csak a szignifikáns együtthatók ( $p < 0,05$ ) szerepelnek ( $\chi^2[10] = 15,1$ ;  $p = 0,128$ ; CFI = 0,987; TLI = 0,961; RMSEA = 0,053; CFit = 0,407; SRMR = 0,047).

Eredményeink szerint a rosszabb szubjektív anyagi helyzet pozitív irányú összefüggést mutatott az alvásproblémák jelenlétével. A munkahelyi túlvállalás pozitív irányú kapcsolatban állt az észlelt stresszel, a vitális kimerülés tüneteivel és az alvásproblémákkal. A fokozott koherenciaérzés az észlelt stressz, a depresszív tünetek és a vitális kimerülés alacsonyabb szintjével, valamint a jóllét magasabb szintjével jár együtt.

A koherenciaérzés emellett pozitív irányú kapcsolatot mutatott az életkorral és a szubjektív anyagi helyzettel. Az életkor negatív irányú kapcsolatban állt az alvásproblémákkal és a vitális kimerüléssel. A magasabb szintű észlelt stressz több depresszív tünetet, alvásproblémát és nagyobb mértékű vitális kimerülést jelzett előre, ugyanakkor a jólléttel csak tendenciaszintűnek bizonyult a negatív irányú kapcsolata ( $\beta = 0,23$ ;  $p = 0,096$ ). A depressziós tünetek mind az alvásproblémákkal, mind a vitális kimerüléssel pozitív irányú kapcsolatot mutattak. Az alvásproblémák ugyancsak pozitív irányú összefüggést mutattak a vitális kimerüléssel. Ezzel párhuzamosan az alvásproblémák és a vitális kimerülés nagyobb mértéke egyaránt a jóllét alacsonyabb szintjét jelezte előre.

A mediációs elemzés eredményei szerint az észlelt stressz szignifikánsan és teljes mértékben közvetíti a kapcsolatot a munkahelyi túlvállalás és a depresszív tünetek között (standardizált  $\beta = 0,22$ ;  $p < 0,001$ ), emellett szignifikánsan és részlegesen mediálja a túlvállalás és az alvásproblémák közötti (standardizált  $\beta = 0,15$ ;  $p < 0,001$ ), valamint a túlvállalás és a vitális kimerülés közötti (standardizált  $\beta = 0,21$ ;  $p < 0,001$ ) kapcsolatot. Gyenge, de szignifikáns indirekt utakra bukkantunk a munkahelyi túlvállalás és a jóllét között. Az egyik közvetett út a vitális kimerülésen keresztül vezet a túlvállalástól a jóllétig (standardizált  $\beta = -0,05$ ,  $p = 0,032$ ), egy másik az észlelt stresszen és az alvásproblémákon keresztül (standardizált  $\beta = -0,03$ ;  $p = 0,019$ ), míg a harmadik az észlelt stresszen és a vitális kimerülésen keresztül (standardizált  $\beta = -0,07$ ;  $p = 0,002$ ). Ugyanez a három, gyenge, de szignifikáns közvetett út megtalálható a koherenciaérzés és a jóllét között is (a vitális kimerülésen keresztül: standardizált  $\beta = 0,05$ ;  $p = 0,041$ ; az észlelt stresszen és az alvásproblémákon keresztül: standardizált  $\beta = 0,02$ ;  $p = 0,031$ ; végül az észlelt stresszen és a vitális kimerülésen keresztül: standardizált  $\beta = 0,04$ ;  $p = 0,004$ ). A fentiekén túl két további szignifikáns közvetett út is mutatkozott az észlelt stressz és a jóllét között. Az egyik az alvásproblémákon keresztül (standardizált  $\beta = -0,07$ ;



$p = 0,010$ ), a másik a vitális kimerülésen keresztül (standardizált  $\beta = -0,16$ ;  $p < 0,001$ ) vezetett.

A modell által megmagyarázott variancia az észlelt stressz esetében 28,6%, a depresszív tünetek esetében 40,9%, az alvász problémák esetében 28,2%, a vitális kimerülés esetében 48,0%, míg a jóllét tekintetében 53,1%. A trimmelt modell illeszkedési mutatói megfelelőek:  $\chi^2(10) = 15,1$ ;  $p = 0,128$ ; CFI = 0,987; TLI = 0,961; RMSEA = 0,053 (CFit = 0,407), SRMR = 0,047.

## **4.2. A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skála (ProQOL5) magyar változatának kifejlesztése, pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálata<sup>6</sup>**

### **4.2.1. Szociodemográfiai adatok**

Az adatgyűjtés során 188 főtől kaptunk vissza értékelhető kérdőívet. A nők ( $n = 162$ ) és a férfiak ( $n = 26$ ) megoszlási aránya 86,2% : 13,8% volt, tehát jellemző a nők felülreprezentáltsága, mint korábbi felmérésünkben (lásd 4.1.1.) és a segítőszakmákban általában. A résztvevők munkaköri megoszlása szerint a legtöbben ( $n = 94$ ) ápolóként, további harmincegy fő orvosként dolgozott. A további munkakörökről (például pszichológus, lelkesz, gyógytornász, koordinátor stb.) tíz vagy annál alacsonyabb esetszámban érkeztek válaszok, tehát a mintát kellően heterogénnek tekinthetjük. Munkahelyüket tekintve ötvennyolc fő kórházi hospice ellátásban, míg kilencvennégy fő otthoni hospice szakápolás keretében látta el feladatait. Iskolai végzettség tekintetében tizenegy fő alapfokú, nyolcvanegy fő középfokú, további kilencvenhat fő felsőfokú képzettségű volt.

---

<sup>6</sup> A ProQOL mérőeszköz pszichometriai vizsgálatának és faktorelemzésének eredményeit közlő publikációnk 2018-ban jelent meg: Kegye A., Takács S., Ries B., Zana Á., Hegedűs K. (2018): A szakmai élet minőségét mérő kérdőív (Professional Quality of Life Scale) magyar változatának validálása. *Orvosi Hetilap*, 159:1441–1449. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31126>

#### 4.2.2. A kérdőív pszichometriai mutatóinak ismertetése

A faktorelemzés során főkomponens-elemzést alkalmaztunk varimax rotáció mellett. A KMO-érték megfelelően magasnak bizonyult, a Bartlett-teszt szignifikáns eredményt adott (KMO = 0,829;  $\chi^2[435] = 1856,363$ ; SIG = 0,0000). Ennek értelmében tehát megfelelő volt az adatstruktúra a látens változók azonosítására. Esetünkben hét különböző faktort alkottak az adatok.

Minden változó kommunalitása meghaladta a 0,25-ös elvárható, minimális értéket, tehát változót nem kellett szelektálni a modellből (a legalacsonyabb kommunalitás 0,45 volt).

A hét faktor együttes magyarázóereje 60,318% volt, az első két faktor (rotáció után 12,94%-os és 12,47%-os rész-magyarázóerővel), a továbbiakra rendre 9%-kal; 7,9%-kal; 7,14%-kal; 6,3%-kal és 4,5%-kal, kerekítések mellett. Azonban voltak olyan tételek, melyek a hét faktor esetében két faktoron is elhelyezkedtek. Így ezeket a tételeket – egyszerűsítendő a faktorstruktúrát – átsoroltuk, illetve egyértelműsítettük, hogy melyik faktorhoz tartozzanak (legalább 50%-kal nagyobb súllyal szerepelt az adott faktoron, mint a másikon). Az így keletkezett új faktorokat már skálaként kezeltük, és a 11. táblázatban feltüntetjük a Cronbach-alfa-értékeket is. A kapott populációs értékek a 10. számú táblázatban találhatóak, a 11. táblázat a faktorelemzés alapján kialakított öt új alskála kérdéseinek számát, valamint reliabilitási mutatóit tartalmazza. A skálák elnevezését és a részletes kérdéseket is tartalmazó táblázatot a 7. melléklet mutatja be.

#### 10. táblázat. A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Skála (ProQOL5) alskáláinak alapstatisztikái

	Válaszadók száma	Átlag	Szórás
<b>ProQOL5,1:</b> munkából fakadó érzelmi túlterheltség	176	18,81	5,18
<b>ProQOL5, 2:</b> munkával való elégedettség	175	39,84	5,34
<b>ProQOL5, 3:</b> együttérzésből fakadó elégedettség	175	20,90	2,42
<b>ProQOL5, 4:</b> másodlagos traumatizáltság	184	5,55	2,01

**11. táblázat. A faktorelemzés alapján kialakított öt új alszála kérdései, valamint reliabilitási mutatói**

	<b>Cronbach-alfa</b>	<b>Betöltendő itemek</b>
1. faktor	<b>0,818</b>	<b>7, 9, 10, 11, 19, 21, 25, 26</b>
2. faktor	<b>0,869</b>	<b>1*, 16, 17*, 18, 20, 22, 24, 27, 29*, 30</b>
3. faktor	<b>0,705</b>	<b>3, 4*, 6, 12, 15*</b>
4. faktor	<b>0,656</b>	<b>8, 23, 28</b>
5. faktor	<b>0,479</b>	<b>2, 5, 13, 14</b>

**4.2.3. A külső skálák validitásának vizsgálata**

A skálák külső validitását különböző, a Hungarostudy vizsgálatok során bemért, standardizált kérdőívek (Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőív, Beck Depresszió Kérdőív, WHO Jólét Kérdőív) skáláinak és a CES-D Depresszió Szűrő Kérdőív (lásd 3.2.4. fejezet és 2. táblázat) vizsgálatával, az azokkal való együttjárással teszteltük, ellenőriztük. Miután a kiegészítő skála viselkedését nem találtuk megfelelőnek, így csak az első négy skála validitását ellenőriztük.

A másodlagos traumatizáltság és a munkából eredő érzelmi túlterheltség esetében az alábbi összefüggéseket találtuk:

- együttjárást mutatott a vitális kimerültséggel (MQ) és a depresszióval (BDI, CES-D), mégpedig pozitív együttjárás mellett, tehát minél magasabb a kitöltő másodlagos traumatizáltságra és munkából eredő érzelmi túlterheltségre vonatkozó értéke, annál magasabb a vitális kimerültség értéke is;
- együttjárást mutatott, mégpedig negatív együttjárás mellett az általános jólléttel (WHO WBI-5), vagyis minél magasabb a kitöltő másodlagos traumatizáltságra és munkából eredő érzelmi túlterheltségre vonatkozó értéke, annál alacsonyabb az általános jóllétre vonatkozó értéke.

A munkával való elégedettség és az együttérzésből eredő elégedettség esetében az alábbi összefüggéseket találtuk:

- együttjárást mutatott, mégpedig negatív együttjárás mellett a vitális kimerültséggel (MQ) és a depresszióra utaló tünetekkel (BDI, CES-D), vagyis minél magasabb a kitöltő munkával való, az együttérzésből eredő elégedettsége, várhatóan annál alacsonyabb a vitális kimerültségre és a depresszióra vonatkozó értéke is;
- együttjárást mutatott, mégpedig pozitív együttjárás mellett az általános jóllétel (WHO WBI-5), vagyis minél magasabb a munkával való és az együttérzésből eredő elégedettség, várhatóan annál magasabb a kitöltők általános jólléte.

A vizsgálat kimutatta, hogy a 12. számú táblázatban feltüntetett r értékei mellett a feltételezésünk alátámasztást nyert.

**12. táblázat. A ProQOL5-alskálák Pearson-féle korrelációs együtthatóinak értékei a további kérdőívek skáláival**

		PROQOL, 4 Másodlagos traumatizáltság (n = 98–183)	PROQOL, 3 Együttérzésből fakadó elégedettség (n = 95–174)	PROQOL, 2 Munkával való elégedettség (n = 100– 175)	PROQOL, 1 Munkából fakadó érzelmi túlterheltség (n = 99–176)
MQ, összesített	Pearson- féle korrelációs együttható	0,316***	-0,162*	-0,341***	0,553***
BDI, összesített	Pearson- féle korrelációs együttható	0,515***	-0,359***	-0,497***	0,600***
WHO WBI-5, összesített	Pearson- féle korrelációs együttható	-0,302***	0,286***	0,446***	-0,376***
CES-D, összesített	Pearson- féle korrelációs együttható	0,572***	-0,334**	-0,521***	0,583***

Megjegyzés: \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; \*\*\*:  $p < 0,001$ ; BDI = Rövidített Beck Depresszió Kérdőív; CES-D = Depresszió Szűrő Kérdőív; ProQOL5 = Szakmai Élet Minőségét Mérő Skála; MQ = Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőív; WHO WBI-5 = Rövidített WHO Általános Jólét Skála

#### 4.2.4. A magyar hospice-okban dolgozó szakemberek vizsgálati eredményei

A nemzetközi vizsgálatokkal való összehasonlíthatóság érdekében létrehoztuk a három alskálát is. A másodlagos traumatizáltság és az együttérzésből fakadó elégedettségre vonatkozó alskálák Cronbach-alfa-értékei megfelelőek voltak (STS esetén a Cronbach-alfa = 0,711; CS esetén a Cronbach-alfa = 0,870), azonban a kiégésre vonatkozó alskála esetében (Cronbach-alfa = 0,454) a nemzetközi eredményekhez hasonlóan a fordított tételek viselkedése nem volt megfelelő (1, 4, 15, 17, 29). A skálák külső validitása hasonló együttjárást igazolt, mint a korábbi vizsgálatban [137]. A kiégés (BO) pozitív együttjárást mutatott a vitális kimerültséggel (MQ) ( $r=0,316$ ) és a depresszióval (CES-D) ( $r=0,293$ ). A másodlagos traumatikus stresszt (STS) mérő skála negatív együttjárást mutatott a jólléttel (WHO WBI-5) ( $r=-0,260$ ), pozitív együttjárást a vitális kimerültséggel ( $r=0,414$ ) és a depresszióval ( $r=0,491$ ). Az együttérzésből eredő elégedettség (CS) pozitív együttjárást mutatott a jólléttel ( $r=0,417$ ), negatív együttjárást a kimerültséggel ( $r=-0,422$ ) és a depresszióval ( $r=-0,474$ ). Az adatokat a 13. táblázat foglalja össze.

**13. táblázat. Pearson-féle korreláció a külső skálákkal**

	CS	BO	STS	Rövidített MQ	CES-D	WHO WBI-5
CS	1	0,100	-0,300**	-0,290**	-0,361**	0,417**
BO	0,100	1	0,468**	0,316**	0,293**	-0,124
STS	-0,300**	0,468**	1	0,414**	0,491**	-0,260**
Rövidített MQ	-0,290**	0,316**	0,414**	1	0,625**	-0,422**
CES-D	-0,361**	0,293**	0,491**	0,625**	1	-0,474**
WHO WBI-5	0,417**	-0,124	-0,260**	-0,422**	-0,474**	1

Megjegyzés: \*:  $p < 0,05$ ; \*\*:  $p < 0,01$ ; CS = együttérzésből eredő elégedettség; BO = kiégés; STS = másodlagos traumatikus stressz; MQ = Rövidített Maastricht Vitális Kimerültség Kérdőív; CES-D = Depresszió Szűrő Kérdőív; WHO WBI-5 = Rövidített WHO Általános Jóllét Skála

Több szempontos (ko)varianciaanalízist alkalmaztunk nemre, szakmai életminőségre, életkorra és végzettségre (korrigáltuk életkorra, nemre, végzettségre és szakmai életminőségre). A vizsgálatok kimutatták, hogy nincsenek szignifikáns interakciós hatások és főhatások nemre, életkorra, szakmai életminőségre és iskolai végzettségre a három skála átlagait tekintve. Ezzel szemben a hospice szakemberek esetében az orvosok, önkéntesek és más munkakörök  $p=0,034$  tekintetében az önkéntesek a legkevésbé kiégettek (29,13), míg az orvosok a leginkább (33,12), a többi munkakör e két érték között helyezkedett el.

A vizsgált populációban tehát a különböző kategóriákban (nem, életkor és végzettség) nem voltak szignifikáns eltérések. Az együttérzésből eredő elégedettség szempontjából (átlag = 40,75; szórás = 5,16) magasabbnak, a kiégés szempontjából (átlag = 31,49; szórás = 3,67), illetve a másodlagos traumatizáció szempontjából (átlag = 23,79; szórás = 5,63) átlagosnak mondhatók a vizsgálati alanyok értékei. A jóllét (átlag = 9,90; szórás = 3,21), a depresszió (átlag = 15,05; szórás = 5,74), illetve a vitális kimerültség szempontjából (átlag = 1,88; szórás = 1,53) alacsonyabbnak mondhatók a vizsgálati alanyok értékei (14. táblázat).

#### 14. táblázat. A ProQOL5 és a külső kérdőívek leíró statisztikái

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
<i>CS</i>	173	26	50	40,75	5,16
<i>BO</i>	172	22	44	31,49	3,67
<i>STS</i>	168	13	41	23,79	5,63
<i>Rövidített MQ</i>	187	0	5	1,88	1,53
<i>CES-D</i>	173	2	42	15,05	5,74
<i>WHO WBI-5</i>	185	0	20	9,90	3,21

A fenti, átlagok alapján levonható következtetés a kategóriák szerinti besorolásban is tetten érhető (a skálák esetében 22 pont alatt alacsony és 42 pont felett magas értékelést javasolnak az eredeti skála szerkesztői). Ez alapján elmondható, hogy a CS-skálán nem volt 22 pont alatti vizsgálati alanyunk (mindenki legalább átlagos vagy magas értékelést adott). Kiégés esetében egy alacsony és két magas értékelést adó kitöltő volt, mindenki

más az átlagos szintnek megfelelő pontértéket érte el, illetve az STS-skálán sem tapasztaltunk magas értékeket (42 pont vagy felette) (15. táblázat).

**15. táblázat. Az együttérzésből eredő elégedettség, a kiégés és a másodlagos traumatikus stressz előfordulása a mintában**

<i>Együttérzésből eredő elégedettség (CS)</i>		n (%)
n = 188	Átlagos	99 (52,7)
	Magas	74 (39,4)
	Hiányzó adatok	15 (8,0)
<i>Kiégés (BO)</i>		n (%)
n = 188	Alacsony	1 (0,5)
	Átlagos	169 (89,9)
	Magas	2 (1,1)
	Hiányzó adatok	16 (8,5)
<i>Másodlagos traumatikus stressz (STS)</i>		n (%)
n = 188	Alacsony	76 (40,4)
	Átlagos	92 (48,9)
	Hiányzó adatok	20 (10,6)

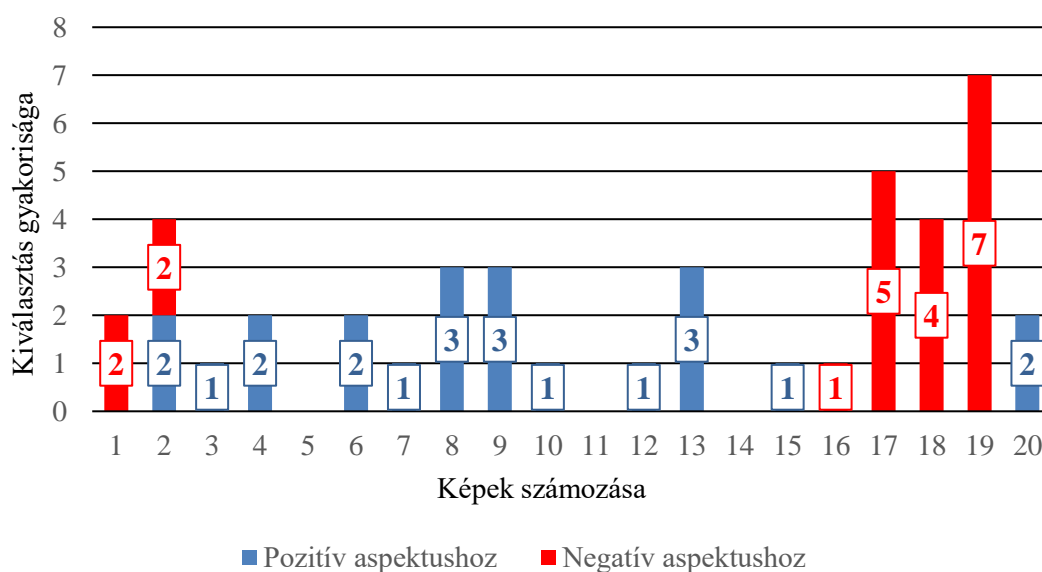
**4.3. Pozitív erőforrásaink: a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram kidolgozása és a tapasztalatok kvalitatív, fókuszcsoportos elemzése**

A koherenciaérzést fejlesztő csoportokat, a szakmai összetételt tekintve, összesen tizenhét ápolónő, két orvos, egy gyógytornász, egy dietetikus és egy önkéntes, a fókuszcsoportokat két ápoló, egy orvos és egy dietetikus alkotta. Beosztás szempontjából mindkét tréningcsoportban jelen voltak az ápoló- és orvosvezetők (két-két fő), illetve az intézeti fókuszcsoportban a főnővér, az otthonápolási csoportban a vezető ápoló és főorvos.

**4.3.1. Rövid visszajelzés a koherenciaérzést fejlesztő gyakorlatokról**

A tartalomelemzés során két olyan, a tréningcsoporttal kapcsolatos téma merült fel, amelyekről itt azért szeretnék visszajelzést adni, mert ismeretük hozzátartozik a tartalomelemzés eredményeihez és az értékeléshez. Ezek a tréningprogram első és harmadik feladatához kötődnek, a kettes feladat során nem alakult ki a fókuszcsoport jobb megértéséhez szükséges ismeretanyag.

A résztvevők (n=22) az első feladat során a munka pozitív és negatív aspektusainak összegyűjtésével foglalkoztak. A ráhangolódást húsz darab, a hospice témájához kapcsolódó fotó (lásd 6. melléklet) segítette. A csoporttagok ezek közül kettőt választottak: az egyik a hospice munka pozitívumaihoz, a megerősítőkhöz, a másik a negatívumokhoz, a nehézségekhez kapcsolódott. A képek kiválasztásának eredményét a 13. ábra mutatja be.



**13. ábra. A hospice munka negatívumaihoz és pozitívumaihoz kiválasztott képek**

A harmadik feladatban, a saját és a többiek munkájáról, a szervezetről minél több jellemző, információ összegyűjtése során a csoportok megfogalmazták közös értékeiket: az intézeti csoport tagjai a betegellátással kapcsolatos értékek (mint a betegek iránti elkötelezettség, szeretet és szakmaiság, kihívás) mellett megfogalmazták fontos közös tulajdonságaikat, jellemzőiket (szépség, okosság, humorérzék, rugalmasság, terhelhetőség, hit, optimizmus), továbbá kiemelték erősségeiket mint közösség („csapatjátékosok vagyunk”, közös célok, egymás megbecsülése, segítése, „kiállunk egymás mellett”, döntések mellett, valamint remény a változásra).

Az otthonápolási csoport tagjainak közös értékei az empátia, az elfogadás, a segítő szándék, a maximális ellátás a szakterületnek megfelelően és „a betegért vagyunk” gondolat voltak.



#### 4.3.2. A fókuszcsoporthoz tartozó vertikális tartalom elemzése

A fókuszcsoporthoz tartozó hosszanti elemzése során, a kategóriák kialakításakor időrendben, a vezérfonal mentén haladva közösen elemeztem a két csoport koherenciaérzést fejlesztő tréningprogrammal kapcsolatos tapasztalatait, véleményeit. A bevezető, ráhangoló rész kérdésére – „Milyen virágra hasonlít?” – kapott válaszokból, a fókuszcsoporthoz tartozó résztvevőinek asszociációiból szép, színes, tavaszi csokor gyűlt össze: ibolya, rózsák, tulipán, nárcisz, margaréta, orchidea és frézia. A tulipánt többen is – a csoporttagok egyharmada (3/9) – választották.

Az asszociációk egy része a tréningprogramot jellemezte. Öten (56%) is kiemelték, hogy azért választották a rózsát, a tulipánt, a nárciszt vagy a fréziát, mert az a kinyílást szimbolizálja a számukra: kezdetben szelíden, szerényen össze van záródva, aztán kinyílik, kiteljesedik. Négyen (44%) utaltak arra, hogy sokszínű, réteges volt. Hárman (33%) a megújulást tartották fontosnak. A résztvevők egyharmada pedig azon a véleményen volt, hogy a tréning izgalmas, pezsdítő, frissítő hatású volt a közösség életében, „fölrázta a csapatot”.

A virággal kapcsolatos képek másik része a közösséget szimbolizálta. Ketten (22%) választottak fürtös virágot. Egy résztvevő kiemelte, hogy a virágokat ágak kötik össze, és a rücskös leveleken meg lehet tapadni, bele lehet kapaszkodni.

A ráhangolódás mélyítését, a tréninggel kapcsolatos érzésekre, gondolatokra való fókuszálást elősegítette a gyakorlatok felelevenítése. A csoporttagok az első, képválasztós feladatot és a harmadik, kiscsoportos munkát emelték ki. A képek asszociált pozitív és negatív aspektusok összegyűjtését a csoporttagok kétharmada (hat fő hét alkalommal) említette.

*„[E]bből egy csomó gondolat kinyílt, és akár pozitívumok, akár negatívumok, akár a teammal vagy akár az ellátással kapcsolatban.”*

*„[E]lőfordult, hogy ugyanazt a képet választotta két kolléga, és hogy más asszociációk vagy érthető módon más történetek fűződtek hozzá. És ezt is így jó volt látni, hogy egy kép kapcsán milyen különböző asszociációk lehetnek. Úgyhogy ez nekem nagyon tetszett.”*

A saját és a többiek munkájáról, a szervezetről minél több jellemző információ összegyűjtésének feladatát a résztvevők közel fele (négy fő nyolc alkalommal) tartotta nagyon érdekesnek.

*„[N]ekem az tetszett, amikor három csoportba osztottak minket, ...és akkor ugye voltak a kérdések, hogy mik a céljaink, vagy miben vagyunk erősek, vagy ilyenek. [...] Nem mindenben értettünk feltétlenül egyet, de így érdekes volt mindenki véleményét meghallgatni. [...] Kiderült, hogy ki mit gondol.”*

*„Mindenkinek azért vannak dolgokról más-más a véleménye. De kiderül, hogy igazából mindenki ugyanazt akarja.”*

*„Mivel különbözőek vagyunk, mindenkinek különböző meglátása volt, mindenkinek különböző véleménye volt, és ez annyira jó volt. És ugye ezeket a különböző véleményeket, különböző meglátásokat, ezt össze lehet ugye kovácsolni, csapat vagyunk, [...]és hogy ezt meg tudjuk majd beszélni[...].”*

A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések vertikális elemzése eredményeinek leírását a továbbiakban a kódolási folyamat során kidolgozott három fő kategóriának megfelelően tagoltam:

- a hospice munkával kapcsolatos saját érzések,
- a koherenciaérzés és
- a koherenciaérzést fejlesztő tréning hatása.

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk kódolási eredményeit és a konkrét idézeteket a 16. és 17. táblázatban mutatom be.

#### ***4.3.2.1. A hospice munkával kapcsolatos saját érzések***

A fókuszcsoporthoz tartozó valamennyi tagja kifejezte a munkájával kapcsolatos érzéseit. E gondolatok közül egyet olyan hangsúlyos összefoglalásnak találtam, hogy a téma mottójaként kiemeltem:

*„[I]lyen munka során óhatatlanul gyakorlatilag szembesülünk nagyon sokféle érzéssel. És hogy ezekre a saját érzéseinkre való rátekintés, ...az érzéseknek az azonosítása, illetve a rájuk való reagálás, ezek nagyon fontos része a munkánknak.”*

A többi idézetet a 16. táblázat foglalja össze.

Egy kivétellel az összes résztvevő (nyolc fő, 89%) megfogalmazott a munkájával kapcsolatos valamilyen nehézséget, összesen huszonnégy alkalommal. A szövegből a stresszfaktorokhoz kapcsolódó fő témákat három csoportba osztottam:

1. általános nehézségek (öt fő öt alkalommal)

2. veszteség, halál, tehetetlenség, elengedés (négy fő tíz alkalommal)
3. túlterhelődés (hat fő kilenc alkalommal)

A csoporttagok közül heten kilenc alkalommal fogalmaztak meg a munkájukhoz kapcsolódó pozitív aspektusokat munkájuk fontosságával és munkatársi, közösségi támogatásukkal kapcsolatosan.

