

A kiégési szindróma vizsgálata neonatalis intenzív osztályok szakápolói és orvosai körében

Lipienné Krémer Ibolya dr.¹ ■ Harmath Ágnes dr.²
 Dió Mihály dr.³ ■ Soósné Kiss Zsuzsanna dr.⁴

¹Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikai Ismeretek Tanszék, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Baross utcai Részleg, Neonatális Intenzív Centrum, Budapest

³Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Képalkotó Analitikus és Orvostechinikai Tanszék, Budapest

⁴Széchenyi István Egyetem, Egészség- és Sporttudományi Kar, Egészségtudományi Tanszék, Győr

Bevezetés: Az egészségügyi dolgozók kiégése jól ismert probléma. Előfordulásával, az okok felderítésével számos tanulmány foglalkozott. A neonatalis intenzív osztályokon dolgozó szakdolgozók mindennapi munkája kiemelten magas fizikai és lelki megterheléssel, stresszhatással jár.

Célkitűzés: A kutatás a neonatalis intenzív osztályokon dolgozó egészségügyi szakdolgozók között a kiégési szindróma előfordulási gyakoriságát és intenzitását mérte fel, valamint vizsgálta az intézményi szinttel, munkakörrel és munkatapasztalattal kapcsolatos összefüggéseket.

Módszer: Az adatgyűjtés a Maslach és Jackson által összeállított Maslach Burnout Inventory (MBI-) kérdőív felhasználásával történt 2019-ben.

Eredmények: A kiégési szindróma vizsgált dimenziói közül a legjellemzőbb az érzelmi kimerülés volt, amely közel 30%-os gyakorisággal és jellemzően magas intenzitással fordult elő a neonatalis intenzív osztályon dolgozó szakdolgozók (n = 278) körében. Emellett egyötödüket a deperszonalizáció magas gyakorisága és intenzitása jellemezte. Ugyanakkor a személyes hatékonyság csökkenését közel egyharmaduk tapasztalta. A munkakör és az egészségügyben eltöltött idő nem mutatott jelentős összefüggést a kiégési szindróma előfordulásával, azonban a kiégési szindróma magasabb gyakorisággal és intenzitással fordult elő III. szintű neonatalis intenzív osztályon dolgozók körében.

Következtetés: Magyarországon elsőként készült kiégésre vonatkozó felmérés kora- és újszülött intenzív osztályon dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében átfogó jelleggel. A kiégési szindróma következményeinek ismeretében fontos a megelőzés és a tünetek mielőbbi felismerése.

Orv Hetil. 2022; 163(32): 1268–1274.

Kulcsszavak: burnout szindróma, kiégés, MBI-kérdőív, neonatalis intenzív osztály

Burnout syndrome among healthcare professionals of neonatal intensive care units

Introduction: Burnout syndrome among healthcare workers is a well-known problem. Its occurrence and the roots have been addressed in several studies. The daily work of the specialist employees in the neonatal intensive care units is extremely stressful physically and mentally.

Objective: The study assessed the frequency and intensity of burnout phenomenon among healthcare professionals working in neonatal intensive care units and examined the relations between institutional levels, occupation, and work experience.

Method: Data were collected in 2019 using the Maslach Burnout Inventory (MBI) questionnaire compiled by Maslach and Jackson.

Results: In the field of examined dimensions of burnout syndrome, the most characteristic was emotional exhaustion, which has occurred with a frequency of nearly 30% and with typically high intensity among professionals working in neonatal intensive care units (N = 278). In addition, one-fifth were characterized by a high frequency and intensity of depersonalization. At the same time, nearly a third of them experienced a decrease in personal effectiveness. Workplace and time spent in healthcare did not show a significant connection with the incidence of burnout syndrome, however, burnout syndrome occurred with a higher frequency and intensity among those working in level III. neonatal intensive care unit.

Conclusion: This is the first comprehensive burnout survey among premature and new born intensive care units in Hungary. Knowing the consequences of burnout syndrome, it is important to prevent and recognize symptoms as early as possible.

Keywords: burnout syndrome, burnout, MBI questionnaire, neonatal intensive care unit

Lipienné Krémer I, Harmath Á, Dió M, Soósné Kiss Zs. [Burnout syndrome among healthcare professionals of neonatal intensive care units]. *Orv Hetil.* 2022; 163(32): 1268–1274.

(Beérkezett: 2022. március 23.; elfogadva: 2022. május 5.)

Rövidítések

COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; MBI = (Maslach Burnout Inventory) Maslach Kiegészítő Leltár; SE RKEB = a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága; TUKEB = Tudományos és Kutatásetikai Bizottság

A kiégési szindróma fogalmát *Herbert J. Freudenberg* írta le a *Journal of Social Issues* 1974. évi első számában. Megfogalmazása szerint a tünetegyüttes hosszú távú kedvezőtlen stresszhatások és érzelmi megterhelések következtében létrejövő mentális, érzelmi és fizikális kimerülést jelent [1].

A kiégési szindróma előfordulásával kapcsolatos felmérések Magyarországon is történtek, melyek során orvosokat, orvostanhallgatókat, ápolókat és szülésznőket vizsgáltak [2–5].

