

Az érzelmi munka és a kiegésző összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban

KOVÁCS MARIANN^{1*} – KOVÁCS ESZTER² – HEGEDŰS KATALIN²

¹ Szegei Tudományegyetem, Alkalmazott Pedagógia és Pszichológia Tanszék, Szeged

² Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2011. augusztus 31.; elfogadva: 2012. április 19.)

Elméleti háttér: Súlyos betegeket kísérve az egészségügyi szakemberek komoly érzelmi megterhelésnek vannak kitéve. A betegekkel a bizalmi kapcsolatot a személyközi kommunikáción keresztül építik ki a dolgozók, amelynek része a saját és a mások érzelmeinek menedzselése, az érzelmi munka is. *Célkitűzés:* Különböző egészségügyi területeken dolgozók (N = 199) körében feltérképezni a kiegésző, az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás mértékét, valamint három foglalkozási csoportban (onkológiai, pszichiátriai-pszichoterápiás és egyéb területek) megvizsgálni a változók közti különbséget és feltárni, hogy az érzelmi munka milyen mértékben magyarázhatja a kiegésző mértékét. *Módszer:* Feltáró, keresztmetszeti, önkitöltő-kérdőíves vizsgálatunkban 48 onkológiai, 62 pszichiátriai-pszichoterápiás és 89 egyéb területen dolgozó egészségügyi dolgozó vett részt. A kiegésző mérésére a Maslach Kiegésző Leltár egészségügyi dolgozókra kidolgozott változatát (MBI-HSS), az érzelmi munka mérésére a Frankfurti Érzelmi Munka Skálát, a megküzdés mérésére a rövidített Konfliktusmegoldó Kérdőívet, a társas támogatás feltérképezésére pedig a Caldwell-féle Társas Támogatás Skálát használtuk. *Eredmények:* A kiegészőt vizsgálva nem találtunk különbséget a különböző területeken dolgozók között, ugyanakkor lényeges különbségeket találtunk az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás tekintetében. Az érzelmi diszsonancia – az érzelemszabályozás zavara – jelentős stressztényező, gyakrabban fordult elő az onkológiai területen dolgozók csoportjában: úgy érezték, hogy munkájuk során ritkábban szükséges a negatív érzéseiket kifejezni, ugyanakkor gyakrabban kell ráhangolódniuk a betegekre, gyakrabban kell megértést, együttérzést kifejezniük. *Következtetések:* Az érzelmi munkakövetelmények kommunikálására érdemes nagyobb hangsúlyt fektetni, különösen az onkológia területén dolgozók esetében. Az egészségügyi dolgozók megküzdési készségeinek fejlesztésekor a negatív érzelmek keltette feszültségeken is kell dolgozni – adaptív érzelempözpontú stratégiákkal.

Kulcsszavak: kiegésző, érzelmi munka, megküzdés, társas támogatás, onkológia, egészségügyi dolgozók

* Levelező szerző: dr. Kovács Mariann, SZTE-JGYPK Alkalmazott Pedagógia és Pszichológia Tanszék, 6725 Szeged, Hattyas sor 10. E-mail: kovacsMariann@jgypk.u-szeged.hu

1. Bevezetés

A súlyos betegek kezelésére/gondozására vállalkozó egészségügyi szakemberek érzelmileg, intellektuálisan és fizikailag egyaránt túlterheltek (Hegedűs, Riskó, & Mészáros, 2004; Vachon, 1995). Ennek az állapotnak számos, olykor visszafordíthatatlan negatív következménye lehet, például a betegekkel, a hozzátartozókkal és a kollégákkal történő kommunikáció kifejezett nehézségei, a halmozódó, feldolgozatlan stressz szerteágazó ártalmai, a lelki kiégés súlyos testi és lelki tünetei, a magánélet kudarcjai és nehézségei.

A kiégés az empátiás kapacitás kimerülése, mely cinizmussal, személytelen bánásmóddal és alacsony hatékonyságérzettel társul. Az utóbbi években a kiégés fogalmának meghatározásakor a tartós interperszonális (személyközi) stresszhatásokat emelik ki a kutatók (Maslach, Leiter, & Schaufeli, 2008). Így a figyelem az egészségügyi dolgozók betegekkel, kliensekkel történő interakcióira irányul. A személyzet stressz- és kiégettségi szintje az onkológiai és a hospice ellátásban egyes kutatások szerint kisebbnek tűnik, mint más területeken dolgozók esetében. Más tanulmányok viszont hangsúlyozzák az öngyilkossági késztetéseket, az alkohol- és droghasználat, a szorongás és a depresszió növekedését a haldoklókkal foglalkozó személyzet körében (Hegedűs és mtsai, 2004; Keidel, 2002; Sabo, 2008; Szabó, Szabó, & Hegedűs, 2008; Vachon, 1995). Parkes (1985) és Ferro (1998) felmérése szerint a nővérek munkájuk egyik legjelentősebb stresszforrásának a haldoklók gondozását tartják. Jelentős nehézséget jelent a haldoklók ellátása során például a betegek érzelmi labilitása, a düh kezelése, a kezelés visszautasítása, a rossz prognózisról való beszélgetés, az elhunyt beteg hozzátartozóival való kommunikáció (Ferro, 1998; Parkes, 1985). Ezek a nehézségek különböző érzelmeket válthatnak ki a kísérő személyzetből, akik egészségügyi dolgozóként sok esetben nem fejezhetik ki a valójában megélt érzelmeiket. Érzelmi disszonanciáról beszélhetünk, amikor a dolgozó szubjektív érzelmi élménye és az általa kifejezett érzélem nem egyezik, vagy a kifejezett érzélem nem felel meg a kimutatási szabályoknak (Zapf, 2002).

Az érzelmi munka az érzélem kifejezésével, szabályozásával kapcsolatos munkahelyi elvárás, munkakövetelmény, mely tartalmazza, hogy adott helyzetben milyen érzelmet és hogyan kell kifejeznie a dolgozónak (Zapf, 2002). Zapf érzelmi munkával kapcsolatos kutatásaihoz az elméleti keretet a cselekvésemélet adja (pl. Zapf, Vogt, Seifert, Mertini, & Isic, 1999; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001). A munka pszichológiai komponense a munkaaktivitás, amely a cselekvésemélet szerint a munkacselekedetek kognitív folyamatok segítségével történő pszichológiai szabályozá-

sa. Így ebben a koncepcióban a szabályozási folyamatok kerülnek a középpontba: a regulációs követelmények, elvárások; a regulációs lehetőségek, a kontroll kérdése és a zavarok, stresszorok. A cselekvésemélet szerint az ember aktívan próbál megküzdeni a környezetével. Az érzelmi munka a szándékos, célirányos viselkedés része.

Hogyan néz ki ez a folyamat a munka világában? Adott egy intézmény (pl. kórház) a saját célrendszerével: dolgozóit (orvosait, ápolóit, beteghordóit) arra próbálja sarkallni, hogy ezt a célrendszert követve meghatározott feladatokat hajtsanak végre az előírt módon – ebben szerepelnek az érzelmkifejezéssel kapcsolatos kimutatási szabályok. A dolgozó a vállalati célkitűzést személyes céllá fogalmazza, az érzelmi munka valójában egy fölrendelt cél alcéljaként definiálódik, és meghatározott érzelmek kifejezését kívánja a dolgozótól a klienskapcsolat során. Ideális esetben az érzelmkifejezés viszont automatikusan történik a társas interakció során (Zapf és mtsai, 1999b).

Az érzelmi munka és a kiégés között található összefüggést több kutatás vizsgálta, melyek szerint az érzelmi munka önmagában képes bejósolni a kiégés valamennyi komponensét (Bozionelos & Kiamou, 2008; Le Blanc, Bakker, Peeters, van Heesch, & Schaufeli, 2001; Martínez-Iñigo, Totterdell, Alcover & Holman, 2007; Zapf és mtsai, 2001). Zapf szerint a kiégés arra utal, hogy a dolgozó nem képes többé menedzselni az érzelmeit annak érdekében, hogy betartsa az érzelmkifejezéssel kapcsolatos munkahelyi előírásokat, követelményeket (Zapf, 2002).