#### ***4.3.2.2. A koherenciaérzéssel összefüggő visszajelzések***

A koherenciaérzés két eleme, az értelmesség és a kezelhetőség jelent meg hangsúlyosan a beszélgetésekben (lásd 4. táblázat). A résztvevők több mint fele (öt fő tizenegy alkalommal) fontosnak tartotta a koherenciaérzés értelmesség elemének – az egyén a vele megtörténő eseményeket inkább kihívásnak, mint tehernek tekinti – megismerését, annak gyakorlását. Ketten elmondták, hogy már korábban is kihívásként, feladatként tekintettek a nehézségekre, és ezt a hozzáállást hasznosnak érzik a munkájuk során.

A kezelhetőség a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásának képessége a megbirkózás során. A fókuszcsoportos beszélgetések során ennek különböző formái – a munka és magánélet szétválasztása, az érzések felismerése és kezelése, nemet mondás – kaptak szerepet (hét fő tizenkét alkalommal). A legnagyobb hangsúly ebben a témában a munka és a magánélet elválasztására került (öt fő nyolc alkalommal).

## 16. táblázat. A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk kódolási eredményei: a hospice munkával kapcsolatos saját érzések

Negatív aspektusok Stresszfaktorok (8 fő, 24 alkalom)		Pozitív aspektusok Védőfaktorok (7 fő, 9 alkalom)		
Általános (5 fő, 5 alkalom)	Veszteség, halál, tehetetlenség, elengedés (4 fő, 0 alkalom)	Túlterhelődés (6 fő, 9 alkalom)	Általában (3 fő, 3 alkalom)	Munkahelyi, közösségi támogatás (4 fő, 6 alkalom)
<p>„Ez a munka ez egy olyan fajta munka, ahol negatív érzelmek is vannak, vagy nehézségek vannak, és hogy ebbe hogy tudunk segítséget kapni.”</p> <p>„[M]indenkinél megvan a maga problémája ezzel a munkával. [...] nemcsak fizikai nehézség van itt, hanem lelki teher is, amit cipelünk.”</p> <p>„Ez egy olyan fajta munka, föl se fogjuk, mert napi szinten betegeket látunk el, családokkal találkozunk, örömeikkel, nehézségekkel, konfliktusokkal.”</p>	<p>„[N]ehéz megbirkózni a veszteséggel, a dühvel, a fájdalommal. Tehát, hogy ez azért mindenkinek hasonló.”</p> <p>„[K]ilépésem előtt az összes gyerek nálam halt meg, [...] úgymond traumás sorozat.”</p> <p>„De mikor a sok, nehezen kezelhető beteg, a nehezen etethető beteg, akkor a haldokló beteg. Ezt nagyon nehéz folyamatában elviselni.”</p> <p>„[N]ehézség ezekben, megszokni ezt, hogy – nem megszokni, hanem elfogadni –, hogy ugye 40 évig a főállásomban mindent megtettünk azért, hogy életben tartsuk a gyereket. [...] Itt meg teljesen más szemlélet van, mert itt békében, nyugalomban, csendben kell az útjára engedni.”</p> <p>„[É]n éreztem így, hogy a magatehetetlenségtől. Hogy úristen, szétrobbanunk! Mindent megteszünk, amit tudunk, és mégse.”</p>	<p>„[M]indenkinél volt főállása, akkor ugye mikor vállalt itt munkát, amikor a főállásából szabad volt, vagy a szabadnapján.”</p> <p>„[M]ikor gyakran jöttem ide – mert volt olyan, 3 hónapot vállaltam úgy, hogy 15-ször jövők –, az nagyon sok volt.”</p> <p>„[A]nyira megterhelő, vagy az annyira nehezen viselhető hosszabb távon, hogy az nem bírható.”</p>	<p>„[M]indenki tudott olyan közös, pozitív értékeket mondani az ellátással kapcsolatban, ami azt gondolom, mindenkinek motiváló volt, hogy fontos az ellátás és hogy jól tesszük, amit teszünk.”</p> <p>„[I]gazából itt is van sikerélmény, de nem olyan, mint egy kórházba, hogy jön, meggyógyul, elmegy.”</p> <p>„[S]okat tudunk tenni, békében ment el.”</p>	<p>„[N]agyon jó a csapat, nagyon jó kollegák vannak”</p> <p>„[N]em lett volna a kollegáim velem egész nap, aktívan nagyon jó volt és mellettem volt és maximálisan tényleg erőt adott, és meg tudtam vele mindent beszélni.”</p>

**17. táblázat. A fókuszcsoportos interjúk kódolási eredményei: a koherenciaérzés és a koherenciaérzést fejlesztő tréning hatása**

Koherenciaérzés		Koherenciaérzést fejlesztő tréning hatása			
Ertelmesség (5 fő, 11 alkalom)	Kezelhetőség (7 fő, 12 alkalom)	Koherenciaérzést fejlesztő munkahelyi körülmények (8 fő, 18 alkalom)		Pályán maradás (6 fő, 6 alkalom)	
Problémamegoldás iránti orientáció (5 fő, 11 alkalom)	Munka-magánélet elválasztása (5 fő, 8 alkalom)	Közös értékek (5 fő, 7 alkalom)	Bizalom, őszinte, nyílt kommunikáció (8 fő, 11 alkalom)	Pályán maradás (4 fő, 4 alkalom)	Fluktuáció (2 fő, 2 alkalom)
<p>„[A]problémák azok ne úgy legyenek problémák és ne kudarc legyen, hanem egy megoldandó feladat legyen. Ez állandóan visszajön, azóta napi 3-4-szer mondjuk egymásnak, hogy ez nem probléma, ez csak egy megoldandó feladat. Ez így, mint egy megmaradt.”</p> <p>„[L]ehet, hogy erre tényleg egy ilyen fajta tréning is egy plusz segítséget jelent, de hogy azok tudnak hosszabb távon itt maradni és egy ilyen ellátási formában dolgozni, akik úgy tudnak így tekinteni a dolgokra. Hogy akik tudnak ilyen szemléletben gondolkodni és ellátni a betegeket meg a családokat.”</p>	<p>„[E] tudjuk választani a mindennapi életünket és a munkát. [...] Tehát, hogy azért a munka ne legyen hatással az életemre, a mindennapi életemre, vagy akár a családomra. Vagy akár a családi gondjaim azok ne vegyüljenek akár a hospice munkába.”</p> <p>„[K]idolgoztunk egy ilyen stratégiát, hogy amikor reggel elindultam otthonról dolgozni, akkor ugye félútig [...] azon agyaltam, hogy gyereket jól elvittem az óvodába, van neki rendes ruhája, a férjem jön haza, van neki kajája, tehát egy ilyen visszagondolásba. És akkor felszálltam a 12-es buszra, és akkor azon gondolkodtam, hogy mi lesz a feladatom, ha bemegyek dolgozni. És hazafelé is úgy volt.”</p> <p>„Találjuk meg a helyünket a munkában. Találjuk meg a helyünket úgy, hogy ne rokkanjunk bele abba, amit csinálunk, de meglegyen egy megfelelő összhang abban, hogy mit csinálunk, mikor tudjuk nemet mondani bizonyos esetekben, vagy pedig merjük többet vállalni.”</p>	<p>„Igen, és úgy jövök be, hogy szépek vagyunk, okosak. Főleg azóta, mióta volt csoportterápia. Tényleg gyönyörűek vagyunk, okosak vagyunk, erősek vagyunk, kitartóak.”</p> <p>„[M]indannyian gyakorlatilag egy hasonló gondolatiság és szakmaiság mentén vagyunk itt együtt.”</p>	<p>„[C]satlakoznék, hogy bizalom, de nagyon sokat számít az is, hogy legyünk őszinték egymáshoz, és ha bármi van, akkor tényleg mi beszéljünk meg mindent. Tehát nekem ez is nagyon sokat üzent.”</p> <p>„[E]lmondhattuk a véleményünket, hogy meghallhattam másnak a véleményét is.”</p> <p>„[A]pályán maradás közvetlenül mindenképpen benne van abban, hogy egy csapatot mennyire tudunk összerázni. Tehát akkor, ha szeret bejönni, ha elmondhatja a véleményét, ha elmondhatja, de meg is hallgatják értően, akkor az, ha nem is a pályán, de a munkahelyén akkor szívesen marad.”</p>	<p>„Ugyanezt akartam mondani, hogy ez a tréning és így megerősített abban, hogy ez egy nagyon jó csapat. Szóval ilyen különleges kapcsolat van szerintem köztünk, és ez így megerősíti az embert, hogy itt jó helyen van.”</p>	<p>„Tehát, hogyha ez egy rendszeres töltődés lenne, energiát adna számunkra, akkor lehet, hogy azért ez jelentősen csökkentené a fluktuációt.”</p>

#### 4.3.2.3. *A koherenciaérzést fejlesztő tréning hatása*

A tréningprogram feladatainak kidolgozásakor az egyik fontos szempont a koherenciaérzést fejlesztő munkahelyi tényezők azonosítása és tudatosítása volt. A fókuszcsoporthoz tartozók során a hospice dolgozók a közös értékekre és a munkahelyi bizalomra, az őszinte, nyílt kommunikációra és a pályán maradás elősegítésére helyeztek hangsúlyt (lásd 17. táblázat).

A tréningcsoport harmadik gyakorlata során a kiscsoportokban összegyűjtött, majd együtt kidolgozott közös értékeket a fókuszcsoporthoz tartozók beszélgetések során öten hét alkalommal hozták szóba. A bizalom és az őszinte kommunikáció témájához a csoporttagok többsége kapcsolódott (nyolcan tizenegy alkalommal). Fontosságát és ennek megtapasztalását a tréningcsoportban a 17. táblázatban olvasható idézetek mutatják be.

Arra a kérdésre, hogy a gyakorlatok mennyire segítették elő az életben/munkában való kiteljesedést, a magánélet-munka hatékony irányítását, az életminőség javítását vagy a pályán maradást, nyolcan válaszoltak. A résztvevők többsége (hat fő hat alkalommal) a pályán maradás (négy fő) elősegítését, illetve a fluktuáció csökkentését (két fő) emelte ki. Ketten a munka hatékony irányítására utaltak, egy résztvevő a minőségbiztosításra gyakorolt hatását emelte ki. Egy csoporttag szerint a tréning a pályán maradást és a munka hatékony irányítását is elősegítheti. Egy csoporttag erre a kérdésre nem adott konkrét választ.

A fókuszcsoporthoz tartozók lezáró szakaszában megkérdeztük a tagoktól, szerintük mit érdemes változtatni a tréningben, illetve hogy hasznos-e, fontos-e, szeretnék-e megismételni a programot, és ha igen, milyen gyakorisággal.

A csoporttagok tapasztalatai és véleményei szerint a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram érdekes és hasznos volt, változtatást nem javasoltak. A résztvevőknek a gyakorlatokra és az egész programra vonatkozó visszajelzéseit az alábbiakban gyűjtöttem csokorba:

*„Az abszolút tetszett, hogy egyáltalán nem volt elméleti. Volt az elején egy kis elméleti rész, egy felvezető rész, és ennyi. És onnantól kezdve tényleg átmertünk egy interaktív folyamatba.”*

*„De így fölülről, így nem néztünk rá. [...] Nem látjuk a mindennapokban.”*

*„Fontos volt mindegyik, hogy kinyíljon a gondolkodásunk.”*

*„[A] csoportnagyságra meg így a homogenitásra vonatkozóan olyan értelemben, hogy ez egy nagyon jó csoportnagyság volt. Abban a tekintetben, hogy mindenki kapott egy lehetőséget, és kellő teret meg időt arra, hogy tudjon véleményt nyilvánítani. [...] Jó lehetőség volt az egymás közötti interakcióra is. És ez egy jó csoport.”*

*„[A]dott egy ilyenfajta nyitottságot vagy őszinteséget vagy biztonságot arra vonatkozóan, hogy lehessen őszintén véleményt nyilvánítani, vagy képviselni azokat, amiket gondolunk vagy érzünk.”*

A csoporttagok konkrétan megfogalmazták, hogy milyen gyakorisággal igényelnének hasonló programot. A válaszok (hét fő tíz alkalommal) között a leggyakoribb a negyedévente volt, a legritkább az évente. Az ideális gyakoriságként az évi két alkalmat jelölték meg Hangsúlyt kapott a rendszeresség (négy fő tizenegy alkalommal), annak megvalósítási nehézsége és a külső csoportvezető személyének fontossága.

*„[E]z a rendszerességi tréning, mondjuk, ez abszolút jó lenne egy külső szakember által, aki feladatokkal erősíti a motivációnkat, kohézióerősítés, csapatépítésbe olyanokat építene bele.”*

*„[E]gy évben kétszer egy ilyen. Én csoportosra gondoltam.”*

*„Tehát, ha lehetne, akkor én is azt mondanám, hogy inkább kettő egy év alatt, de az, ami inkább megvalósítható, az az egy.”*

A vertikális tartalomelemzés eredményeinek összefoglalását tartalmazó rész zárásaként két idézetet szeretnék még kiemelni, amelyek jól kifejezik a koherenciaérzés összetettségét – érthetőség, értelmesség és kezelhetőség –, valamint kiemelik a fontos aspektusainak, mint a problémaorientált megbirkózás, valamint a személyes kognitív és érzelmi erőforrások jelentőségét a hosszú távú munkavégzés során:

*„Találjuk meg a helyünket a munkában. Találjuk meg a helyünket úgy, hogy ne rokkanjunk bele abba, amit csinálunk, de meglegyen egy megfelelő összhang abban, hogy mit csinálok, mikor tudjak nemet mondani bizonyos esetekben, vagy pedig merjek többet vállalni.”*

*„Viszont ugyanúgy vannak bennünk is adott helyzetben egy adott betegellátás kapcsán nehéz érzelmek vagy negatív érzelmek. Azt gondolom, hogy ezeknek az azonosítása meg a vállalása, és ilyen módon való megbeszélése, az egy fontos része*

*annak, hogy ezt a fajta koherenciát meg ezt a fajta munkát tudjuk hosszú távon vinni és képviselni.”*

#### **4.3.3. A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk horizontális tartalomelemzése**

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk elemzése során a vertikális módszer bizonyult hatékonyabbnak, mégis, a vezérfonal mentén haladva a különböző szempontok szerinti vizsgálat feltárta a két csoport különbözőségeit és hasonlóságait. A horizontális elemzés esetünkben kiegészíti a vertikális elemzést, egyes témáknál pluszinformációkat ad, gazdagítja és pontosítja az eredményeket és a hospice szakemberek, munkacsoportok egyedi sajátosságairól kialakult képet.

Három témát szeretnék kiemelni: a közösség jellemzését, a csoportmunka rendszerességét és a pályán maradási kérdést.

Mindkét csoport virágmotívumaiban egy-egy esetben megjelent a fürtös virág asszociációja, amely mindkét esetben a közösséget szimbolizálta, azonban más-más szemszögből, itt is megragadva a hasonlóságokat (szakmaiság, egy irányban) és különbségeket (új, régi). Érdekes megfigyelés volt, hogy mindkét esetben vezető beosztásúak választották ezt a motívumot, és a tréningcsoportok vezetése során szerzett tapasztalataim szerint jól összefoglalják az adott csoport jellemzőit, belefoglalva közös értékeiket is.

*„[S]zépen nő fölfele az a kis kocsan, nő, nő, nő, és akkor aztán egyszer csak ott csüngünk rajta, nagyon sok virág. Tehát, egy irányba megyünk fölfele. Tulajdonképpen a sok-sok virág, az nagyon hasonlít egymásra, tehát újra ott vagyunk, és nagyon sokáig szépek vagyunk.”*

*„[S]zimbolizálja azt, hogy mi is, ahogy itt a csapatban vagyunk, többfélék vagyunk. [...] A virág kinyílása is különböző stádiumokban van. [...] Mi is, akik itt együtt dolgozunk a hospice-ban, vannak, akik régebb óta dolgoznak ebben az ellátási formában, vannak, akik meg nem olyan régen kapcsolódtak be, de hogy mindannyian gyakorlatilag egy hasonló gondolatiság és szakmaiság mentén vagyunk itt együtt.”*

A koherenciaérzés-fejlesztés lehetséges hatásainak témáját a két csoport különböző aspektusból közelítette meg, a csoportok ugyanazt a témát máshogy fogalmazták meg. Míg az intézeti csoportban a pályán „maradás, pályaelhagyás”, addig az otthonápolási csoportban a „fluktuáció” kifejezések hangzottak el inkább.



Mindkét fókuszcsoporthoz tartozó tagjai egyetértettek abban, hogy szükségesnek érzik a rendszeres esetszbeszéléseket és az ettől eltérő formájú csoportmunkát (például szupervízió, stresszkezelő és kiegészítő programok) is. Ez utóbbit évi egy-két alkalommal tartják megvalósíthatónak, és jelenleg hiányolják.

## 5. MEGBESZÉLÉS

2013-ban, a kutatási folyamat megtervezésekor az volt a célom, hogy a korábbi, a súlyos betegeket ápoló egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotát felmérő kutatások eredményeire alapozva a hazai hospice hálózat multidiszciplináris csoportjaiban dolgozó szakemberek testi és lelkiállapotát megismerjem, feltérképezem a fizikális és lelki megterhelést okozó és a védőfaktorokat. További célom volt, hogy ezek mélyebb megértésére épülő intervenciók kidolgozásával segíthessem a dolgozók testi-lelki kifáradásának megelőzését, elégedettségének és jóllétének megőrzését, növelését, ami hozzájárulhat a fluktuáció csökkentéséhez. A többlépcsős kutatási folyamatot a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete kutatócsoportjának tagjaként a Sapientia Szerzetesi Hittudományi Főiskola Szociológia Tanszékével és a Károli Gáspár Református Egyetem Pszichológiai Intézetének Általános Lélektani és Módszertani Tanszékével együttműködésben valósítottam meg.

Vizsgálatunk kiindulási pontja a „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek életminőségének felmérése” kérdőív kidolgozása és a hospice dolgozókhoz való eljuttatása után a kitöltött kérdőívek kiértékelése volt. Az eredmények rámutattak a fizikális és lelki tüneteknek a jólléttel kapcsolatos jelentőségére. A szakirodalom áttekintése során a figyelmünk középpontjába az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség került. A Szakmai Élet Minőségét Mérő Kérdőív hasznos mérőeszköznek bizonyult, amely a mások traumájának hosszan tartóan kitett dolgozók esetében nemcsak a munka negatív oldalát – kiegész, másodlagos traumatizáció és együttérzésből eredő kifáradás –, hanem a pozitív oldalát – együttérzésből eredő elégedettség – is megmutatta. A kutatás irányvonalába a kiegészmegelőzés és a munkahelyi stresszel való megbirkózás helyett a védőfaktorok, az elégedettség és a jóllét megerősítése került. A kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása és validálása lehetővé tette, hogy nemzetközileg is összehasonlítsuk a magyar hospice dolgozók szakmai életminőségét, különös tekintettel arra, hogy ezzel közreműködhettünk a kelet-közép-európai adatok gyarapításában. Az eredmények vizsgálatakor a védőfaktorok közül kiemelkedett a koherenciaérzés, mely hozzájárul a jóllét megőrzéséhez. A szakirodalom áttekintése rámutatott, hogy a magasabb koherenciaérzés elősegíti a pályán maradáást, és a munka során fejleszthető. Mindez rávilágított arra, hogy a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram kidolgozásával és fókuszcsoporthoz elemzésével gazdagíthatjuk a dolgozók

elégedettségét, jóllétét megőrző, a pályán maradást segítő, a szakemberek képzésébe és továbbképzésébe jól beépíthető intervenciókat. Az értekezés megbeszélés fejezetében a kutatási folyamat eredményeinek integrált áttekintésére törekedtem.

A 2013 végén és 2014 elején a „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek életminőségének felmérése” című kérdőívvel végzett, a súlyos betegekkel foglalkozók testi és lelkiállapotát felmérő, elsősorban online vizsgálatban 195 értékelhető kérdőív érkezett vissza. Figyelembe véve, hogy az MHPE éves jelentése szerint ekkor 1564 szakember dolgozott hospice-ban, ez 14%-os válaszadási arányt jelentett. 2016 tavaszán az újabb, a „Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek szakmai életminőségének felmérése” című kérdőív felvételekor 1255 szakember (lásd 3. ábra) dolgozott a hazai életvégi ellátásban. Ebben a vizsgálatban az adatgyűjtés során 188 értékelhető kérdőívet kaptunk vissza, a válaszadási arány 15% volt. A szakirodalmi áttekintések során azt találtuk, hogy kevés a hospice-palliatív ellátásban dolgozók testi és lelkiállapotát, szakmai életminőségét felmérő, különösen a magyar vizsgálatokhoz hasonló, átfogó kutatás [15, 17, 65, 83, 97, 143, 145, 146, 160, 161]. A nemzetközi kutatásokban 161–630 fő vett részt, jellemzően két-háromszáz fős minták. A magasabb elemszámú vizsgálatok gyakran nagyobb országokból, mint Kanada és az USA [15, 65], vagy több nemzetet is érintő mintákból származnak, például brazil és spanyol [143], illetve kanadai és ausztrál [145]. Egy cseh hospice dolgozókat vizsgáló tanulmány mintája 241 fő volt, akik közül a legtöbben (202 fő) intézményi ellátásban dolgoztak [162].

A 2013-ban lefolytatott Hungarostudy vizsgálat keretében a magyar orvosok mentális állapotának áttekintő elemzésekor a válaszadási arány 16,18%-os volt ( $n = 5607$ ), amelyet az online kutatások részvételi hajlandósági adataihoz viszonyítva megfelelőnek minősítettek [163, 164]. Samson és munkatársai az alapellátásban és otthoni, illetve intézményi hospice ellátásban dolgozó izraeli orvosok, nővérek és szociális munkások ( $n = 380$ ) életminőségének postai úton kiküldött papíralapú vizsgálatokor 34,5%-os válaszadási arányt írtak le. A módszer kiválasztásának oka az volt, hogy a metaelemzések szerint a postai felmérések magasabb válaszadási arányt eredményeznek, mint az online vagy webes felmérések, és ezt a felmérési formát személyesebbnek találják a megkérdezettek [17, 165].

Kamal és munkatársai (2019) az amerikai hospice-palliatív munkaerő fenntarthatóságának és a növekedését segítő faktorok vizsgálatánál 18%-os válaszadási

arányt tapasztaltak, amelyet az online kérdőív válaszadási bizonytalanságával hoztak összefüggésbe [116]. Shen fekvőbeteg- és sürgősségi osztályokon vizsgálta a kínai ápolónők (n = 752) szakmai életminőségét. Az adatgyűjtés területén kiképzett kutatók és az ápolási osztályok munkatársai segítségével 95,19%-os válaszadási arányt értek el úgy, hogy elmagyarázták a tanulmány célját, majd a beleegyező nyilatkozatokat és a tesztek a kitöltés után összegyűjtötték. Feltehetően a személyes kapcsolattartás tette lehetővé a magas válaszadási arány elérését [150].

A 2016-os felmérésben a kizárólag nyomtatott kérdőív használata, a személyes találkozásokon – kongresszuson és tudományos ülésen –, továbbá a szolgáltatókkal történt személyes egyeztetéseken alapuló adatgyűjtési forma a férfi és az orvos kitöltők számát kissé megemelte, de a válaszadási arányban nem hozott jelentős változást. Megállapíthatjuk, hogy a vizsgálatunk elemszáma és a válaszadási arány a nemzetközi vizsgálatokhoz viszonyítva elfogadható, azonban a későbbiekben törekedni fogunk a magasabb részvételi arány elérésére, a férfi dolgozók és az orvosok nagyobb számban történő bevonására.

### **5.1. Szociodemográfiai jellemzők**

A nők mintája mindkét kvantitatív vizsgálatban felülreprezentált volt (n = 179, 162; férfiak n = 16, 26) a nemek megoszlási aránya az első vizsgálatban 91,8% : 8,2%, a másodikban 86,2% : 13,8% volt. A nemek arányában hasonló tendenciát lehetett megfigyelni a kvalitatív vizsgálat esetében is. Az összes résztvevő nő : férfi aránya a tréningprogramban 19 : 3, illetve a fókuszcsoportos beszélgetéseken 8 : 1 volt.

A kutatási fázisokban az átlagéletkor 45,8 és 50,5 év között mozgott, kezdeti kutatásunkban a dolgozóknak közel kétharmada az idősebb felnőttkorúak csoportjába tartozott. Érdekes megfigyelés, hogy míg az online és kérdőíves felmérésben 70 év feletti válaszadók is voltak, addig a tréningprogram és a fókuszcsoportok legidősebb résztvevője 66 éves volt. Ez adódhat abból, hogy ezen a területen nyugdíjazás után is tudnak dolgozni a kollégák, és a kvalitatív kutatásba olyan munkacsoportokat vontunk be, ahol nincsenek 70 év feletti munkatársak. Ugyanakkor utalhat az elkötelezettségre is, hogy bár az aktív ellátásban már nem vesznek részt az idősebb kollégák, de konferenciákon, illetve online formában követik a tudományos életet.

A munkaköri megoszlás szerint a válaszadók mindkét kvantitatív vizsgálatunkban a legtöbben (n = 82,94) ápolók voltak. A testi és lelkiállapot felmérésekor tizenhárom fő, a szakmai életminőség vizsgálatokor harmincegy fő dolgozott orvosként. A további munkakörökről (például pszichológus, lelkész, gyógytornász, koordinátor stb.) huszonnégy, illetve tíz esetszámban érkeztek válaszok, tehát a mintát kellően heterogénnek tekinthetjük. A kvalitatív kutatás szakmai összetételét tekintve szintén heterogén volt, összesen tizenhét ápolónő, két orvos, egy gyógytornász, egy dietetikus és egy önkéntes, a fókuszcsoporthoz hét ápoló, egy orvos és egy dietetikus vett részt. Az iskolai végzettség tekintetében a két kérdőíves vizsgálatban a legtöbben (127, illetve 96 fő) felsőfokú végzettségűek voltak.

Minden vizsgálatunkban megfigyelhető a nemzetközi vizsgálatokhoz, valamint a hazai és nemzetközi gyakorlati tapasztalatokhoz hasonlóan, hogy az életvégi ellátásban a nemek és foglalkozások tekintetében a női dolgozók és a nővérek vannak túlsúlyban, továbbá, hogy a 40 év feletti dolgozók aránya magasabb.

Parola és munkatársai a 2017-es, a palliatív ellátásban dolgozó egészségügyi szakemberek körében a kiegészítő gyakoriságával foglalkozó szisztematikus szakirodalmi áttekintésükbe nyolc, 2007 és 2015 között publikált keresztmetszeti tanulmányt vontak be. A szociodemográfiai jellemzők elemzésekor öt kutatásban a miénkhez hasonló életkori megoszlást – 45 év körüli átlagéletkort, illetve a 40 év feletti dolgozók túlsúlyát – találtak. A nyolcból három kutatás a nővérek és orvosok összehasonlító elemzése, egy vizsgálatba szociális munkásokat is bevontak, azonban a multidiszciplináris munkacsoport más foglalkozású tagjait nem választották be a kutatásokba. Öt tanulmányban elemezték nővérek adatait. Négy vizsgálatban a palliatív ellátásban eltöltött évek száma jellemzően magasabb volt, mint öt év. Öt tanulmányban a női minta volt nagyobb, viszont egyben – amely orvosok adatait elemezte – a férfiak aránya volt magasabb [166].

Melvin 2015-ös tanulmányában kiemelte, hogy a multidiszciplináris csoport szakemberei közül a nővérek töltik a legtöbb időt közvetlen kapcsolatban a betegekkel és a családokkal, ami hozzájárul a fokozottabb fizikai és érzelmi túlterhelődéshez, distresszhez, ez pedig aláértékeli a nővérek magas részvételi arányának jelentőségét a kutatásokban [93].

