

# A legsúlyosabb betegeket ellátó egészségügyi dolgozók egészségvédelme

HEGEDŰS KATALIN\*

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2011. október 4.; elfogadva: 2012. január 12.)

Az elmúlt években számos tanulmány jelent meg a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapotáról, szomorú képet festve a hivatás képviselőinek kiégtségéről, a munkahelyi stressz negatív hatásairól. Ugyanakkor kevesen írták le eddigi tapasztalataikat arról, mit lehet tenni a prevencióban: milyen intervenciós stratégiák hatékonyak a legnehezebb területeken dolgozó orvosok, ápolók egészségromlásának megelőzése érdekében. Ez az esszé jellegű, néhol személyes hangvételű tanulmány arra vállalkozik, hogy összegzi a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók érdekében folytatott saját, lassan két évtizedes tapasztalatokat a szemléletformálás, tudatosítás, a képzések, a támogató csoportok erősítése és a saját lelki egészség ápolása területén.

**Kulcsszavak:** egészségügyi dolgozók, egészségvédelem, intervenciós stratégiák, szemléletformálás

## 1. Bevezetés

1992-ben kezdtem el dolgozni a magyarországi hospice-mozgalomban mint Polcz Alaine és Muszbek Katalin „tanítványa”. Ott voltam az első lépéseknél az Országos Onkológiai Intézetben, és még abban az évben bekapcsolódtam a Magyar Hospice Alapítvány betegellátó munkájába is. 2001-től – az egyetemi munkám mellett – évekig dolgoztam a MAZSIHISZ Szeretetkórház hospice csoportjának vezetőjeként. Közben „továbbképeződtem”: elvégeztem a mentálhigiéné szakot, hospice- és gyásztanácsadói végzettséget szereztem, itthon és külföldön is gyűjtöttem tapasztalatokat a haldokló betegek ellátása terén; az országos egyesület, a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület vezetője lettem, majd bekerültem az Európai Palliatív Szövetség vezetőségi tagjai közé.

---

\* Levelezési cím: dr. Hegedűs Katalin, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: hegkati@net.sote.hu

Már a kezdetektől nyilvánvalóvá vált számomra, hogy tarthatatlan az az attitűd a súlyos betegeket ellátó orvosok és ápolók részéről, hogy sokszor nem tudnak nemet mondani a pácienseknek és a hozzátartozóknak; nem tudják tartani a határaikat, nem hagynak időt maguknak a testi-lelki regenerálódásra. Ez pedig az egyik legjellemzőbb kiindulópontja lehet a kiégésnek. Ekkor kezdtem el foglalkozni a speciális képzések és tréningek szervezésével, amelyek egyik célja az volt, hogy felismerhetővé, illetve megelőzhetővé tegye a kiégést a súlyos betegekkel dolgozók körében (Hegedűs, 2000). Emellett a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetében működő kutatócsoport<sup>1</sup> keretein belül több vizsgálatot folytattunk, amelyek során elsősorban a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók – orvosok, egyéb egészségügyi diplomások és ápolók – életminőségét, testi és lelki állapotát, valamint a halállal kapcsolatos attitűdjüket mértük fel (Hegedűs, Riskó, & Mészáros, 2004; Hegedűs, Szabó, & Szabó, 2008; Kovács, Kovács, & Hegedűs, 2008, 2010; Zana, Szabó, & Hegedűs, 2008). Eredményeink bizonyították, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében jelentősen magasabb volt a kimerültség, a stresszfüggő testi és lelki tünetekkel való együttélés és alacsonyabb a társas támogatás, mint a kontrollcsoportokban. Az adatok az ápolók esetében még rosszabbak voltak, mint az orvosok és egyéb diplomások esetében. A halállal kapcsolatos attitűdvizsgálataink pedig elsősorban a nők és a fiatal korosztály veszélyeztetettségét igazolták.