Kutatásunkkal az egészségügyi ellátásban dolgozó hazai szakemberek kiégéséről, az általuk végzett érzelmi munkáról, a megküzdésről és a társas támogatásról kívántunk képet kapni. A következő hipotéziseket vizsgáltuk meg:

- H1: feltételeztük, hogy az onkológiai betegekkel dolgozók magasabb érzelmi kimerülést jeleznek, mint a másik két csoport dolgozói.
- H2: feltételeztük, hogy különbséget találunk az onkológiai ellátásban dolgozók, a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók, valamint az egészségügy egyéb területein dolgozók csoportjai között az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás tekintetében is.
- H3: feltételeztük, hogy az onkológiai ellátásban dolgozók magasabb érzelmi disszonanciáról számolnak be, mint a nem onkológiai dolgozók.
- H4: feltételeztük, hogy a kiégés összefügg az érzelmi munkával. Az érzelmi munka kiégést magyarázó értéke az onkológiai ellátásban magasabb, mint egyéb területeken.

2. Módszer

2.1. Minta

A feltáró jellegű vizsgálatot keresztmetszeti kutatásként végeztük el, az adatfelvétel közel egy évig tartott. Az egészségügyi dolgozókat különböző módon kerestük meg és kértük válaszára: saját ismeretségi körünkben, szakképzéseken, valamint országos konferenciák alkalmával próbáltuk minél több egészségügyi dolgozóhoz eljuttatni a kérdőívcsomagot. A közel egy év alatt 654 kérdőívet osztottunk szét, mindössze 199-et kaptunk vissza; a válaszadási arány tehát 30,42%-os. A konferenciák alkalmával a papíralapú kérdőív a konferenciacsomagba került és egy dobozba vártuk a kitöltött kérdőíveket, ezzel biztosítva az anonimitást. Kérdőíves vizsgálatunk érzelmileg megmozgatta a kérdőívkitöltésre felkért dolgozókat, volt olyan, aki indulatos lett; voltak, akik szerint túlságosan személyesek a kérdések, ezért még az anonimitás mellett sem voltak hajlandók a válaszadásra; és voltak, akik örültek, hogy ilyen típusú kérdéseken kellett elgondolkodniuk, akadtak elvéve olyanok is, akik kifejezetten megköszönték, hogy válaszolhattak a kérdéseinkre.

Jelen tanulmányban az onkológiai ellátásban dolgozók (N = 48), pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók (N = 62), valamint az egészségügy egyéb területein dolgozók (N = 89) csoportját hasonlítjuk össze. Az onkológiai dolgozók közé számítottuk azokat is, akik a hospice-ellátásban foglalkoznak terminális állapotú daganatos betegekkel. A pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók köréből külön csoportot alkottunk, mert az érzelmi bevonódás, a klienssel, pácienssel kialakított kapcsolat szerepe, az érzelmi munka – az onkológiai ellátáshoz hasonlóan – jelentősebb ezen a területen. Az egészségügyi dolgozók egyéb csoportjába soroltuk a fül-orr-gégészeket, belgyógyászokat és a háziorvosokat.

A válaszadók 83,4%-a nő volt. Átlagosan közel tizenhat éve ($15,96 \pm 12,09$ év) dolgoznak a pályán. Az átlagéletkor az onkológiai ellátásban dolgozóknál 42 év, a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban 41,95 év és az egyéb egészségügyi területen dolgozóknál 42,76 év volt. A vizsgálatban szereplő egészségügyi dolgozók egyéb jellemzőit az *1. táblázatban* mutatjuk be.

1. táblázat. A minta szociodemográfiai jellemzői

	Onkológiai- hospice ellátás- ban dolgozók (N = 48) N (%)	Pszichiátriai- pszichoterápiás ellátásban dolgo- zók (N = 62) N (%)	Egyéb egész- ségügyi terüle- ten dolgozók (N = 89) N (%)
Családi állapot			
egyedülálló	9 (18,8)	15 (24,2)	21 (23,6)
házas	23 (47,9)	28 (45,2)	37 (41,6)
élettársi kapcsolatban él	5 (10,4)	9 (14,5)	14 (15,7)
elvált	9 (18,8)	8 (12,9)	13 (14,6)
özvegy	2 (4,2)	2 (3,2)	4 (4,5)
Gyermek			
nincs	20 (41,7)	21 (33,9)	38 (42,7)
van	28 (58,3)	41 (66,1)	51 (57,3)
1	7 (25,0)	16 (39,0)	9 (17,6)
2	15 (53,6)	15 (36,6)	30 (58,8)
3	6 (21,4)	6 (14,6)	7 (13,7)
≥4	-	4 (9,7)	5 (9,8)
Iskolai végzettség			
szakiskola, szakmunkás	-	1 (1,6)	4 (4,5)
szakközépiskola	8 (16,7)	7 (11,3)	12 (13,5)
gimnázium	3 (6,3)	1 (1,6)	10 (11,2)
felsőfokú képzés	10 (20,8)	6 (9,7)	3 (3,4)
főiskola	7 (14,6)	7 (11,3)	24 (27,0)
egyetem	20 (41,7)	39 (62,9)	36 (40,4)
Foglalkozás, beosztás			
orvos	14 (29,2)	20 (32,3)	27 (30,3)
ápoló	15 (31,3)	20 (32,3)	28 (31,5)
pszichológus	-	15 (24,2)	2 (2,2)
asszisztens	8 (16,7)	1 (1,6)	4 (4,5)
koordinátor	-	-	3 (3,4)
pedagógus	2 (4,2)	2 (3,2)	2 (2,2)
mentálhigiénikus	-	-	2 (2,2)
gyógytornász, gyógymasszőr	3 (6,3)	1 (1,6)	4 (4,5)
egyéb	1 (2,1)	-	7 (7,9)
Betegség			
van	32 (66,7)	39 (62,9)	61 (68,5)
nincs	16 (33,3)	22 (35,5)	27 (30,3)
Gyógyszeresedés			
van	27 (56,3)	22 (35,5)	39 (43,8)
nincs	21 (43,8)	38 (61,3)	50 (56,2)

2.2. Mérőeszközök

A kiégés mérésére a Maslach Kiégés Leltár (MBI-HSS) 22-tételes, egészségügyi dolgozókra kidolgozott változatát használtuk (Maslach & Jackson, 1986)¹. A kérdőív három dimenzió mentén méri a kiégési szindrómát: az érzelmi kimerülés, a személytelen bánásmód (deperszonalizáció) és a személyes hatékonyságérzet mentén. Az érzelmi kimerülés arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kiapadnak, úgy érzi, hogy nincs semmi, amit másoknak pszichés szempontból adhatna (pl. Úgy érzem, a munkanap végére elhasználódom). A deperszonalizáció negatív és személytelen attitűd kialakítása a klienssel, valamint azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik a személy. Azt a meggyőződést is magában foglalja, hogy a többiek megérdemlik ezt a hozzáállást, és az őket ért rossz dolgokért ők a felelősek (pl. Mióta ezt a munkát végzem, érzéketlenebb lettem az emberek iránt). A kérdőív harmadik dimenziója, a személyes hatékonyság csökkenése arra vonatkozik, hogy az egyén teljesítménye némileg eltér attól, amit önmagától elvár, és ehhez még nagyfokú negatív önértékelés is társul (pl. Úgy érzem, munkámon keresztül, pozitív hatással vagyok más emberek életére. – fordított item). A kérdőív megalkotói a kiégést folytonos változóként képzelik el, amely az alacsonytól a közepesen át a magas fokúig terjed. Magas kiégettséget jelez, ha valaki magas pontszámot ér el az érzelmi kimerülést és a személytelen bánásmódot mérő skálákon, és alacsony pontszámot a személyes hatékonyság skálán. A válaszadók hétfokú Likert-típusú skálán jelölik a válaszaikat. Jelen vizsgálatban az egyes dimenziók Cronbach- α -értékei a következőképpen alakultak: érzelmi kimerülés: 0,87; személytelen bánásmód: 0,67; személyes hatékonyság csökkenése: 0,83.

Az érzelmi munka mérésére az általunk adaptált Frankfurti Érzelmi Munka Skála 61-tételes formáját használtuk (Kovács, Kovács & Hegedűs, 2008; Zapf és mtsai, 1999b; Zapf, Mertini, Seifert, Vogt, Isic, & Fischbach, 1999a). A Frankfurti Érzelmi Munka Skála az érzelmi munka különböző aspektusait próbálja mérhetővé tenni (Zapf és mtsai, 1999a, b). Zapf és munkatársai 1999-es tanulmányukban közölték a Frankfurti Érzelmi Munka Skála (FEWS) érvényességi és megbízhatósági mutatóit. A mérőeszköz igazolta a regulációs követelmények, a regulációs lehetőségek és a regulációs zavarok közti különbségtétel létjogosultságát (Zapf és mtsai, 1999b).

¹ A kérdőív pszichometriai jellemzőit részletesen vizsgáló tanulmány a jelen lapszámban jelenik meg: Ádám, Sz., & Mészáros, V. (2012). A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13, 127–143.