Első kérdőíves kutatásunk további elemzése alapján a válaszadók (n = 195) közül a családi állapot tekintetében legmagasabb a házasságban élők (54,9%), míg a végzettség tekintetében a felsőfokú végzettségűek (65,1%) aránya volt. Az érvényes kérdőívek eredményei szerint a fizetett munkavállalók és önkéntesek aránya 134 : 60 fő volt. Érdekes megfigyelés, hogy a fizetett alkalmazottakhoz képest magas volt az önkéntesek aránya. Az akkor hospice-okban dolgozó 1564 főből 153-an tevékenykedtek önkéntesként (lásd 1. táblázat), így az önkéntesek válaszadási aránya 39,4%-os volt. A válaszadók munkából eredő leterheltségét mutatta, hogy közel felének legalább három munkahelye volt, 38,5 %-uk napi tizenkét órát vagy annál többet dolgozott. ***Ezek az adatok igazolták azt a feltevésünket, hogy a hazai hospice-okban dolgozóknak a korábbi hazai kutatásokhoz hasonlóan magas a munkahelyi túlvállalásuk.***

A kutatás tervezésekor a hospice munkatársak mint célcsoport kiválasztásának fontos szempontja volt, hogy a multidiszciplináris csoportok tagjai sokféle szakma képviselői (orvosok, nővérek, gyógytornászok, mentálhigiénés szakemberek, lelkészek, szociális munkások, dietetikusok és egyéb szakemberek, valamint önkéntesek), ugyanakkor a fizikai, a mentális és a lelki megterhelés szempontjából homogén mintának tekinthetők. A minta a kutatás minden fázisában megfelelt ennek a szándékunknak.

## **5.2. Súlyos betegekkel, hospice-ban dolgozók testi és lelkiállapota**

Kutatásunk kezdeti célja a hazai hospice munkatársak testi és lelkiállapotának, valamint a munkájukból eredő túlterheltségük feltérképezése volt. ***A korábbi hazai és nemzetközi kutatások eredményei, továbbá saját tapasztalataink alapján feltételeztük, hogy a vizsgált populációban jelentős a testi tünetek és a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága.***

Kutatásunkban a testi egészségi állapot felmérésének eredményei szerint a kérdőív kitöltése előtti egy hónapban észlelt, kissé vagy nagyon zavaró testi tünetek közül válaszadóink leggyakrabban fáradtsággal, energiahiánnyal (64,1%) küzdöttek. A válaszadók közel fele számolt be a mindennapi tevékenységük végzését inkább enyhén korlátozó fájdalokról – derék- vagy hátfájdalomról (63,1%), a végtagok vagy ízületek fájdalmaról (51,8%) és fejfájásról (49,2%) –, 41%-uk alvászavarról, és mintegy egyharmaduk emésztési problémákról. Cserhádi és Stauder a 2006-os Hungarostudy magyar mintájának elemzésekor azt találta, hogy 44,1% küzdött fáradtsággal, 49,4%

derék- vagy hátfájalmat, 45,6% a végtagok vagy ízületek fájdalmát, 35,4% fejfájást, 27,9%-uk alvászavart és 16,7% puffadást, hányingert jelzett [167]. Az adatok összehasonlításakor azt láthatjuk, hogy a hospice dolgozók a magyar populációra jellemzőnél nagyobb számban számolnak be zavaró fizikális tünetekről. Az elmúlt egy évben kezelt betegségek és előfordult balesetek kapcsán nyert adatok szerint a válaszadók több mint fele állt kórházi vagy járóbeteg-ellátás alatt. Az őket leginkább érintő betegségek között a magas vérnyomás, illetve az allergia mellett a leggyakoribbak a mozgás szervrendszerét érintő betegségek voltak. A valamely betegségben szenvedők felét a betegsége leginkább kismértékben korlátozta a mindennapi életében, ugyanakkor a kitöltést megelőző évben a válaszadók 77,4%-a nem vett igénybe betegszabadságot.

A hazai ápolók körében a kiegészítő előfordulási gyakoriságát elemző, 2019-ben közölt tanulmányában Czeglédi és Tandari-Kovács a magas fizikális és pszichoszociális megterhelést és stressz-szintet emelte ki. Továbbá ezeknek és a fájdalomszindrómáknak, a depresszióknak, az egészségkárosító magatartásformáknak a szoros összekapcsolódását a kiegészítővel, ami végül hozzájárul a pályaelhagyók magas számához [18].

Heponiemi és munkatársai finn, diplomás egészségügyi szakemberek vizsgálatakor az izom- és csontrendszeri betegségek nagyobb arányát a nagyobb fizikális megterheléssel, a betegek rendszeres emelgetésével, mozgatásával hozták összefüggésbe [168]; ez különösen érintheti az otthoni ápolásban egyedül dolgozó szakembereket.

Jelenlegi kutatási eredményeink feldolgozásakor és a korábbi kutatásokkal való összehasonlításakor több ponton találtunk hasonlóságokat. A 2004-ben publikált kutatásban, amelyben kétszáz, súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozó testi és lelkiállapotát vizsgálták a mostanihoz hasonló mérőeszközökkel, arra a kérdésre, hogy álltak-e kezelés alatt életük során bizonyos betegségek miatt (daganatos betegség, depresszió, magas vérnyomás vagy gyomorbetegség), a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók 46,5%-a válaszolt igennel, szemben a nem egészségügyiek 27,3%-ával. A családi állapotot tekintve a súlyos betegekkel foglalkozó ápolók körében magas volt az egyedülálló és az elváltak aránya. A legnehezebb területen dolgozó ápolók alig fele (54,6%) rendelkezett viszonylag kiegyensúlyozott családi háttérrel, és 45,3%-uk volt egyedülálló, elvált vagy özvegy [28]. Jelenlegi kutatásunkban a válaszadók 52,3%-a jelzett testi betegséget, és az összes válaszadó 54,9%-a, míg a női minta 53,1%-a élt házasságban.

*A lelki egészség vizsgálata kapcsán a hazai női populáció adataival való összevetéskor azt találtuk, hogy a hospice ellátásban dolgozó nők munkahelyi túlvállalása, észlelt stressz szintje és depresszív tüneteinek mértéke a feltételezésünknek megfelelően és a munkaterhelési adatokkal összhangban magasabbnak bizonyult. A pszichológiai jóllét azonban a várakozásainkkal ellentétben magasabbnak, a koherenciaérzés pedig alacsonyabbnak mutatkozott a hazai átlagnál.*

A hospice-ban eltöltött munkaévek szerint a válaszadók közel fele már több mint öt éve dolgozott a hospice ellátásban. A válaszadók 16,4%-a tevékenykedett tíz évnél régebben az életvégi ellátásban. A súlyos állapotú betegek ellátásával töltött évek növekedésével észlelhető csökkenő munkavállalói arány háttérben a középkorú munkavállalók túlsúlyából eredően állhat a nyugdíjazás, illetve a kifáradás, kiegészítő miatti pályaelhagyás is. Kamal és munkatársai 2019-es, amerikai hospice-palliatív szakemberek – orvosok, nővérek, szociális munkások és egyéb szakemberek – körében a várhatóan kialakuló munkaerőhiányról szóló felmérésének egyik megfigyelése az volt, hogy a palliatív ellátásban dolgozó orvosok körülbelül 40%-a 56 éves vagy annál idősebb, akik a következő évtizedben várhatóan a nyugdíjazásuk miatt esnek ki az ellátásból [116].

Ugyanakkor a kutatási eredmények egyik jelentős sarokköve, hogy a kitöltők több mint 50%-a hosszú távon – „évtizedekig”, „amíg bírom, és lehet” – szeretné folytatni munkáját (lásd 10. ábra).

Paradox módon tehát a kutatásunkban részt vevő hospice munkatársak jelentős hányadának testi és lelki panaszai, tünetei – jellemzően fájdalom, alvászavar és depresszív tünetek – voltak, valamint túlterheltek, kifáradtak voltak, magas volt az észlelt stressz szintjük, mégis megbirkóztak a munkájukból eredő nehézségekkel, és a fokozott megterhelés dacára a munkájuk folytatását tervezték még évtizedekig, illetve amíg csak lehetséges.

Három korábbi tanulmány is felvetett hasonló paradoxonokat. Ablett és Jones 2006-os, a palliatív személyzet ellenálló képességéről és jóllétéről szóló tanulmányában a salutogenetikus paradigmát emelte ki, vagyis annak megértését, hogy az érzelmileg és fizikálisan hasonló mértékben megterhelő munkát végző személyzet tagjai miért érzik jól magukat, miközben mások distresszt, fizikai vagy pszichológiai betegséget tapasztalnak. Ez, hasonlóan a mi kutatásunkhoz, felhívja a figyelmet arra a szemléletváltásra, hogy a pszichológiai megbetegedésre és a kiegészítőre összpontosító patogén paradigma helyett a



salutogén paradigmára, az egészséget és a jóllétet fenntartó tényezőkre – mint a reziliencia, a keménység és a koherenciaérzés – összpontosítsunk.

Koen és munkatársai (2011) a dél-afrikai szakápolók (n = 312) pszichoszociális jólléte és rugalmassága összefüggéseit vizsgáló tanulmányukban felvetették, hogy paradox módon néhány ápoló a munkahelyi viszonyok ellenére is úgy dönt, hogy folytatja az ápolást, megbirkózik a nehézségekkel, sőt virul. Sansó és munkatársai a 2015-ben spanyol palliatív-szakemberek (n = 387) szakmai életének javításával kapcsolatos tényezők megértését szolgáló tanulmányuk bevezetőjében kiemelték, hogy a palliatív ellátás szakemberei gyakran egzisztenciális problémákkal, pszichológiai kihívásokkal és szorongásokkal küzdenek. Munkájuk kihívásai és kockázati tényezői – a kiegészítés és az együttérzésből eredő kifáradás – jól dokumentáltak. Azonban ezzel egyidejűleg a legtöbb palliatív-szakember magas szintű elégedettségről számol be, értelmet talál a munkájában, és elismeri, hogy a betegek életvégi gondozása gazdagító és hasznos élmény lehet [97].

A kutatás eredményeiben rejlő ellentmondás megerősítette a kutatócsoportnak azt a célkitűzését, hogy mélyebben megismerjük a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi munka negatív és pozitív aspektusait, eredményesebben segíthessünk a testi-lelki kifáradás megelőzésében, valamint fókuszba került az elégedettség és a jóllét megőrzése, továbbá hogy ezek növelésére megoldási módokat keressünk.

### **5.3. A hospice ellátásban dolgozó nők jóllétét befolyásoló tényezők vizsgálata útelemzéssel**

Kelet-Közép-Európában eddig kevés kutatás foglalkozott a hospice ellátásban dolgozó nők jóllétének prediktoraival. A hasonló, a hospice dolgozók jóllétéhez hozzájáruló faktorokat vizsgáló angol [14], amerikai [169], görög [112], dél-afrikai [114] és hongkongi [160] hospice orvosok, nővérek, szociális munkások és egyéb dolgozók adatait feldolgozó publikációkban elsősorban nők és nővérek vettek részt, hasonlóan a mi vizsgálatunkhoz [19]. A résztvevők száma az egyes vizsgálatokban kilenc főtől háromszáztizenkét főig terjedt, jellemzően szintén 40 év feletti, szakmailag tapasztaltak voltak, és több mint öt éve dolgoztak hospice-ban.

A testi állapot vizsgálatok a teljes mintát vettük figyelembe. Azonban a lelki aspektusok vizsgálatok és az útelemzés során – tekintettel a női jellemzőktől való jelentős eltérésekre és a férfiak jellemzően orvosi munkakörére – az alacsony

férfimintával annak torzító hatása miatt nem számoltunk. Györffy és Girasek a magyar orvosok mentális állapotát elemző tanulmánya szerint az orvosnők férfi kollégáikkal összehasonlítva rosszabb mutatókkal rendelkeznek a mentális egészség szempontjából, jobban érintik őket a pszichoszomatikus tünetek, az alvászavarok, a munka-magánélet konfliktusok, továbbá több stressztényezőről számolnak be. Túlterheltnek érzik magukat, és a kiégés érzelmi kimerültsége jelentősen gyakrabban fordul elő náluk [163, 170].

Keresztmetszeti kérdőíves vizsgálatunkban (n = 195) az útelemzés célja a női hospice munkatársak jóllétét magyarázó változók vizsgálata volt. A szerkezeti egyenlet modellezésére 179 női hospice munkatársnak, köztük 79 ápolónak a felmérésre adott válaszai alapján került sor.

A szakirodalom áttekintésekor kevés vizsgálatot találtam, amelyekben útelemzést használtak a szakemberek, különösen hospice-palliatív szakterületen dolgozók életminőségével kapcsolatos változók összekapcsolására.

Sansó és munkatársai spanyol palliatív-szakemberek (n = 387) körében az életminőség kulcsfontosságú változói, mint a képzés, az öngondoskodás, a tudatosság, a halállal való megbirkózás képessége, az együttérzésből eredő kifáradás és az elégedettség közötti kapcsolatot vizsgálták útelemzéssel. A tanulmány megállapította, hogy a halállal való hatékonyabb megbirkózási képesség magasabb együttérzésből eredő elégedettséggel, a magasabb szintű tudatosság alacsonyabb szintű együttérző fáradtsággal és kiégéssel jár [97].

Ebert és munkatársainak (2002) amerikai pszichológushallgatók (n = 202) esetében a pszichológiai rezisztenciafaktorok – a koherenciaérzés és az optimizmus – és a jóllét, illetve az észlelt egészség kapcsolatait elemző vizsgálata a koherenciaérzés egyedülálló hozzájárulását mutatta az észlelt egészség és pszichés jóllét előrejelzéséhez [171].

Kamau és munkatársai 6656 nővér adatainak strukturális egyenlet modellezéssel (SEM) való elemzésekor azt találták, hogy a mentális egészségre irányuló beavatkozások növelik az ápolók munkával való elégedettségét, ami csökkenti a foglalkozási stresszt és javítja az egészségüket. Ezek az előnyök pedig növelik az ápolók elkötelezettségét a munkájuk iránt [104].

***Feltételezésünk, mely szerint a kedvezőtlen anyagi helyzet és a munkahelyi túlvállalás pozitív irányú összefüggést mutat a fokozott észlelt stressz-szel, valamint a***

*depresszív hangulattal, alvászavarral és vitális kimerültséggel, továbbá ezeken keresztül pozitív irányú kapcsolatot mutat az alacsonyabb jólléttel, igazolódott, hasonlóan a korábbi áttekintő tanulmányban vizsgált kutatásokhoz [117].* Eredményeink szerint a munkahelyi túlvállalás növekedése valóban a szubjektíven átélt stressz és a vitális kimerültség növekedésével jár együtt, és hipotézisünknek megfelelően a mediációs elemzés eredménye azt is alátámasztotta, hogy a munkahelyi túlvállalás az észlelt stressz növekedésén keresztül járul hozzá a depresszív tünetek, az alvási problémák fokozódásához, illetve a vitális kimerültség tüneteinek megjelenéséhez. Noha eredményeink szerint a stressz észlelt mértéke nem mutat szignifikáns, közvetlen kapcsolatot a jóllét mértékével, azonban közvetett utakon, az alvási nehézségek, illetve a vitális kimerültség fokozódásán keresztül járul hozzá a jóllét csökkenéséhez. Az anyagi nehézségek csak az alvási problémákkal mutattak szignifikáns kapcsolatot, és nem járultak hozzá jelentősen a jóllét alakulásához.

Nemzetközi tanulmányok hasonló összefüggéseket találtak, amennyiben a munkahelyi stressz enyhítés nélkül súlyos következményekkel jár mind a fizikai, mind a pszichológiai egészségre, a betegek gondozásának minőségére és a szervezetek működésére egyaránt [14]. A pszichológiai distressz, különösen a folyamatosan haldokló betegekkel dolgozók körében, szorongás, depresszió, alvászavarok, izolálódás és szomatizáció formájában jelenhet meg [14, 117, 169, 171].

Carter és munkatársai tanulmányukban arról számoltak be, hogy a hospice nővérek jól felkészültek arra, hogy megfelelően támogassák betegeiket és családjukat, azonban saját szükségleteiket – például evés, kikapcsolódás, alvás, szabadidő és társadalmi élet – gyakran elhanyagolják. Az ápolónők mindennapjaikban magas szintű, krónikus stresszt jeleztek, amely gyakran ráterhelődött a szabadidőre is, és befolyásolta az elalvás vagy az átalvás képességét, álmatlanságot, rosszabb alvásminőséget és magasabb depressziós szintet eredményezve [169].

*Feltételeztük továbbá, hogy a koherenciaérzés negatív irányú összefüggést mutat mind az észlelt stressz mértékével, protektív tényezőként annak kedvezőtlen hatásait mérsékli, ezáltal elősegíti a pszichológiai jóllét megőrzését.* Eredményeink szerint az idősebbek fokozottabb koherenciaérzéssel bírnak, mint a fiatalabbak, ugyanakkor a nagyobb koherenciaérzés kedvezőbb anyagi helyzettel és a munkahelyi túlvállalás alacsonyabb fokával jár együtt. A nagyobb koherenciaérzés a szubjektív

stressz, a depresszív tünetek és a vitális kimerültség alacsonyabb mértékét jelzi előre. Emellett azontúl, hogy magasabb jólléttel jár együtt, a koherenciaérzés az alacsonyabb észlelt stresszen és kevesebb alvási nehézségen, illetve kisebb mértékű vitális kimerültségen keresztül járul hozzá a jóllét növekedéséhez.

Kutatási eredményeink szerint tehát a munkahelyi túlvállalás és az észlelt stressz nem vezet szükségszerűen alacsonyabb jólléthez, testi vagy lelki betegség kialakulásához, és ebben nagy szerepe van a koherenciaérzésnek. Ezek az eredmények összhangban állnak a korábbi kutatásokkal, amelyek célja a munkahelyi stressz hatásait enyhítő és ezáltal a munkahelyi fluktuációt megelőző tényezők vizsgálata volt. Azt találták, hogy a vizsgáltba bevont nők magas szintű elkötelezettséget mutattak, és munkájuk értelmének és céljának nagy jelentőséget tulajdonítottak. Eltéréseket a változásra adott válaszaikban találtak, amelyeket a személyiség szívóssága, rugalmassága és a koherenciaérzés vonatkozásában elemeztek. Azt találták, hogy meghatározó az egyén változáshoz való hozzáállása [14, 168, 169].

Azon felvetés alapján, hogy akik ellenállóbbak a stresszel szemben, azok jobban ellenállnak a kiégésnek is, Tselebis és munkatársai a depresszió, burnout és a koherenciaérzés közötti kapcsolatot vizsgálták belgyógyászaton, általános sebészetben és légzési problémákkal foglalkozó osztályokon dolgozó nővéreknél. A korrelációs elemzés kimutatta, hogy a koherencia érzése negatívan és erősen korrelál a depresszióval [112].

Munkánk új eredményének tekinthető az a szemléletváltás, amely szerint az egészséges, de stressznek kitett dolgozók adekvát megküzdéséhez, jóllétéhez hozzájáruló tényezőket – mint a koherenciaérzés – helyeztük a középpontba, és igazoltuk jelentőségüket. Más kutatócsoportok még a rugalmasságot és szívósságot találták jelentősnek. Koen és munkatársai tanulmányukban felvetették, hogy az ápolói szakmát választók vagy azok, akik a nehéz ápolási körülmények ellenére tovább dolgoznak, általában rugalmasabbak, ellenállóbbak, mint a lakosság általában [114]. A fentiek a jóllét megőrzésén túl magukban hordozzák a személyes fejlődés lehetőségét is. Ez a perspektíva a stresszel való adekvát megküzdésre, ezzel a kitartásra, a jóllét megőrzésére, a személyes fejlődésre helyezi a hangsúlyt [172]. A dolgozók és a munka pozitívumainak felértékelődése pedig a pályán maradási erőt erősítheti.

#### **5.4. Az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség vizsgálata a hospice dolgozók körében**

Az életvégi ellátásban dolgozó interdiszciplináris csapatok tagjai általában különböző mértékben vannak kitéve az emberi szenvedés, fájdalom, haldoklás látványának. A másik ember traumájának való mindennapi, rendszeres kitettség hozzájárulhat az együttérzésből eredő kifáradás és a poszttraumás stressz tüneteinek kialakulásához [174], befolyásolhatja a palliatív-hospice csapatokban dolgozók szakmai életminőségét.

A kutatás első szakaszában felfedezett paradoxon háttérében a szakmai életminőség – a segítőmunkával kapcsolatos érzés minősége – vizsgálatának nagy a jelentősége. A szenvedő emberekkel és családtagjaikkal végzett segítőmunkának lehetnek pozitív vagy negatív hatásai, ezeket az együttérzésből eredő elégedettség (CS) mint „a gondoskodás jutalma” vagy az együttérzésből eredő kifáradás (CF) mint „a gondoskodás ára” fogalmaival írták le [17, 20, 91, 175]. A szakmai tevékenység során megélt/jelentkező különböző hatások befolyással lehetnek mind a betegeknek és a családoknak nyújtott ellátásra, mind pedig a dolgozók saját személyes körülményeire [176].

Az együttérzésből eredő kifáradás fogalmát bemutató tanulmányok kiemelik, hogy bár magas a testi és lelki tünetek – energiahány, alvászavar, gyakori éjszakai ébredések, tolakodó gondolatok és álmok, mély fizikális és érzelmi fájdalmak, szorongás és depresszió – előfordulási aránya, ezt az érintettek igyekeznek eltitkolni, és folytatják munkájukat, veszélyeztetve az optimális szintű munkavégzést [92, 93]. Mindebből következően a szakmai élet minősége a hospice dolgozók körében fontos téma, mérésére az együttérzésből eredő kifáradást és elégedettséget feltérképező, a Szakmai Élet Minőségét Mérő Kérdőív (ProQOL5) szolgál. A kérdőív az együttérzésből eredő kifáradás hasznos szűrőeszköze, így elősegíti annak felismerését, valamint a szükséges szervezeti és egyéni beavatkozási pontok kijelölését [118]. A mérőeszköz erőssége, hogy a pozitív irányultságú itemek lehetővé teszik az együttérzésből eredő elégedettség vizsgálatát is, mely a súlyos betegekkel foglalkozók lelkiállapotának korábban kevésbé vizsgált területe volt [92]. Különös jelentősége, hogy a munkahelyi beavatkozások hangsúlya a kiégésről és az együttérzésből eredő kifáradás megelőzéséről az együttérzésből eredő elégedettség fokozására helyeződik át [95].

A fenti meggyőző adatok a ProQOL5 kérdőív magyar változatának kifejlesztéséhez (lásd 3.2.2. fejezet), majd pszichometriai tulajdonságainak és faktorszerkezetének vizsgálatához vezettek. Érvényességének és megbízhatóságának megállapítását 2016–2017-ben végeztük, és az eredményeket 2018-ban közöltem<sup>7</sup> [137].

***Feltételeztük, hogy az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség mérésére a palliatív ellátók körében a ProQOL5 magyar változata alkalmas, nyelvileg és pszichometriai tulajdonságaiban is megfelelő, valamint jól szétválasztja a kifáradás, a másodlagos traumatikus stressz és a kiegészítő konstrukciókat.***

Eredményeink alapján megállapíthatjuk, hogy a külső validitást mérő, más standardizált skálák és a megalkotott saját mérőeszközünk skáláinak együttjárása a megfelelő erősségű és irányú volt, a szakirodalmi alapoknak megfelelően viselkedtek tehát. Így kérdőívünk nyelvileg megfelelő, valamint a belső és a külső mutatók alapján megfelelő konzisztencia mellett az elvárt értékek szerint mérte az általunk vizsgálni kívánt jelenségeket. A faktorelemzés során az eredeti és a nemzetközi minták háromfaktoros struktúrájához képest eltérést mutatott, négy faktor rajzolódott ki [17, 143]. A másodlagos traumatizáltság és az együttérzésből fakadó elégedettség alsóskálák belső konzisztenciája megfelelőek voltak, azonban Hemsworth és munkatársai vizsgálatához hasonlóan a kiegészítő alsóskála elemei különbözően oszlottak el, a fordított tételek – 1, 4, 5, 17, 29 – viselkedése nem volt megfelelő, az együttérzésből eredő elégedettséggel kapcsolatos skálákon töltődtek [17, 145]. A skálák külső validitása hasonló együttjárást igazolt, mint a korábbi vizsgálatban [137].

A Szakmai Élet Minőségét Mérő Kérdőív elsősorban a munkából eredő érzelmi túlterheltség, az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség feltérképezésére szolgál; a kiegészítő vizsgálatok javaslunk más, elsősorban a kiegészítő mérő skálák és a ProQOL5 együttes használatát.

---

<sup>7</sup> A ProQOL mérőeszköz pszichometriai vizsgálatának és faktorelemzésének eredményeit közlő publikációnk 2018-ban jelent meg: Kegye A., Takács S., Ries B., Zana Á., Hegedűs K. (2018): A szakmai élet minőségét mérő kérdőív (Professional Quality of Life Scale) magyar változatának validálása. Orvosi Hetilap, 159:1441–1449. <https://doi.org/10.1556/650.2018.31126>

A nemzetközi kutatásokkal [92] összhangban a ProQOL5 magyar változatának kidolgozása a szekunder traumatikus stresszre és a kiegészre vonatkozó kérdéseken keresztül lehetővé teszi az együttérzésből eredő fáradtság, és a pozitív irányultságú kérdéseken keresztül az együttérzésből eredő elégedettség felmérését, ezért értékes eszköz lehet a hospice-ban dolgozók jóllétének monitorozására, egyben megkönnyíti a foglalkozás pozitív és negatív hatásainak összehasonlítását más egészségügyi szakmákkal, illetve a nemzetközi kutatási eredményekkel.

A kutatás megkezdésekor azt ***feltételeztük, hogy a szakmai életminőség pozitívan korrelál az életkorral és az iskolai végzettséggel, tehát hogy az idősebb, tapasztaltabb hospice dolgozók több elégedettséget, valamint kevesebb kiegész, együttérzésből eredő kifáradást és másodlagos traumás stresszt tapasztalnak, mint a fiatalabbak.*** A demográfiai adatokkal való összevetések során azt találták a különböző kutatásokban, hogy a szakmai élet minősége pozitívan korrelál az életkorral [95, 177] és a magasabb végzettséggel [150, 178, 179]. A nők kiegész és együttérzésből eredő kifáradása magasabb, az elégedettsége alacsonyabb volt, mint férfiaké [95, 148, 177]. Azonban a jelen vizsgálatban – hasonlóan a lett mintához – nem találtunk szignifikáns összefüggést az alskálák és a demográfiai paraméterek (életkor, nem és végzettség) között [149].

***Tapasztalataink alapján azt is feltételeztük, hogy a magyar mintában magasabb a munkából eredő terhelés és az együttérzésből eredő kifáradás, valamint alacsonyabb az elégedettség, mint más nemzeteknél.*** Kelet-Közép-Európában – hasonlóan saját eredményeinkhez – jellemző, hogy az alacsony bérek miatt az egészségügyi dolgozók két-három munkahelyen is dolgoznak, ezért körükben jelentősebb a fizikai kifáradás is [162]. A szakmai életminőség vizsgálatakor az együttérzésből eredő elégedettség esetén átlagosnak, illetve magasabbnak, míg a kiegész esetében átlagosnak, a másodlagos traumatizáció szempontjából alacsonynak és átlagosnak mondhatók a vizsgálati alanyok értékei. Egy lett vizsgálathoz képest a kiegész, a másodlagos traumatizáció értéke magasabb volt a magyar mintában (bár ott nem hospice-ban dolgozókat, hanem például sebészetben és pszichiátrián dolgozókat vizsgáltak), azonban az együttérzésből fakadó elégedettség is magasabb értékű volt [149]. Így elmondhatjuk, hogy a magyar minta – hasonlóan a letthez – átlagos kiegészi és alacsonyabb másodlagos traumatizációs értékeket mutatott, elégedettségi mutatója az átlagon belül magasabb volt. Mivel az együttérzésből eredő kifáradást a kiegész és a másodlagos traumatikus stressz skálái közösen mutatják,

így megállapíthatjuk, hogy a magyar hospice-okban dolgozóknak az együttérzésből eredő elégedettsége magasabb, míg a kifáradás szempontjából átlagos értékeket mutatnak. *Ez alátámaszthatja azt a feltevésünket is, hogy a munkából eredő személyes, intézményi és társadalmi nehézségeket, valamint az együttérzésből eredő kifáradást az együttérzésből eredő elégedettség kiegyensúlyozza, elősegítve a pályán maradás pozitív megítélését.*

*Feltételeztük, hogy azok, akiknek az együttérzésből eredő elégedettsége magasabb, kevésbé mutatnak vitális kimerültséget és depresszív hangulatot, magasabb a jóllétük.* Az eredmények szerint a magyar hospice dolgozók alacsonyabb jóllétet, átlagosan enyhe depressziót, illetve alacsony vitális kimerültséget mutatnak. Közepes együttjárást találtunk a kiegészítés és a vitális kimerültség, illetve a másodlagos traumatikus stressz, a vitális kimerültség és a depresszió között, míg az együttérzésből eredő elégedettség közepes erősségű negatív együttjárást mutatott a depresszióval, és közepes erősségű pozitív együttjárást a jólléttel. A többi korrelációs érték gyenge együttjárást mutatott, magas korreláció nem igazolódott. Így elmondhatjuk, hogy az átlagon belüli magasabb együttérzésből eredő elégedettség inkább az enyhe depresszióval mutat összefüggést, a vitális kimerültséggel nem. Érdekes megfigyelés, hogy a mintában magasabb együttérzésből eredő elégedettségről, ugyanakkor alacsonyabb jóllétről számoltak be. Így a kutatási folyamat fókuszába került paradoxon, amely szerint a résztvevők zavaró testi és lelki tünetekkel küszködnek, mégis szívesen végzik ezt a munkát, és hosszú távon szeretnék azt folytatni, ebben a vizsgálatban újabb aspektusból erősödött meg: egyszerre jeleztek alacsony jóllétet, enyhe depressziót és magasabb együttérzésből eredő elégedettséget. Mindez felveti, hogy a hospice dolgozóknak a haldokló betegek ellátásának nehézségeit (CF) kiegyensúlyozó, a betegekkel és családtagokkal való kapcsolatából származó pozitív hatása (CS) – sikere, jó érzése – magasabb, míg az alacsony jóllét kialakulásához a fizikális és érzelmi túlterheltségük mellett hozzájárulnak az egzisztenciális és munkaszervezési, szakmai, társadalmi elismertségi problémák is.