A kora- és újszülött intenzív osztályok dolgozói körében azonban ilyen felmérésről szóló összefoglaló tanulmány nem jelent meg. Az *Orvosi Hetilapban* 2018-ban megjelent közlemény a magyarországi III. szintű neonatalis intenzív osztályokon dolgozó orvosok szociodemográfiai jellemzőiről, magán- és szakmai jellegű nehézségeiről, családi és a munkahelyi szerepükről, az egészséges életmód gyakorlására vonatkozó elégedettségükről, valamint erőforrásaikról adott átfogó helyzetképet. A kutatásból kiderült, hogy számukra nem a családi-magánéleti, hanem a szakmai élet és az anyagi kihívások okoznak nehézséget. A munkahelyi problémák miatt családi konfliktusokkal is küzdenek, elsősorban a párválasztás és a gyermekvállalás terén [6].

A kora- és újszülött intenzív osztályon dolgozó szakemberek az egészségügy nagyon kis csoportját képezik. Az intenzív osztályos munka különösen nagy fizikai és lelki megterhelést jelent. A szakemberek itt naponta találkozhatnak a születés speciális problémáival, de a munka jelentős részét a koraszülött-ellátás képezi. Jelenleg Magyarországon a koraszülés gyakorisága a Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján 8–9%. A koraszülött újszülöttek döntő többsége 1500 és 2499 gramm közötti súllyal születik. Az élve született újszülöttek mintegy 1,5%-a az 1500 gramm születési súlyt sem érte el, míg az 1000 gramm alatti születési súlyúak aránya ezen belül

mintegy 0,6% alatti volt Magyarországon 2017-ben [7]. A neonatalis intenzív osztályok 1976. évi megalakulása után a csecsemőhalandóság látványosan csökkent. Az utóbbi évtizedek adatai is jól szemléltetik a változást, hiszen míg 1990-ben az 1000 gramm alatti koraszülöttek 19%-a élte meg az egyéves életkort, addig ez az arány napjainkban közel 80%. A többi súlycsoportban is hasonló emelkedés észlelhető: az 1000–1499 gramm közötti születési súlyú koraszülöttek esetén 65%-ról 92%-ra, míg az 1500 grammnál nagyobb születési súlyú koraszülötteknél 98%-ra emelkedett ez az arány [7]. A kora- és újszülött intenzív osztályon dolgozók munkája a korán, egyes esetekben a túl korán érkezett koraszülöttek, az asphyxiás, a fertőzés vagy fejlődési rendellenesség miatt intenzív ellátást igénylő beteg újszülöttek ápolására, gyógyítására irányul. Az ellátás sikerének záloga a speciális és folyamatosan fejlődő eszközellátottság, az egyre korszerűbb ellátási protokollok, a rendszeres továbbképzések, valamint az orvosok és szakápolók elhivatottsága, magas szintű szaktudása, évtizedek alatt megszerzett szakmai rutinja, a modern géppark biztonságos üzemeltetéséhez szükséges speciális ismerete [8–10].

A jelen tanulmány a kiégési szindróma előfordulásának a neonatalis intenzív osztályok II. és III. progresszivitási szintjén dolgozók körében végzett vizsgálatával átfogó hazai helyzetkép felmérését célozta meg.

A kiégés vizsgálatához a Maslach és Jackson által összeállított Maslach Burnout Inventory (MBI-) kérdőívet használtuk [11, 12]. Ezt a kérdőívet kifejezetten a humánszektorban dolgozók kiégésének vizsgálatára fejlesztették ki. A kérdőív felhasználásával évtizedek óta vizsgálják a kiégés jelenségét a különböző szakmacsoportokban. A kiégés tünetegyüttesét Christina Maslach írta le 1981-ben [13]. A kiégés tünetegyüttesében szenvedők jellemző panaszai az általános kimerültség, fáradtság, álmosság, betegségekre való hajlam és más pszichoszomatikus panaszok. A szindrómától szenvedő egészségügyi dolgozó általában cinikus lelki beállítottságú, mind betegeivel, mind kollégáival szemben érzéketlen, állapota súlyosbodásával egyre inkább alkalmatlan a csapatmunkára. Társadalmi kapcsolatai beszűkülnek, visszahúzódó lesz. Csökken fizikai teherbíró képessége, emiatt a sikertelenség és a tehetetlenség érzése lesz úrrá rajta [14].

A kérdőív három dimenzió mentén mér; az első és talán a legfontosabb az érzelmi kimerülés, amely arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kifogynak, elapadnak. A második dimenzió a deperszonalizáció, amely a negatív és személytelen attitűd kialakítására utal a klienssel/beteggel, valamint azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik. A harmadik dimenzió a személyes hatékonyságra, a teljesítménycsökkenésre vonatkozik, mely szerint az egyén teljesítménye erősen eltér attól, amit önmagától elvár/elvárhat, s mindehhez még nagy fokú negatív önértékelés is társul/társulhat [15, 16].

Módszer

Az anonim felmérés a 2019. évben II. és III. szintű neonatalis intenzív osztályok dolgozói körében történt. A kutatási tervet a Semmelweis Egyetem Regionális Tudományos és Kutatás-Értékelési Bizottsága jóváhagyta (TUKEB-engedély száma: SE RKEB 222/2018).