Megkülönböztethetők az érzelemszabályozásra vonatkozó előírások (a pozitív, a negatív érzelmek kifejezésével kapcsolatos követelmények, a szenzitivitással és az empátiával kapcsolatos követelmények), az érzelemszabályozás lehetőségei (a kontroll kérdése) és az érzelemszabályozás kudarc, zavara (érzelmi disszonancia). Az eredeti kérdőív tételei 11 skálába sorolhatók:

- Pozitív érzelmek kifejezése (pl. Milyen gyakran szükséges munkája során kellemes érzelmeket kifejeznie a kliensek felé?).
- Negatív érzelmek kifejezése (pl. Milyen gyakran szükséges munkája során kellemetlen érzelmeket kifejeznie a kliensek felé?).
- Neutrális érzelmek kifejezése (pl. Milyen gyakran szükséges munkája során se nem pozitív, se nem negatív érzelmeket kifejeznie a kliensek felé?).
- Különböző/bizonyos érzelmek kifejezése (pl. Milyen gyakran szükséges munkája során haragot kifejeznie a kliensek felé?).
- Érzékenységgel kapcsolatos követelmények (pl. Milyen gyakran szükséges tudnia, hogy a kliens mit érez az adott pillanatban?) és az Empátia- (pl. Milyen gyakran kell együttérzést mutatni a kliensei felé?) skálák megbízhatóságának növelése érdekében a tételeket egy skálába, Szenzitivitás-együttérzés névvel jelölve soroltuk (ennek statisztikai alátámasztását a kérdőív adaptációját bemutató tanulmányunkban közöltük; lásd Kovács és mtsai, 2008).
- Érzelmi kontroll (pl. Milyen gyakran dönthet Ön arról, hogy mely érzelmeket mutatja ki a klienseinek?).
- Interakció-kontroll (pl. Milyen gyakran engedi meg munkája, hogy akkor fejezze be a klienssel a beszélgetést, amikor jónak látja?).
- Érzelmi disszonancia (pl. Milyen gyakran fordul elő, hogy olyan érzelmet kell kimutatnia, ami nem egyezik meg a valódi érzéseivel?).

Az Érzelmekkel kapcsolatos normák (pl. A feletteseim közölték az érzelmekkel kapcsolatos szabályokat) és a Klienskapcsolat időtartama (pl. Kérem, becsülje meg, hogy átlagosan mennyi időt tölt naponta a kliensekkel!) skálák esetén a kérdések külön-külön értelmezendők, ezért jelen tanulmányban elemzéseink során ezeket nem használjuk (vö. 3. táblázat). A kérdőív magyar adaptációja során a legtöbb skála létjogosultságát sikerült igazolni, ugyanakkor a Szenzitivitással kapcsolatos követelmények és az Empátia skálái nem különültek el egymástól, tételeik egy faktorba kerültek. A belső konzisztencia vizsgálata azt mutatta, hogy érdemes a magyar faktorelemzés eredményeként előállt faktorokkal dolgozni, mert a megbízhatósági mutatók magasabbak, mint az eredeti német faktorokra épülő elemzés esetében (vö. Kovács, Kovács, & Hegedűs, 2008; Zapf és mtsai, 1999b). Ezért a jövőben a Szenzitivitás-empátia skálaelnevezést használjuk, és a

skálába az alábbi tételeket soroltuk: EA1, EA2, EA4, ES1, ES2, ES3 a német rövidítéseket használva (vö. Zapf és mtsai, 1999b). Jelen kutatásban megvizsgálva az eredeti Szenzitivitással kapcsolatos követelmények (Cronbach- $\alpha = 0,37$), illetve Empátia/Együttérzés (Cronbach- $\alpha = 0,50$) skálák megbízhatósági mutatóit, szintén a magyar adaptáció során korábban tapasztaltaknak megfelelően érdemes eljárni és a magyar faktorszerkezet szerint kialakított 6-tételes Szenzitivitás-empátia skálát (Cronbach- $\alpha = 0,85$) használni.

A megküzdés mérésére Lazarus és Folkman 1980-ban kidolgozott Konfliktusmegoldó Kérdőívének (Ways of Coping Questionnaire) rövidített, 16-tételes változatát használtuk (Folkman & Lazarus, 1980; Rózsa és mtsai, 2003, 2008). Nyolc tétel az érzelme középpontú stratégiákat fedi le (pl. Evéssel, ivással, dohányzással vezetem le a feszültségemet), míg a másik nyolc tétel a problémaközpon tó megküzdést azonosítja be (pl. Próbáltam elemezni a problémát, hogy jobban megértem). A kérdőívkitöltő feladata az, hogy beleélje magát élete egyik nehéz helyzetébe, majd eldöntse, hogy az ezt követő hetekben mennyire jellemezték a felsorolt megküzdési próbálkozások. A válaszokat négyfokú Likert-típusú skálán kell jelölni.

Az észlelt társas támogatás vizsgálatára a Caldwell által kidolgozott, 14-tételes skálát használtuk, amely azt tárja fel, hogy nehéz élethelyzetben mennyire számíthat a személy társas támogatásra (Caldwell, Pearson, & Chin, 1987; Rózsa és mtsai, 2003). A társas kapcsolati háló legfontosabb szereplőire kérdez rá: a szülőktől, házastárstól, gyermektől, rokonoktól, barátoktól, munkatársaktól, segítő foglalkozásúaktól, egyesületektől, egyháztól kapható támogatásokra. A kérdőív segítségével a társas kapcsolati háló kiterjedtségét, valamint a kapcsolatok erősségét lehet feltérképezni.

2.3. Statisztikai elemzések

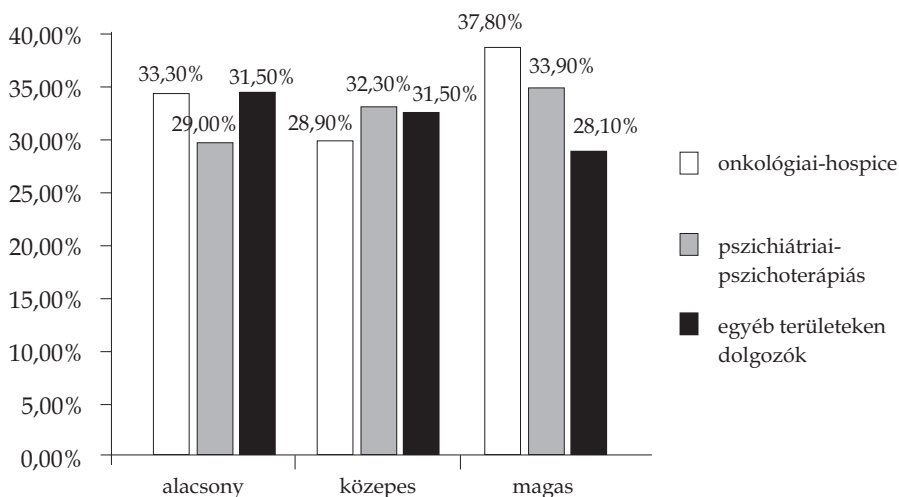
Az általunk vizsgált valamennyi változóra leíró statisztikát készítettünk az átlag- és a szórásértékek meghatározásával. A csoportok közötti összehasonlítást kétmintás *t*-próbával, illetve három csoport összehasonlítása esetén egyszempontos varianciaanalízissel végeztük el. Szórás egyezés esetén a Sheffe és Tukey post hoc elemzéseket használtuk, míg nem egyező szórások esetén a Dunett T3 próbát. Az érzelmi munka egyes dimenzióinak kiégésre gyakorolt hatását lineáris regresszió-elemzéssel vizsgáltuk az onkológiai, a pszichiátriai és pszichoterápiás ellátásban, valamint az egyéb területeken dolgozók csoportjaiban. A regressziós modellben függő változóként szerepeltek a kiégés dimenziói (érzelmi kimerülés, személytelen bánásmód és személyes hatékonyság), míg független változóként szere-

peltek az érzelmi munka dimenziói (pozitív, negatív érzelmek kifejezése, szenzitivitással-empátiával kapcsolatos követelmények, érzelmi és interakciós kontroll, illetve érzelmi disszonancia). A változók közötti kapcsolat erősségét és irányát a regressziós együttható (standardizált β) jelzi. Vizsgáltuk azt is, hogy a független változók milyen mértékben magyarázzák a függő változó varianciáját, ennek értékét az R^2 adja meg. A statisztikai elemzéseket az SPSS 13.0 programcsomag segítségével végeztük.