A súlyos betegekkel foglalkozók állapotát rontja a testi-lelki regenerálódás hiánya, valamint az, hogy nincs lehetőségük elsajátítani a kiégést megelőző prevenciós módszereket. A 2000-ben elvégzett felmérésünk szerint az orvosképzés curriculumában összesen 34 óra – a képzés mindössze fél százaléka – jutott a halál, haldoklás, gyász, a haldokló betegek fájdalomcsillapítása, tüneti kezelése és az ezzel kapcsolatos kommunikációs, etikai stb. kérdésekre, az ápolóképzésben pedig a képzés 0,7 százaléka (Hegedűs, Pilling, Kolosai, Bognár, & Békés, 2002). Ezek az adatok indítottak bennünket arra, hogy az intervenciós stratégiák kidolgozására és a már működő programok továbbfejlesztésére törekedjünk. A tanulmány az ezzel kapcsolatos munka során szerzett, saját tapasztalatok összegzése. A beavatkozás lehetőségeit két fő területen foglalhatjuk össze:

- szemléletformálás, tudatosítás és képzés;
- támogató csoportok erősítése és a saját lelki egészség ápolása.

---

<sup>1</sup> A halál, haldoklás, gyász pszichológiai kérdéseivel és a súlyos betegeket ellátó egészségügyi dolgozók lelki egészségével foglalkozó munkacsoport.

## 2. A szemléletformálás, tudatosítás és a képzés szerepe

### 2.1. A szemléletformálást célzó hazai képzések rendszere

Annak érdekében, hogy a legsúlyosabb állapotú betegekkel foglalkozó szakembereket leginkább nyomasztó tabutémák szabad megvitatásával valamilyen szemléletformálást is elérjünk, a 90-es évek elejétől először szabadegyetemi szintű előadásokat, vitákat kezdeményeztünk. A TIT múzeum utcai épületében hatalmas érdeklődés övezte az első előadók, Ádám György, Buda Béla, Kovács József, Polcz Alaine, Popper Péter és mások szereplését, hiszen addig nyilvánosan és szervezeten nem igazán lehetett ezekről a kérdésekről beszélni. A szabadegyetemi előadásokból készült első két tanulmánykötetet azonnal elkapkodták és máig is nagyon sokan idézik (Hegedűs, 1994, 1995). Ezzel egy időben szinte folyamatosan jártuk az országot Jelenczki István filmrendezővel, aki „Elvesztünk” című filmjében az elfekvő osztályok sivár, kilátástalan világát mutatta be, vitára és változtatásra indítva a jobbítani szándékozókat.

Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet (ETI) 1994-ben kezdte meg az első képzéseket még amerikai előadókkal, de a következő évtől az ETI már – a Magyar Hospice-Palliatív Egyesület szakembereinek bevonásával – széles körben hozzáférhetővé tette az egészségügyi dolgozók számára indított, rendszeres továbbképzéseket. A 40 órás *hospice-alap-tanfolyamokat* például 1995 és 2011 között több mint 5500 egészségügyi dolgozó végezte el, és ennek mintájára egyre több oktatóközpontban szerveztek ilyen jellegű képzéseket<sup>2</sup>. A tanfolyam kiscsoportos, stresszkezelő kommunikációs tréninget is tartalmaz 16 órában, amely a veszteségek kezelése, a másik ember halálával való szembesülés és a haldokló beteggel való kommunikáció javítása mellett a kiégés megelőzésének lehetőségeivel is foglalkozik.

Később a leendő orvosok ez irányú képzésének szükségességével is egyet értettek az egészségügyi oktatás fejlesztésével foglalkozó szakemberek, miután megismerték a témával kapcsolatos – a bevezetőben közölt – előzetes felmérések adatait, amelyeket például a Soros Alapítvány által 2002-ben szervezett orvosegyetemi rektori konferencián is előadtunk Pilling Jánossal.