### **5.5. A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram és a kvalitatív fókuszcsoportos elemzés pozitív hatásai**

A kutatási folyamat hosszú távú célja az eredmények alapján képzési és intervenciók módszerek kidolgozásával az eddigi oktatási és munkahelyi támogatási rendszerek



gazdagítása. Eredményeink alapján a figyelem középpontjába a munkának a jóllét megőrzését szolgáló pozitív aspektusai közül kiemelkedő együttérzésből eredő elégedettség, valamint a magas munkahelyi stresszel való megküzdést segítő védőfaktorok kerültek. Jelen vizsgálatunkban az útelemzés a védőfaktorok közül a koherenciaérzés jelentőségére mutatott rá.

A szakirodalom ismeretében és ***figyelembevételével azt feltételeztem, hogy a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram lehetővé teszi a hospice szakemberek és munkacsoportok egyedi sajátosságainak, nehézségeinek, megküzdésének és védőfaktorainak megismerését. Feltételeztem továbbá, hogy a koherenciaérzés védő funkciójáról, erőforrásszerepéről szóló edukáció hozzájárul a tudatosság növeléséhez, a megerősítést szolgáló gyakorlatok pedig az egyén a közösség megküzdési erőforrásainak bővítéséhez, valamint a tréningprogram jótékony hatású a pszichés jóllétre és a munkával való elégedettségre.*** A fókuszcsoporthoz tartozók elemzésével a vélemények, gondolatok és érzések elemzésével mélyebb betekintést szerettem volna nyerni a résztvevők koherenciaérzést fejlesztő tréninggel kapcsolatos tapasztalataiba, és megbizonyosodni annak használhatóságáról. ***Ugyanakkor hipotézisem volt, hogy a résztvevők a tréningprogramot kedvező hatásai miatt érdemesnek találják a képzési programokba való beépítésre.***

Juhász Ágnes munkahelyi stressz és munkahelyi egészségfejlesztés témájában írt oktatási anyaga szerint több program is létezik, amelyek célja a stresszorok csökkentése és a megküzdés javítása. Összefoglalása hasznos támpontot jelentett a gyakorlatok kidolgozásában, különösen a problémák kihívássá való átkeretezésében, továbbá a munka egyéni és szervezeti szintű jellemzőinek összegyűjtését segítő, iránymutató kérdések kidolgozásában [153].

Ezen ismeretek alapján dolgoztuk ki a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogramot, melynek első felében az edukációs előadás során a szakirodalmi adatok és kvalitatív kutatási eredményeinken keresztül mutattuk be az együttérzésből eredő kifáradás, elégedettség és a koherenciaérzés fogalmait, és helyeztük fókuszba a koherenciaérzést mint az elégedettség és a jóllét védőfaktorát.

A programot a résztvevők érdekesnek találták, segítette a „gondolkodásmód kinyílását” és a megújulást. Az edukációs és a gyakorlati, interaktív rész arányát, a csoportos formát, a csoport méretét és homogenitását a résztvevők megfelelőnek találták.

A csoport légkörét biztonságosnak, nyílt és őszinte beszélgetésre alkalmasnak írták le. A fentieket megerősítették a fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések során a kinyíláshoz, megújuláshoz, színességhez és sokrétűséghez kapcsolódó virágasszociációk (például tulipán, nárcisz és rózsza). A tréningprogrammal kapcsolatosan azt fogalmazták meg, hogy mindenki kapott elég időt és teret, hogy elmondhassa véleményét. A fókuszcsoporthoz tartozó résztvevői kiemelték, hogy saját tapasztalataik megosztásán túl fontos volt számukra mások benyomásainak megismerése. A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk további hozadéka volt, hogy a tréningprogramra vonatkozó véleményeik megosztásán túl ez is teret adott további, a közös munkával kapcsolatos tapasztalatok gyűjtésére (például a stresszel való megbirkózás módjaiban vagy a hasonló csoportmunka gyakoriságának megbeszélése során). Puffett és Perkins egy angol hospice intézmény nővéreinek a klinikai szupervízióhoz való hozzáállását vizsgáló fókuszcsoporthoz tartozó kutatása is alátámasztja, hogy a biztonságos környezet és a csoportfolyamat segítése csökkenti a csoporttagok félelmét a káros hatásoktól, a sérülés lehetőségétől. Az általuk korábban kockázatos tevékenységnek gondolt csoportmunka ezáltal vált konstruktívvá, és tette lehetővé a csapatépítést. Azt találták, hogy a dolgozók azért választják a csoportos formát, mert így több visszajelzést kapnak a kollégáik helyzetéről [144].

A fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetésben jól megvalósult a homokóra-technika [154]. A ráhangolódást segítő virágasszociációk alkalmasnak és hasznosnak bizonyultak az oldottabb légkör megteremtésére, míg a tréningcsoporthoz tartozó feladatainak átisméltése segítette feleleveníteni a történeteket, emlékezni a gondolatokra, érzésekre, ezáltal fókuszba helyezni a témánkat. Ahogy a tréningcsoporthoz tartozó gyakorlatai, úgy a fókuszcsoporthoz tartozó interjú vezérfonala és kérdéslánca is elmélyítette a beszélgetést. A végén a hasonló tréningprogramok ideálisnak tartott gyakoriságára vonatkozó kérdések pedig visszaterelték a csoport gondolatait a jelenbe, és kaput nyitottak a jövőbeli tervek felé.

A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram során a ráhangolódást segítő képek is hasznosnak bizonyultak, amit az támaszt alá, hogy a munka negatív és pozitív aspektusainak összegyűjtését csak mint „képes” gyakorlatot emlegették, és hatan is kiemelték, hogy számukra az nagyon érdekes volt. Itt érdemes megjegyezni azt is, hogy a képekkel való munka során a negatív aspektushoz a legtöbben a 17-es, 18-as és 19-es képeket választották, bár a többi képen is megtalálhatók voltak a munka negatív aspektusaihoz kapcsolódó mozzanatok, mint például a haldoklás, a búcsú. A

leggyakrabban választott képek mégis a szomorúságot, kifáradást, haragot ábrázoló képek voltak. Tanulság, hogy a későbbiekben érdemes a képeket más témákkal is bővíteni, különös tekintettel a negatív aspektusokra.

A hospice munka pozitív és negatív aspektusainak összegyűjtése során az előnyök oldalán a közös értékek, a sikerélmény és a munkatársi támogatás jelentősége emelkedett ki. A hospice-palliatív ellátásban a sikerélmény mást jelent, mint a gyógyító tevékenység során. Ennek tudatosítása fontos része az életvégi ellátásban dolgozók képzésének [180]. A fókuszcsoporthoz visszajelzése azt támasztotta alá, hogy a résztvevők tisztában vannak vele, és tudják, hogy munkájuk sikerének más fokmérői vannak [19]. A közös értékek és a munkatársak általi támogatás mint védőfaktor már a tréningprogramnak ebben a fázisában is megjelent.

A negatív aspektusok között pontosan azokat a stresszfaktorokat gyűjtötték össze a résztvevők, amelyeket a szakirodalom is alátámaszt, és amelyek kutatásunk kiindulópontjaiként is szerepelnek: a fizikális megterhelésen túl a nehéz érzelmeket, a lelki terhet és a munkával való túlterhelődést. Az életvégi ellátást a főállásuk mellett végezték, ami hosszútávon „nehezen viselhető”. A munka komplexitása, a beteggel való foglalkozáson túl a családok örömeibe, nehézségeibe, konfliktusaiba, veszteségeibe való betekintés, amelyet munkájuk pozitív hozadékának is tekintenek, hozzájárult az együttérzésből eredő elégedettségükhöz [95–97]. Nehéz érzéseket – veszteség, düh, fájdalom, agresszió, a haldoklás, a halál elfogadása és a tehetetlenség érzése – mind saját magukkal, mind az ellátott betegekkel és családtagokkal kapcsolatosan megfogalmazták a fókuszcsoporthoz tagjai. Edmonds és munkatársai a munkahelyi támogatási formák közül például a szupervízió szerepének fontosságát emelték ki, mivel az javítja a csapat tagjainak tudatosságát saját érzelmeik tekintetében, ezáltal lehetővé téve, hogy egyidejűleg figyeljék és ellenőrizzék a beteg igényeit, a munkahelyi környezetet és a saját szubjektív tapasztalataikat. Mindez egyszerre eredményez magasabb jóllétet és jobb ellátást [100].

Barnett és munkatársai kilencven amerikai hospice ápolónőnél vizsgálták a családi és baráti, valamint a munkahelyi szociális támogatás, továbbá a depresszió, szorongás és stressz tünetei közötti kapcsolatot. Saját tapasztalataink is alátámasztják azt a megállapításukat, hogy a más szakmákban dolgozó hozzátartozóknak, barátoknak nehéz lehet együttérzeni a hospice nővérek mindennapi halálnak való kitettségével. Emellett

felvetették, hogy a hospice ápolók körében a munkahelyi szociális támogatás hangsúlyosabb lehet, mert a munkatársak ugyanazokkal a munkahelyi stresszhatásokkal, élményekkel rendelkeznek, és így azok a tapasztalat szintjén beszélhetők meg. A munkahelyi szociális támogatás csökkenti a pszichés tüneteket, bővíti az erőforrásaikat az élet végi ellátásban, ezáltal növeli az elégedettségüket és a pályán maradási szándékukat. Ezért a vezetőket érdemes arra ösztönözni, hogy alkalmazzanak csapatépítési gyakorlatokat, és biztosítsanak lehetőséget a munkahelyi szocializációra és szorosabb kapcsolatok kialakítására [181].

Sacco és munkatársainak tanulmánya szerint a stabil vezetői struktúrával rendelkező egységek jobban támogatják az együttérzés elégedettségét. Ezekben a hatékony kommunikáció és a multidiszciplináris csapatmunka előmozdítására összpontosítanak, miközben kiküszöbölik a megfélemlítő magatartást és a bizalmatlanságot. A valódi együttműködésre tett erőfeszítések növelhetik az együttérzésből eredő elégedettséget és csökkenthetik az együttérzésből eredő kifáradást [95].

Kutatásunkban mindkét csapat vezetőinek – bár különböző aspektusból, de – a közösséget szimbolizáló fürtös virágok (orchidea és frézia) jutottak eszükbe, amelyek különbözőségükben jól kifejezik saját csapatuk ismeretét és elismerését. A program sikeres megvalósulását az is előmozdította, hogy két olyan munkacsoport vállalta a részvételt, amelyek vezetői eleve motiváltak voltak, és nagy hangsúlyt fektettek a dolgozóik támogatására.

A munka egyéni céljának, értelmének pontos meghatározására, a személyes célok minél konkrétabb megfogalmazására – „A munkámnak egyértelmű célja van...” és „Nagyon fontos jelentést találtam a munkámban...” – irányuló gyakorlatra a résztvevők a fókuszcsoporthoz beszélgetésen nem reflektáltak, feltehetően azért, mert a tréningprogram hatására inkább a közösséget jelentő munkacsoportok, közös értékeik, támogatóerejük került a fókuszba.

A következő fő témakör, a koherenciaérzés elemzésekor hasonló tapasztalataink voltak az érthetőség komponensével. A résztvevők kevésbé reflektáltak a belső és külső környezetben történő események egyéni értelmezésére. A tartalomelemzés során a koherenciaérzés további két eleme, az értelmesség és a kezelhetőség domborodott ki. Az értelmesség elem szerint az egyén a vele megtörténő életeseményeknek jelentőséget

tulajdonít, inkább kihívásoknak tekinti azokat, és fontosnak tartja a velük való megküzdést. A koherenciaérzés ezen komponense mindkét csoportban megjelent, azonban más-más aspektusban. Az otthonápolási csoport arra helyezte a hangsúlyt, hogy ismerik a feladatok teherből kihívássá való átkeretezésének technikáját, és azt használják is a mindennapi munkájuk során. Az intézeti csoportban ez lett a tréningprogram egyik hozadéka, egy mottó: „ez nem probléma, ez csak egy megoldandó feladat”, amelynek gyakori emlegetését a fókuszcsoporthoz beszélgetésben is kiemelték.

Barnett és munkatársainak 2019-es, a hospice ápolónők (n = 90) érzelmi szabályozási stratégiái, valamint az együttérzésből eredő kifáradás, a munkahelyi elégedettség és étellel való elégedettség kapcsolatát elemző online vizsgálata szerint az együttérzésből eredő kifáradást csökkentő vagy a munkával/étellel való elégedettséget növelő beavatkozások akkor hatékonyabbak, ha konkrét érzelmszabályozó stratégiákat céloznak meg. Ilyen, az étellel való elégedettséget növelő lehetőségként említették a pozitív átkeretezés ösztönzését [182].

A kezelhetőség elemmel – az egyén az eseményekre a rendelkezésére álló erőforrások segítségével megfelelően tud reagálni – kapcsolatosan a munka és a magánélet elválasztása kapott nagy hangsúlyt, amelynek jelentőségét számos hazai és nemzetközi szakirodalom alátámasztja [14, 16, 18, 64, 93, 181]. Barnett és munkatársai rámutattak, hogy a munkahelyi szociális támogatással rendelkező hospice ápolónők nagyobb erőforrásokkal rendelkezhetnek az életvégi gondozás nyújtásában, és így kevesebb a „hazavihető” stresszük. A munkahelyi támogatás ezáltal javítja a munka és a család közötti egyensúlyt, növeli az étellel való elégedettséget, ami viszont csökkentheti a depressziós tünetek előfordulását [181].

A koherenciaérzést fejlesztő munkahelyi tényezők azonosítása és tudatosítása során a bizalomra és/vagy az őszinte kommunikációra mindenki nagy hangsúlyt helyezett. Az együttesen kidolgozott közös értékek már szóba kerültek a munka pozitív aspektusainál is. Mindkét csoportbeszélgetés során megjelentek a betegellátással kapcsolatos értékek: az empátia, az elfogadás, a magas szakmai színvonal, a segítő szándék és a betegek iránti elkötelezettség. A tréningprogram jelentős eredménye volt, különösen az intézményi dolgozók számára, közösségük erényeinek – szépség, okosság, humorérzék, rugalmasság, hit, optimizmus, egymás megbecsülése, kiállás egymásért és a csapatért – összegyűjtése. Hasonlóan a mottóhoz, ezeket is rendszeresen emlegették a program utáni hetekben.

A szakirodalomhoz hasonlóan a munkacsoportok tagjai is a hospice-palliatív ellátást nyújtók esetében az alábbi tulajdonságokat – a rugalmasságot, az idealizmust, a spontaneitást, az öntudatosság fejlesztésének képességét, valamint a hátrányokkal és frusztrációkkal való megbirkózást – emelték ki kívánatosként. Különösen jelentősnek ítélték a közös célokat, a pozitív kapcsolatok kiépítését és a hatékony kommunikációt, az érzelmek megosztását és az „összetartozás-érzést” [183].

Az intézményi szakemberek által erősségükként kiemelt humor szerepét vizsgálták Penson és munkatársai az onkológiai ellátásban. Számos jótékony hatását találták. A humor mint énvédő mechanizmus lehetővé teszi, hogy szembenézzünk a problémákkal anélkül, hogy negatív érzéseket élnénk át. Segítségével megtörténhet a helyzet újraértelmezése, átértékelése. A humor mindenképpen fontos erőforrás, ám mivel különböző érzelmi válaszokat válthat ki, a szerzők az onkológiai területen annak óvatos használatára intettek [184].

A tréningprogramot a résztvevők hatékonynak gondolták az állandó fluktuáció megelőzésére és a pályán maradás erősítésére is. A munka hatékony irányítását és a minőségbiztosítást is fontos szempontként emelték ki.

Kevés korábbi tanulmány vizsgálta a közép- és kelet-európai ápolók jóllétét befolyásoló tényezőket. Hasselhorn, Tackenberg és Peter (2004) tíz európai országban tanulmányozta az ápolói munka körülményeit. Lengyelországban és Szlovákiában az erőfeszítés-jutalom egyensúly vizsgálatakor magas értékeket találtak, amit a jutalom skála alacsony értékei okoztak. Ennek hátterében az anyagi és társadalmi elismerés hiányát, a kollégák és a felettesek alacsony támogatását és a munkahelyi bizonytalanságot feltételezték. A pálya elhagyásának szándéka azonban nem volt magasabb ezekben az országokban. Ez felveti, hogy ezen országokban az ápolóknak még akkor is a hivatásuk gyakorlásánál kell maradniuk, ha pszichés vagy fizikai állapotuk rossz. Az erőfeszítés és jutalom aránytalanságát okozhatja a növekvő munkaterhelés és a túlvállalás is. Németországban ezt az ágazati átalakulással magyarázták [35].

A hazai ápolók körében a kiegészítő előfordulási gyakoriságát elemző tanulmányában Czeglédi és Tandari-Kovács két hazai kutatásban is azt találta, hogy a válaszadók mintegy egyharmada gondolt már a pályaelhagyásra, ami a krónikus osztályokon a leggyakoribb, és kedvezőtlenül befolyásolja a minőségi betegellátást [18].

Kutatásunkban a túlvállalásból eredő fizikai és lelki túlterhelődés, az anyagi és társadalmi elismerés hiánya megerősítést nyert, azonban a kollégák alacsony támogatása és a munkahelyi bizonytalanság nem igazolódott. A válaszadók és a résztvevők inkább elégedettek voltak a munkahelyi támogatással, és a munkahelyüket biztosnak érezték. Napjainkban a túlvállalás eredhet az ellátás iránti egyre növekvő igényből és az ezzel szemben kialakuló munkaerőhiányból. Egy 2019-es amerikai tanulmányban azt találták, hogy szükséges a hospice-palliatív ellátás minden szegmensének – az oktatás-képzés fejlesztése, megfelelő dotálása, versenyképes fizetések és az ellátás finanszírozásának stabilizálása, a kutatás támogatása és a dolgozók egészségének, jóllétének megőrzése – támogatása. Ez tíz év alatt megfordíthatja a növekvő munkaerőhiányt [116].

A vertikális és horizontális tartalomelemzés során a reakciókban, reflexiókban és a visszajelzett hatásokban észlelt különbségek az intézeti és otthoni ápolás eltéréseiből is eredtek. Az intézeti ellátás során a munkatársak szorosabb, rendszeresebb együttműködésben dolgoznak, míg az otthoni ellátásban ritkábban találkoznak egymással, gyakran csak a megbeszélések idején, kevesebb a konkrét személyes együttműködés.

A kvalitatív kutatás fókuszcsoportos tartalomelemzése során a résztvevők véleménye alátámasztotta a feltevésemet, miszerint a koherenciaérzésről, annak védő funkciójáról, erőforrásszerepéről szóló edukáció és a megerősítést szolgáló gyakorlatok érdekesek, gyakorlatiasak, jótékony hatásúak a pszichés jóllétre, az elégedettségre, és meglátásuk szerint segíthetik a hospice dolgozók esetében a pályán maradás pozitív megítélését.

A fókuszcsoportok tagjai fontosnak tartották a rendszerességet, valamint a munka negatív hatásait kezelő és a védőfaktorokat megerősítő csoportmunka minden formáját, legyen az stresszkezelő vagy kiegészítő tréning, szupervízió, csapatépítő program stb. Elgondolkodtató, hogy, hasonlóan az oktatáshoz, itt is több módszer változatos alkalmazását, kombinálását tartották előnyösnek. A tréningprogram során és a fókuszcsoportos beszélgetésen is az hangozott el, hogy a saját megbirkózási stratégiájuk szerint negyedévente, hathetente éreznék szükségét pihenésnek, rekreációs programoknak, de a félévenkénti-évenkénti gyakoriság tűnt megvalósíthatónak. Jelentős szempontként emelték ki, hogy a nagy munkaterhelés mellett kevésbé marad energiájuk egy olyan programon való részvételre, amely a jóllétük növelésére szolgál. Az angol hospice intézményben dolgozók klinikai szupervízióhoz való viszonyulásáról szóló

tanulmány egyik legfontosabb megállapítása az volt, hogy a nővérek azért vesznek részt szupervízióban, mert szeretnék megvitatni a mindennapi gyakorlatukat. A közvetlen betegellátást nyújtó személyzet szerint érdemes forszírozni a munkacsoport tagjai közötti támogató beszélgetéseket és a szupervíziót is, azonban szükséges tájékoztatni, képezni a dolgozókat ennek szerepéről, és védett időt biztosítani rá, például beszámítani a munkaidőbe [144].

A kvalitatív kutatás során megvalósultak a pilottreningprogrammal kapcsolatos célkitűzéseim. Megismerhettem a részt vevő hospice szakemberek, munkacsoportok egyedi sajátosságait, nehézségeit és a munka negatív hatásaival való megküzdéshez használt erőforrásaikat, a védőfaktorokat. A koherenciaérzésről szóló edukációval és intervenciókkal hozzájárulhattam a tudatosság növeléséhez, a közösség megküzdési erőforrásainak növeléséhez. A fókuszcsoport résztvevőinek véleménye megerősítette, hogy hasonló tréningprogramok rendszeres alkalmazása hozzájárulhat a munkaképesség erősítéséhez, továbbá hosszú távon a dolgozók elégedettsége és jólléte növelésével a pályán maradáshoz.

Kvalitatív kutatásunk alátámasztotta azt a feltevésünket, hogy a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram alkalmas a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók pszichoszociális támogatásának és képzésének gazdagítására, érdemes azt beépíteni egy rendszeres és hosszan tartó edukációs és szupervíziós részeket egyaránt tartalmazó támogatóprogramba.

## **5.6. A kutatási folyamat korlátai és erősségei**

Kvantitatív kutatásaink korlátja a keresztmetszeti kutatási elrendezés, amely csak a változók kapcsolatát mutatja meg, de nem ad lehetőséget az ok és okozati összefüggések vizsgálatára.

A kvantitatív kutatások viszonylag alacsony részvételi aránya felveti az online felmérés követésének bizonytalanságait. Nem tudjuk, hogy hány hospice munkatárshoz jutott el valóban a kérdőív, illetve hogy azok, akikhez eljutott, vajon milyen arányban döntöttek a kitöltés mellett. A vizsgálatban való részvételt visszautasítókra nézve sincsen semmilyen adatunk, így a potenciális szelekciós torzítások természetére nézve sincsenek ismereteink. A szakmai életminőség felmérésekor a papíralapú kitöltést részesítettük előnyben, azonban a részvételi arány így sem nőtt jelentősen.



Az alacsony válaszadási arány elgondolkodtató. Magyarországon a vizsgálatok idején ~1200-1500-an dolgoztak hospice-okban, és közülük mindössze 195-en, illetve 188-an válaszoltak a kérdőíveinkre. Ennek feltételezett okai lehetnek a korlátozott internetelérés, a dolgozók fentebb részletezett túlterheltsége, esetleg a kutatás témája iránti érdektelenség. A vizsgálatban magas volt a nők és nővérek részvétele. A férfiak és az orvosok alacsony száma is meglepő volt, azonban ez a tendencia sajnos nemzetközileg is megfigyelhető, korlátozott mintákhoz vezetve a legtöbb hasonló kutatásban. Kanadai családorvosok és más szakorvosok (n=62441) 2004-es országos online kérdőíves vizsgálatában a nem válaszadók 48%-a nem volt biztos benne, hogy megkapta-e az eredeti kérdőívet, és 17%-uk egyáltalán nem emlékezett rá. Grava tanulmánya szerint a kitöltési kedvet növeli a kérdőív rövidecsége, az eredmények széles körben való ismertetése és a válaszadókkal való személyes kapcsolattartás, továbbá például a nyelvi sajátosságok figyelembevétel [164]. Hasonlóan a nemzetközi kutatásokhoz, én magam és a kutatócsoport tagjai is fontosnak tartják a személyes kapcsolattartást az egyesület tagságával, a dolgozók és a szolgálatok szempontjából hasznos eredmények visszajelzését, valamint a fontos, új ismeretekről való tájékoztatást. Kutatási eredményeinket 2014-ben, 2016-ban és 2017-ben ismertettük a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület Országos Kongresszusán és Értekezletén, a Magyar Pszichonkológiai Társaság XII. Konferenciáján (2015), a Magyar Onkológusok Társaságának XXXII. Kongresszusán (2017), továbbá az Ártó-védő Társadalom Konferencián és a XV. Magatartástudományi Napokon (2017). A nemzetközi összehasonlítások és a nemzetközi együttműködés reményében kutatásainkat az Európai Palliatív Szövetség (European Association for Palliative Care, EAPC) világgongresszusain (2017 és 2019) és 2018-as európai kutatási kongresszusán is bemutattuk.

A kvalitatív kutatás esetében korlátozás, hogy a tréningprogramot és a fókuszcsoporthoz elemzést két, különböző hospice-palliatív ellátási formában dolgozó munkacsoporttal végeztük. A két csoport az intézményi, illetve az otthoni ápolás területén dolgozott, ami a munkaszervezésben, munkakörülményekben jelentős különbséget, egyben érdekes hozadékot jelent a tartalomelemzés szempontjából. Korlát volt még az egyik fókuszcsoporthoz alacsony létszáma, amelynek oka az otthoni ápolást végzőkre jellemző sok utazás, nagy távolságok, illetve a dolgozók ismert túlterheltsége is lehetett.

Így csak két tréningprogramra és két fókuszcsoportos interjúra került sor az idő és a rendelkezésre álló személyi erőforrások szűkössége miatt.

A kombinált kvantitatív és kvalitatív kutatási folyamat erőssége, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapotának felmérésén túl rámutattam a munka pozitív aspektusaira és védőfaktoraira, közösen kifejlesztettük a szakmai életminőség szűrésére alkalmas eszköz magyar adaptációját, majd kidolgoztam egy, a koherenciaérzés fejlesztésén alapuló tréningprogramot, mely az elégedettség és jóllét növelésével hozzájárulhat a dolgozók pályán maradásához.

A folyamat áttekintésének további jelentősége, hogy jól mutatja a részkutatások egymáshoz illeszkedését: a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram alkalmazhatóságát és hasznosságát a fókuszcsoportos beszélgetéseken résztvevők – a közvetlen betegellátást nyújtó multidiszciplináris hospice személyzet – visszajelzései pozitívan támasztották alá.

További erőssége, hogy a kvantitatív kutatási témákra is reflektáltak. Megerősítést nyert a haldoklásnak, nehéz ápolási feladatoknak való rendszeres kitettség, a fokozottabb munkahelyi stressz, az érzelmi túlterhelődés és az ezekkel való hatékony megbirkózás, a védőfaktorok jelentősége a hazai hospice-palliatív ellátás területén.