A MBI-kérdőív 22 tételt tartalmaz. A válaszadók minden egyes tétel esetében megítélik egyrészt az adott paraméter gyakoriságát 0-tól 6-ig terjedő skálán (0: soha, 6: mindennap), másrészt annak erősségét 0-tól 7-ig terjedő skálán (0: egyáltalán nem, 7: igen erősen). A 22 tétel közül az érzelmi kimerüléshez 9 (Cronbach-alfa – $CA_{gyak} = 0,854$, $CA_{int} = 0,858$), a deperszonalizációhoz 5 ($CA_{gyak} = 0,747$, $CA_{int} = 0,736$), míg a személyes hatékonysághoz 8 tétel ($CA_{gyak} = 0,754$, $CA_{int} = 0,735$) tartozik. A három mért dimenzióhoz (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, személyes hatékonyság) 'alacsony', 'közepes' és 'magas' kategóriák tartoznak.

Az országos lekérdezés során az intézményekbe a kérdőívet elektronikus úton, az osztályvezető főorvosok segítségével juttattuk el.

A statisztikai elemzések során leíró statisztikai mutatóként a gyakorisági eloszlásokat, átlag- és szórásadatokat tüntettük fel. A szakdolgozók munkakör és intézményi szint alapján történő összehasonlítását független mintás t-tesztel végeztük. Az egészségügyben eltöltött idő és a kiegészítő együtt járásának tesztelésére Spearman-féle rangkorrelációs együtthatót számoltunk. A statisztikai elemzések során az alfa rögzített szintje 0,05 volt ($p < 0,05$

esetén tekintettük statisztikailag szignifikánsnak az eredményt). A statisztikai elemzéseket IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0 programmal (IBM Corp., released 2017; Armonk, NY, USA) végeztük.

Eredmények

A kutatásból kizártuk azokat, akik a kérdések több mint 50,0%-ára nem válaszoltak. A III. szintű neonatalis intenzív osztályok 30,0%-ától nem érkezett válasz. Összesen 163 szakápoló és 55 orvos töltötte ki a kérdőívet értékelhető módon. A II. szintű neonatalis intenzív osztályok közül az osztályok 40,0%-ától nem érkezett válasz. Összesen 51 szakápoló és 9 orvos töltötte ki értékelhetően a kérdőívet. Az adatok végleges feldolgozásához összesen 214 szakápoló és 64 orvos által kitöltött kérdőív adatait használtuk fel.

Intézményi szint szerint az életkor és ennek megfelelően a munkatapasztalat is statisztikailag szignifikáns különbséget mutatott; a II. szintű osztályokon dolgozók idősebbek, és régebb óta is dolgoznak az egészségügyben. A munkakör szerint az ápolók és orvosok életkora, illetve munkatapasztalata nem különbözött. A felmérésben részt vevők életkorának és az egészségügyben eltöltött éveinek megoszlását az intézményi szint és a munkakör alapján szemlélteti az 1. táblázat.

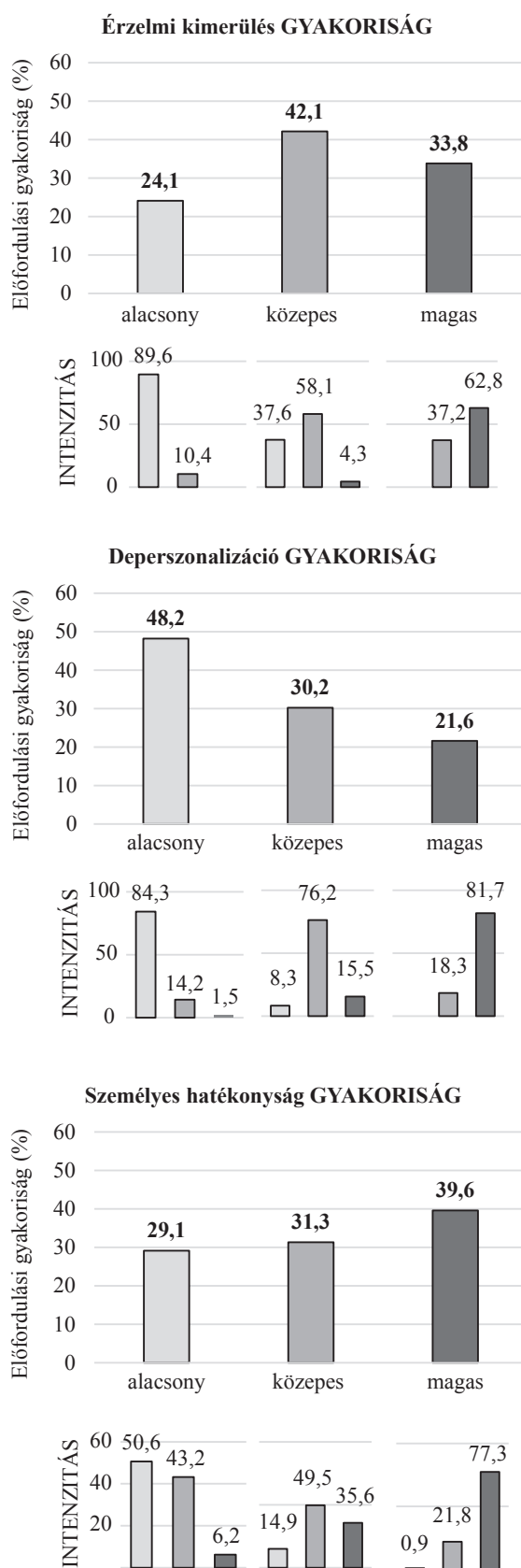
Az életkor és az egészségügyben eltöltött idő (ahogy várható is) szignifikáns, pozitív, magas együtt járást mutat ($\rho(276) = 0,924$, $p < 0,001$).