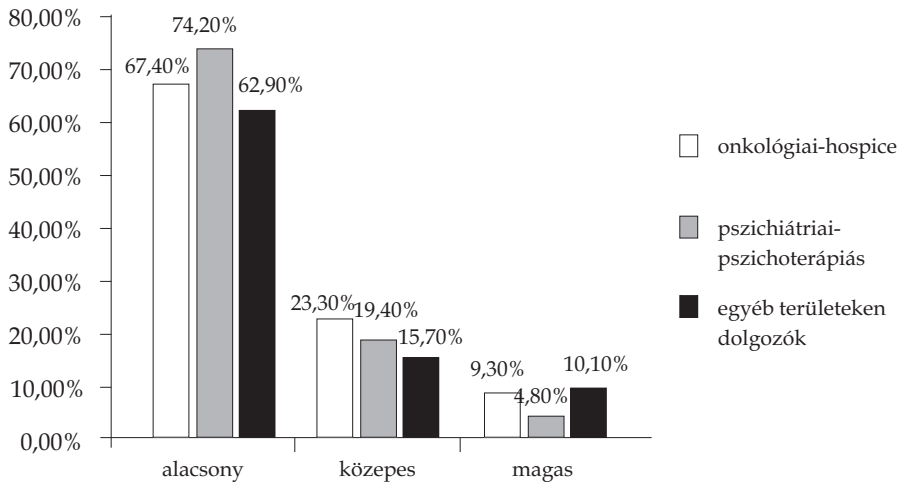
3. Eredmények

3.1. A kiégés előfordulási gyakorisága a vizsgált csoportokban

Elsőként megvizsgáltuk a kiégés egyes dimenziói mentén az érzelmi kimerülés, a személytelen bánásmód, illetve a személyes hatékonyságcsökkenés előfordulási gyakoriságát a különböző egészségügyi területeken dolgozók csoportjaiban. A magas, közepes és alacsony mértékű kiégés prevalenciáját az onkológiai-hospice, a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban és az egyéb egészségügyi területeken dolgozók körében a 1–3. ábrán szemléltetjük (cut-off-pontok Maslach & Jackson, 1986 alapján).

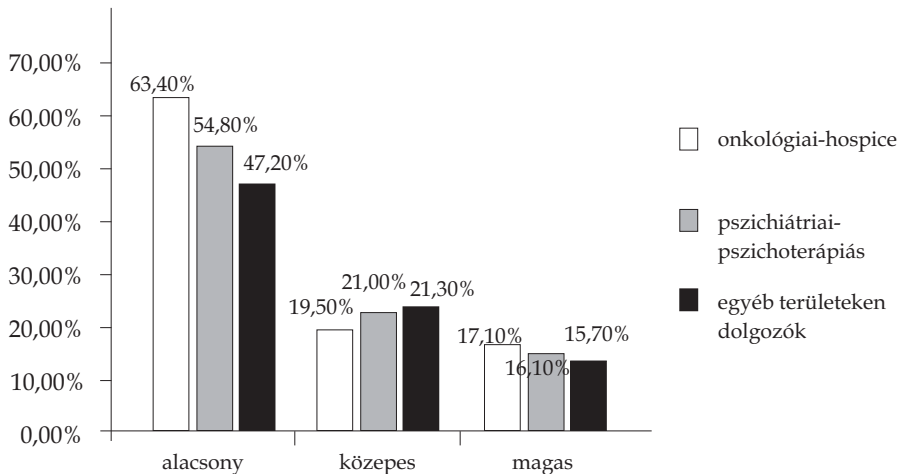


1. ábra: Az érzelmi kimerülés alakulása az egészségügy különböző területein dolgozók körében. Megjegyzés: a hiányzó adatok miatt a százalékérték néhány helyen kevesebb lehet, mint 100%



2. ábra. A személytelen bánásmód alakulása az egészségügy különböző területein dolgozók körében. Megjegyzés: a hiányzó adatok miatt a százaléérték néhány helyen kevesebb lehet, mint 100%

Az 1. ábrán látható, hogy a magas érzelmi kimerülés az onkológiai-hospice ellátás területén dolgozók körében volt a leggyakoribb, ám ez statisztikailag nem bizonyult jelentős különbségnek ($F = 0,859$; $p = 0,425$).



3. ábra. A személyes hatékonyság csökkenésének alakulása a vizsgált egészségügyi területeken. Megjegyzés: a hiányzó adatok miatt a százaléérték néhány helyen kevesebb lehet, mint 100%.

Hasonlóan az érzelmi kimerüléshez, a személytelen bánásmód dimenziójának vizsgálata sem tárt fel a csoportok között szignifikáns különbségeket ($F = 1,194$; $p = 0,305$), ám a 2. ábra alapján leolvasható, hogy a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók körében – a másik két terület dolgozóihoz képest – valamivel magasabb volt azoknak a százalékos aránya, akiknél nem jelent meg a személytelen attitűd és viselkedés a betegekkel kapcsolatban (74,2%), illetve a pszichés problémákkal foglalkozók körében volt a legalacsonyabb a magas övezetbe kerülők száma.

A személyes hatékonyságcsökkenést közepes és magas mértékben érzők aránya nagyon hasonlóan alakult ($F = 0,027$; $p = 0,973$) a három vizsgált egészségügyi területen (3. ábra).

3.2. Kétváltozós elemzések

Az első hipotézis vizsgálatára (2. táblázat) az onkológiai és a nem onkológiai területeken dolgozók csoportjainak érzelmi kimerülését hasonlítottuk össze: szignifikáns különbséget nem találtunk a két csoport között ($t = 1,369$; $p = 0,173$).

2. táblázat. Az onkológiai és a nem onkológiai területeken dolgozók kiegészének alakulása

MBI skálák	Átlag	Szórás
<i>Onkológiai-hospice ellátás (N = 48)</i>		
Érzelmi kimerülés	23,82	12,05
Személytelen bánásmód	5,56	5,46
Személyes hatékonyság	38,29	7,86
<i>Nem onkológiai területeken dolgozók (N = 151)</i>		
Érzelmi kimerülés	21,83	10,94
Személytelen bánásmód	5,22	7,30
Személyes hatékonyság	38,09	7,86

A második hipotézist vizsgálva az érzelmi munka néhány dimenziója mentén, a megküzdésben és az észlelt munkatársi támogatásban találtunk szignifikáns különbségeket a három foglalkozási csoport között. A pszichiátriai, az onkológiai ellátásban és az egyéb területeken dolgozók között csak az érzelemszabályozási követelményekben volt különbség, az érzelemszabályozás lehetőségeiben és az érzelemszabályozás zavarában nem. A negatív érzelmek kifejezésében ismét különbség volt, de további eltérések is adódtak a Szenzitivitás-empátia, valamint a Neutrális érzelmek kifejezése skálákon elért pontszámok esetében (3. táblázat).

A pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók és az onkológiai ellátásban dolgozók csoportjai között szignifikáns különbség mutatkozott a Negatív érzelmek kifejezését mérő skálán. A pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók inkább érezték úgy, hogy munkájuk során a negatív érzéseket is ki kell fejezniük, szemben az onkológiai dolgozókkal. A Szenzitivitás-empátia skálán elért pontszámok esetében mind az onkológiai ellátásban dolgozók, mind a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban dolgozók szignifikánsan gyakrabban érezték úgy, hogy rá kell hangolódniuk a betegekre, hogy empatikusan kell fordulni feléjük, mint az egészségügy egyéb területein dolgozók (3. táblázat).