A kvalitatív kutatás fontos tapasztalata, hogy munkacsoporton belüli egyéni és szervezeti nehézségek nyílt, őszinte kommunikációjával, valamint az egyéni és szervezeti aspektusok megismerésével a tréningprogram mellett a fókuszcsoportos interjúk is hozzájárultak a résztvevők együttérzésből eredő elégedettségének javításához.

A képzett hospice-palliatív szakemberek iránti igény folyamatosan növekedni fog az elkövetkező évtizedekben. Az egészségügyi szektornak inkább a képzett szakemberek megtartására érdemes törekednie, mint mindig új dolgozók felvételének és kiképzésének fokozására [35]. A kezdők folyamatos kiképzése plusz terhet ró a kevés, tapasztalt munkaerőre, és jelentős anyagi terhet a szolgáltatókra. Az anyagi- és energiabefektetés pedig nem térül meg a néhány hetes, hónapos munkavégzés során. Ez az egyik oldalon túlterhelődésként, a másik oldalon munkaerőhiányként jelenhet meg, veszélyeztetve az ellátás biztonságát. A dolgozók megtartása a pályán a munkakörülmények javítása mellett munkahelyi elégedettségük, valamint fizikális és pszichoszociális jóllétük megőrzése, fokozása által valósulhat meg. Ehhez alapvetően hozzájárulnak a testi és lelkiállapot, valamint a szakmai életminőség szűrése, az igények, szükségletek felmérése, továbbá az

oktatási és képzési programok, amelyek révén jobban megértik munkájuk stresszfactorait, védő tényezőit és azok szerepét a megbirkózásban.

## 6. KÖVETKEZTETÉSEK

A haldokló betegek ellátása fizikálisan és emocionálisan igen megterhelő, így a szakemberek kiégését és a pályaelhagyás veszélyét hordozza magában. Azonban azok a fokozott stressznek kitett dolgozók, akiknek magasabb az együttérzésből eredő elégedettsége és a koherenciaérzése, magasabb jóllétet mutatnak. Az egészségügyi ellátószemélyzet elégedettsége és jólléte pedig a minőségi hospice munka kulcseleme, mely alapvető fontosságú a betegek és családtagjaik életminőségének minél hosszabb ideig minél magasabb szinten tartásához.

A bemutatott kvantitatív és kvalitatív vizsgálataink alapján az alábbi következtetések vonhatók le:

1. A kutatásban részt vevő hospice dolgozók a korábbi kutatásokhoz hasonlóan túlterheltek voltak, közel kétharmaduknak két vagy több munkahelye volt, több mint egyharmaduk napi tizenkét órát vagy annál többet dolgozott, közel fele több mint öt éve tevékenykedett az életvégi ellátásban, és mintegy fele hosszú távon is a pályán kívánt maradni.
2. A hospice ellátásban dolgozók testi tünetei súlyosabbak, mint a magyar minta átlaga.
3. A válaszadók – főként nők és nővérek – munkahelyi túlvállalásának, észlelt stressz-szintjének, depresszív tüneteinek és jóllétének mértéke a hazai női populációéval összevetve magasabbnak, míg a koherenciaérzés alacsonyabbnak bizonyult, ez is alátámasztja a fejlesztés indokoltságát.
4. Ez a paradoxon felveti annak valószínűségét, hogy a haldoklókkal és családtagjaikkal foglalkozó dolgozók a testi és lelki túlterhelődésből eredő tüneteiket mind egyéni, mind szervezeti és társadalmi szinten is figyelmen kívül hagyják, és folytatják munkájukat, ami ráirányítja a figyelmet az együttérzésből eredő kifáradásra és az azt kiegyensúlyozó együttérzésből eredő elégedettségre.
5. Igazolódott, hogy a kedvezőtlen anyagi helyzet és a munkahelyi túlvállalás pozitív irányú összefüggést mutat a fokozott észlelt stressz-szel, valamint a depresszív hangulattal, alvászavarral és vitális kimerültséggel, továbbá ezeken keresztül pozitív irányú kapcsolatot mutat az alacsonyabb jóllétel.
6. Rámutattunk a koherenciaérzés protektív szerepére, amennyiben negatív irányú összefüggést mutat az észlelt stressz mértékével, kedvezőtlen hatásait mérsékli, ami végső soron elősegíti a pszichológiai jóllét megőrzését.

7. A szenvedő emberekkel és családtagjaikkal végzett segítő munka hatásainak mérésére leggyakrabban használt Szakmai Élet Minőségét Mérő Kérdőív (ProQOL5) különös jelentősége, hogy hozzájárul ahhoz a szemléletváltáshoz, amely a haldokló betegekkel és családtagjaikkal dolgozók szakmai életminőségének negatív aspektusai – a kiégés, az együttérzésből eredő kifáradás és a megelőzésük – mellett a pozitív hatásokra – mint például az együttérzésből eredő elégedettség – irányítja a figyelmet.
8. A ProQOL5 magyar nyelvű változatának validálása és alkalmazása lehetővé teszi a súlyos, életveszélyes állapotú betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók szakmai életminőségének monitorozását, az együttérzésből eredő kifáradás szűrését, valamint elősegíti megfelelő személyes vagy szervezeti intervenciók kidolgozását, ami növelheti a dolgozók jóllétét és a pályán maradók számát.
9. A ProQOL használata előmozdítja az összehasonlítást más egészségügyi szakmák és a nemzetközi kutatások eredményeivel, és ezáltal a magyar hospice dolgozók szakmai életminőségének vizsgálata hozzájárul a kelet-közép-európai hospice munkatársak helyzetének alulkutatott témájához.
10. A magyar hospice dolgozók alacsonyabb jóllétet, átlagosan enyhe depressziót mutató eredményei, az együttérzésből eredő elégedettség magashoz közelítő értékei indokoltá teszik a paradoxon háttérében álló tényezők, a hospice szakemberek és csoportok munkájának részletesebb megismerését és az elégedettség javítására irányuló intervenciók beépítését az oktatásba.
11. A kvalitatív kutatás – a pilottréningek és a fókuszcsoportos interjúk – tapasztalatai összhangban vannak a korábbi és jelenlegi nemzetközi kutatásokkal, megerősítik a hospice dolgozók testi és lelkiállapotának, valamint szakmai életminőségének felmérési eredményeit.
12. A fókuszcsoportos beszélgetések résztvevőinek véleménye szerint a tréningprogram alkalmas a munkahelyi elégedettség növelésére, elősegíti a jóllét megőrzését és a pályán maradást.
13. A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram hozzájárul a hospice-palliatív ellátásban dolgozók számára minél változatosabb edukációs és tréningprogramok kifejlesztéséhez, és ezáltal bővíti az oktatásban alkalmazható beavatkozások palettáját.

## 7. ÖSSZEFOGLALÁS

Az elmúlt évtizedekben a hospice-palliatív ellátás az európai országokhoz hasonlóan hazánkban is jelentős fejlődésen ment keresztül. Ugyanakkor a munkaerő létszáma nem növekszik, a szervezeteknél magas a dolgozók fluktuációja. Az emberi szenvedésnek, halálának, haldoklásnak, a másik ember traumájának való mindennapi, rendszeres kitettség befolyásolhatja a hospice csoportokban dolgozók szakmai életminőségét. A szakirodalmi áttekintés rámutatott a munkahelyi stresszfactorok és a munka hátrányai mellett annak pozitív aspektusaira, mint az együttérzésből eredő elégedettség és a védőfaktorok közül a koherenciaérzés jelentőségére.

Kutatócsoportunk két keresztmetszeti kérdőíves kutatást végzett a magyar hospice-ok multidiszciplináris munkacsoportjaiban dolgozó szakemberek és önkéntesek bevonásával. A Hungarostudy vizsgálatból ismert kérdőívekkel és nyitott kérdésekkel vizsgáltuk testi és lelkiállapotukat, és útelemzéssel rámutattunk a koherenciaérzés mint védőfaktor jelentőségére. A Szakmai Élet Minőségét Mérő Kérdőív magyar változatának kifejlesztése és validálása után mértük az együttérzésből eredő kifáradást és elégedettséget. Végül egy kvalitatív kutatás keretében kidolgoztam a koherenciaérzést fejlesztő tréningprogramot, és a résztvevők tapasztalatait kvalitatív, fókuszcsoporthozos módszerrel elemeztem.

A kutatási folyamat eredményei azt mutatták, hogy a hospice ellátásban dolgozók testi tünetei súlyosabbak, munkahelyi túlvállalásuk, észlelt stressz szintjük, depresszív tünetek és jóllétük értéke magasabb, míg a koherenciaérzésük alacsonyabb, mint a hazai nők értékei. A ProQOL kérdőív magyar változata alkalmas az együttérzésből eredő kifáradás és elégedettség mérésére, és hasznos mérőeszköz a hazai súlyos betegekkel dolgozók szakmai életminőségének monitorozására. A koherenciaérzést fejlesztő tréningprogram a fókuszcsoporthozos interjúk résztvevőinek véleménye alapján elősegítheti a jóllét megőrzését és a pályán maradási.

A hospice szakemberek testi és lelkiállapotának, szakmai életminőségének felmérése és a jóllét megőrzését, az elégedettség fokozását célzó beavatkozások pedig hosszú távon javítják az életvégi ellátás minőségét.

## 8. SUMMARY

Similar to most European countries, hospice palliative care in Hungary has undergone significant development in the past decades. At the same time, the number of employees is not increasing, and their turnover of employees in hospice organizations is high. Constant exposure to human suffering, death, dying, and the trauma of another person may have a great impact on the professional quality of life of those working in hospice teams. Beside the workplace stress factors and work disadvantages, the literature review has highlighted the positive aspects such as the importance of compassion satisfaction and the sense of coherence among protective factors.

Our research group conducted two cross-sectional questionnaire surveys involving professionals and volunteers working in the multidisciplinary hospice teams in Hungary. We examined their physical and mental state with the questionnaires and open-ended questions that had been included in the Hungarostudy research, and with the help of road analysis we pointed out the importance of sense of coherence as protective factor. After developing and validating the Hungarian version of the Professional Quality of Life questionnaire, we measured the fatigue and satisfaction resulting from compassion. Finally, in the framework of a qualitative research, I developed a training program targeting the development of a sense of coherence and I analyzed the experiences of the participants with a qualitative, focus group method.

The results of the research process indicated that the physical symptoms of those working in hospice care are more severe, they score higher on overwork, perceived stress level, depressive symptoms and well-being, and score lower on sense of coherence compared to the scores of women in Hungary. The Hungarian version of the ProQOL questionnaire is suitable for measuring fatigue and satisfaction resulting from compassion, and is a useful measuring tool for monitoring the professional quality of life of those working with severely ill patients in Hungary. According to the opinion of participants in the focus groups, the training program targeting the development of sense of coherence can help maintain well-being and professional motivation.

Assessing the physical and mental state and professional quality of life of hospice professionals and the interventions aiming at maintaining well-being and increasing satisfaction will improve the quality of end-of-life care in the long run.

## 9. IRODALOMJEGYZÉK

1. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület. <http://www.hospice.hu/hospice-jelentesek/>
2. Benyó G, Lukács M, Busa C, Mangel L, Csikós Á. (2017) A magyarországi palliatív-hospice ellátás helyzete, kihívásai, kitörési pontjai. *Magy Onkol*, 61: 292–299.
3. Haun MW, Estel S, Rücker G, Friederich H, Villalobos M, Thomas M, Hartmann M. Early palliative care for adults with advanced cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017: 1-87.
4. Murray SA, Kendall M, Mitchell G, Moine S, Amblàs-Novellas J, Boyd K. (2017) Palliative care from diagnosis to death. *BMJ*, 15.
5. Hegedűs K. (2011) Tévhitek és valóság a hospice-ról. *LAM*, 21: 744–748.
6. Hospice ellátás Magyarországon.  
[http://www.ijsz.hu/UserFiles/hospice\\_ellatas\\_mo.pdf](http://www.ijsz.hu/UserFiles/hospice_ellatas_mo.pdf)
7. Lukács M. (2017) Bemutatkozik a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület. *Nővér*, 1–44.
8. Hegedűs K, Munk K. (2014) Hospice Magyarországon. *Kharón* 18: 21–27
9. Woitha K, Hasselaar J, Beek K van, Radbruch L, Jaspers B, Engels Y, Vissers K. (2015) Volunteers in Palliative Care – A Comparison of Seven European Countries: A Descriptive Study. *Pain Pract*, 15: 572–579.
10. Dózsa C, Krenyácz É, Csikós Á, Kósa K. (2013) A hospice-palliatív ellátás egészség-gazdaságtani megközelítésben. *Eü. gazd. szle.*, 2: 22-30.
11. Deleróza A, Sziládiné FK. (2017) Az intézményi és az otthoni hospice ellátás összehasonlítása, illetve a hospice ismertsége a köztudatban. *Egészség-akadémia*, 8: 233-245.
12. Hegedűs K, Lukács M, Schaffer J, Csikós Á. (2014) A hazai hospice- és palliatív ellátás helyzete, lehetőségei, nehézségei. *Orv. Hetil*, 155: 1504–1509.
13. Csikos A, Busa C, Muszbek K. (2018) Hospice Palliative Care Development in Hungary. *J Pain Symptom Manage*, 55: 30–35.
14. Ablett JR, Jones RSP. (2007) Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psychooncology*, 16: 733–740.
15. Slocum-Gori S, Hemsworth D, Chan WW, Carson A, Kazanjian A. (2013) Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce. *Palliat Med*, 27: 172–178.



16. Melvin C. (2012) Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying? *Int J Palliat Nurs* 18: 606-611.
17. Samson T, Iecovich E, Shvartzman P. (2016) Psychometric Characteristics of the Hebrew Version of the Professional Quality-of-Life Scale. *J Pain Symptom Manage* 52: 575-581.
18. Czeglédi E, Tandari-Kovács M. (2019) A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orv. Hetil*, 160: 12–19.
19. Révay E, Kegye A, Zana Á, Hegedűs K. (2016) A túlélők mindennapjai. A hospice-ellátásban dolgozók életminősége. *Orv Hetil*, 157: 1000–1006.
20. Kegye A, Zana Á, Révay E, Hegedűs K. (2015) A súlyos betegek ellátásának igazi ára–az együttérzésből fakadó fáradtság vagy elégedettség. *LAM*, 25: 129–136.
21. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, Snashall DC, Timothy AR.. (1995) Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer*, 71: 1263–1269.
22. Ostacoli L, Cavallo M, Zuffranieri M, Negro M, Sguazzotti E, Picci RL, Tempia P, Ciura PL, Furlan PM. (2010) Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices. *Palliat Support Care*, 8: 427–432.
23. Kalicińska M, Chylińska J, Wilczek-Rózyzcka E. (2012) Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland. *Int J Nurs Prac*, 18: 595–603.
24. van Staa AL, Visser A, van der Zouwe N. (2000) Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient Educ Couns*, 41: 93–105.
25. Hackett A, Palmer S. (2010) An investigation into the perceived stressors for staff working in the hospice service. *Int J Palliat Nurs*, 16: 290–296.
26. Parkes KR. (1985) Stressful episodes reported by first-year student nurses: A descriptive account. *Soc Sci Med*, 20: 945–953.
27. Fallowfield L. (1995) Can we improve the professional and personal fulfillment of doctors in cancer medicine? *Br J Cancer*, 71: 1132–1133.
28. Hegedűs K, Mészáros E, Riskó Á. (2004) A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *LAM*, 14: 786–793.

29. Hegedűs K, Szabó N, Szabó G. Az egészségügyi dolgozók életminősége, testi és lelkiállapota. In: Kopp M (szerk.), Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 335–340.
30. Kovács M, Hegedűs K. Érzelmi megterhelődés az egészségügyben – esélyek, veszélyek, lehetőségek. In: Kopp M (szerk.) Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 347–355.
31. Szabó N, Hegedűs, Szabó G. Munkahelyi stressz az egészségügyi dolgozók körében. In: Kopp M (szerk.), Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 341-347.
32. Hegedűs K. (2000) A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. LAM, 10: 448-452.
33. Leppanen RA, Olkinuora MA. (1987) Psychological stress experienced by health care personnel. Scand J Work Environ Health, 13: 1–8.
34. Bakker AB, Killmer CH, Siegrist J, Schaufeli WB. (2000) Effort–reward imbalance and burnout among nurses. J Adv Nurs, 31: 884–891.
35. Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Peter R. (2004) Effort–Reward Imbalance among Nurses in Stable Countries and in Countries in Transition. Int J Occup Environ Health, 10: 401–408.
36. Sullivan T, Kerr M, Ibrahim S. (1999) Job stress in healthcare workers: Highlights from the National Population Health Survey. Hos Q, 2: 34–40.
37. Vishwanath V, Galperin BL, Lituchy TR. (1999) Occupational mental health: a study of work-related depression among nurses in the Caribbean. Int J Nurs Stud, 36: 163–169.
38. Verschuren PJM, Masselink H. (1997) Role concepts and expectations of physicians and nurses in hospitals. Soc Sci Med, 45: 1135–1138.
39. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. (2004) The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons. Soc Sci Med, 58: 1483–1499.
40. Kaarna M, Pölluste K, Lepnurm R, Thetloff M. (2004) The progress of reforms: job satisfaction in a typical hospital in Estonia. Int J Qual Health Care, 16: 253–261.
41. Hegedűs K. (2012) A legsúlyosabb betegeket ellátó egészségügyi dolgozók egészségvédelme. Mentálhig pszichoszomat, 13: 243–252.

42. Hegedűs K, Zana Á, Szabó G. Stresszkezelő módszerek az egészségügyi dolgozók és a orvosok halállal, haldoklással kapcsolatos attitűdjeinek javítására. A tanfolyamok hatásvizsgálata. In: Kopp M (szerk.), Magyar lelkiállapot 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 114–120.
43. Morris S, Wilmot A, Hill M, Ockenden N, Payne S. (2013) A narrative literature review of the contribution of volunteers in end-of-life care services. *Palliat Med*, 27: 428–436.
44. Szabó N, Hegedűs K, Szabó G, Kopp M. (2008) Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21: 10–17.
45. Szabó N, Szabó G, Hegedűs K. (2008) Interdisciplinarity, workplace stress, holistic management. *LAM*, 18: 243-249.
46. Békés V. (2003) A halál iránti attitűd az életkor, a nem és a vallásosság függvényében. *Kharón*, 1-2: 30-50.
47. Zana Á, Szabó G, Hegedűs K. (2008) A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség kapcsolatának korosztályos összehasonlító vizsgálata. *LAM*, 18: 319–20.
48. Kolosai N, Bognár T. (2000) Az élettől búcsúzók kérdéseinek súlya az itt maradottakon. *Kharón*, 5: 18–36.
49. Sherman AC, Edwards D, Simonton S, Mehta P. (2006) Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliat Support Care*, 4: 65–80.
50. Peters L, Cant R, Sellick K, O'Connor M, Lee S, Burney S, Karimi L. (2012) Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review. *Int J Palliat Nurs*, 18: 561–567.
51. Vachon ML. (1995) Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Palliat Med*, 9: 91–122 .
52. Keidel GC. (2002) Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am J Hosp Palliat Care*, 19: 200–205.
53. Sabo BM (2008) Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian J Palliat Care* 14: 23-29.
54. Kovács M, Kovács E, Hegedűs K. (2010) Emotion work and burnout: cross-sectional study of nurses and physicians in Hungary. *Croat Med J*, 51: 432–442.

55. Kovács M, Kovács E, Hegedűs K. (2010) Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping. *Psychooncology*, 19: 855–862.
56. Kovács M, Kovács E, Hegedűs K. (2012) Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhig pszichoszomat* 13: 219–241.
57. Zapf D. (2002) Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Hum Resour Manag Rev*, 12: 237–268.
58. Zammuner VL, Lotto L, Galli C. (2003) Regulation of emotions in the helping professions: nature, antecedents and consequences. *AeJAMH*, 2: 43–55.
59. Pereira MS, Fonseca AM, Carvalho AS. (2011) Burnout in palliative care: A systematic review. *Nurs Ethics*, 18: 317–326.
60. Hemingway MA, Smith CS. (1999) Organizational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviours and injuries in nurses. *J Occup Organ Psychol*, 72: 285–299.
61. Helgeson VS. (2003) Social support and quality of life. *Qual Life Res*, 12(1): 25–31.
62. Oehler JM, Davidson MG, Starr LE, Lee DA. (1991) Burnout, job stress, anxiety, and perceived social support in neonatal nurses. *Heart Lung*, 20: 500–505.
63. Lobb EA, Oldham L, Vojkovic S, Kristjanson LJ, Smith J, Brown JM, Dwyer VW. (2010) Frontline grief: The workplace support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. *JHPN*, 12: 225–233.
64. Swetz KM, Harrington SE, Matsuyama RK, Shanafelt TD, Lyckholm LJ. (2009) Strategies for Avoiding Burnout in Hospice and Palliative Medicine: Peer Advice for Physicians on Achieving Longevity and Fulfillment. *J Palliat Med*, 12: 773–777.
65. Whitebird RR, Asche SE, Thompson GL, Rossom R, Heinrich R. (2013) Stress, Burnout, Compassion Fatigue, and Mental Health in Hospice Workers in Minnesota. *J Palliat Med*, 16: 1534–1539.
66. Dickinson GE, Pearson AA. Death education in selected medical schools as related to physicians' attitudes and reactions toward dying patients. In: *Annual Conference on Research in Medical Education*. Conference on Research in Medical Education, 1977: 31–36.
67. Durand RP, Dickinson GE, Sumner ED, Lancaster CJ. (1990) Family physicians' attitudes toward death and the terminally-ill patient. *Fam Pract Res J*, 9: 123–129.

68. Billings JA, Block S. (1997) Palliative Care in Undergraduate Medical Education: Status Report and Future Directions. *JAMA* 278: 733–738.
69. Kaye JM, Loscalzo G. (1998) Learning to care for dying patients: a controlled longitudinal study of a death education course. *J Cancer Educ*, 13: 52–57.
70. Maguire P, Booth K, Elliott C, Jones B. (1996) Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills—the impact of workshops. *Eur J Cancer*, 32A: 1486–1489.
71. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. (1991) Brief psychological training for health care professionals dealing with cancer patients: a one-year assessment. *Gen Hosp Psychiatry*, 13: 253–260.
72. Barnard D, Quill T, Hafferty F, Arnold R, Plumb J, Bulger R, Field M. (1999) Preparing the ground: contributions of the preclinical years to medical education for care near the end of life. Working Group on the Pre-clinical Years of the National Consensus Conference on Medical Education for Care Near the End of Life. *Acad Med*, 74: 499–505.
73. Delvaux N, Razavi D. (1997) Psychological Training for Health-Care Professionals in Oncology. A Way to Improve Communication Skills. *Ann N Y Acad Sci*, 809: 336–349.
74. Hegedűs K, Pilling J, Kolosai N, Bognár T. (2001) Ápolók és orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdje. *LAM*, 11: 492–499.
75. Hegedűs K, Pilling J, Kolosai N, Bognár T, Békés V. (2002) Orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei. *Orv Hetil*, 143: 2385–2391.
76. Hegedus K, Zana Á, Szabó G. (2008) Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliat Med*, 22: 264–269.
77. Ramirez A, Addington-Hall J, Richards M. (1998) ABC of palliative care. The carers. *BMJ*, 316: 208–211.
78. Figley C. Catastrophes: an overview of family reaction. In: Figley C, McCubbin A (eds.), *Stress and the Family*. NY: Brunner/Mazel, New York, 1983: 3–20.
79. Figley CR. *Compassion Fatigue*. NY: Brunner/Mazel, New York, 1995
80. Figley CR. *Treating Compassion Fatigue*. Routledge, New York, 2002
81. Figley CR. A Generic Model of Compassion Fatigue Resilience (c). In: Figley CR, Professor Figley Polemics Various observations about world events. [Internet].

- Tulane University, New Orleans, 2014. [cited 2020 Oct 19]. Available from: <http://figley.blogspot.com/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>
82. Figley CR. (2002) Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*, 58: 1433–1441.
  83. Ray SL, Wong C, White D, Heaslip K. (2013) Compassion satisfaction, compassion fatigue, work life conditions, and burnout among frontline mental health care professionals. *Traumatology (Tallahass Fla)*, 19: 255–267.
  84. Sinclair S, McClement S, Raffin-Bouchal S, Hack TF, Hagen NA, McConnell S, Chochinov HM. (2016) Compassion in Health Care: An Empirical Model. *J Pain Symptom Manage*, 51: 193–203.
  85. Sinclair S, Norris JM, McConnell SJ, Chochinov HM, Hack TF, Hagen NA, McClement S, Bouchal SR. (2016) Compassion: a scoping review of the healthcare literature. *BMC Palliat Care*, 15: 6.
  86. Sinclair S, Torres M-B, Raffin-Bouchal S, Hack TF, McClement S, Hagen NA, Chochinov HM. (2016) Compassion training in healthcare: what are patients' perspectives on training healthcare providers? *BMC Med Educ*, 16: 169.
  87. Sinclair S, Hack TF, Raffin-Bouchal S, McClement S, Stajduhar K, Singh P, Hagen NA, Sinnarajah A, Chochinov HM. (2018) What are healthcare providers' understandings and experiences of compassion? The healthcare compassion model: a grounded theory study of healthcare providers in Canada. *BMJ Open*, 8: e019701.
  88. Sinclair S, Kondejewski J, Raffin-Bouchal S, King-Shier KM, Singh P. (2017) Can Self-Compassion Promote Healthcare Provider Well-Being and Compassionate Care to Others? Results of a Systematic Review. *Appl Psychol Health Well Being*, 9: 168–206.
  89. Tudományos és Köznyelvi Szavak Magyar Értelmező Szótára. <https://meszotar.hu/keres-emp%C3%A1tia>
  90. Ledoux K. (2015) Understanding compassion fatigue: understanding compassion. *J Adv Nurs*, 71: 2041–2050.
  91. Kearney MK, Weininger RB, Vachon MLS, Harrison RL, Mount BM. (2009) Self-care of Physicians Caring for Patients at the End of Life: “Being Connected . . . A Key to My Survival.” *JAMA*, 301: 1155–1164.

92. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. (2017) Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International J Nurs Stud*, 69: 9-24.
93. Melvin CS. (2015) Historical Review in Understanding Burnout, Professional Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Disorder From a Hospice and Palliative Nursing Perspective. *JHPN*, 17: 66–72.
94. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. (2010) Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *J Emerg Nurs*, 36: 420–427.
95. Sacco TL, Ciurzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. (2015) Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse*, 35: 32–43.
96. Hotchkiss JT. (2018) Mindful Self-Care and Secondary Traumatic Stress Mediate a Relationship Between Compassion Satisfaction and Burnout Risk Among Hospice Care Professionals. *Am Journal Hosp Palliat Care*, 35: 1099–1108.
97. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. (2015) Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death. *J Pain Symptom Manage*, 50: 200–207.
98. Weintraub AS, Geithner EM, Stroustrup A, Waldman ED. (2016) Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in neonatologists in the US. *J Perinatol*, 36: 1021–1026.
99. Linzitto JP, Grance G. (2017) Health professionals' quality of life in relation to end of life care. *Curr Opin Support Palliat Care*, 11: 306–309.
100. Edmonds KP, Yeung HN, Onderdonk C, Mitchell W, Thornberry K. (2014) Clinical Supervision in the Palliative Care Team Setting: A Concrete Approach to Team Wellness. *J Palliat Med*, 18: 274–277.
101. Cleary M, Kornhaber R, Thapa DK, West S, Visentin D. (2018) The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Educ Today*, 71: 247–263.
102. Mills J, Wand T, Fraser JA. (2017) Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review. *Int J Palliat Nurs*, 23: 219–229.