A felmérésben részt vevő dolgozók körében a kiegészítő egyes dimenzióit vizsgálva az érzelmi kimerülés volt jellemző a legnagyobb arányban. Közel 40,0% közepes érzelmi kimerülést mutatott alacsony/közepes intenzitással, és majd 30,0% esetén magas gyakoriságú és intenzitású érzelmi kimerülés volt jellemző. A deperszonalizáció viszonylag kisebb arányban jelentkezett: a válaszadók közel egyharmada közepes gyakoriságú és intenzitású értéket mutatott, egyötödük magas gyakoriságú és intenzitású deperszonalizációról számolt be. Ugyanakkor a személyes hatékonyság közel 40,0% esetében magas gyakoriságú és jellemzően magas intenzitású is (1. ábra). Érdemes megjegyezni, hogy az egyes dimenziók eseté-

1. táblázat | Az életkor és az egészségügyben eltöltött évek megoszlása az intézményi szint és a munkakör alapján (n = 278)

	Intézményi szint		t	p	Munkakör		t	p
	PIC II. (n = 64)	PIC III. (n = 214)			Ápoló (n = 214)	Orvos (n = 64)		
Életkor, min-max	20-65	21-65	3,453	0,001	20-65	27-65	-1,085	0,280
M ± SD	46,1 ± 11,9	40,4 ± 10,5			41,3 ± 11,1	43,1 ± 11,3		
Az egészségügyben eltöltött idő, min-max	1-45	1-43	3,334	0,001	1-45	2-41	1,144	0,255
M ± SD	24,2 ± 12,5	18,3 ± 11,7			20,1 ± 12,3	18,2 ± 11,6		

PIC = perinatalis intenzív centrum; SD = standard deviáció



1. ábra

A kiégési szindróma gyakorisága és intenzitása szakdolgozók körében (n = 278). A kiégés egyes dimenziói gyakorisági kategóriáinak (alacsony, közepes, magas) eloszlása és az egyes gyakorisági kategóriákhoz tartozó alacsony, közepes, magas intenzitási kategóriák (azonos színnel jelölve)

ben a gyakoriság és az intenzitás erős kapcsolatot mutat (érzelmi kimerülés: $\rho(276) = 0,889$, $p < 0,001$; deperszonalizáció: $\rho(276) = 0,924$, $p < 0,001$; személyes hatékonyság: $\rho(276) = 0,782$, $p < 0,001$).

A kiégési szindróma a munkakör és az egészségügyben eltöltött idő függvényében

A kiégés egyes dimenzióinak gyakorisága és intenzitása összességében nem mutatott szignifikáns különbséget az ápolók és az orvosok között. A személyes hatékonyság intenzitása szignifikáns mértékben nagyobb volt az ápolók, mint az orvosok körében, de annak gyakoriságában nem volt különbség (2. táblázat).

A kiégés dimenzióinak gyakorisága és intenzitása az egészségügyben eltöltött évek számával szembeállítva sem mutatott statisztikailag szignifikáns kapcsolatot (3. táblázat).

A III. szinten dolgozóakra az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció magasabb gyakorisággal és intenzitással, illetve a személyes hatékonyság alacsonyabb gyakorisággal jellemző, mint a II. szinten dolgozó kollégákra (2. ábra).

2. táblázat | A kiégés dimenzióinak gyakorisága és intenzitása ápolók és orvosok körében (n = 278)