A második hipotézis értelmében a megküzdés alakulását is vizsgáltuk varianciaanalízis segítségével a három foglalkozási csoportban: nem volt különbség a problémaközpontú és az érzelemközpontú megküzdési stra-

3. táblázat. Az érzelmi munka alakulása a különböző területeken dolgozók körében

	Onkológiai-hospice ellátás	Nem onkológiai ellátás	Független kétmintás <i>t</i> -próba	Pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás	Onkológiai-hospice ellátás	Egyéb egészségügyi terület	Varianciaanalízis
Pozitív érzelmek kifejezése	38,00 (7,08)	36,96 (5,51)	NS	36,16 (5,32)	38,00 (7,08)	37,55 (5,61)	NS
Negatív érzelmek kifejezése	15,19 (3,21)	17,18 (5,01)	<i>t</i> = -2,731**	17,44 (4,50)	15,19 (3,21)	16,99 (5,39)	F = 3,164*
Neutrális érzelmek kifejezése	11,79 (4,05)	11,91 (3,41)	NS	12,95 (3,35)	11,79 (4,05)	11,17 (3,28)	F = 4,398*
Bizonyos érzelmek kifejezése	33,98 (6,22)	34,89 (6,28)	NS	34,61 (4,93)	33,98 (6,22)	35,11 (7,16)	NS
Szenzitivitás és együttérzés	24,62 (3,49)	23,61 (4,16)	NS	25,03 (3,64)	24,62 (3,49)	22,55 (4,22)	F = 8,404***
Érzelmi kontroll	11,84 (2,06)	11,11 (2,75)	NS	10,98 (2,87)	11,84 (2,06)	11,21 (2,67)	NS
Interakciós kontroll	8,78 (2,76)	8,97 (2,78)	NS	9,05 (2,44)	8,78 (2,76)	8,91 (2,53)	NS
Érzelmi diszszonancia	11,62 (3,42)	10,51 (3,48)	<i>t</i> = 1,909 ⁺	10,68 (3,64)	11,62 (3,42)	10,38 (3,55)	NS

NS: nem szignifikáns; ⁺ $p \leq 0,10$; * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$

tégiák használatában. Amikor a megküzdést tételesenként vizsgáltuk, akkor a humor mint megküzdési stratégia emelkedett ki a többi közül. Vizsgálatunk szempontjából ez volt az egyetlen olyan tétel, amelyben különbséget találtunk, amikor a három foglalkozási csoportot hasonlítottuk össze ($F = 6,294$; $p \leq 0,01$). Az onkológiai és hospice-ellátásban dolgozók a másik két csoporthoz képest lényegesen ritkábban használták a humort mint a nehéz élethelyzetekkel való megküzdés egyik lehetőségét.

A harmadik vizsgált változót, a társas támogatást tekintve a munkatársaktól kapott társas támogatás tekintetében mutatkozott csak jelentős különbség – az egyéb egészségügyi területen dolgozókhöz képest mind az onko-

4. táblázat. A kiégés lineáris regresszióval történő elemzése az egészségügyi területek tükrében

Függő változó	Független változók	Standardizált β	t-teszt	R ²
<i>Pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás</i>				
Deperszonalizáció	Negatív érzelmek kifejezése	0,492	2,337*	0,44
	Érzelmi disszonancia	0,349	2,412*	
	Érzelmi kontroll	0,328	2,072*	
<i>Onkológiai-hospice ellátás</i>				
Érzelmi kimerülés	Érzelmi disszonancia	0,389	2,062*	0,45
	Interakciós kontroll	-0,286	-1,775 ⁺	
Deperszonalizáció	Érzelmi kontroll	0,312	1,954 ⁺	0,46
Személyes hatékonyság	Pozitív érzelmek kifejezése	0,880	2,407*	0,50
<i>Egyéb egészségügyi területeken dolgozók</i>				
Érzelmi kimerülés	Érzelmi disszonancia	0,376	2,572*	0,31
	Negatív érzelmek kifejezése	0,365	2,221*	
Személyes hatékonyság	Pozitív érzelmek kifejezése	0,939	2,921**	0,33
	Interakciós kontroll	0,274	1,996 ⁺	

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; ⁺ $p < 0,10$. *Megjegyzés:* a táblázatban csak a szignifikáns és a tendenciáját tekintve szignifikáns eredményeket tüntettük fel, az elemzéskor a következő független változókkal dolgoztunk: *érzelemszabályozás követelményváltozói:* pozitív érzelmek kifejezése, negatív érzelmek kifejezése, semleges érzelmek kifejezése, szenzitivitással és együttérzéssel kapcsolatos követelmények; *érzelemszabályozási lehetőségek:* érzelmi kontroll, interakciós kontroll; *érzelemszabályozás zavara:* érzelmi disszonancia.

Az R² értékei minden esetben a modell egészére vonatkoznak.

lógiai ellátás, mind a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás dolgozói magasabb munkatársi társas támogatásról számoltak be ($F = 3,781$; $p \leq 0,05$).

Az érzelmi munkára vonatkozóan szignifikáns különbségeket találtunk az onkológiai és nem onkológiai dolgozók csoportjaiban. Eltérően vélekedtek a Negatív érzelmek kifejezéséről: az onkológiai ellátásban dolgozók ritkábban érezték úgy, hogy negatív érzéseket kell kifejezniük a munkájuk során, mint a nem onkológiai dolgozók ($Z = -2,284$; $p \leq 0,05$). A harmadik hipotézis vizsgálata során az érzelmi disszonanciára vonatkozóan 0,059 szignifikanciaszinten ($Z = -1,886$) különbséget tapasztaltunk: az onkológiai ellátásban dolgozók szignifikánsan gyakrabban számoltak be érzelmi disszonanciáról (3. táblázat).

3.3. Többváltozós elemzések

A negyedik hipotézisünk értelmében az onkológiai dolgozók körében az érzelmi munka igen nagy magyarázó értékkel bír a kiegésző szempontjából. Amikor a kiegésző-pontszámokat vizsgáljuk, az onkológia területe volt az egyetlen, ahol a kiegésző mindhárom alskáláján kapott pontszámot nagymértékben (45-50%-ban) megmagyarázzák az érzelmi munka kérdőíven elért pontszámok. Ezzel szemben a pszichiátriai-pszichoterápiás dolgozók esetében csupán a személytelen bánásmód (deperszonalizáció) skálán elért pontszámot befolyásolta jelentősen az érzelmi munka (4. táblázat).

4. Megbeszélés

Kutatásunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk: vajon találunk-e különbséget a különböző egészségügyi területeken dolgozók között a kiegésző, az érzelmi munka, a megküzdés és a társas támogatás tekintetében. Feltételeztük, hogy mivel az onkológiai ellátásban dolgozók jellegzetes érzelmi megterhelésnek vannak kitéve (Le Blanc és mtsai, 2001), hiszen naponta találkoznak a halállal, a haldoklással, a gyógyíthatatlanság és a gyász érzéseivel, ezért körükben gyakrabban fordul elő a kiegésző szindróma, különösen az érzelmi kimerülés lehet magas.

Hipotézisünkkel (H1) ellentétben nem találtunk szignifikáns különbséget az onkológiai, a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban és az egyéb egészségügyi területen dolgozók között: hasonlóan alakultak a kiegésző mutatóik. Dunwoodie és Auret (2007) – akik szintén a Maslach-féle kérdőívet használták kutatásukban – sem találtak magasabb kiegésző az általuk vizsgált 43, palliatív ellátásban dolgozó orvos körében, mint más szakte-

rületeken. Liakopoulou és munkatársai (2008) sem találtak különbséget a gyermekonkológiai osztályon dolgozók és az egyéb gyerekgyógyászati területen dolgozók kiégési mutatói között. Sherman, Edwards, Simonton és Mehta (2006) irodalmi áttekintő tanulmányukban arra a megállapításra jutottak, hogy bár a kiégés előfordulási gyakorisága magas az onkológiai dolgozók körében, ezek a mutatók nem feltétlenül magasabbak más foglalkozási csoportokhoz viszonyítva. Eredményeink tehát hasonlóak azokhoz a nemzetközi kutatási eredményekhez, amelyeknek célja az volt, hogy onkológiai és nem onkológiai dolgozók kiégettségét hasonlítsák össze (Papadatou, Anagnostopoulos, & Monos, 1994; Servellen & Leake, 1993). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a kiégés az egészségügy bármely területén megjelenhet, és bár a stresszhatások az adott szakterülethez kötődhetnek, a kimenetel hosszú távon hasonló.

Az általunk megkérdezett, onkológiai betegekkel foglalkozó dolgozók 37,8%-a magas kiégést jelzett az érzelmi kimerülés dimenziója alapján, míg a nem onkológiai ellátásban dolgozók 32,9%-ánál találtuk ugyanezt. Néhány külföldi tanulmány az onkológiai dolgozók 32–34%-ánál talált magas érzelmi kimerülést (Arigoni, Bovier, Mermillod, Waltz, & Sappino, 2009; Bressi és mtsai 2008; Dunwoodie & Auret, 2007; Girgis és mtsai, 2009; Johnson, Wagner, Rueger, & Goepfert, 1993). Girgis, Hansen és Goldstein 2009-es tanulmányában 622 fős onkológiai dolgozói mintán vizsgálták a kiégés jelenségét Ausztráliában, és valamivel alacsonyabb érzelmi kimerülést, valamint deperszonalizációt találtak, mint mi a jelen mintánkban.