103. Jones SH. (2005) A self-care plan for hospice workers. *Am J Hosp Palliat Care*, 22: 125–128.
104. Kamau C, Medisauskaite A, Lopes B. (2015) Inductions Buffer Nurses' Job Stress, Health, and Organizational Commitment. *Arch Environ Occup Health*, 70: 305–308.
105. Skrabski Á, Kopp M, Rózsa S, Réthelyi J. (2004) A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhig pszichoszomat*, 5: 7–25.
106. Skrabski Á, Kopp M, Rózsa S, Réthelyi J. A koherencia, az élet értelme, mint az életminőség fontos dimenziója. In: Kopp M, Kovács M (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest, 2006: 146–155.
107. Balajti I, Vokó Z, Ádány R, Kósa K. (2007) A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentalhigiene es Pszichoszomatika*, 8: 147–161.
108. Lindstrom B, Eriksson M. (2005) Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health*, 59: 440–442.
109. Eriksson M, Kerekes N, Brink P, Pennbrant S, Nunstedt H. (2019) The level of sense of coherence among Swedish nursing staff. *J Adv Nurs*, 75: 2766–2772.
110. Kis M. (2016) A remény pszichológiája. Elméleti áttekintés az empiria tükrében. *Mentálhig pszichoszomat*, 17: 243–285.
111. Gilbar O. (1998) Relationship Between Burnout and Sense of Coherence in Health Social Workers. *Soc Work Health Care*, 26: 39–49.
112. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. (2001) Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nurs Health Sci*, 3: 69–71. h
113. Lindstrom B, Eriksson M. (2006) Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promot Int*, 21: 238–244.
114. Koen MP, Van Eeden C, Wissing MP. (2011) The prevalence of resilience in a group of professional nurses. *Health SA* 16: 1–11.
115. Konkoly Thege B. A szalutogenetikus megközelítés lehetőségei az esélyteremtésben. In: Kopp M (szerk.), *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 59–65.



116. Kamal AH, Wolf SP, Troy J, Leff V, Dahlin C, Rotella JD, Handzo G, Rodgers PE, Myers ER. (2019) Policy Changes Key To Promoting Sustainability And Growth Of The Specialty Palliative Care Workforce. *Health Aff (Millwood)*, 38: 910–918.
117. Hill RC, Dempster M, Donnelly M, McCorry NK. (2016) Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions. *Palliat Med*, 30: 825–833.
118. Stamm B. *The Concise ProQOL Manual*. The ProQOL.org, Pocatello, 2010. [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
119. Kopp M, Kovács M. Melléklet: a Hungarostudy 2002 felmérésben használt kérdőívek. In: Kopp M., Kovács M. (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006:540–550
120. Kopp M, Rózsa S, Skrabski Á. A Hungarostudy 2002 és a Hungarostudy 2006 követéses vizsgálat kérdőívei. In: Kopp, M. (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 34-43.
121. Susánszky É, Székely A. A Hungarostudy 2013 felmérés módszertana. In: Susánszky É, Szántó Zs (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013: 13-21.
122. Bech P, Gudex C, Staehr Johansen K. The WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in diabetes. *PsycNET*, 1996: <https://psycnet.apa.org/record/1996-09103-003>.
123. Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M. (2006) A who jól-lét kérdőív rövidített (wbi-5) magyar változatának validálása a hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhig pszichoszomat*, 7: 247–255.
124. Rahe R, Tolles R. (2002) The Brief Stress and Coping Inventory: A useful stress management instrument. *Int J Stress Manag*, 9: 61–70.
125. Konkoly Thege B, Martos T, Skrabski Á, Kopp M. (2008) A rövidített stressz és megküzdés kérdőív élet értelmességét mérő alszállójának (BSCI-LM) pszichometriai jellemzői. *Mentálhig pszichoszomat*, 9: 243–261.
126. Salavecz G, Neculai K, Rózsa S, Kopp M. (2006) Az Erőfeszítés-Jutalom Egyensúlytalanság Kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhig pszichoszomat*, 7: 231–246.

127. Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP. (1993) Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*, 64(1): 131–140.
128. Stauder A, Konkoly Thege B. (2006) Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhig pszichoszomat*, 7: 203–216.
129. Beck A, Beck R. (1972) Shortened version of BDI. *Postgrad Med*, 52: 81–85.
130. Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. (2001) A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatr Hung*, 16: 379–397.
131. Kopp MS, Falger PRJ, Appels A, Szedmak S. (1998) Depressive Symptomatology and Vital Exhaustion Are Differentially Related to Behavioral Risk Factors for Coronary Artery Disease. *Psychosom Med*, 60: 752–758.
132. Soldatos C, Dikeos D, Paparrigopoulos T. (2000) Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *J Psychosom Res*, 48: 555–560.
133. Perczel-Forintos D, Ajtai G, Barna C, Kiss Z, Komlósi S. Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2018.
134. Neimeyer R, Moore M. Validity and reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. In: Neimeyer RA (szerk.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Taylor & Francis, Washington, 1994: 61–102.
135. Zana Á, Hegedűs K, Szabó G. (2006) A Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális halálfélelem skála validálása magyar populáción. *Mentálhig pszichoszomat* 7: 257–266.
136. Radloff LS. (1977) The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Appl Psychol Meas*, 1: 385–401.
137. Kegye A, Takács S, Ries B, Zana Á, Hegedűs K. (2018) A szakmai élet minőségét mérő kérdőív (Professional Quality of Life Scale) magyar változatának validálása. *Orv Hetil* 159: 1441–1449.
138. Muthén L, Muthén B. *Mplus user's guide statistical analysis with latent variables*, 7th ed. CA: Muthén & Muthén, Los Angeles, 1998.
139. Cohen J, Cohen P, West S, Aiken L. *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences*, 3rd ed. NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, 2003.
140. Brown T. *Confirmatory factor analysis for applied research*, 2nd ed. NY: Guilford Press, New York, 2006.

141. Kline R. Principles and Practice of structural equation modeling, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2005.
142. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang A-G. (2009) Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*, 41: 1149–1160.
143. Galiana L, Arena F, Oliver A, Sansó N, Benito E. (2017) Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *J Pain Symptom Manage*, 53: 598–604.
144. Puffett N, Perkins P. (2017) What influences palliative care nurses in their choice to engage in or decline clinical supervision? *Int J Palliat Nurs*, 23: 524–533.
145. Hemsworth D, Baregheh A, Aoun S, Kazanjian A. (2018) A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Appl Nurs Res*, 39: 81–88.
146. Kase SM, Waldman ED, Weintraub AS. (2019) A cross-sectional pilot study of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in pediatric palliative care providers in the United States. *Palliat Support Care*, 17: 269–275.
147. Bride BE, Radey M, Figley CR. (2007) Measuring Compassion Fatigue. *Clin Soc Work J*, 35: 155–163.
148. Cicognani E, Pietrantonio L, Palestini L, Prati G. (2009) Emergency Workers' Quality of Life: The Protective Role of Sense of Community, Efficacy Beliefs and Coping Strategies. *Soc Indic Res*, 94: 449–463.
149. Circenis K, Millere I, Deklava L. (2013) Measuring the Professional Quality of Life among Latvian Nurses. *Procedia Soc Behav Sci*, 84: 1625–1629.
150. Shen J, Yu H, Zhang Y, Jiang A. (2015) Professional quality of life: A cross-sectional survey among Chinese clinical nurses. *Nurs Health Sci*, 17: 507–515.
151. Takács S. (2012) Érzékenységvizsgálatok a statisztikai eljárásokban. *Alkalmazott Matematikai Lapok*, 29: 67–100.
152. Kegye A, Czeglédi E, Zana Á, Csikai EL, Hegedűs K. (2020) Influential factors of well-being among Hungarian female hospice workers examined through structural equation modelling. *Health Soc Care Community*, 28: 1560–1568.
153. Juhász Á. Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés. *Munka- és Szervezetpszichológiai Szakképzés*, Budapest, 2002: 1–101

154. Sík D, Szécsi J. (2015) A fókuszcsoporthoz mint módszer szerepe a szociális munkában. *Kapocs*, 64: 80-89.
155. Boncz I. Kutatásmódszertani alapismeretek. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Pécs, 2015.
156. Szokolszky Á. (2006) Kutatómunka a pszichológiában: gyakorlatok. Bölcsész konzorcium, Budapest, 2006: 80-88.
157. Kiss E. A személyiség pozitív erőforrásai. In: Kiss E, Polyák L (szerk.), *Egészség Rehabilitációs Füzetek II. A személyes és társas tényezők szerepe a rehabilitációs munkában*. Oriold és Társa Kiadó, Budapest, 2012: 107–120.
158. Vicsek L. Fókuszcsoporthoz. Osiris Kiadó Kft., Budapest, 2006
159. Zörgő S. (2017) Szempontok a kvalitatív kutatás tervezéséhez és értékeléséhez. *LAM*, 27: 418–426.
160. Koh MYH, Chong PH, Neo PSH, Ong YJ, Yong WC, Ong WY, Shen MLJ, Hum AYM. (2015) Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: A multi-centre cross-sectional study. *Palliat Med*, 29: 633–642.
161. Clark L, Leedy S, McDonald L, Muller B, Lamb C, Mendez T, Kim S, Schonwetter R. (2007) Spirituality and Job Satisfaction among Hospice Interdisciplinary Team Members. *J Palliat Med*, 10: 1321–1328.
162. Pavelková H, Bužgová R. (2015) Burnout among healthcare workers in hospice care. *CEJNM*, 6:218–223.
163. Györffy Z, Girasek E. (2015) Mental health of physicians - nationwide representative study from Hungary. *Idegyogy Sz*, 68: 258–269.
164. Grava-Gubins I, Scott S. (2008) Effects of various methodologic strategies: survey response rates among Canadian physicians and physicians-in-training. *Can Fam Physician*, 54: 1424–1430.
165. Cho Y, Johnson T, Vangeest J. (2013) Enhancing Surveys of Health Care Professionals: A Meta-Analysis of Techniques to Improve Response. *Eval Health Prof*, 36: 382–407.
166. Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. (2017) Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIC Database System Rev Implement Rep*, 15: 1905–1933.

167. Cserháti Z, Stauder A. Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. In: Kopp Mária (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 592-599.
168. Heponiemi T, Elovainio M, Manderbacka K, Aalto A-M, Kivimäki M, Keskimäki I. (2007) Relationship between unemployment and health among health care professionals: Health selection or health effect? *J Psychosom Res*, 63: 425–431.
169. Carter PA, Dyer KA, Mikan SQ. (2013) Sleep Disturbance, Chronic Stress, and Depression in Hospice Nurses: Testing the Feasibility of an Intervention. *Oncol Nurs Forum*, 40: E368–E373.
170. Gyórfly Z, Csala I, Sándor I. (2013) Orvostanhallgatók Magyarországon: átalakuló vagy elnöiesedő hivatás? *Orv Hetil*, 154: 1950–1958.
171. Ebert SA, Tucker DC, Roth DL. (2002) Psychological resistance factors as predictors of general health status and physical symptom reporting. *Psychol Health Med*, 7: 363–375.
172. Karlsson M, Kasén A, Wärnå-Furu C. (2017) Reflecting on one's own death: The existential questions that nurses face during end-of-life care. *Palliat Support Care*, 15: 158–167.
173. Padilla Fortunatti C, Palmeiro-Silva YK. (2017) Effort–Reward Imbalance and Burnout Among ICU Nursing Staff: A Cross-Sectional Study. *Nurs Res*, 66: 410–416.
174. O'Mahony S, Gerhart JI, Grosse J, Abrams I, Levy MM. (2016) Posttraumatic stress symptoms in palliative care professionals seeking mindfulness training: Prevalence and vulnerability. *Palliat Med*, 30: 189–192.
175. Kegye A, Zana Á, Hegedűs K. (2016) How does the suffering of cancer patients affect us? Reviewing the physical and mental wellbeing of hospice workers. *Palliat Med Pract*, 10: 174–184.
176. Mota Vargas R, Mahtani-Chugani V, Solano Pallero M, Rivero Jiménez B, Cabo Domínguez R, Robles Alonso V. (2016) The transformation process for palliative care professionals: The metamorphosis, a qualitative research study. *Palliat Med*, 30: 161–170.
177. Musa S. (2009) Mental health problems and job satisfaction amongst social workers in the United Arab Emirates. *IJAR*, 1: 216-220.

178. Craig CD, Sprang G. (2010) Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping*, 23: 319–339.
179. Shahar I, Asher I, Natan MB. (2019) Compassion fatigue among nurses working in a long-term care facility: The Israeli experience. *Nurs Health Sci*, 21: 291–296.
180. Hegedűs K, Zana Á, Szabó G. (2007) Az élet végi ismeretek oktatásának hatása a medikusok és az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos attitűdjére. *LAM*, 17: 144-148.
181. Barnett MD, Martin KJ, Garza CJ. (2019) Satisfaction With Work–Family Balance Mediates the Relationship Between Workplace Social Support and Depression Among Hospice Nurses. *J Nurs Scholarsh*, 51: 187–194.
182. Barnett MD, Cantu C, Clark KA. (2020) Multidimensional emotion regulation strategies among hospice nurses. *Death Stud*, 44: 463–468.
183. Lenzo V, Indelicato F, Grisolia E, Toffle ME, Quattropani MC. (2016) The burnout syndrome in palliative home care workers: the role of coping strategies and metacognitive beliefs. *MJCP*, 4: 1–12.
184. Penson RT, Partridge RA, Rudd P, Seiden MV, Nelson JE, Chabner BA, Jr TJJL (2005) Laughter: The Best Medicine? *Oncologist*, 10: 651–660.

## 10. SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

### Az értekezés témájában megjelent eredeti közlemények

#### *Nemzetközi folyóiratban megjelent közlemények*

- **Kegye A**, Czeglédi E, Zana Á, Csikai EL, Hegedűs K. (2020) Influential factors of well-being among Hungarian female hospice workers examined through structural equation modelling. *Health Soc Care Community*, 28: 1560–1568.

#### *Magyar folyóiratban megjelent közlemények*

- **Kegye A**, Takács S, Ries B, Zana Á, Hegedűs K. (2018) A szakmai élet minőségét mérő kérdőív (Professional Quality of Life Scale) magyar változatának validálása. *Orv Hetil* 159: 1441–1449.
- Révay E, **Kegye A**, Zana Á, Hegedűs K. (2016) A túlélők mindennapjai. A hospice-ellátásban dolgozók életminősége. *Orv Hetil*, 157: 1000–1006.
- **Kegye A**, Zana Á, Révay E, Hegedűs K. (2015) A súlyos betegek ellátásának igazi ára – az együttérzésből fakadó fáradtság vagy elégedettség. *LAM*, 25: 129–136.

#### *Idézhető konferencia absztraktok*

- **Kegye A**, Takács S, Zana Á, Hegedűs K. (2019) Validation of the Hungarian Version of the Professional Quality of Life Scale. An Opportunity to Improve the Well-being of Hospice Care Workers. *Palliat Med*, 33: 339-340.
- Zana A, Czeglédi E, **Kegye A**, Hegedus K. (2018) Differences in Well-being and Fear of Death of Hospice Employees and Volunteers in Hungary. *Palliat Med*, 32 (Suppl 1): 265.
- **Kegye A**, Czeglédi E, Hegedűs K. Predictors of well-being among women working in hospice care. In: 15th World Congress of the European Association for Palliative Care, Abstracts. 2017: 619-619. Paper: P01-391.

## Értekezés témájától független közlemények

### *Nemzetközi folyóiratban megjelent közlemények*

- Zana Á, **Kegye A**, Czeglédi E, Hegedűs K. (2020) Differences in well-being and fear of death among female hospice employees and volunteers in Hungary. *BMC Palliat Care*, 19: 58–66.
- **Kegye A**, Naszaly A. (1998) Radiotherapy for lung metastases in a patient with ewing sarcoma. *Sarcoma*, 2: 209–213.

### *Magyar folyóiratban megjelent közlemények*

- Farkas KR, **Kegye A**. (2015) Özvegyek és elváltak veszteségfeldolgozása. *Kharón*, 19: 18–32.
- **Kegye A**, Pádi É, Hegedűs K. (2014) Rehabilitation model program for seriously ill patients. *Health Psychology Report*, 2: 263–268.
- **Kegye A**, Pádi É. (2013) A csoport-pszichoterápia lehetősége a hospice-palliatív ellátásban. Egy modellprogram eredményei. *Orv Hetil*, 154: 1102–1105.
- **Kegye A**, Pálfi Z. (2011) Befolyásoló életesemények? Az onkológiai betegek pszichoszociális támogatásáról egy kutatás tükrében. *IME*, 10: 19–22.
- Mayer Á, Patyánik M, **Kegye A**, Mészáros E. (2001) Rectumtumorok praeoperatív sugárkezelése saját eredményeink alapján. *Magy Onkol*, 45: 347–351.

### *Könyv*

- **Kegye A** (szerk.), Rohánszky M, Molnár M, Boda É, Kapitány Zs. *Pszichoszociális onkológia. Gyakorlati útmutató a teljeskörű betegellátáshoz*. Zafir Press, Budapest, 2014.

### *Könyvfejezet*

- Prezenszki Zs, **Kegye A**, Molnár M. *Pszicho-onkológia*. In: Füredi J, Németh A (szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest, 2015: 768–780.
- **Kegye A**. *Pszichoszociális támogatás*. In: Csikós Á (szerk.), *Palliatív ellátás*. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pécs, 2015: 195–204.



- **Kegyé A.** Gyász. In: Csikós Á (szerk.), Palliatív ellátás. Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Pécs, 2015: 204–214
- **Kegyé A.** Eszter. Onkológus. In: Campos JM (szerk.), S.O.S. Daganat! Oriold és Társai Kiadó, Budapest, 2014: 257–286.
- **Kegyé A,** Schaffer J, Zana Á. Végsőig kísérni. Tanácsadó füzet súlyos betegségben szenvedők hozzátartozóinak. Magyar Hospice-Palliatív Egyesület, Budapest, 2015.
- **Kegyé A.** A pszichoszociális támogatás helye a komplex onkológiai ellátásban. In: Kiss E, Polyák L (szerk.), A krónikus betegséggel élők orvosi, pszichológiai és társadalmi rehabilitációja: a Magyar ILCO Szövetség 2010-es konferenciájának válogatott, lektorált tanulmányai. Magyar ILCO Szövetség, Kaposvár, 2010: 35–44.
- **Kegyé A,** Nemeskéri Cs. Ductus choledochus elzáródás okozta icterus. In: Mayer Á (szerk.), Sürgősségi (palliatív) onkológiai állapotok nem sebészi kezelése. Roche (Magyarország) Kft., Budapest, 2000: 21–25.
- **Kegyé A,** Szabó Z, Póti Zs. Mentális szupportáció. In: Mayer Á (szerk.), Emlőrák nem sebészi kezelése: 2. módosított kiadás. Roche (Magyarország) Kft., Budapest, 1999: 61–67.

## 11. KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Mindenekelőtt szeretnék köszönetet mondani mindenkinek, aki közreműködött e munka elkészítésében, és mindazoknak, akik tanárain, munkatársaim, munkahelyi vezetőim, a képzésekben csoporttársaim és barátaim voltak az idevezető úton.

Elsősorban köszönettel tartozom témavezetőmnek, Dr. Hegedűs Katalinnak, hogy szakmai tudásával, tapasztalatával a kezdetektől kíséri és támogatja hospice-palliatív munkámat, valamint a kutatás területén való elindulásomat, fejlődésemet. Mindig lendületet adott kreatív együttgondolkodása. Hálával tartozom az általa nyújtott kitartó, türelmes ösztönzésért, odafigyelésért, gondoskodásért, amivel egyben példát is mutatott nekem.

Köszönetemet fejezem ki Dr. Kovács József és Dr. Purebl György igazgató úrakkal támogatásukért és bizalmukért.

Köszönöm a kutatócsoport tagjainak dr. Zana Ágnesnek, Ellen L. Csikainak az eredményes együttműködést, valamint dr. Révay Editnek, Riesz Borbálának, Babonits-Farkas Kingának, dr. Zörgő Szilviának, Zsák Évának és dr. Györffy Zsuzsának hasznos segítségüket, tanácsaikat.

Köszönet illeti Dr. Czeglédi Editet és dr. Takács Szabolcsot a statisztikai elemzésekben nyújtott nélkülözhetetlen szakértelméért és segítségért.

Köszönöm a Magatartástudományi Intézet közösségének és az Orvosi Pszichológia munkacsoport tagjainak, hogy befogadó, támogató csapatban dolgozhatok, akik értékes időt és energiát biztosítottak az értekezés megírásához.

Somorjai Noéminek a szakirodalom kutatásában és gondozásában nyújtott segítségért. Raduch Csillának, a Doktori Iskola részéről Kiss Hajnalnak és a titkárság munkatársainak hasznos tanácsaikért, kedvességükért.

Köszönettel tartozom a kutatásban résztvevő valamennyi, a hospice-palliatív ellátásban dolgozó kollegának.

Legfontosabb köszönetet mondanom családomnak. Szüleimnek, akik életem során mindig mellettem álltak, tanulmányaimban, munkám törekvéseiben bíztattak, segítettek. Férjemnek és lányomnak a kitartó támogatásukért, ösztönzésükért a hosszú évek során, és türelmükért, amikor a munka-magánélet aránya a munka felé billent.

## MELLÉKLETEK

## 1. melléklet. A 2013–14-es szakirodalom kutatáshoz felhasznált publikációk

Cím	Szerzők	Folyóirat (megj. éve)	Ország	Közlemény típusa	Módszerek, mérési-körök	Résztvevők	Főbb eredmények és következtetések
Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians	A.J. Ramirez, J. Richards, A. Cull, W.M. Gregory, M.S. Learning et al.	British Journal of Cancer (1995)	UK	Eredeti közlemény	1. A munkából eredő stressz és elégedettség forrásainak mérése tanulmány-specifikus kérdésekként, melyeket négy faktorra csoportosítottak. 2. A pszichiátriai betegségek mérése: a 12 ítemes General Health Kérdőívvel. 3. A burnout három komponensének mérése: érzelmi kimerülés, depersonalizáció és az alacsony személyes teljesítmény- a Maslach Burnout Kérdőívvel	Angol minta: 476-ból 393 (83%-os válaszadás) Nem sebési ellátásban dolgozó onkológusok, 126 ebből palliatív szakorvos is.	Jellemzően a palliatív ellátásban dolgozóknál váltotta ki a legnagyobb elégedettséget a betegekkel és a hozzátartozókkal való törődés és a megfelelő források megjelése. Szignifikáns különbségek mutatkoztak az érzélt stressz tekintetében a vizsgálati csoportok között: a palliatív specialistaiknak alacsonyabb stressz-értékek voltak, mint a klinikai onkológusoknak a 'ültérhobuk érzem magam, és ez kihát a családi életemre' kérdésében.
ABC of palliative care The carers	A. Ramirez, J. Addington-Hall, M. Richards	BMJ (1998)	UK	Összefoglaló közlemény	Összefoglaló, leíró tanulmány		Összefoglalás a szakszemélyzet munkahelyi stresszéről, elégedettségéről, a pszichológiai megbetegedésről: hogyan lehet javítani a mentális egészségét. A palliatív orvosok között a pszichiátriai morbiditás előfordulási gyakorisága 25 %. A stressz a gondozottak és hozzátartozók megelőzésével lehet ellensúlyozni.
Caring for caregivers: experiences and evaluation of interventions for a palliative care team	A. L. van Stas, A. Visser, N. van der Zouwe	Patient Education and Counseling (2000)	NL	Eredeti közlemény	Heti rendszeresítő csoport esetmegbeszélő munkáját vizsgálták egy éven keresztül, egy egyénileg kialakított angol modell szerint, Hollandiában. A cél a stressz mérése és a stresszfaktorok sajátosságainak feltérképezése volt. 4 alkalommal végeztek kérdőíves felmérést, majd az eredményeket összehasonlították és interjúval egészítették ki a hallottakat.	24 fő töltötte ki a kérdőíveket a multidiszciplináris teamből, orvosok, nővérek, dietetikus, gyógyszerész, titkár.	Támasz támogatás jelentőségének hangsúlyozása a munkahelyen belül!

<p>Caregiver stress and burnout in an oncology unit</p> <p>AC Sherman, D. Edwards, S. Simonton, P Mehta</p>	<p>Pall and Supp Care (2006)</p> <p>USA</p>	<p>Összefoglaló közlemény</p>	<p>Keresési stratégia: online adatbázisok</p>	<p>Beválasztási kritériumok: vizsgálatok angol nyelven, lektorált folyóiratok, időszak: 1989.jan-2004.dec. Fókuszban a burnout és a pszichoszociális distressz állt, onkológusok és onkológiai nővérek körében.</p>	<p>Módszertanilag jól felépített áttekintés. Eredmény: a burnout és a pszichés problémák jellemzőek a főorvosknál és a palliatív árnak és a egyéb személyzet (nővérek, szoc. munkások, gyógyászerek, stb) harmadának magas az érzelmi kimerültsége. Mindkét csoport kb fele tapasztalt alacsony személyes teljesítményt és nagy arányban jelentettek magas munkahelyi stresszt</p>
<p>Resilience and well-being in palliative care staff: A qualitative study of hospice nurses' experience of work</p> <p>JR. Ablett, RSP. Jones</p>	<p>Psycho-Oncology (2007)</p> <p>UK</p>	<p>Eredeti közlemény</p>	<p>Félig strukturált interjúk. Témakör: 1. Aktív választási lehetőség palliatív ellátásban dolgozni, 2. Múltbeli személyes tapasztalat, 3. Személyes hozzáállás a gondozáshoz, 4. Személyes hozzáállás az élethez és halálhoz 5. Saját spirituális tudat 6. Személyes hozzáállás a munkához. 7. A munkával való elégedettség nézőpontjai 8. Munkahelyi stressz aspektusai 9. Megbirkózás módjai 10. Személyes, vagy profizzionális problémák és korlátok</p>	<p>10 hospice szakdolgozó, 9 nő, 1 férfi.</p>	<p>A nővérek jelenítés részénél jellemző volt, hogy magatartásbeli- és kognitív megbirkózási stratégiákat alkalmaztak a munkájukban és műszak után egyaránt. Ezek a stratégiák a problémák megosztása a kollégákkal, a humor használata, az egészséges munka-élet egyensúly fenntartása és a jó szociális kapcsolatok kiépítése. A cikk kiemeli a személyes adottságokat, a nyitottságot és a rugalmasságot, mint a sikeres megküzdést elősegítő tényezőket</p>
<p>Self-care of Physicians Caring for Patients at the End of Life</p> <p>MK. Kearney, RB. Weinger, M L. S. Vachon, RL. Harrison, B M. Mount</p>	<p>JAMA (2009)</p> <p>USA- CAN</p>	<p>Eset- ismertetés</p>	<p>Összefoglaló, leíró cikk két eset kapcsán</p>	<p>Az együttérzésből eredő fáradtság (CF) meghatározása vs. burnout. Burnout az eu dolgozó és munkahelyi környezet kölcsönhatásából fakadó stressz eredménye; CF a beteg és eu dolgozó kapcsolatából ered, úgy jellemzik, mint a gondolkodás arat. Másodlagos vagy helyettes traumatisáció. CF-fel el tudja látni a munkáját, csak kompromisszummal, és ez vezethet a burnouthoz. A CF tüneteinak ismertetése</p>	

Strategies for Avoiding Burnout in Hospice and Palliative Medicine: Peer Advice for Physicians on Achieving Longevity and Fulfillment	KM. Swetz, SE, Harrington, RK, Matsuyama, TD, Shanafelt, LJ, Lyckholm	Journal of Palliative Medicine (2009)	USA	Eredeti közlemény	"Kvalitatív kutatás, e-mailban keresték meg a résztvevőket. A cél az volt, hogy megismerjék a képzett szakorvosok készség-megelőzési stratégiáinak közös vonásait. A válaszok az egymondatos (11 szóból) a több hosszabb mondat (139 szóból) variálódtak. A kutatók a válaszokban fellelhető közös vonásokat vizsgálták és rendszereztek."	40 fő hospice- és palliatív ellátásban dolgozó orvos, ebből 31 nő, korra utaló adatot nem találtak	Az eredmények szerint a fizikai jólét és a fizikai aktivitás támogatása szerepelt az első helyen, mint burnout megelőző tényező, utána egy csoport tagjának lenni, az elhivatottság, a másokkal való beszélgetés és az elhunyt páciensekre való emelkedés szerepelt a felsorolásban. Az alacsony részvétel arány dacára az eredmények figyelemfelkeltők.
Comparison of experienced burnout symptoms in specialist oncology nurses working in hospital oncology units or in hospices	L. Ostacoli, M. Cavallo, M. Zuffraneri, M. Negro, E. Spazzotti, R. Luigi Picci, et al.	Palliative and Supportive Care (2010)	I	Eredeti közlemény	Önkéntes, papíralapú, anonim kérdőíves vizsgálat. demográfiai és a munkakörü jellemzők (nem, kor, klinikai körülmények között, munkatapasztalat), mérőeszközök: Italian version of the Maslach Burnout Inventory (MBI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Attachment Style Questionnaire (ASQ) - Hátránya: alacsony minta, nem vizsgálja a szerepét más tényezőknél (pl. családi állapot, gyermekek, szabaddíós tevékenységek)	Körházi onkológiai osztályon dolgozó szakápolók (n=59) és hospice-ban dolgozó szakápolók (n=33), 82 %-os válaszadás	A burnout kialakulásának egyéni és környezeti tényezők hozzájárulását vizsgálja. Onkológiai ápolók: magas szintű technikai beavatkozások, hospice ápolók: magas szintű érinással járó beavatkozások. A körházi ápolók magasabb szintű érzelmi kimerülési és depersonalizációs és alacsonyabb szintű személyes teljesítményt mutatnak, mint a hospice-ban dolgozó ápolók. A klinikai környezet és a lehetőségek és ideális célok közötti aránytalanság növeli a frusztrációt és előrejelzi a burnoutot.
An investigation into the perceived stressors for staff working in the hospice service	A Hackett, S Palmer	International Journal of Palliative Nursing (2010)	UK	Eredeti közlemény	főkuszcsoportos vizsgálat a stresszorok azonosítására	6-6 fő egy-egy hospice-ból (interdiszciplináris, de önkéntesek nem)	A tanulmány a stresszorok azonosítása miatt hasznos. Elvárások, változás, vezetői támogatás, munkatársi támogatás, "öngondozás" és ezek al-kategóriáinak elemzése történik a szükséges coaching szempontjából.
Understanding Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout: A survey of the hospice palliative care workforce	S. Slocum-Gori, D. Hensworth, WWY Chan, A. Caroon, A. Kazanjian	Palliative Medicine (2011)	CAN	Eredeti közlemény	Professional Quality of Life Scale (ProQOL) - Stamen, www.proqol.org (2005) validálás leírása!	630 hospice dolgozó a nemzet adatbázisból (2010, klinikai, adminisztratív, önkéntes, intézményi és otthoni ellátás is) - hasonló a mi kutatásunkhoz	A ProQOL validálási leírása. Az együttesből fakadó elégedettség (CS), együttesből fakadó kifáradás (CF) és burnout kapcsolatának vizsgálata (negatív és pozitív hatások összefüggései). Szignifikáns negatív korreláció van az CS és burnout, valamint az CS és az CF között. Szignifikáns pozitív korreláció van a burnout és az CF között.