2004-től a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete szervezésében, több egyetemi klinika előadóinak részvételével szemeszterenként 30 órás, két kreditpontos *Tanatológia, palliatív terápia* kurzust vezettünk be orvostanhallgatók számára. A résztvevők létszámát félévente 35–40 főben

<sup>2</sup> www.hospice.hu, www.eti.hu

maximáljuk egy csoportban, mert a téma megkövetel bizonyos intimitást, és az egyik cél a közvetlen, interaktív kommunikáció lehetőségének biztosítása az előadók és a hallgatók között. Ez a képzés rendkívül népszerű a hallgatók között, a keretszámnál jóval többen jelentkeznének. A Fogorvostudományi Karon 2009-től indítottuk el a *Halál, kultúra, orvosi antropológia* című kurzust. A képzésekhez két tankönyvet is kiadtunk, amelyek az elmúlt években megújult formában kerültek a hallgatókhoz (Hegedűs, 2009; Pilling, 2010).

Néhány éve a szegedi és a pécsi egyetemen is indultak hasonló kurzusok orvostanhallgatók számára. A graduális ápolóképzésben bevezették a 20–40-órás, kötelező, modulrendszerű képzést az életvégi kérdésekről. Ápolók számára 2002-től OKJ-s képzésként indult meg a hospice-szakápoló- és hospice-koordinátor-szakképzés. Szintén az elmúlt években indultak el – a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének szervezésében – azok az akkreditált CME (Continuing Medical Education) továbbképzések, amelyek elsősorban a súlyos betegekkel foglalkozó orvosok és diplomás egészségügyi dolgozók munkáját segítik:

- Terminális állapotú rákbetegek palliatív ellátása. Haldoklás és gyász kérdései az orvosi gyakorlatban.
- Tájékoztatás és beleegyezés a mindennapi betegellátásban – etikai és jogi szempontok.
- Rossz hírek közlése. Kommunikáció gyógyíthatatlan betegekkel.
- A gyász lélektana és a gyászolók segítésének lehetőségei.
- Pszichoterápiás lehetőségek a gyász feldolgozásának elősegítésében.
- Williams Életkészségek tréningek orvosok és egészségügyi dolgozók számára.

Az előadások között majdnem mindegyik továbbképzésben szerepel a „Kiegészítés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei” téma is, ami – többek között – a probléma felismerése, illetve tudatosítása miatt is fontos a résztvevők számára.

Szintén ezt a célt tűzte ki a *Kharón* című folyóirat, amelyet 1997-ben indítottunk el és 2008-tól elektronikus formában olvasható<sup>3</sup>. Mindmáig ez az egyetlen folyóirat Magyarországon, amely az életvégi kérdésekkel és a gyásszal foglalkozik. A *Kharón*ban szerepelnek a gyógyíthatatlan betegek és a gyászolók pszichoterápiájával, a terminális állapotú betegek palliatív terápiás kezelésével, a hospice-ellátás elméleti és gyakorlati problémáival és a legsúlyosabb állapotú betegek, valamint az őket kísérő személyzet pszichés gondozásával foglalkozó tanulmányok is.

---

<sup>3</sup> [www.kharon.hu](http://www.kharon.hu)

## 2.2. A kurzusok hatásának felmérése

2006-ban, majd 2010-ben is felmértük a halállal, haldoklással és gyással, valamint a haldokló betegek hospice-szellemű ellátásával foglalkozó tanfolyamok, kurzusok hatását: vajon csökken-e a halállal kapcsolatos szorongás a képzések hatására a résztvevőkben. A felmérést egészségügyi dolgozók és orvosok körében végeztük (N = 252). A méréshez a Multidimenzióális Halálfélelem Skálát (MFODS) használtuk, amelyet munkacsoportunk validált Magyarországon (Zana, Hegedűs, & Szabó, 2006). A kérdőívet a kurzus első, majd utolsó napján töltötték ki a hallgatók, az azonosítást jellegük segítették.