A megküzdés probléma-, illetve emóciófókuszú formája tekintetében (H2) nem volt különbség a foglalkozási csoportok között. Liakopoulou és munkatársai (2008) korábban említett tanulmányukban szintén nem találtak eltérést a megküzdés tekintetében. Amikor az egyes megküzdési stratégiákat kezdtük el vizsgálni, akkor kiderült, hogy az onkológiai ellátásban dolgozók szignifikánsan ritkábban használják a humort mint lehetséges erőforrást a megküzdésben, összevetve az egyéb egészségügyi dolgozókkal. Vagyis a megküzdésre vonatkozó hipotézisünk (H2) csak megszorításokkal igazolódott. Penson és munkatársai (2005) a „Nevetés: a legjobb orvosság?” című tanulmányukban részletesen foglalkoznak a humor pozitív és negatív hozadékával az onkológiai ellátásban; elgondolkodnak arról, hogy mit jelent a humor az orvos–beteg kapcsolatban, hogyan használható hatékonyan akár a munkatársakkal való kapcsolatban, akár a gyógyító teamben. A humor különböző érzelmi választ válthat ki. Már Freud hangsúlyozta a humor énvédelmi funkcióját, hiszen a humor lehetővé teszi, hogy szembenézzünk a problémákkal anélkül, hogy negatív érzéseket élnénk meg (Penson és mtsai, 2005). A humor segítségével megtörténhet a helyzet újraértelmezése, átértékelése. A humor mindenképpen fontos

erőforrás, ám óvatosan kell használni. Elképzelhető, hogy az onkológiai területen dolgozók óvatosabbak a humor használatában, mint a más területen dolgozók.

Felmerülhet a kérdés, hogy a humor helyett milyen megküzdési formát használnak az onkológiai területen dolgozók. Egy tanulmányban (N = 59) páciens elvesztésével való megküzdésnek azon formáját emelik ki, ami egymás (formális és informális) meghallgatásával kapcsolatos, ez volt a munkahelytől kapható támogatás legmegfelelőbb formája a válaszadók 85%-a szerint (Lobb és mtsai, 2010). Ugyanakkor kiderült a vizsgálatból, hogy a megkérdezettek többsége úgy érezte: nem rendelkezik a másik meghallgatásához szükséges készségekkel, és ez összefüggött a kiegészítő személyes hatékonyság dimenziójával (Lobb és mtsai, 2010).

Egyáltalán milyen protektív faktorokkal számolhatunk ezen a területen, aminek köszönhetően a súlyos betegekkel foglalkozók kiegészítése nem magasabb, mint más területeken dolgozóké. Pereira, Fonseca és Carvalho (2011) áttekintő tanulmányukban kiemelik a palliatív ellátásban dolgozók kapcsán az etikai szempontok jelentőségét és kiegészítő kapcsolatos összefüggését. Etikai szempontból nézve a páciensek szenvedése sajátos emberi viszonyulást hív elő, egy nagyon is emberi találkozást, valamint egy féltő-gondoskodó viszonyulást. A páciens szenvedése a kísérő személyzetből is szenvedést válthat ki, ez azonban csendesén zajlik a segítőkben. Úgy tűnik, hogy nincs igazán lehetőség az ilyen jellegű érzések megosztására vagy egy egészségesebb megküzdés kialakítására (Pereira és mtsai, 2011). Áttekintő tanulmányukban a szerzők egyszerre veszik számba a kiegészítőben potenciális szerepet játszó kockázati és védőfaktorokat. A védőfaktorok körében a következő tényezőket említik: hatékony kommunikáció; a páciensekkel és a családdal való időtöltés; prevenciók stratégiák munkacsoportos szinten; megbirkózás a halállal, haldoklással; személyes és szakmai elégedettség érzése; annak tudatosítása, hogy a haldoklókról való gondoskodás munkájuk alapvető jellegzetessége (Pereira és mtsai, 2011).

Az összehasonlítás során egyedül az érzelmi munkában találtunk jelentős különbséget, tehát a második hipotézisben e változóval kapcsolatos feltevésünk beigazolódtott. Itt azonban érdemes megjegyeznünk, hogy a mintában szereplők foglalkozása nagy variabilitást mutat, és a különböző szerepekben elképzelhető, hogy más-más érzelmi viszonyulás, más-más érzelemszabályozás jellemezheti a gyógyító–beteg kapcsolatot. A különböző szerepelvárások befolyásolhatják az érzelmi munka alakulását és ezen keresztül akár a kiegészítőnek az alakulását is. Az érzelemszabályozási követelmények közül a negatív érzelmek kifejezéséről másként vélekedtek az onkológiai ellátásban dolgozók. Úgy érezték, munkájuk során ritkábban szükséges kifejezniük a negatív érzéseket (vö. Negatív érzelmek kifejezé-

sét mérő skála egy iteme: Milyen gyakran szükséges munkája során negatív érzéseket kifejeznie?). A dolgozók negatív érzelmeket (frusztrációt, csalódást, szomorúságot, haragot stb.) is átélnek, ám ezeket nem igazán mutathatják ki (vö. Érzelmi disszonanciát mérő skála egy iteme: Milyen gyakran fordul elő, hogy olyan érzelmet kell kimutatnia, ami nem egyezik meg a valódi érzéseivel?). Mind a negatív érzelmek kifejezésére, mind az érzelmi disszonanciára vonatkozóan találtunk jelentős különbséget az onkológiai és a nem onkológiai dolgozók között. Amennyiben az onkológiai területen dolgozó úgy érzi, hogy nem szükséges a negatív érzelmeket kifejeznie a munkája során, és ha feltételezzük, hogy a negatív érzések megjelennek (pl. szenvedés), akkor – ahogyan Pereira és munkatársai (2011) rámutatnak – csendben éli meg azokat. Ez vezethet érzelmi disszonanciához, hiszen amikor a negatív érzések megszületnek, gátolniuk kell ezek kifejezését és más érzelmet, hangulatot kell tükrözniük.

Korábban vizsgáltuk az érzelmi munka kiegészőre gyakorolt hatását egészségügyi dolgozók teljes mintáján (Kovács, 2010). Többváltozós lineáris-regressziós modellben kontrolláltuk az érzelmi disszonancia hatását a többi változóra, így feltárult, hogy az érzelmi disszonancia a kiegésző dimenziói közül leginkább az érzelmi kimerülésre gyakorol hatást, a személytelen bánásmódot a negatív érzelmek kifejezésének szabályozásával kapcsolatos követelmények befolyásolják, míg a személyes hatékonyságérzetet a pozitív érzelmek kifejezésével kapcsolatos követelmények. Vagyis úgy tűnik, hogy a kiegésző stresszkomponense az érzelmi munka stresszkomponensével jár együtt szorosan, míg a kiegésző másik két aspektusa inkább az érzelemszabályozás munkakövetelményével mutat szoros összefüggést.

Az érzelmi disszonancia gyakrabban fordult elő az onkológiai területen dolgozók csoportjában (vö. H3). Az érzelmi disszonancia, az érzelemszabályozás zavara jelentős stressztényező és negatív hatást gyakorol a testi-lelki állapotra (Grandey, 2000; Zapf és mtsai, 1999a). Lazányi és Szluha (2011) onkológiai dolgozók körében végzett hazai vizsgálata hangsúlyozza, hogy az elkötelezett munkavállalók spontán érzelmei jobban megfelelnek a betegek által a segítő foglalkozásúaktól elvártaknak, vagyis ritkábban élhetnek át érzelmi disszonanciát, és az elkötelezett onkológiai dolgozók viselkedési megnyilvánulásai is inkább összhangban voltak az elvártakkal.

A Szenzitivitás-empátia skálán elért pontszámokban is szignifikáns különbséget találtunk az onkológiai és az egyéb ellátásban dolgozók között: az onkológiai és terminális betegekkel foglalkozók úgy érzik, hogy gyakrabban kell ráhangolódniuk a betegekre, gyakrabban kell megértést, együttérzést mutatniuk a betegek felé. Kérdés az, hogy valóban a munkával kap-

csolatos elvárásról van-e szó, vagy az e területen dolgozók és betegek között kialakuló erős, intenzív kapcsolat jellegéből adódik, hogy ezt kívánják meg maguktól a dolgozók. Vagy esetleg olyan személyiségű, olyan attitűddel rendelkező embereket vonz az onkológiai ellátás, akik eleve nagyobb empátiával bírnak?