Professional burnout and social support in the workplace among hospice nurses and midwives in Poland	M. Kalicin aka. J. Chylin aka. E. Wilczek-Roz yezka	International Journal of Nursing Practice (2012)	PL	Eredeti közlemény	Kereszetszeti kérdőíves felmérés: Maslach Burnout Inventory (MBI), Psychoocial working conditions kérdőív , amelyet a pszichoszociális munkafeltételek megfigyelésére használnak cégeknel és intézményekben. Karaszak követelményeket ellenőrző modelljén alapul	Teljes minta 117 ápoló, 59 szülész nő és 58 hospice nővér. Mindnyájan nők.	Kapcsolat van a munkahelyi szociális támogatás és a szakmai kiégés között; különböző a halálnak kitettség rizikója. Ez a legnagyobb stresszor a hospice nővérek szerint. Szülésznőknél a stressz oka: hosszú munkaidő és új technológiák alkalmazása. A hospice-ban dolgozók kevésbé kiégettek. Magyarázat: társadalmi támogatás, különösen a munkahelyi hatással van a kiégésre. Öntámogató csoportok: hatékony támogatási forma.
Professional compassion fatigue: what is the true cost of nurses caring for the dying?	C. S. Melvin	International Journal of Palliative Nursing (2012)	USA	Eredeti közlemény	Félig strukturált interjú 10 kérdéssel (mellelve). A kutatás alapkérdései: -halállal és haldoklással dolgozó nővéreknél milyen nagy a rizikója egy folyamatosan kifejlődő EF-nek - melyek a fizikális és érzelmi következményei a hospice és palliatív nővérek folyamatos halállal való megbirkozásában	6. otthoni ápolást végző nővér, nők, regisztrált nővérek. 11-33 év tapasztalattal.	A CF megakadályozza, hogy az egészségügyi dolgozók optimális szinten tudjanak dolgozni. A nővérek annak ellenére folytatják a munkájukat hogy melyek a fizikális és érzelmi fájdalmak, de nem engedik, hogy ezt a fájdalmat mások észrevegyék. Annak ellenére, hogy fizikálisan, spirituálisan, és emocionálisan kimerültek, folytatják a betegekkel való törődést. A megküzdés módjait -egyéni és feleltes- részletesen leírja.
A narrative literature review of the contribution of volunteers in end-of-life care services	S. Morris, A. Wilmot, M. Hill, N. Ockenden, Sh. Payne	Palliative Medicine (2012)	UK	Összefoglaló közlemény	Az áttekintés paraméterei széles körűek voltak, hogy minél több aktuális részletet vizsgálják az önkéntes munkások. Minden, a felnőttéket életvégi gondozásról szóló kutatást és felmérést feldolgozó cikket belevettek, amint 2000 és 2011 között, angol nyelven publikáltak. (kivéve a bojtásokat)	7 elektronikus adatbázis, kulcs folyóiratok, akadémiai kiadványok: adatbázisa. 68 cikket vettek be az analízisbe	Az önkéntesség motivációja korosztály szerint változik. A fiatal önkénteseknél erősebb a karrier-motiváció, az idősebbeknél a szociális motiváció. A stresszorok: gyenge kommunikáció, az érzelmi támogatás hiánya, képzési és információs szükségletek, a beteg hozzátartozóival történő foglalkozás, a halállal és haldoklással történő megbirkozás, eszköztelenség, túl kezon kerdi a beteg gondozása, az orvosi személyzet tagjai által lebecsültnek érzik magukat, nem képesek többet segíteni a betegekben és a családtagjaikon. Fontos a koordinátor szerepe mint kapcsolattartó és támogató személy az önkéntesekkel való munkában.

Is work stress in palliative care nurses a cause for concern? A literature review	L. Peters, R. Cant, K. Sellick, M. O'Connor, S. Lee, Burney	International Journal of Palliative Nursing (2012)	AUS	Összefoglaló közlemény	Adatházak áttekintése, 1990-2010 (113 tanulmány, ebből 16 maradt a szelekció után)	hospice és palliatív ellátásban dolgozó nővérek	Módszertanilag alapvető áttekintés. A kiválasztott 16 tanulmány táblázatba rendezve, összefoglalásuk az eredmények részben. A hospice nővérek stressz-szintje nagyobb, ami a munkakörülményekből, a szerepkonfliktusokból stb. adódik. A munkahelyi vezetőknek kulcsszerepe van ezek megoldásában.
Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Work Life Conditions, and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals	SL. Ray, C. Wong, D. White, K. Heaslip	Traumatology (2013)	CAN	Eredeti közlemény	Professional Quality of Life Scale (ProQOL), Areas of Work Life Scale (AWS), Maslach Burnout Inventory - General Survey (MBI-GS) Demographic Data set	169 nővér és mentálhigiénés dolgozó munkás, (szociális pszichológus, pszichiáter, esetenként zseber, mentálhigiénikus)	Az együttérzésből fakadó elégedettség (CS), együttérzésből fakadó kifáradás (CF) és burnout definíciójának és alap szakirodalmának leírása. Az CS magasabb szintje alacsonyabb szintű CF-fel jár együtt. A maslach 6 munkahelyi jellemző (munkaterhelés, kontroll, jutalom, közösség, méltányosság, értékek) magasabb szintje előre jelzi az alacsonyabb burnoutot.
Stress, Burnout, Compassion Fatigue, and Mental Health in Hospice Workers in Minnesota	RR. Whitebird, SE. Asche, GL. Thompson, R. Rosson, R. Heinrich	Journal of Palliative Medicine (2013)	USA	Eredeti közlemény	Short Form-12 Health Survey Version 2 (SF-12) Short Form 36 Health Survey (SF-36) Patient Health Questionnaire 8 (PHQ8) Professional Quality of Life Scale (ProQOL) Medical Outcomes Social Support Survey (MOS) coping stratégia: 12 tevékenység felsorolása	547 hospice dolgozó államban (interdiszciplináris, de orvos nincs a mintában)	Magas stressz-értékek. Elsősorban a társas támogatás és fizikai aktivitás a stresszoldó tevékenységek. Táblázat arról, hogy a résztvevők mit tartanak fontosnak a munkastressz és burnout redukálása szempontjából.

## 2. melléklet. Hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek életminőségének felmérése

Kedves Hospice Munkatárs!

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete és a Sapientia Főiskola Szociológia Tanszéke közös kutatásában arra szeretnénk választ kapni, hogy a gyógyíthatatlan betegekkel foglalkozók életminősége, értékrendje változott-e, mióta a hospice-ban dolgoznak. Munkaterületük különösen nehéz, megterhelő. Felmérésünkkel célunk, hogy pontosabb képet kapjunk arról, hogy Önök miként látják munka- és életkörülményeiket, hol vannak nehézségeik, mik azok a pontok, melyekre fel kell hívnunk az egészségügy és a szakma figyelmét. A válaszadás önkéntes, és teljesen anonim marad! A beérkezett válaszokat összesítve dolgozzuk fel. A kérdőív kitöltése könnyű, de a sok kérdés miatt viszonylag hosszú, mégis arra kérjük, hogy vállalja kitöltését és válaszaival segítse munkánkat!

Köszönettel, a kutató team: Hegedűs Katalin, Kegye Adrienne, Zana Ágnes, Révay Edit

### Kérdések:

1. Jelenleg mi az Ön jogi helyzete, fő tevékenysége: dolgozó, nyugdíjas vagy más. (Több válasz is lehetséges!)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dolgozik és közalkalmazott | <input type="checkbox"/> dolgozik és alkalmi munkás |
| <input type="checkbox"/> dolgozik és alkalmazott    | <input type="checkbox"/> rokkantnyugdíjas           |
| <input type="checkbox"/> dolgozik és vállalkozó     | <input type="checkbox"/> háztartásbeli              |
| <input type="checkbox"/> munkanélküli               | <input type="checkbox"/> eltartott                  |
| <input type="checkbox"/> tanuló                     | <input type="checkbox"/> egyéb                      |
| <input type="checkbox"/> GYES-en, GYED-en lévő      |   |

2. Milyen munkakört tölt be a hospice-ban? (Több válasz is lehetséges!)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> orvos                    | <input type="checkbox"/> pszichológus       |
| <input type="checkbox"/> lelkész                  | <input type="checkbox"/> koordinátor        |
| <input type="checkbox"/> diplomás ápoló           | <input type="checkbox"/> hospice szakápoló  |
| <input type="checkbox"/> egyéb szakápoló          | <input type="checkbox"/> ápoló              |
| <input type="checkbox"/> ápolási asszisztens      | <input type="checkbox"/> szociális munkás   |
| <input type="checkbox"/> foglalkozás terapeuta    | <input type="checkbox"/> pszichoterapeuta   |
| <input type="checkbox"/> dietetikus               | <input type="checkbox"/> gyászolókat segítő |
| <input type="checkbox"/> mentálhigiénés szakember | <input type="checkbox"/> takarítószemélyzet |
| <input type="checkbox"/> beteghordó               | <input type="checkbox"/> gyógytornász       |
| <input type="checkbox"/> önkéntes segítő          | <input type="checkbox"/> adminisztrátor     |
| <input type="checkbox"/> lelki gondozó            | <input type="checkbox"/> egyéb :            |

3. Amennyiben orvos, melyik szakvizsgája alapján dolgozik a hospice-ban?  
(Kérem, ha nem orvos, akkor lépjen a következő kérdésre!)



4. Onkéntesként, vagy fizetett munkatársként dolgozik a hospice-ban?

- önkéntes
- fizetett munkatárs

5. Amennyiben önkéntes segítő, mi a foglalkozása?

(Kérem, ha nem önkéntes segítő, akkor lépjen a következő kérdésre!)

6. Mióta dolgozik a hospice-ban?

7. Tervei szerint meddig szeretne még hospice-ban dolgozni?

8. Fizetett és önkéntes munkáját is figyelembe véve, összesen hány órát dolgozik naponta?

- |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 4 órát                | 6 órát                | 8 órát                | 10 órát               | 12 órát               | 12 óránál többet      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. Heti hány órát dolgozik a hospice-ban?

10. Jelenleg pontosan milyen hospice-ban dolgozik? (Több válasz is lehetséges!)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> országos intézetben működő hospice | <input type="checkbox"/> mobil team                            |
| <input type="checkbox"/> kórházban működő hospice           | <input type="checkbox"/> gyermek hospice                       |
| <input type="checkbox"/> egyetemi klinikán működő hospice   | <input type="checkbox"/> önálló hospice intézmény              |
| <input type="checkbox"/> ambulancia                         | <input type="checkbox"/> szociális intézményben működő hospice |
| <input type="checkbox"/> otthoni hospice szakápolás         | <input type="checkbox"/> országos hospice szervezetben         |

11. Munkahelye és lakóhelye távolsága miatt ingáznia kell?

- nem
- igen

12. Jelenleg hány munkahelye van?

13. Főfoglalkozású munkáján kívül folytat-e más kereső tevékenységet?

- nem
- igen

**14. Az alábbi állítások jelenlegi vagy legutóbbi munkakörére vonatkoznak. Kérem, az ötfokú skála segítségével a személyes tapasztalatainak leginkább megfelelő válaszok bejelölésével válaszoljon a munkaterheléssel kapcsolatos kérdésekre!**

	nem jellemző	jellemző, de ez nem zavar	jellemző, de ez csak kevésbé zavar	jellemző, és ez zavar	jellemző, és ez nagyon zavar
állandó időzavarral küzd a nagy munkahelyi megterhelés miatt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
munkája közben gyakran félbeszakítják, és sok a zavaró tényező	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt években a munkája egyre több erőfeszítést követel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kevés az esélye arra, hogy munkahelyén előléptessék	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kedvezőtlen változás történt a munkahelyi helyzetében, vagy számíthat erre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az állása bizonytalan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. Kérem, mondja meg, mennyire jellemző vagy nem jellemző Önre az, hogy az idő szorítása miatt gyakran érzi magát túlterheltnek!**

	egyáltalán nem jellemző	nem jellemző	jellemző	nagyon jellemző
az idő szorítása miatt gyakran érzi magát túlterheltnek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
amint felébred, azonnal a munkahelyi problémáira gondol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
amint hazaér, könnyen ellazul és félreteszi a munkahelyi gondokat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az Önhöz közelálló emberek szerint túl sok áldozatot hoz a munkájáért	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehezen hagyja nyugodni a munkája, még lefekvéskor is az jár a fejében	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az állása bizonytalan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ha a munkáját másnapra halasztja, nyugtalanul alszik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Összességében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?

- nagyon rossznak
- rossznak
- közepesnek
- jónak
- kiválónak

17. Hány kiló az Ön testsúlya?

18. Hány kiló volt a testsúlya, mielőtt hospice-ban kezdett dolgozni?

19. Úgy érzi, hogy Ön:

- nagyon túlsúlyos
- kicsit túlsúlyos
- megfelelő a súlya
- kicsit sovány
- nagyon sovány

20. Jelenleg vannak-e testi fájdalmai?

- igen
- nem

21. Ezek a fájdalmak Önt a napi tevékenységében:

- nem korlátozzák
- enyhén korlátozzák
- nagyon korlátozzák

22. Most felsorolok néhány olyan tünetet, ami az emberekkel elő szokott fordulni. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy az adott tünet az elmúlt hónap során előfordult-e Önnel, és ha igen, az mennyire zavarta Önt!

	nem fordult elő	előfordult, de egyáltalán nem zavarta	előfordult, kissé zavarta	előfordult, nagyon zavarta
gyomorfájás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
derék, vagy hátfájás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kar, láb vagy ízületi fájdalom például térd, csípő és hasonló	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
derék-vagy hátfájás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kar, láb vagy ízületi fájdalom például térd, csípő és hasonló	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

fejfájás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mellkasi fájdalom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ájulás, elgyengülés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Most felsorolok további olyan tüneteket, ami az emberekkel elő szokott fordulni. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy az adott tünet az elmúlt hónap során előfordult-e Önnel, és ha igen, az mennyire zavarta Önt! (folytatás)

	nem fordult elő	előfordult, de egyáltalán nem zavarta	előfordult, kissé zavarta	előfordult, nagyon zavarta
erős vagy szapora szívdobogás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nehézlégzés, légszomj	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
székrekedés, híg vagy túl gyakori széklet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hányinger, puffadás, bélgázok, emésztési problémák	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fáradtság, energiahiány	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
alvással kapcsolatos problémák	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. Most felsorolok néhány betegséget. Kérem, mindegyikről jelezze, hogy az elmúlt egy évben feküdt-e valamelyikkel kórházban vagy kezelték-e járóbetegként!

	feküdt kórházban	csak járóbetegként kezelték	nem kezelték
cukorbetegséggel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
májbetegséggel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
asztmával, más néven asztma bronchiáléval	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
más légzőszervi betegséggel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allergiás betegséggel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gyomor-, nyombélfekéllyel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
más gyomor-, bélrendszeri betegséggel, vesebetegséggel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
reumával	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Most felsorolok további néhány betegséget. Kérem, mindegyikről jelezze, hogy az elmúlt egy évben feküdt-e valamelyikkel kórházban vagy kezelték-e járóbetegként! (folytatás)

	feküdt kórházban	csak járóbetegként kezelték	nem kezelték
más izom- és csontrendszeri betegséggel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
közlekedési balesettel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
üzemi balesettel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
otthoni balesettel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
magas vérnyomással	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
daganatos betegséggel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
pszichiátriai betegséggel, mint amilyen a depresszió, pánikzavar vagy más szorongásos betegség	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szívbetegséggel, mint amilyen a koszorúér betegség, szívérbetegség, szívérszűkület, angina, infarktus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
agyérbetegséggel, mint amilyen, például az agyérögörcs, trombózis, embólia, agyvérzés, gutaütés vagy sztrók	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Az említett betegsége mennyire korlátozza napi tevékenységében?

- nem szenvedek semmilyen betegségben
- egyáltalán nem korlátoz
- kicsit korlátoz
- közepesen korlátoz
- meglehetősen korlátoz
- nagyon korlátoz

27. Egészében véve Ön mennyire elégedett mostanában az életével? Kérem 1 és 10 között osztályozzon, ahol az 1-es jelentése, hogy teljesen elégedetlen és a 10-es jelentése, hogy teljesen elégedett.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

28. Hány napig volt betegállományban az elmúlt évben?

29. Járt-e természetgyógyásznál vagy alternatív gyógyásznál, például csontkovácsnál az elmúlt három évben?

- igen
- nem

30. A betegségek okai között lelki és magatartási tényezők is szerepelhetnek. Erre vonatkoznak következő kérdéseink. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Lehetőleg válaszoljon gyorsan: azt, ami először eszébe jut! Mennyire volt jellemző az elmúlt két hétben az, hogy:

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
vidám és jókedvű volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nyugodt és ellazult volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aktív és élénk volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ébredéskor friss és kipihent volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a napjai tele voltak az Ön számára érdekes dolgokkal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Most felsorolok olyan érzéseket és gondolatokat, amelyek az embereket, így Önt is jellemezhetik. Kérem, minden állításnál jelölje, hogy az elmúlt hónap során mennyire volt az Ön esetében gyakori az adott érzés! Néhány kérdés ugyan hasonlóknak tűnik, de valójában különbözőek, ezért kérem, hogy valamennyit külön kérdésként kezelje! A legjobb, ha minden kérdésre gyorsan válaszol. Tehát ne próbálja megszámlálni, hogy hányszor volt önre jellemző az adott érzés, hanem az ötfokú skálán jelölje, hogy nagyon gyakran vagy soha.

	soha	szinte soha	néha	elég gyakran	nagyon gyakran
az elmúlt hónap során feszült volt valamilyen váratlan esemény miatt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során úgy érezte, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során idegesnek és "stresszesnek" érezte magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során úgy érezte, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során úgy érezte, hogy nem tud eleget tenni minden kötelezettségének	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során kezelni tudta a bosszúságokat az életében	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során úgy érezte, hogy a helyzet magaslatán áll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során feldühítették olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
az elmúlt hónap során úgy érezte, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**32. Most ismét felsorolok néhány állítást. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy mennyire jellemzőek mostanában Önre az állításban megfogalmazott érzések és gondolatok!**

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
minden érdeklődését elvesztette mások iránt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
semmilyen sem tud dönteni többé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
több órával korábban ébred, mint szokott, és nem tud újra elaludni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
túlságosan fáradt, hogy bármit is csináljon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
annyira aggódik a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tud gondolni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
semmilyen munkát nem képes ellátni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
úgy látja, hogy a jövője reménytelen és a helyzete nem fog változni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mindennel elégedetlen vagy közömbös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
állandóan hibáztatja magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**33. Most megint állításokat sorolok fel. Kérem, ismét mondja meg, hogy mennyire ért egyet Ön ezekkel az állításokkal!**

	egyáltalán nem ért egyet	inkább nem ért egyet	inkább egyetért	teljesen egyetért
nem esik nehezére, hogy kitartson szándékai mellett és elérje a céljait	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
megfelelő erőfeszítéssel majdnem minden problémára talál megoldást	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
biztos benne, hogy jól tud boldogulni a váratlan helyzetekben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
bármilyen történik, általában kezelni tudja a helyzeteket	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**34. Most felsorolok néhány eseményt. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy megtörténtek-e Önnel az elmúlt év során!**

	nem	igen
elveszítette munkáját	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nagyobb baleset vagy betegség	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
házastárs vagy élettárs halála	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
házastárs vagy élettárs súlyos betegsége	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szülő súlyos betegsége	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szülő halála	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
más közeli hozzátartozó súlyos betegsége	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nem	igen
más közeli hozzátartozó halála	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
házasságkötés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
terhesség, gyermekáldás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
külön élt házas- vagy élettársától	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
házassági-, párkapcsolati krízis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
közeli barátja meghalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vallási nézeteiben komolyabb változás történt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iskolát vagy munkahelyet változtatott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nagy dolgot ért el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
politikai nézetében változás történt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anyagi helyzet romlása	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hitel (törlesztési) gondjai voltak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
munkahelyi, üzleti, vállalkozási gondok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

35. Most különböző állításokat sorolok fel. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy jellemzőek-e ezek Önre!

	nem	igen, néha	igen, mindig
elégedett a munkájával	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elégedett a főnökével	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elégedett az anyagi helyzetével	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elégedett személyes kapcsolataival	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elégedett a szexuális életével	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36. Nehéz élethelyzetekben van, akire számíthatunk, van, akire nem. Kérem, mondja meg, hogy a következő személyekre, csoportokra Ön mennyire számíthat!

	egyáltalán nem számíthat rá	kevésbé számíthat rá	átlagosan számíthat rá	nagyon számíthat rá	már nem él/nincs
szülőjére	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
házastársára	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
élettársára	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iskolatársára	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szomszédaira	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
munkatársára	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
barátjára	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
gyermekére	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	egyáltalán nem számíthat rá	kevésbé számíthat rá	átlagosan számíthat rá	nagyon számíthat rá	már nem él/nincs
rokonára	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
segítő foglalkozására	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
egyházi csoportra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
egyesületre, polgári csoportra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Kérem, hogy igennel vagy nemmel válaszoljon az alábbi kérdésekre!

	igen	nem
rokonára házastársa/élettársa az Önhöz legközelebb álló személy, bizalmasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vannak dolgok, amikről nem tudnak nyíltan beszélni egymással	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voltak korábban komoly problémák a kapcsolatukban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
problémáikat közösen szokták megoldani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
házastársával/élettársával közösen töltik szabadidejüket	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Most megint állításokat sorolok fel. Kérem, egy 3 fokú skála segítségével mondja meg, hogy mennyire jellemzőek ezek Önre!

	nem jellemz ő	valamennyire jellemző	nagyon jellemző
úgy érzi, hogy élete egy nagyobb terv része	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
az életben sok minden okoz Önnek nagy örömet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
képes megbocsátani Önmagának és másoknak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
képtel, hogy életének bármilyen jelentősége volna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
értékei és hite vezérlik mindennapjaiban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
összhangban van az Önt körülvevő emberekkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meg van békélve helyzetével az életben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örül, hogy biztos munkája van	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szükséges, hogy magyarázatot keressünk az élet lényeges kérdéseire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

39. Kérem jelölje, hogy milyen gyakran használja az alábbiakat!

	soha	évente	1-2 alkalom	2-3 havonta	havonta	hetente	2-3 hetente	hetente többször	minden nap
mobiltelefont	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
számítógépet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
internetet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

40. Kérem, mondja meg hány olyan barátja van, akiben megbízik, és akivel szívesen megosztja legbensőbb gondolatait, titkait?

41. Hány olyan online barátja van az internetes térben, akiben megbízik, akivel szívesen megosztja legbensőbb gondolatait, titkait, de közben személyesen még nem találkozott vele?

42. Hány olyan személyes barátja van, akit először az interneten ismert meg (előtte a való életben soha sem

43. Most különböző egyesületeket, társaságokat, önkéntes szervezeteket fogok felsorolni. Kérem, jelölje, hogy tagja-e ezek közül valamelyiknek, és van-e tisztsége! (Több válasz is lehetséges!)

	nem tagja	tagja	nincs tisztsége	van tisztsége
rokonára sportklub (illetve természetjáró, horgász stb. egyesület)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kulturális vagy hobbi kör (tánc, színházzó stb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szakszervezet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szakmai (gazdasági, tudományos) kör, társaság	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
politikai (párt és egyéb) szervezet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
társadalmi mozgalom, civil szervezet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vallási, egyházi szervezet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
helyi kör, település-szépítő stb. társulat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
segítő (karitatív) szervezet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
környezetvédő, zöld mozgalom, egyesület	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Kérem, jelölje, hogy melyik állítás igaz Önre!

- soha nem dohányzott  
 korábban dohányzott, de már nem  
 most is dohányzik

45. Években mérve mióta dohányzik?

46. Átlagban hány szál cigarettát szív el naponta?

47. Milyen gyakran sportol?

- soha  
 ritkábban, mint heti egyszer  
 hetente egyszer  
 hetente többször

## 48. Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt?

- soha
- havonta vagy ennél is ritkábban
- havonta kétszer-négyszer
- hetente kétszer-négyszer
- hetente négyszer vagy többször

## 49. Kérem, most néhány, alvással kapcsolatos kérdésre válaszoljon! Az elmúlt hónapban, hetente legalább háromszor problémát okozott-e:

	nem okozott problémát	enyhe problémát okozott	jelentős problémát okozott	súlyos problémát okozott (szinte semmit, vagy egyáltalán nem aludt)
problémát okozott-e az elalvás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
problémát okozott-e a túl korai ébredés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
befolyásolta-e nappali testi és szellemi teljesítményét alvási problémája	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szokott-e úgy felébredni, hogy kimerültnak, fáradtnak érzi magát	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szokott-e éjszaka felébredni úgy, hogy azután már nem vagy csak nehezen tud visszaaludni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 50. Kérem, most a fáradtságra, kimerültségre vonatkozó néhány kérdésre válaszoljon!

	igen	nem
gyakran érzi fáradtnak magát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gyengének érzi-e magát?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kedvetlenebbnek érzi-e magát, mint régebben volt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jobban irritálják apróbb dolgok, mint régen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
érzi-e néha, hogy teste olyan, mint egy kimerült elem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 51. Kérem, most az életcéllal kapcsolatos néhány kérdésre válaszoljon!

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
megbízható vagyok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nincsenek életcéljaim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
minden egyes nap újszerű és különböző	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
általában unatkozom	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 52. Kérem, most a halállal kapcsolatos néhány kérdésre válaszoljon!