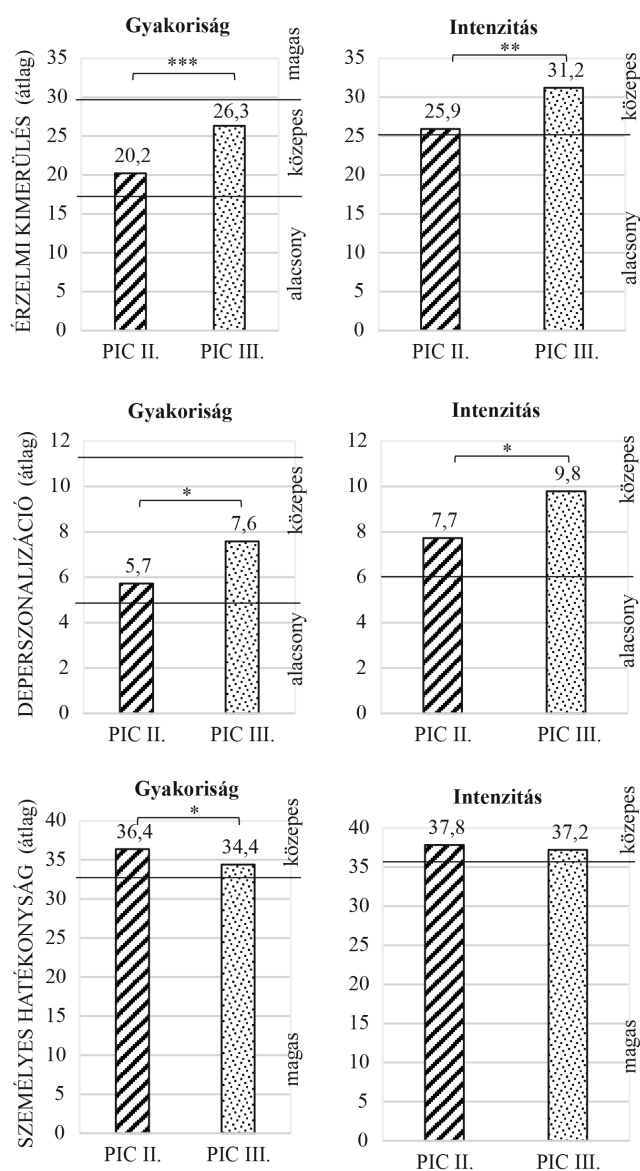
		Ápoló (n = 214)		Orvos (n = 64)		t*	p
		M	SD	M	SD		
Érzelmi kimerülés	gyakoriság	24,59	11,05	26,03	10,07	-0,983	0,328
	intenzitás	29,74	12,46	30,84	11,10	-0,676	0,500
Deperszonalizáció	gyakoriság	7,10	5,94	7,33	5,58	-0,285	0,776
	intenzitás	9,42	7,23	8,97	6,30	0,486	0,628
Személyes hatékonyság	gyakoriság	35,09	7,10	34,05	6,23	1,136	0,258
	intenzitás	37,86	7,04	35,67	6,96	2,197	0,030

*Független mintás t-teszt, robusztus t-érték

SD = standard deviáció

3. táblázat | A kiégés dimenzióinak gyakorisága, intenzitása és az egészségügyben eltöltött évek kapcsolata II. és III. szinten dolgozó szakápolók és orvosok körében

		Érzelmi kimerülés		Deperszonalizáció		Személyes hatékonyság	
		gyakoriság	intenzitás	gyakoriság	intenzitás	gyakoriság	intenzitás
Az egészségügyben eltöltött idő	ρ	0,010	0,074	-0,025	-0,006	0,040	0,021
	p	0,868	0,219	0,680	0,921	0,505	0,723
	N	278	278	278	278	278	278



2. ábra

A kiégési szindróma gyakorisága és intenzitása szakdolgozók körében az intézményi szint alapján (n = 278)

***p<0,001, **p<0,010, *p<0,05

PIC = perinatalis intenzív centrum

Megbeszélés

A kiégési szindróma megelőzése, korai felismerése és kezelése össztársadalmi érdek, hiszen a kiégési szindróma az egyén betegségén túl jelentősen befolyásolja az ellátás minőségét, emeli a szövődmények előfordulási gyakoriságát [2].

A szindróma kialakulásában nagyon sok tényező játszik szerepet. A legfontosabb tényező a gyors döntési helyzetek során kialakuló stresszhelyzetek mellett az érzelmi és lelki megterhelés [17]. A kiégés során kialakuló egyéni tünetek rendkívül sokrétűek. A fizikális tünetek – mint fejfájás, álmatlanság, gastrointestinalis, cardiovascularis tünetek, magas vérnyomás, az immunháztartás zavara – mellett megjelenik a harag, a bűntudat- és a szé-

gyenérzés, valamint a depresszió is. A betegek a közösségi élettől egyre távolabb kerülnek, gyakran és egyre hosszabb időre mennek betegállományba. A kialakuló kiégési szindróma azonban nemcsak az érintett, egészségügyben dolgozó személy életminőségét befolyásolja, hanem hatással van a betegellátás minőségére is. A kiégés miatt nehezebb a tévedések felismerése, valamint – különösen a nagy intenzív osztályokon – a nosocomialis fertőzések gyakorisága is emelkedik. A kiégés miatt csökken a betegekkel és a hozzátartozókkal való együttérzés, ezáltal a betegek bizalma, elégedettsége is kisebb lesz az egészségügyi dolgozók iránt. Nem elhanyagolható tényező, hogy a kiégési szindróma kialakulása munkahely-változtatáshoz, pályaelhagyáshoz vezethet, ami az ellátó-személyzet létszámának további csökkenését, hiányát idézheti elő, valamint az egyes intézmények gazdasági helyzetét is ronthatja [18–20].