A daganatos, illetve a pszichés betegekkel foglalkozók körében jelentősen magasabb az észlelt kollegiális támogatás, így a társas támogatás különbségével kapcsolatos előfeltevéssünket (H2) részben sikerült alátámasztanunk. Ez az eredmény azért is fontos, mert vizsgálatainkból kiderült, hogy a kiegészítő szempontjából az észlelt kollegiális támogatás védőfaktor-ként definiálható (Kovács, 2010). Szabóék vizsgálatukban kiemelik, hogy a társas támogatottság szempontjából a hospice-ápolók egyértelműen kedvezőbb helyzetűek, mint az idős betegeket ellátó ápolók, és a társas támogatás elsősorban a munkahelyhez köthető (Szabó és mtsai, 2008). Az onkológiai-hospice ellátásban dolgozók körében különösen a gyász feldolgozásában jelenthetnek segítséget a kollégák, ez magyarázhatja a különbséget a csoportok között. Elképzelhető, hogy a pszichiátriai betegekkel foglalkozók könnyebben hozzáférhetnek a szupervíziós, esetsmegbeszélő csoportokhoz, melyek pozitív hozadéka, hogy a dolgozók megélik a formális és informális támogatás jelenlétét.

Az érzelmi munka és a kiegészítő között szoros kapcsolatot találtunk (H4), az onkológiai-hospice ellátásban, valamint a pszichiátriai-pszichoterápiás területen tevékenykedők kiegészítő-pontszámát az érzelmi munka 44–50%-ban magyarázza. Ezekben a területeken az érzelmek kezelése a sikeres, működő orvos-beteg, ápoló-beteg interakciónak talán egyik legmeghatározóbb eleme. A súlyos betegekkel való foglalkozás során a ki nem fejezhető érzelmek az érzelmi kimerüléshez, a kiegészítő stresszkomponenséhez járulnak hozzá, vagyis stresszt okoznak. Szluha, Lazányi és Molnár (2007) 50 fős onkológiai dolgozói mintán történt vizsgálatából kiderült, hogy a dolgozók 90%-a energiát fektet abba, hogy eltitkolja aktuális lelkiállapotát. Kiemelik, hogy a valós érzelmek eltitkolása idővel énvédő mechanizmussá válik, és ez vezethet a beteggel szembeni távolságtartó attitűd kialakításához. Jelen vizsgálattal, ahol mind az érzelmi munkát, mind a kiegészítő validált kérdőívekkel mértük, alá tudjuk támasztani, hogy az érzelmi disszonancia gyakrabban fordult elő az onkológia területén dolgozók csoportjában; azt azonban nem, hogy az érzelmi disszonancia távolságtartó viselkedéshez vezetne a daganatos betegeket kísérők esetében. Abban az állapotban – amikor a dolgozó úgy érzi, képtelen adni, képtelen ráhangolódni a betegre, vagyis érzelmi kimerült – nagyon nehéz a megfelelő érzelmeket tükrözni, ami krónikus vagy halálos betegséggel küzdők esetében még fokozottabb körültekintést igényel.

A pszichiátriai-pszichoterápiás területen tevékenykedők esetében – szemben a súlyos betegekkel foglalkozók eredményeivel – az érzelmi diszszonancia a kiégés személytelen bánásmód- és cinizmus-komponensét befolyásolta. Mivel magyarázhatók ezek a különbségek? A pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban az érzelmek kifejezése, az autentikusság, a kongruencia a terapeuta hitelességét fémjelzi. Az érzelmek kifejezésének hogyanja és mikéntje a gyógyító-segítő tevékenység alapeleme, amire a szakképzések felkészítik a terapeutákat, ezért ha ezen a területen diszszonancia lép fel, akkor az a klienskapcsolatban mindenképpen zavart okoz (a terapeuta hitelessége sérül), ami távolságtartó attitűdhez, majd viselkedéshez vezethet.

A személytelen bánásmód komponensével az érzelmi kontroll pozitív kapcsolatban állt mind az onkológiai-hospice, mind a pszichiátriai-pszichoterápiás területeken dolgozók esetében, ami elsöre meglepő eredménynek tűnhet. Minél inkább a munkavállaló kezében van a döntés arról, hogy kimutatja-e a kívánt érzelmeket (ez gyakori olyan munkakörökben, ahol nem explicitek az érzelemszabályozással kapcsolatos információk), annál magasabb lehet a deperszonalizáció skálán elért pontszáma. Vagyis amikor az orvos-beteg, segítő-kliens interakció elemeit (interakció hossza, mely érzéseket hogyan lehet kifejezni) alaposan meghatározzák, akkor elképzelhető, hogy nem jelenik meg a személytelen bánásmód, mert a dolgozó úgy érezheti, hogy nem engedheti meg magának, hiszen ezzel érzelmi devianciát követne el (megszegné az érzelemszabályozásra vonatkozó szabályokat). Az érzelmi devianciát bünteti a szervezet, az intézmény, a kliens (beteg). Az érzelmi deviancia az önkontroll hiányából fakad és károsítja az önértékelést (Tschan, Rochat, & Zapf, 2005). Az egészségügyben nem annyira szabályozottak és körülírtak a kliens-interakciók. Ez lehet a prevenció egy olyan területe, amellyel kapcsolatban érdemes több explicit információt nyújtani a dolgozóknak, ezzel esélyt adni arra, hogy ne a cinizmus, a személytelenség jelenjen meg coping-mechanizmusként.

Az eredmények tükrében az egészségügyi oktatás számára fontos üzenet lehet, hogy érdemes tudatosítani: az egészségügyi szakmát választók motivációi között mennyiben van jelen az a tényező, hogy az intenzív érzelmek vonzzák a segítés világába; valamint a segítő-kliens kapcsolat érzelmi vetületét, az érzelmi munka és különösen az érzelmi diszszonancia létezését, az affektív és kognitív szféra szoros kapcsolatát. Az egészségügyben az érzelmkifejezésre vonatkozó szabályok nem explicitek, talán csak a szenzitivitásra és empátiára vonatkozó elvárásokat kommunikálják egyértelműen. Az oktatásban nem csupán az értő hallgatást, a tükrözést, az odafigyelést érdemes beépíteni, hanem a foglalkozási szerep azon részéről is gondolkodni, hogy mit várnak el egy orvostól, egy ápolótól az

érzelemkifejezés terén. Az onkológiai-hospice ellátásban dolgozóknak különösen fontos tudatosítani, hogy melyek azok a helyzetek, amik során hajlamos érzelmi diszszonanciát átélni, hogyan ismerheti fel ezeket a helyzeteket, megelőzhető-e a diszszonancia megjelenése, és ha igen, hogyan; ha nem, akkor hogyan kezelhető ez a helyzet.

Érdeemes a vizsgálatunkkal összefüggésben néhány korlátot is megemlíteni. Mindenképpen hangsúlyoznunk kell, hogy a kutatás keresztmetszeti jellegénél fogva nem lehet ok-okozati összefüggésekről gondolkodni az eredmények tükrében. Továbbá egyik esetben sem valószínűségi mintával dolgoztunk, ezért az alapsokaságra – a magyar egészségügyi dolgozókra – megállapításaink nem érvényesek, inkább jelzésszerűek, kijelölik a további kutatások irányát. Vagyis a mintavétel módja – amennyiben nem valószínűségi – torzíthatja az eredményeket. Általános tapasztalat az, hogy ha kiegészítő témában szerveznek tréninget vagy beszélgetést, melyre szabadon lehet jelentkezni, sok esetben nem a legrosszabb állapotban lévők jutnak el, hiszen ha a kiegészítő folyamatát felidézük, az apátia fázisában nehezebben mozgósítható a személy. Kérdés, hogy a konferenciára járókról mit feltételezhetünk: vajon a teljes kiegészítő állapotában jár-e az ember továbbképzésre, konferenciára? Erre vonatkozó vizsgálati adat – a szerzők tudomása szerint – nem ismeretes hazánkban. Az ismert, hogy a stagnáció állapotában igen hatékony kezelési mód lehet a képzések, tréningek látogatása (Hegedűs, 2000). Korlátként megemlíthetjük még az alacsony elemszámot is, mely különösen a csoportok közötti összehasonlítás eredményeinek súlyát gyengítheti. Ennek egyaránt oka lehetett a téma kényessége és a viszonylag hosszú kérdőív. Másrészt kutatásunk időpontjában zajlott a magyar egészségügy reformja, aminek következtében olyan akut stressztényezőkkel is küzdhettek a válaszadók, mint például a struktúraváltás, amely tovább növelhette a túlterheltségüket. Ez komoly változást hozott a dolgozók számára (munkahelyi leépítések, áthelyezések szinte egyik napról a másikra, új felettes, új osztályok, új munkahelyi követelmények, elvárások, működési szabályok megismerése és az ezekhez való alkalmazkodás, új munkacsoportba való beilleszkedés).