Az utánkövetéses vizsgálatok eredményei szerint elsősorban azokban az attitűdökben volt javulás, amelyek összefüggésbe hozhatók a haldokló beteg minőségi ellátását célzó ismeretek növekedésével (Hegedűs, Zana, & Szabó, 2008). Bizonyos faktorok – mint például a félelem a korai haláltól és az ismeretlentől – kisebb növekedése volt megfigyelhető, ami érthető, hiszen a tanfolyamon részt vevő áttekinti eddigi életútját, átérzi a veszteség lehetőségét, realitását; szembesül a halál, a gyógyíthatatlan betegség kortól független, váratlan voltaival. Az összesített halálfélelemmel kapcsolatos adatok rámutattak arra, hogy önmagában a tanfolyam nem elég: fontos a munkahely támogató funkciójának erősítése az egészségügyi személyzet mentálhigiénéjének ápolása terén az esetmegbeszélések, Bálint-csoportok, szupervíziók segítségével, amelyek például lehetőséget biztosítanak arra is, hogy a szakemberek kibeszélhessék a szorongásaikat és saját megküzdési stratégiát alakítsanak ki (Hegedűs, Zana, & Szabó, 2007, 2008; Zana & Hegedűs, 2009).

A 2010-es – még nem publikált – eredményeink a orvosok körében az előzőnél is markánsabban mutatják a csökkenést például a „Félelem a meghalás folyamatától” és a „Félelem a halál tudatos átélésétől” elnevezésű faktorban. Annak megértése tehát, hogy nem csak a szenvedésben való meghalás lehetséges, hogy van mit tenni a haldokló beteg életminőségének javításáért, a halálfélelem bizonyos elemeire is hatással volt, és ezáltal – közvetve – javíthatja a legsúlyosabb betegek ellátását.

2010-ben áttekintettük, hogy 2006 és 2009 között milyen témákból választottak záródolgozatokat a orvosok a Tanatológia és palliatív terápia kurzuson. Ehhez összesen 254 dolgozatot néztünk át. A legtöbben az eutanázia témáját választották a vizsgált négy évben (28 fő), ezt könyv- vagy műelemzés követte (26 fő), és csaknem ugyanannyian választották a saját családban, baráti körben, illetve szakmai munka során történt haláleset vagy gyász feldolgozását (25 fő).<sup>4</sup>

<sup>4</sup> A többi témára itt nem térünk ki.

A legizgalmasabbnak azokat a dolgozatokat találtuk, amelyek a saját élmény szintjén megjelenő, a saját családban történt veszteséget, halálesetet dolgozzák fel. Megfigyelhető a személyes témájú dolgozatok számának növekedése az évek előrehaladtával (4–5–7–9). Volt olyan hallgató, aki saját magzata elvesztését írta meg; volt, aki a férje – vaksággal végződő – balesetét, a legtöbben nagyszülő, illetve szülő betegségét, haldoklását, halálát, ezzel kapcsolatos gyászukat fogalmazták meg. Az ilyen dolgozatokban elemi erővel tör fel az az igény, hogy több segítséget kapjanak ezekben a nehéz helyzetekben a fiatalok, ugyanis jellemzően *soha, senkitől nem kaptak eddig segítséget*.