Több tanulmány bizonyította, hogy a kiégési szindróma az intenzív betegellátásban dolgozók körében magasabb előfordulási gyakoriságot mutat [21–23]. Az újszülöttellátás, különösen az életvégi döntési szituációk szorongáshoz vezethetnek [24–26]. Buckley és mtsai 78, újszülött-koraszülött és gyermek-intenzív osztályon dolgozó szakápolók kiégésével foglalkozó közlemény meta-analízise során azt találták, hogy a kiégés foka közepes, de az előfordulás gyakorisága nagyobb a magasabb progresszivitási szintű újszülött-koraszülött és gyermek-intenzív osztályokon [27]. Tawfik és mtsai 41 neonatalis intenzív osztály bevonásával végezték vizsgálatukat Kaliforniában. A szakápolók esetében magasabb volt a kiégési szindróma előfordulási gyakorisága, mint az orvosok körében. Szignifikánsan gyakrabban alakult ki kiégési szindróma a nagyobb, magas betegforgalmú osztályokon. A nagyobb, több dolgozót foglalkoztató osztályokon a munkatársak közötti kapcsolat kevésbé családias, az interperszonális kapcsolatok minősége romlik [20]. Saját vizsgálatunk során hasonló eredmény igazolódott. Nem mutatkozott összefüggés a munkakör, az egészségügyben eltöltött idő és a kiégési szindróma előfordulási gyakorisága között, a kiégési szindróma azonban magasabb gyakorisággal és intenzitással fordult elő III. szintű neonatalis intenzív osztályon dolgozók körében.

A kiégés kialakulásának hátterében számos stressztényező szerepel. Az egyik stresszfaktor a neonatalis intenzív osztályok magas zajszintje. Zaj hatására emelkedik a vérnyomás, tachycardia alakul ki, csökken a munka teljesítménye, és nő a tévedések száma. Mindezek miatt a neonatalis intenzív osztályokon a javasolt zajszint nappal 40–45 dBA, míg éjszaka 35 dBA [19]. A magas zajszint az újszülöttek fejlődésneurológiai kimenetelét is negatívan befolyásolja [28].

A stresszhelyzet kialakulásában fontos tényező a nagy betegforgalom is, hiszen az új betegek felvétele gyors és hatékony döntéshozatalt igényel.

Komoly feladat a szülők felvilágosítása és megfelelő pszichés támogatása. Az elektronikus dokumentáció bevezetésével megnövekedett az adminisztráció ideje, ami

nemcsak a közvetlen betegellátásra fordított időt, hanem a személyes kapcsolatok kialakulásának lehetőségét is csökkentette [20].

Az elmúlt évtizedekben jelentősen változó, fejlődő géppark is komoly technikai kihívást jelent. Ez a fejlődés lehetővé tette az extrém kis súlyú koraszülöttek ellátását, de ezzel egyidejűleg megnőtt a kórházi ápolási napok száma, és fokozódott a szülői jelenlét mértéke is. Mindez szoros kapcsolat kialakulásához vezet a szülők és az egészségügyi személyzet között [21].

Ausztrál kutatók az érzelmi kimerülés és a munkahely-változtatás kapcsolatát vizsgálták 6, III–IV. szintű neonatalis intenzív osztály bevonásával. A megkérdezett szakdolgozók 23,0%-a küldte vissza a kérdőívet. Az érzelmi kimerülés önmagában nem jelezte a tervezett munkahely-változtatást, de a kiegészi szindróma kialakulása és a munkahelyi légkör már szignifikánsan utalt a tervezett változtatásra [29].

Kanadai kutatók 31 kórház 54 neonatalis és gyermekintenzív osztályán vizsgálták az érzelmi kimerülés előfordulását. A vizsgálatba szakápolók és orvosok mellett légzésterapeutákat is bevontak. Az érzelmi kimerülés a több mint 30 éve az intenzív ellátásban dolgozó szakápolók körében szignifikánsan magasabbnak bizonyult. A megkérdezettek 22,5%-ánál magas szintű deperszonalizáció igazolódott, ami szignifikáns összefüggést mutatott az érzelmi kimerüléssel [30].

A kiegészi szindróma további veszélye, hogy depresszióhoz és pszichoszomatikus betegségek kialakulásához is vezethet [31].

A nemzetközi vizsgálatokhoz hasonlóan saját eredményeink is azt igazolták, hogy a kiegészi egyes dimenzióinak gyakorisága és intenzitása szignifikánsan magasabb a III. szintű neonatalis intenzív osztályon dolgozók esetében. Az életkor és az egészségügyben eltöltött idő a progresszivitási szinttől függetlenül szignifikáns, pozitív, magas együtt járást mutatott. A kiegészi egyes dimenzióinak gyakorisága és intenzitása összességében nem mutatott szignifikáns különbséget az ápolók és az orvosok között. A személyes hatékonyság intenzitása szignifikáns mértékben nagyobb volt az ápolók, mint az orvosok körében, de gyakoriságában nem volt különbség.

Következtetés

Kutatásunk jelentőségét az adja, hogy a magas kockázati csoportba tartozó, hosszú ápolási időt igénylő koraszülötteket ellátó neonatalis intenzív osztályok szakdolgozói körében Magyarországon elsőként készült a kiegészi szindróma gyakoriságának felmérésére vonatkozó célzott vizsgálat. A felmérés amiatt is jelentős, mert nemcsak a kiegészi szindróma dimenzióinak gyakoriságát és intenzitását mutatja be a szakápolók és orvosok körében, hanem az egészségügyben eltöltött évek számának és az intézmény progresszivitási szintjének viszonylatában is kutatja a kiegészi szindróma jellemzőit.