Mindenképpen érdemes megismételni a vizsgálatot nagyobb mintaelemszámra törekedve egy későbbi kutatás során. Ugyanakkor ritkán vállalkozik kutatás arra, hogy több foglalkozási csoportot hasonlítsa össze, különösen az érzelmi munka kiegészítővel való kapcsolatának vizsgálatakor. Munkánk erőssége, hogy validált kérdőívekkel dolgoztunk, melyek nemzetközi viszonylatban elfogadott mérőeszközök. Hazánkban elsőként vizsgáltuk validált kérdőívvel az érzelmi munka kérdését, és ezt a kérdőívet kutatócsoportunk adaptálta hazai viszonyokra.

Irodalom

- Arigoni, F., Bovier, P.A., Mermillod, B., Waltz, P., & Sappino, A. (2009). Prevalence of burn-out among Swiss cancer clinicians, paediatricians and general practitioners: Who are most at risk? *Support Care Cancer*, 1, 75–81.
- Bozionelos, N., & Kiamou, K. (2008). Emotion work in the Hellenic frontline services environment: How it relates to emotional exhaustion and work attitudes. *International Journal of Human Resource Management*, 19, 1108–1130.
- Bressi, C., Manenti, S., Porcellana, M., Cevalas, D., Farina, L., Felicioni, I., et al. (2008). Haemato-oncology and burnout: An Italian survey. *British Journal of Cancer*, 98, 1046–1052.
- Caldwell, R.A., Pearson, J.L., & Chin, R.J. (1987). Stress moderating effects: Social support in the context of gender and locus of control. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(2), 5–17.
- Dunwoodie, D.A., & Auret, K. (2007). Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *International Medical Journal*, 37(10), 693–698.
- Ferro, N. (1998). *Evaluation of burnout in oncology nurses*. Poster. IPOS Congress, Hamburg
- Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 219–239.
- Girgis, A., Hansen, V., & Goldstein, D. (2009). Are Australian health care professionals burning out? A view from the trenches. *European Journal of Cancer*, 45, 393–399.
- Grandey, A.A. (2000). Emotion regulation in the workplace: A new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5, 95–110.
- Hegedűs, K. (2000). A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiegésző és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*, 10(5), 448–452.
- Hegedűs, K., Riskó, Á., & Mészáros, E. (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinae*, 14(11), 786–793.
- Johnson, J.T., Wagner, R.L., Rueger, R.M., & Goepfert, H. (1993). Professional burnout among head and neck surgeons: Results of a survey. *Head and Neck*, 15(6), 557–560.
- Keidel, G.C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *The American Journal of Hospice and Palliative Care*, 19, 200–205.
- Kovács, M. (2010). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiegésző az egészségügyi dolgozók körében*. Doktori értekezés. Budapest: Semmelweis Egyetem
- Kovács, M., Kovács, E., & Hegedűs, K. (2008). Az érzelmek szerepe a lelki kiegésző alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 199–216.
- Lazányi, K., & Szluha, K. (2011): Elkötelezett orvosok, érzelmi kapcsolódás a jobb orvos-beteg kapcsolatért. *Lege Artis Medicinae*, 21(6–7), 467–473.
- Le Blanc, P.M., Bakker, A.B., Peeters, M.C.W., van Heesch, N.C.A., & Schaufeli W.B. (2001). Emotional job demands and burnout among oncology care providers. *Anxiety Stress and Coping*, 14, 243–263.
- Liakopoulou, M., Panaretaki, I., Papadakis, V., Katsika, A., Sarafidou, J., Laskari, H., et al. (2008). Burnout, staff support, and coping in Pediatric Oncology. *Support Care Cancer*, 2, 143–150.
- Lobb, E.A., Oldham, L., Vojkovic, S., Kristjanson, L. J., Smith, J., Brown, J.M., et al. (2010). Frontline grief. The workplace support needs of community palliative care nurses after the death of a patient. *Journal of Hospice and Palliative Care Nursing*, 12(4), 225–233.

- Martínez-Iñigo, D., Totterdell, P., Alcover, C.M., & Holman, D. (2007). Emotional labour and emotional exhaustion: Interpersonal and intrapersonal mechanisms. *Work & Stress*, 21, 30–47.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Maslach, C., Leiter, M.P., & Schaufeli, W.B. (2008). Measuring burnout. In C.L. Cooper, & L.S. Cartwright (Eds.), *The Oxford handbook of organizational well-being* (86–108). Oxford: Oxford University Press
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F., & Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology*, 67(2), 187–199.
- Parkes, K.R. (1985). Stressful episodes reported by first-year student nurses: A descriptive account. *Social Science & Medicine*, 20(9), 945–953.
- Penson, R.T., Partridge, R.A., Rudd, P., Seiden, M.V., Nelson, J.E., Chabner, B.A., et al. (2005). Laughter: The best medicine? *Oncologist*, 10(8), 651–660.
- Pereira, S.M., Fonseca, A.M., & Carvalho, A.S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326.
- Rózsa, S., Purebl, Gy., Susánszky, É., Kó, N., Szádóczy, E., Réthelyi, J., et al. (2008). A megküzdés dimenziói: a Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 217–241.
- Rózsa, S., Réthelyi, J., Stauder, A., Susánszky, É., Mészáros, E., Skrabski, Á., et al. (2003). A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbatteria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18(2), 83–94.
- Sabo, B.M. (2008). Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization. Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian Journal of Palliative Care*, 14, 23–29.
- Servellen, G.V., & Leake, B. (1993). Burn-out in hospital nurses: A comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical, and intensive care unit nurse samples. *Journal of Professional Nursing*, 9(3), 169–177.
- Sherman, A.C., Edwards, D., Simonton, S., & Mehta, P. (2006). Caregiver stress and burnout in an oncology unit. *Palliative & Supportive Care*, 4(1), 65–80.
- Szabó, N., Szabó, G., & Hegedűs, K. (2008). Interdiszciplinaritás, munkahelyi stressz, holisztikus szemléletű ellátás. *Lege Artis Medicinae*, 18(2), 243–249.
- Szluha, K., Lazányi, K., & Molnár, P. (2007). Az érzelmi munka szerepe az onkológiában. *Magyar Onkológia*, 51(1), 47–51.
- Tschan, F., Rochat, S., & Zapf, D. (2005). It's not only clients: Studying emotion work with clients and co-workers with an event-sampling approach. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 78, 195–220.
- Vachon, M.L.S. (1995). Staff stress in hospice/palliative care: A review. *Palliative Medicine*, 9(2), 91–122.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological strain: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human Resource Management Review*, 12, 237–268.
- Zapf, D., Mertini, H., Seifert, C., Vogt, C., Isic, A., & Fischbach, A. (1999b). *Frankfurt Emotion Work Scales – Frankfurter Skalen zur Emotionsarbeit FEWS 3.0*. Frankfurt: Department of Psychology, J. W. Goethe-University Frankfurt

- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health, 16*, 527–545.
- Zapf, D., Vogt, C., Seifert, C., Mertini, H., & Isic, A. (1999a). Emotion work as a source of stress: The concept and development of an instrument. *European Journal of Work and Organizational Psychology, 8*, 371–400.

The relationship between emotion work and burnout. A comparative study in various groups of health care workers

KOVÁCS, MARIANN – KOVÁCS, ESZTER – HEGEDŰS, KATALIN

Introduction: Emotional burden on health care workers who care for the severely ill is considerable. Trusting relationship is developed with the patient through interpersonal communication, which entails managing health care workers' emotions as well as the emotions displayed by their patients, involving emotion work. *Aims:* To assess the degree of burnout, emotion work, coping and social support in health care workers (N = 199), and to examine the relationship between factors in three occupational groups (oncology, psychiatry-psychotherapy, and other workers), and to explore the extent to which emotion work can explain burnout scores. *Methods:* The explorative, cross-sectional study used self-administered questionnaires involving 48 health care workers in oncology, 62 in psychiatry-psychotherapy wards, and 89 working in other areas. Burnout was evaluated by the Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) focusing on health care workers. Emotion work was measured by the Frankfurt Emotion Work Scale. Coping was appraised by the Ways of Coping Questionnaire, while social support by the Caldwell Social Support Dimension Scale. *Results:* We found no difference in burnout in the various groups of health care workers; however, there was significant difference in emotion work, coping and social support. Emotional dissonance, the disorder of emotion regulation, is an important stress factor, which was prevalent among those working in the field of oncology. These caregivers felt that they have to display negative emotions less frequently, yet at the same time they often have to tune in to patients, show understanding, and express sympathy to them. *Conclusions:* It is worth laying greater emphasis on communicating emotional job demands, especially among caregivers working in oncology units. When providing coping skills development training for health care workers, attention must be given also to the tension aroused by negative emotions, and work through it with adaptive emotion-centred coping strategies.

Keywords: burnout, emotion work, coping, social support, oncology, health care workers