Mentálhigiénés szempontból fontos, hogy az előadások, illetve a szakirodalom segítségével a halálesetet most már valamennyire értelmezni tudják, fel tudják dolgozni – például a haldoklás stádiumain keresztül értékelve azt, hogy miért változott meg az imádott, jószágos nagymama személyisége a kínzó betegség nyomása alatt az élete végén: miért lett más? A legfontosabb tapasztalatunk ennek kapcsán: terápiás hatása lehet annak, hogy a sokszor évek óta hordozott, feldolgozatlan veszteséget, gyászt ki tudják írni magukból, felszínre törhet az, ami eddig elfojtott volt. Megrázó történetek bontakoznak ki előttünk. Nem is gondolnánk, hogy az üde, divatosan öltözött, húszéves lány vagy fiú milyen poklokon ment már keresztül rövid élete során. Egy hallgató például leírja, hogy édesanyja a születésekor meghalt, így soha nem ismerte. Édesapja egyedül, a nagymama segítségével nevelte őt és testvéreit, de a lány 12 éves korában a nagymama meghalt. 15 éves volt, amikor az édesapjánál előrehaladott tüdőrákot diagnosztizáltak és 3 héten belül elhunyt. Ezután idősebb, egyetemista testvére lett a családfenntartó. Három évvel később a nála egy évvel idősebb unokatestvére halt meg balesetben. Ekkor érezte úgy, hogy a hitében is megrendült, pedig addig erősen élt benne a vallásos nagymama tanítása. Végül így összegzi az átélteket: *„Saját példám is megmutatja, hogy milyen bonyolult gyászműhelyek halmozódhatnak fel egy személy életében. Az események megélésének formája „családi örökség”, akaratlanul is épp úgy teszünk, ahogy azt szüleinktől, rokonainktól láttuk. Az elhallgatott, magunkba fojtott vagy esetleg meg nem élt gyász megnehezíti a későbbi életünket. A gyász munka befejezése nélkül nem lehet tovább lépni. Azt hiszem, testvéreimmel mi már a megfelelő útra léptünk, egyre többet osztjuk meg egymással érzéseinket, ezzel közelebb kerülünk a végső megnyugváshoz, ehhez azonban idő kell”* (Hegedűs, 2010, 76. o.)

Az a többgyerekes fiatal nő, akinek a férje egy balesetben vakult meg, éppen a baleset utáni veszteség és küzdelem hatására iratkozott be az orvosegyetemre, miután a férje valamennyire felépült lelkileg és a család lassan egyenesbe jött. Ezt írja a férjéről és saját magáról: *„Sikertörténet ez a javából, nem is értem, miért meséltem el a tanatológia kapcsán. Talán azért, mert*

*fel nem dolgozott veszteségeinkről szól. Elveszett álmainkról, melyeket már csak tapintatból sem emlegetünk mások, a másik előtt... Sosem beszél arról, mit veszített. Sosem sír. Sosem emlegeti a korlátait. Alig beszél álmokról, vágyakról. Csak fegyelmезetten teszi a dolgát. És meghízott. Vajon elvégezte a gyász munkát? Sosem beszélek arról, amit elveszítettem. Mindenhol korlátokat érzek. Nem tudom elviselni a vakok társaságát. Meghíztam és beiratkoztam az orvosi egyetemre. Vajon elvégeztem a gyász munkát?" (Szántó, 2006, 75. o.).*

A Tanatológia és palliatív terápiás kurzus létrehozása, a medikusokkal való ezirányú foglalkozás, a bátorításuk arra, hogy „írják ki magukból” a személyes szorongásaikat, veszteségeiket; a rengeteg meghitt beszélgetés a fiatalokkal – számomra a legnagyobb hatású élmény azóta, hogy 24 éve a Semmelweis Egyetemen dolgozom. Missziónak tartom, hogy ez az immár több mint 500 orvostanhallgató, aki eddig ezt a kurzust választotta, más orvos legyen, mint azok, akik továbbra is hárítják a témával való szembenézést.