Talán a legfigyelemreméltóbb adat, hogy a vizsgált szakdolgozók körében a kiegészi egyes dimenzióit vizsgál-

va az érzelmi kimerülés volt körükben jellemző a legnagyobb arányban. A szakdolgozók közel 40,0%-a közepes érzelmi kimerülést mutatott, alacsony/közepes intenzitással. További közel egyharmadukra magas gyakoriságú és intenzitású érzelmi kimerülés volt jellemző.

Szintén figyelemre méltó eredmény, hogy a kiegészi szindróma előfordulási gyakorisága nem mutatott szoros összefüggést a progresszivitási szint emelkedésével és a munkában eltöltött évek számával, tehát progresszivitási szinttől és munkahelyi tapasztalattól függetlenül, a prevenció szempontjából minden egyes szakdolgozó egyformán kiemelten fontos figyelmet érdemel. A szakápolók és az orvosok között a jelen vizsgálatban a kiegészi dimenzióinak gyakoriságában és intenzitásában nem igazolódott különbség, tehát a szakmai végzettségtől/munkakörétől is függetlennek kell lenniük a kiegészi szindrómát megelőző, a szakembereket támogató tevékenységeknek.

Kiemelten felhívjuk a figyelmet a kiegészi szindróma kialakulásának, a szakdolgozók érzelmi kimerülésének megelőzésére, tekintettel arra is, hogy a tanulmányban bemutatott szakirodalmi közlemények alapján ez nemcsak a szakdolgozók, hanem – a fokozott megbízhatóság, a szülői elégedettség stb. miatt – a koraszülöttek és szüleik, családtagjaik, az egész társadalom érdeke is.

A magasan képzett, speciális feladatot ellátó szakdolgozók megtartása, az egyéni és a munkahelyi közösségi helyzetükkel-állapotukkal történő folyamatos törődés, a nehézségeikre történő mielőbbi reagálás nagyon fontos lenne. Ennek számos módja kínálkozhat, mint például a kollegiális, jó munkahelyi légkör megteremtése, a folyamatos továbbképzések, a megfelelő pihenő- és szabadidő biztosítása, a munka során a stressztényezők lehetőség szerinti minimalizálása, a megfelelő szakdolgozói létszám biztosítása.

A témában további kutatások végzését a téma fontossága, állandó aktualitása, az adatfelvételünk óta zajlott COVID-19-világjárvány, valamint az egészségügyben történt változások miatt is fontosnak tartjuk.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: L. K. I.: A kutatási terv készítése, adatösszesítés, a közlemény elkészítése. H. Á.: Szakmai tanácsadás, adatgyűjtés, a közlemény készítése, szerkesztése és szakmai kiegészítése. D. M.: Közreműködés a kutatásban, statisztikai elemzések végzése, grafikai megjelenítés, szakmai tanácsadás a kutatómunka során és a közlemény véglegesítésében. S. K. Zs.: Közreműködés a kutatási terv készítésében, a tanulmány saját szakmaterület szerinti kiegészítése, szakmai tanácsadás, a tanulmány véglegesítése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetünket fejezzük ki dr. Szabó Miklós egyetemi tanárnak, aki a kutatás idején az Egészségügyi Szakmai Kollégium Neonatológiai Tagozatának elnöke volt, valamint a kutatásban részt vevő, kora- és újszülött intenzív osztályokon dolgozó orvosoknak és szakápolóknak, akik a kérdőív kitöltésével hozzájárultak a kutatás megvalósításához.