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
félek a lassú haláltól	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rettegek a ravatalozótól	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
szívesen felajánlanám a holttestemet tudományos célra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek a családtagjaim haldoklásától	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, hogy nincs túlvilág	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valószínű, hogy sokakat halottá nyilvánítanak, bár még élnek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, hogy a testem eltorzul, amikor meghalok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
élek, hogy nem érem el kitűzött céljaimat, mielőtt meghalok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, hogy találkozom a Teremtőmmel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, hogy élve temetnek el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rettegek a gondolattól, hogy holttestemet egyszer bebalzsamozzák	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, nem fogok olyan sokáig élni, hogy élvezhessem nyugdíjas éveimet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, hogy tűzben halok meg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem zavarna, ha meg kellene érintenem egy holttestet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem akarom, hogy orvostanhallgatók tanulmányozzák a testemet, miután meghalok	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a szeretteim közül valaki hirtelen halna meg, nagyon sokáig szenvednék	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha holnap meghalnék, a családom hosszú ideig nem tudna megnyugodni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, hogy a halál létezésünk végét jelenti minden esetben boncolást kellene végezni,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hogy megbizonyosodjanak a halál beálltáról	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félelemmel tölt el a gondolat, hogy egyszer holtan találunk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 53. Kérem, most a halállal kapcsolatos további néhány kérdésre válaszoljon! (folytatás)

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
félek, nem lesz elég időm, hogy mindazt megtapasztaljam, amit szeretnék	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, hogy nagyon sok fájdalmat fogok érezni a haldoklás során	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
holttestet találni szörnyű élmény lehet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem szívesen foglalkozom a hamvasztás gondolatával	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
egyszer mindenkinek meg kell halnia, ezért nem dúlna föl barátaim halála	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félnék, ha éjjel egyedül, temetőben kellene sétálnom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek attól, hogy rákban fogok meghalni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nem számít, hogy koporsóban vagy urnában temetnek el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iszonyattal tölt el, ha arra gondolok, hogy eszméletemnél vagyok, miközben a halottasházban fekszem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek, hogy nincs Isten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek a fulladástól (és a vízbefulladásától)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zavarna, ha egy állattetemet kellene eltávolítanom az útról	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a szememet nem ajánlanám fel szervátültetésre halálom után	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
olykor felzaklat, ha egy ismerősöm meghal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rémülettel tölt el a gondolat, hogy halálom után be leszek zárva egy koporsóba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
senki sem tudja megmondani biztosan, hogy mi fog történni a halál után	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ha meghalnék, a barátaim sokáig zaklatottak lennének	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
remélem, több orvos is megvizsgál majd, mielőtt holtá nyilvánítanak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elrémit a gondolat, hogy halálom után a testem felbomlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
félek, hogy sosem láthatom a gyermekeimet felnőni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
félek az erőszakos haláltól	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

54. Általában mit szokott tenni, ha egy beteg meghal? (Több választ is adhat!)

- nem éhes, mégis bekap valamit
- soron kívül rágyújt
- munkaidő után vásárolni támad kedve, bár eredetileg nem tervezte
- más, örömet adó dologba fog, bár eredetileg nem tervezte

55. Általában mi segít Önnek, hogy feldolgozza a sok halálesetet?

56. Min változtatna a saját munkaterületén?

57. Mennyire érvényesül az osztályon az egészségügyben kialakult merev hierarchia, megszólítás, tegezés-magázás stb? Változtatna-e rajta?

58. Köztudott, hogy a hospice-ban nincs paraszolvencia. Mennyire ért Ön egyet ezzel az elvvel?

- egyáltalán nem
- kicsit
- közepesen
- meglehetősen
- teljesen

59. Változtatna-e a paraszolvencia elven a hospice-ban dolgozók esetében, ha igen, miért és hogyan, ha nem, miért nem?

60. Kérem, válassza ki, hogy melyik állítás igaz Önre a leginkább!

- nem vagyok vallásos, határozottan más a meggyőződésem
- nem vagyok vallásos
- nem tudom eldönteni, hogy vallásos vagyok-e vagy sem
- vallásos vagyok a magam
- vallásos vagyok az egyház tanítása szerint

**61. Kérem, jelölje, hogy mennyire fontos Önnek mindennapi életvitelében a vallás!**

- egyáltalán nem fontos
- kissé fontos
- nagyon fontos
- minden cselekedetét

**62. neme:**

- férfi
- nő

**63. születési éve 4 számjeggyel**

**64. Legmagasabb iskolai végzettsége**

- kevesebb, mint 8 osztály
- 8 osztály
- szakmunkásképző, szakiskola
- szakközépiskolai érettségi
- gimnáziumi érettségi
- főiskolai diploma
- egyetemi diploma
- PhD

**65. Mi az Ön családi állapota? Kérem, hogy a tényleges állapotot mondja, ne csak a hivatalosat!**

- nőtlen, hajadon, nincs élettársa
- nőtlen, hajadon, élettárral él
- házas, házastárral él
- házas, élettárral él
- házas, de külön élnek, nincs élettársa
- elvált, nincs élettársa
- elvált, élettárral él
- özvegy, nincs élettársa
- özvegy, élettárral él
- nőtlen, hajadon, kapcsolatban van, de nem élnek együtt
- házas, házastársától külön él, mással kapcsolatban van, de nem élnek együtt
- elvált, mással kapcsolatban van, de nem élnek együtt
- özvegy, kapcsolatban van, de nem élnek együtt

66. Kérem, sorolja fel, hogy kik élnek az Ön háztartásában! Több választ is megjelölhet!

- hazastarsa/elettarsa
- apja, anyja (neveloszulok is)
- gyereke, hazas/elettarsa gyereke
- testvere, hazas/elettarsa testvere
- menyje, veje
- aposa, anyosa
- unokaja, hazas/elettarsa unokaja
- nagyszulei, hazas/elettarsa nagyszulei
- egyeb rokon
- egyeb személy
- egyedul el

67. Saját gyermekeinek száma:

68. Összesen hány gyermek él a közös háztartásban, aki kiskorú vagy még nappali tagozaton tanul?

69. Ön egyedül neveli gyermekét?

- nem
- igen

70. Saját anyagi helyzete változott-e az elmúlt 3 évben?

- nem
- igen

71. Hogyan minősítené ezt a változást? Anyagi helyzete:

- sokat romlott
- valamelyest romlott
- valamelyest javult
- sokat javult

72. Országos viszonylatban milyennek tartja anyagi helyzetét? Kérem, 1-10 között értékelje, ahol az 1-es azt jelenti, hogy nagyon rossznak tartja anyagi helyzetét és a 10-es azt jelenti, hogy nagyon jónak.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10



**73. Az alábbi állítások melyike írja le leginkább az Ön háztartásának jelenlegi helyzetét?**

- eladósodtunk, kölcsönökből vagy külső segítségből élünk
- tartalékainkat, korábbi megtakarításainkat éljük fel
- éppen, hogy kijövünk a jövedelmünkből
- gond nélkül megélünk, de félretenni nem tudunk
- gond nélkül megélünk, és kisebb összeget tartalékolni is tudunk
- gond nélkül megélünk, és jelentős megtakarításra van lehetőségünk

**74. Hetente mennyi időt fordít szabadidős tevékenységre? (percben)**

**75. Általában mivel tölti a szabad idejét?**

**76. Mielőtt a hospice-ba jött hetente mennyi időt tudott szabadidős tevékenységére fordítani? (percben)**

**77. Mielőtt hospice-ba jött dolgozni mivel töltötte a szabadidejét?**

**HÁLÁSAN KÖSZÖNJÜK, HOGY VÁLASZOLT KÉRDÉSEINKRE!**

**3. melléklet. Professional Quality of Life Scale (ProQOL) Version 5 (2009)**

**Professional Quality of Life Scale (ProQOL)**

*Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue  
(ProQOL) Version 5 (2009)*

When you [help] people you have direct contact with their lives. As you may have found, your compassion for those you [help] can affect you in positive and negative ways. Below are some-questions about your experiences, both positive and negative, as a [helper]. Consider each of the following questions about you and your current work situation. Select the number that honestly reflects how frequently you experienced these things in the *last 30 days*.

<b>1=Never</b>	<b>2=Rarely</b>	<b>3=Sometimes</b>	<b>4=Often</b>	<b>5=Very Often</b>
----------------	-----------------	--------------------	----------------	---------------------

- 1. I am happy.
- 2. I am preoccupied with more than one person I [help].
- 3. I get satisfaction from being able to [help] people.
- 4. I feel connected to others.
- 5. I jump or am startled by unexpected sounds.
- 6. I feel invigorated after working with those I [help].
- 7. I find it difficult to separate my personal life from my life as a [helper].
- 8. I am not as productive at work because I am losing sleep over traumatic experiences of a person I [help].
- 9. I think that I might have been affected by the traumatic stress of those I [help].
- 10. I feel trapped by my job as a [helper].
- 11. Because of my [helping], I have felt "on edge" about various things.
- 12. I like my work as a [helper].
- 13. I feel depressed because of the traumatic experiences of the people I [help].
- 14. I feel as though I am experiencing the trauma of someone I have [helped].
- 15. I have beliefs that sustain me.
- 16. I am pleased with how I am able to keep up with [helping] techniques and protocols.
- 17. I am the person I always wanted to be.
- 18. My work makes me feel satisfied.
- 19. I feel worn out because of my work as a [helper].
- 20. I have happy thoughts and feelings about those I [help] and how I could help them.
- 21. I feel overwhelmed because my case [work] load seems endless.
- 22. I believe I can make a difference through my work.
- 23. I avoid certain activities or situations because they remind me of frightening experiences of the people I [help].
- 24. I am proud of what I can do to [help].
- 25. As a result of my [helping], I have intrusive, frightening thoughts.
- 26. I feel "bogged down" by the system.
- 27. I have thoughts that I am a "success" as a [helper].
- 28. I can't recall important parts of my work with trauma victims.
- 29. I am a very caring person.
- 30. I am happy that I chose to do this work.

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. /www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org. This test may be freely copied as long as (a) author is credited, (b) no changes are made, and (c) it is not sold.

## 4. melléklet. A Szakmai Élet Minőségét MÉRŐ Kérdőív (ProQOL5) magyar változata

Mikor ön másokat segít, akkor az érintettek életével közvetlen kapcsolatba kerül. Ahogy azt már észrevehette, az ön által segített, gondozott személyek iránti együttérzése egyszerre gyakorolhat önre pozitív és negatív hatást. Az itt található kérdések az ön élményeire vonatkoznak, pozitívokra és negatívokra egyaránt. Gondoljon át minden egyes kérdést, önről és munkahelyi helyzetéről. Válassza ki azt a számot, ami a lehető legjobban mutatja, milyen gyakran élte át az egyes felsorolt élményeket az elmúlt 30 napban.

		Soha	Ritkán	Néha	Gyakran	Nagyon gyakran
1	Boldog vagyok.	1	2	3	4	5
2	Egynél több személyért aggódom azok közül, akiket ellátok.	1	2	3	4	5
3	Elégedettséggel tölt el, hogy másokat segíthetek.	1	2	3	4	5
4	Úgy érzem, jó kapcsolatban vagyok másokkal.	1	2	3	4	5
5	Megriadok vagy összerезzenek a hirtelen zajoktól.	1	2	3	4	5
6	Úgy érzem, új erőre kapok, miután azokkal dolgozom, akiket segítek.	1	2	3	4	5
7	Nehezen tudom különválasztani a magánéletemet a [segítő] foglalkozásomtól.	1	2	3	4	5
8	Nem tudok jól teljesíteni a munkámban, mert rosszul alszom az általam segített személy(ek) traumatikus élményei miatt.	1	2	3	4	5
9	Úgy vélem, az általam segített személy megélt traumatikus stressze engem is megvisel.	1	2	3	4	5
10	Úgy érzem, hogy a segítőként végzett munkám csapdában tart engem.	1	2	3	4	5
11	A segítő foglalkozásom miatt számos különböző dolog miatt is idegeskedem.	1	2	3	4	5
12	Szeretem a segítőként végzett munkámat.	1	2	3	4	5
13	Lehangoltnak érzem magamat az általam segített emberek traumatikus élményei miatt.	1	2	3	4	5
14	Úgy érzem, én is átélem az általam segített személyek traumáját.	1	2	3	4	5

15	A hitem/meggyőződéselem támaszt nyújt nekem.	1	2	3	4	5
16	Elégedett vagyok azzal, hogy lépést tudok tartani a segítő technikákkal és protokollokkal.	1	2	3	4	5
17	Az vagyok, aki mindig is akartam lenni.	1	2	3	4	5
18	A munkám elégedetté tesz.	1	2	3	4	5
19	Kimerültnek érzem magam a segítői munkám miatt.	1	2	3	4	5
20	Kellemes gondolataim és érzéseim vannak azokkal kapcsolatban, akikkel foglalkozom, és arról, ahogyan segíteni tudok nekik.	1	2	3	4	5
21	Túlterheltnek érzem magamat, mert végtelennek tűnik az elvégzendő munka.	1	2	3	4	5
22	Hiszem, hogy a munkámmal változást hozhatok.	1	2	3	4	5
23	Kerülök bizonyos tevékenységeket vagy helyzeteket, mert olyan félelmetes tapasztalatokra emlékeztetnek, amiket azok éltek át, akiket segítek.	1	2	3	4	5
24	Büszke vagyok arra, hogy segíthetek.	1	2	3	4	5
25	A munkámból eredő tovakodó és ijesztő gondolataim vannak.	1	2	3	4	5
26	Úgy érzem, a szabályok gúzsba kötnek.	1	2	3	4	5
27	Úgy gondolom, sikeres [segítő] vagyok.	1	2	3	4	5
28	Nem tudok visszaemlékezni a traumát átélt személyekkel kapcsolatos munkám egyes fontos részleteire.	1	2	3	4	5
29	Nagyon gondoskodó ember vagyok.	1	2	3	4	5
30	Boldog vagyok, hogy ezt a munkát választottam.	1	2	3	4	5

**5. melléklet. Kérdőív a magyar hospice ellátásban dolgozók és önkéntesek szakmai életminőségének felméréséhez**

**Kedves Hospice Munkatárs!**

A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében 2013-ban elindított, a gyógyíthatatlan betegekkel foglalkozók életminőségét vizsgáló kutatás egyik jelentős eredménye az „együttérzésből eredő fáradtság és az együttérzésből eredő elégedettség, mint a gondoskodás ára” fogalmainak megismerése volt. Ennek a hazai hospice-okban dolgozók körében történő felmérését szolgálja az alábbi kérdőív, amely tovább finomítja azokat az ismereteket, amelyekre fel kell hívnunk az egészségügy és a szakma figyelmét. A válaszadás önkéntes, és teljesen anonim! A beérkezett válaszokat összesítve dolgozzuk fel. Kérjük, hogy vállalja a kérdőív kitöltését és válaszaival segítse munkánkat!

Köszönettel, a kutató team:

Hegedűs Katalin, Kegye Adrienne, Zana Ágnes, Czeglédi Edit, Ries Bori.

**Kérdések**

**1. Neme:**     férfi                       nő

**2. Életkora (kérjük, hogy a betöltött évek számát írja): ..... év**

**3. Legmagasabb iskolai végzettsége**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> kevesebb, mint 8 osztály    | <input type="radio"/> gimnáziumi érettségi |
| <input type="radio"/> 8 osztály                   | <input type="radio"/> főiskolai diploma    |
| <input type="radio"/> szakmunkásképző, szakiskola | <input type="radio"/> egyetemi diploma     |
| <input type="radio"/> szakközépiskolai érettségi  | <input type="radio"/> PhD                  |

4. Milyen munkakört tölt be a hospice-ban? (Kérjük, hogy csak egy választ adjon meg! Amennyiben több munkakört is betölt, kérjük, azt jelölje be, amelyik a munkaideje legnagyobb részét kiteszi.)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> orvos             | <input type="checkbox"/> ápoló                 | <input type="checkbox"/> mentálhigiénés szakember |
| <input type="checkbox"/> pszichológus      | <input type="checkbox"/> ápolási asszisztens   | <input type="checkbox"/> takarítószemélyzet       |
| <input type="checkbox"/> lelkész           | <input type="checkbox"/> szociális munkás      | <input type="checkbox"/> beteghordó               |
| <input type="checkbox"/> koordinátor       | <input type="checkbox"/> foglalkozás terapeuta | <input type="checkbox"/> gyógytornász             |
| <input type="checkbox"/> diplomás ápoló    | <input type="checkbox"/> pszichoterapeuta      | <input type="checkbox"/> önkéntes segítő          |
| <input type="checkbox"/> hospice szakápoló | <input type="checkbox"/> dietetikus            | <input type="checkbox"/> adminisztrátor           |
| <input type="checkbox"/> egyéb szakápoló   | <input type="checkbox"/> gyászolókat segítő    | <input type="checkbox"/> lelki gondozó            |
|  |  | <input type="checkbox"/> egyéb:                   |

5. Jelenleg pontosan milyen hospice-ban dolgozik? (Több válasz is lehetséges!)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> országos intézetben működő hospice | <input type="checkbox"/> mobil team                            |
| <input type="checkbox"/> kórházban működő hospice           | <input type="checkbox"/> gyermek hospice                       |
| <input type="checkbox"/> egyetemi klinikán működő hospice   | <input type="checkbox"/> önálló hospice intézmény              |
| <input type="checkbox"/> ambulancia                         | <input type="checkbox"/> szociális intézményben működő hospice |
| <input type="checkbox"/> otthoni hospice szakápolás         | <input type="checkbox"/> országos hospice szervezet            |

6. Mikor ön másokat segít, akkor az érintettek életével közvetlen kapcsolatba kerül. Ahogy azt már észrevehette, az ön által segített, gondozott személyek iránti együttérzése egyszerre gyakorolhat önre pozitív és negatív hatást. Az itt található kérdések az ön élményeire vonatkoznak, pozitívokra és negatívokra egyaránt. Gondoljon át minden egyes kérdést, önről és munkahelyi helyzetéről. Válassza ki azt a számot, ami a lehető legjobban mutatja, milyen gyakran élte át az egyes felsorolt élményeket az elmúlt 30 napban.

	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran	Nagyon gyakran
Boldog vagyok.	1	2	3	4	5
Egynél több személyért aggódom azok közül, akiket ellátok.	1	2	3	4	5

Elégedettséggel tölt el, hogy másokat segíthetek.	1	2	3	4	5
Úgy érzem, jó kapcsolatban vagyok másokkal.	1	2	3	4	5
Megriadok vagy összerezzenek a hirtelen zajoktól.	1	2	3	4	5
Úgy érzem, új erőre kapok, miután azokkal dolgozom, akiket segítek.	1	2	3	4	5
Nehezen tudom különválasztani a magánéletemet a [segítő] foglalkozásomtól.	1	2	3	4	5
Nem tudok jól teljesíteni a munkámban, mert rosszul alszom az általam segített személy(ek) traumatikus élményei miatt.	1	2	3	4	5
	Soha	Ritkán	Néha	Gyakran	Nagyon gyakran
Úgy vélem, az általam segített személy megélt traumatikus stressze engem is megvisel.	1	2	3	4	5
Úgy érzem, hogy a segítőként végzett munkám csapdában tart engem.	1	2	3	4	5
A segítő foglalkozásom miatt számos különböző dolog miatt is idegeskedem.	1	2	3	4	5
Szeretem a segítőként végzett munkámat.	1	2	3	4	5
Lehangoltnak érzem magamat az általam segített emberek traumatikus élményei miatt.	1	2	3	4	5
Úgy érzem, én is átélem az általam segített személyek traumáját.	1	2	3	4	5
A hitem/meggyőződéselem támaszt nyújt nekem.	1	2	3	4	5
Elégedett vagyok azzal, hogy lépést tudok tartani a segítő technikákkal és protokollokkal.	1	2	3	4	5
Az vagyok, aki mindig is akartam lenni.	1	2	3	4	5
A munkám elégedetté tesz.	1	2	3	4	5
Kimerültnek érzem magam a segítői munkám miatt.	1	2	3	4	5
Kellemes gondolataim és érzéseim vannak azokkal kapcsolatban, akikkel foglalkozom, és arról, ahogyan segíteni tudok nekik.	1	2	3	4	5
Túlterheltnak érzem magamat, mert végtelennek tűnik az elvégzendő munka.	1	2	3	4	5
Hiszem, hogy a munkámmal változást hozhatok.	1	2	3	4	5
Kerülök bizonyos tevékenységeket vagy helyzeteket, mert olyan félelmetes tapasztalatokra emlékeztetnek, amiket azok éltek át, akiket segítek.	1	2	3	4	5
Büszke vagyok arra, hogy segíthetek.	1	2	3	4	5

A munkámból eredő tolatkodó és ijesztő gondolataim vannak.	1	2	3	4	5
Úgy érzem, a szabályok gúzsba kötnek.	1	2	3	4	5
Úgy gondolom, sikeres [segítő] vagyok.	1	2	3	4	5
Nem tudok visszaemlékezni a traumát átélt személyekkel kapcsolatos munkám egyes fontos részleteire.	1	2	3	4	5
Nagyon gondoskodó ember vagyok.	1	2	3	4	5
Boldog vagyok, hogy ezt a munkát választottam.	1	2	3	4	5

**7. Kérem, most a fáradtságra, kimerültségre vonatkozó néhány kérdésre válaszoljon!**

	nem	igen
Gyakran érzi fáradtnak magát?	0	1
Gyengének érzi-e magát?	0	1
Kedvetlenebbnek érzi-e magát, mint régebben volt?	0	1
Jobban irritálják apróbb dolgok, mint régen?	0	1
Érzi-e néha, hogy teste olyan, mint egy kimerült elem?	0	1

**8. Most ismét felsorolok néhány állítást. Kérem, mindegyikről mondja meg, hogy mennyire jellemzőek mostanában Önre az állításban megfogalmazott érzések és gondolatok!**

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt.	0	1	2	3
Semmiben sem tudok dönteni többé.	0	1	2	3



Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni.	0	1	2	3
Túlságosan fáradt vagyok ahhoz, hogy bármit csináljak.	0	1	2	3
Annyira aggódom a testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni.	0	1	2	3
Semmiféle munkát nem vagyok képes ellátni.	0	1	2	3
Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen, és helyzetem nem fog változni.	0	1	2	3
Mindennel elégedetlen vagy közömbös vagyok.	0	1	2	3
Állandóan hibáztatom magam.	0	1	2	3

9. Jelenleg vannak-e testi fájdalmai?

- nem  igen

10. Ezek a fájdalmak Önt a napi tevékenységében:

- ~~nem~~ korlátozzák  
 ~~enyhén~~ korlátozzák  
 ~~nagyon~~ korlátozzák

11. Az alábbi lista különböző érzéseket és viselkedéseket tartalmaz. Kérjük, jelölje be, hogy milyen gyakran érezte, illetve mennyire jellemezték Önt az egyes állítások az elmúlt hét során.

	Ritkán vagy soha (Kevesebb, mint 1 nap)	Néha (1-2 nap)	Gyakran (3-4 nap)	Nagyon gyakran vagy mindig (5-7 nap)
Olyan dolgok miatt nyugtalankodtam, amiért általában nem szoktam aggódni.	0	1	2	3

Nem volt kedvem enni; rossz volt az étvágyam.	0	1	2	3
Úgy éreztem, hogy nem tudok szabadulni a rosszkedvemtől még családom vagy barátaim segítségével sem.	0	1	2	3
Úgy éreztem, hogy ugyanolyan jó vagyok, mint mások.	0	1	2	3
Nehezemre esett odafigyelnem arra, amit éppen csinállok.	0	1	2	3
Lehangoltnak éreztem magam.	0	1	2	3
	Ritkán vagy soha (Kevesebb, mint 1 nap)	Néha (1-2 nap)	Gyakran (3-4 nap)	Nagyon gyakran vagy mindig (5-7 nap)
Úgy éreztem, hogy bármit teszek minden megerőltető a számomra.	0	1	2	3
A jövőt reményteljesnek éreztem.	0	1	2	3
Úgy gondoltam, hogy az életem hiábavaló; kész kudarc.	0	1	2	3
Féltem.	0	1	2	3
Nyugtalanul aludtam.	0	1	2	3
Boldog voltam.	0	1	2	3
Nem voltam annyira beszédes, mint általában.	0	1	2	3
Magányosnak éreztem magam.	0	1	2	3
Az emberek barátságtalanok voltak velem.	0	1	2	3
Élveztem az életet.	0	1	2	3
Sírós időszakaim voltak.	0	1	2	3
Szomorú voltam.	0	1	2	3
Úgy éreztem, hogy az emberek nem szeretnek engem.	0	1	2	3
Nem tudtam hozzákezdeni a dolgokhoz.	0	1	2	3

**12. A betegségek okai között lelki és magatartási tényezők is szerepelhetnek. Erre vonatkoznak következő kérdéseink. Nincsenek jó vagy rossz válaszok. Lehetőleg válaszoljon gyorsan: azt, ami először eszébe jut! Mennyire volt jellemző az elmúlt két hétben az, hogy:**

	egyáltalán nem jellemző	alig jellemző	jellemző	teljesen jellemző
vidám és jókedvű volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nyugodt és ellazult volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aktív és élénk volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ébredéskor friss és kipihent volt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
a napjai tele voltak az Ön számára érdekes dolgokkal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Kérem, jelölje, hogy mennyire fontos Önnek mindennapi életvitelében a vallás!**

- egyáltalán nem fontos
- kissé fontos
- nagyon fontos
- minden cselekedetét befolyásolja vallásos meggyőződése

**HÁLÁSAN KÖSZÖNJÜK, HOGY VÁLASZOLT KÉRDÉSEINKRE!  
KÉRJÜK, A KITÖLTÖTT KÉRDŐÍVET ADJA ÁT KOLLEGÁINKNAK.**

6. melléklet. Képek a koherenciaérzést fejlesztő tréninghez





**7. melléklet. A faktorelemzés alapján kialakított öt új alszála kérdései, valamint reliabilitási mutatói**

<b>1. faktor Munkából eredő érzelmi túlterheltség (Cronbach-alfa = 0,818)</b>	
7	Nehezen tudom különválasztani a magánéletemet a [segítő] foglalkozásomtól.
9	Úgy vélem, az általam segített személy megélt traumatikus stressze engem is megvisel.
10	Úgy érzem, hogy a segítőként végzett munkám csapdában tart engem.
11	A segítő foglalkozásom miatt számos különböző dolog miatt is idegeskedem.
19	Kimerültnek érzem magam a segítői munkám miatt.
21	Túlterheltnek érzem magamat, mert végtelennek tűnik az elvégzendő munka.
25	A munkámból eredő tovakodó és ijesztő gondolataim vannak.
26	Úgy érzem, a szabályok gúzsba kötnek.
<b>2. faktor Munkával való elégedettség (Cronbach-alfa = 0,869)</b>	
1*	Boldog vagyok
16	Elégedett vagyok azzal, hogy lépést tudok tartani a segítő technikákkal és protokollokkal.
17*	Az vagyok, aki mindig is akartam lenni.
18	A munkám elégedetté tesz.
20	Kellemes gondolataim és érzéseim vannak azokkal kapcsolatban, akikkel foglalkozom, és arról, hogyan segíteni tudok nekik.
27	Úgy gondolom, sikeres [segítő] vagyok.
30	Boldog vagyok, hogy ezt a munkát választottam.
22	Hiszem, hogy a munkámmal változást hozhatok.
24	Büszke vagyok arra, hogy segíthetek.
29*	Nagyon gondoskodó ember vagyok.
<b>3. faktor Együttérzésből eredő elégedettség (Cronbach-alfa = 0,705)</b>	
3	Elégedettséggel tölt el, hogy másokat segíthetek.
4*	Úgy érzem, jó kapcsolatban vagyok másokkal.
6	Úgy érzem, új erőre kapok, miután azokkal dolgozom, akiket segítek.
12	Szeretem a segítőként végzett munkámat.
15*	A hitem/meggyőződéselem támaszt nyújt nekem.
<b>4. faktor Másodlagos traumatizáltság (Cronbach-alfa = 0,656)</b>	
8	Nem tudok jól teljesíteni a munkámban, mert rosszul alszom az általam segített személy(ek) traumatikus élményei miatt.
23	Kerülök bizonyos tevékenységeket vagy helyzeteket, mert olyan félelmetes tapasztalatokra emlékeztetnek, amiket azok éltek át, akiket segítek.
28	Nem tudok visszaemlékezni a traumát átélt személyekkel kapcsolatos munkám egyes fontos részleteire.
<b>5. faktor Kiegészítés (Cronbach-alfa = 0,479)</b>	
2	Egynél több személyért aggódom azok közül, akiket ellátok.
5	Megriadok vagy összerезzenek a hirtelen zajoktól.
13	Lehangoltnak érzem magamat az általam segített emberek traumatikus élményei miatt.
14	Úgy érzem, én is átélem az általam segített személyek traumáját.