Irodalom

- [1] Freudenberger HJ. Staff burn-out. J Soc Issues. 1974; 30: 159–165.
- [2] Czeplédi E, Tandari-Kovács M. Characteristics and prevention of burnout syndrome among nurses. [A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében.] Orv Hetil. 2019; 160: 12–19. [Hungarian]
- [3] Fülöp E, Gábris Z. Burnout in the light of cognitive emotion regulation among Hungarian physicians. [Kiégés a kognitív érzelmenyreguláció tükrében magyar orvosok között.] Orv Hetil. 2022; 163: 319–327. [Hungarian]
- [4] Lipienné Krémer I, Dió M, Mészáros J. Burn-out research among midwives. New Med. 2014; 18: 146–150.
- [5] Ádám Sz, Hazag A. High prevalence of burnout among medical students in Hungary: Engagement and positive parental attitudes as possible protective factors. [Magas a kiégés prevalenciája magyar orvostanhallgatók között: az elmélyülés és pozitív szülői attitűdök mint lehetséges protektív tényezők.] Mentálhig Pszichoszom. 2013; 14: 1–23. [Hungarian]
- [6] Soós K, Kiss Zs, Feith HJ, Szabó M, et al. The professional and family characteristics, difficulties, contentment and resources of physicians working at level 3 neonatal intensive care centres. General overview in Hungary. [A III. szintű neonatális intenzív centrumokban dolgozó orvosok szakmai és családi jellemzői, nehézségei, elégedettsége, erőforrásai. Magyarországi helyzetkép.] Orv Hetil. 2018; 159: 628–635. [Hungarian]
- [7] Hungarian Central Statistical Office. Infant mortality. [Központi Statisztikai Hivatal. Csecsemőhalálozás.] Statisztikai Tükör, 2019. február 22. [Hungarian]. Available from: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/csecsemohalalozas.pdf> [accessed: Febr 2, 2022]
- [8] Mihalicza P, Csákány G, Szabó M. Mortality rates of very low birth weight and very low gestational age newborns in Hungary. The EuroHOPE study. [Igen kis súlyú vagy 32. gesztációs hétnél éretlenebb koraszülöttek halálozási mutatói Magyarországon a EuroHOPE kutatás tükrében.] Orv Hetil. 2016; 157: 1649–1656. [Hungarian]
- [9] Princzkel E, Péter F. The position of the perinatal intensive care centers in our country. [A perinatális intenzív centrumok helyzete hazánkban.] Gyermekegyógy Továbbk Szle 2011; 16: 55–56. [Hungarian]
- [10] Varga P, Jeager J, Harmath Á, et al. Changes in the outcome for infants, with birth weight under 500 grams, at our department (First Department of Obstetrics and Gynecology, Semmelweis University, Budapest). [Az 500 gramm alatti születési súlyú koraszülöttek túlélésének változása klinikánkon.] Orv Hetil. 2015; 156: 404–408. [Hungarian]
- [11] Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory manual. 3rd edition. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA, 1996.
- [12] Ádám Sz, Mészáros V. Psychometric characteristics and health correlates of the Hungarian version of the Maslach Burnout Inventory for measuring burnout in the human services sector among physicians. [A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelációi orvosok körében.] Mentálhig Pszichoszom. 2012; 13: 127–143. [Hungarian]
- [13] Maslach C. What have we learned about burnout and health? Psychol Health 2001; 16: 607–611.
- [14] Hazag A, Major J. The phenomenon of burn-out among students, protection of mental health of medical students. [A hallgatói kiégés jelensége, orvosok lelki egészségvédelme.] Mentálhig Pszichoszom. 2008; 9: 305–322. [Hungarian]
- [15] Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions. A social psychological analysis. In: Sanders GS, Suls J. (eds.) Social psychology of health and illness. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1982; pp. 227–247.
- [16] Kanste O, Miettinen J, Kyngäs H. Factor structure of the Maslach Burnout Inventory among Finnish nursing staff. Nurs Health Sci. 2006; 8: 201–207.
- [17] Vahedian-Azimi A, Hajiesmaeili M, Kangasniemi M, et al. Effects of stress on critical care nurses: a national cross-sectional study. J Intensive Care Med. 2019; 34: 311–322.
- [18] Thomas AO, Bakas T, Miller E, et al. Burnout and turnover among NICU nurses. MCN Am J Matern Child Nurs. 2022; 47: 33–39.
- [19] Braithwaite M. Nurse burnout and stress in the NICU. Adv Neonatal Care 2008; 8: 343–347.
- [20] Tawfik DS, Phibbs CS, Sexton JB, et al. Factors associated with provider burnout in the NICU. Pediatrics 2017; 139: e20164134.
- [21] Bressti I, Folgori L, De Bartolo P. Interventions to reduce occupational stress and burn out within neonatal intensive care units: a systematic review. Occup Environ Med. 2020; 77: 515–519.
- [22] Chuang CH, Tseng PC, Lin CY, et al. Burnout in the intensive care unit professionals: a systematic review. Medicine (Baltimore) 2016; 95: e5629.
- [23] Daouda OS, Hocine MN, Temime L. Determinants of health-care worker turnover in intensive care units: a micro-macro multilevel analysis. PLOS ONE 2021; 16: e0251779.
- [24] Larson CP, Dryden-Palmer KD, Gibbons C, et al. Moral distress in PICU and neonatal ICU practitioners: a cross-sectional evaluation. Pediatr Crit Care Med. 2017; 18: e318–e326.
- [25] Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. Nurs Ethics 2015; 22: 15–31.
- [26] Prentice T, Janvier A, Gillam L, et al. Moral distress within neonatal and paediatric intensive care units: a systematic review. Arch Dis Child. 2016; 101: 701–708.
- [27] Buckley L, Berta W, Cleverley K, et al. What is known about paediatric nurse burnout: a scoping review. Hum Resour Health 2020; 18: 9.
- [28] Smith SW, Ortmann AJ, Clark WW. Noise in the neonatal intensive care unit: a new approach to examining acoustic events. Noise Health 2018; 20: 121–130.
- [29] Barr P. Moral distress and considering leaving in NICU nurses: direct effects and indirect effects mediated by burnout and the hospital ethical climate. Neonatology 2020; 117: 646–649.
- [30] Dryden-Palmer K, Moore G, McNeil C, et al. Moral distress of clinicians in Canadian pediatric and neonatal ICUs. Pediatr Crit Care Med. 2020; 21: 314–323.
- [31] Györfy Zs, Ádám Sz, Pilling J. The physical and mental health of physicians. In: Szántó Zs, Susánszky É. (eds.) Medical sociology. [Az orvosok testi és lelki egészségi állapota. In: Szántó Zs, Susánszky É. (szerk.) Orvosi szociológia.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006; pp. 105–116. [Hungarian]

(Harmath Ágnes dr.,
Budapest, Baross u. 27., 1088
e-mail: harmath.agnes@med.semmelweis-univ.hu)