### **3. A támogató csoportok erősítése és a saját lelki egészség ápolása**

#### **3.1. A Williams Életkészségek Program tapasztalatai**

A Williams Életkészségek Program (WÉK; Stauder és mtsai, 2010; Williams & Williams, 1997) honlapján<sup>5</sup> olvasható, hogy a tréningeket elsősorban annak ajánlják, aki „szeretné csökkenteni belső feszültségeit, hogy megőrizze lelki és testi egészségét” vagy „szeretne még hatékonyabban kommunikálni, kölcsönösen támogató kapcsolatokat kialakítani és fenntartani”. Kutatásainkból tudjuk, hogy a társas kapcsolati hálón belül elsősorban a munkatárstól kapott támogatásnak van jelentős szerepe – ez pedig tovább erősíti azt a feltételezést, hogy a kiegészítő szorosan a munkahelyhez kötődő tünetcsoport (Kovács, 2006). Egy előző vizsgálatunkból (Hegedűs, Riskó, & Mészáros, 2004) az is kiderült, hogy arra a kérdésre, hogy „állt-e kezelés alatt élete során bizonyos betegségek miatt (daganatos betegség, depresszió, magas vérnyomás, gyomorbetegség)”, a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók (N = 200) összesen 46,5%-a válaszolt igennel, szemben a nem egészségügyiiek 27,3%-ával. Kiugróan magas az onkológián dolgozók körében előfordult gyomor- és nyombélfekélyes megbetegedések száma, és adataink szerint a legsúlyosabb betegeket ellátók körében magasabb a depresszió aránya. Családi állapotuk rendezetlenebb, sokkal több körükben az egyedülálló, és nehéz helyzetükben sem számíthatnak

<sup>5</sup> [www.eletkeszsegek.hu](http://www.eletkeszsegek.hu)

elégge környezetük (család, barátok, szomszédság) segítségével. Ez erősített meg bennünket abban, hogy – a Williams Életkészségek Program facilitátoraiként – elsősorban onkológiai, illetve hospice-ellátók körében tartunk tréningeket. Ezek a tréningek alkalmasak voltak arra, hogy a munkahelyi kapcsolatokat erősítsék, emellett a saját lelki egészséget is ápolják.

Három WÉK-tréning tapasztalatait összegeztük. Az első a hospice-szakápoló OKJ-s képzés keretében tartottuk, a 4-4 órás foglalkozások havonta, összesen 16 óra időtartamban (11 nő részvételével) történtek. A következő egy kétnapos, intenzív tréning volt, 8-8 óra egy hospice-palliatív osztályon az osztály munkatársai számára (8 nő, 2 férfi). Mindkettőt Zana Ágnessel közösen tartottuk. Végül a harmadik tréning egy onkológiai osztály szakdolgozói számára szerveződött, heti gyakorisággal 10 x másfél óra időtartamban, 6 nő részvételével.

Tapasztalataink szerint a leginkább stresszkeltő helyzeteket a csoportokban a munkatársak közötti konfliktusok (2. csoport), a munkatársak és a betegek közötti konfliktusok (3. csoport) és mindhárom csoportban a súlyos magánéleti nehézségek (válás, magány stb.) okozzák. Számunkra, trénernek számára a legnagyobb sikerélmény a motiválatlan, rossz légkörű csoport megnyerése volt. Legjobb időbeosztásnak a 10 héten keresztül heti másfél órás beosztás bizonyult a résztvevők számára. A legnagyobb igény a tréning során elsajátított relaxációs/meditációs gyakorlatokra mutatkozott, amelyek segítenek feloldani a súlyos betegekkel való foglalkozásból eredő nehéz szituációk okozta feszültségeket.

### 3.2. A hospice-tréningek tapasztalatai

A hospice-tanfolyamokon 80–90%-ban nővérek vesznek részt, akik különböző kórházi osztályokon, házi szakápolásban vagy szociális otthonokban dolgoznak. A tanfolyamok kommunikációs tréningjeinek egyik tanulságos önismereti gyakorlata az energia- és a „szeretettorta” megrajzolása. A gyakorlat során a résztvevőknek két nagy kört kell rajzolniuk és mintha tortát szeletelnének, el kell osztaniuk: mennyi energiát szánnak a munkájukra, egyéb tevékenységeikre, más emberekre és saját magukra. A gyakorlat második részében ugyanígy végig kell gondolniuk: mennyire szeretik a munkájukat, egyéb tevékenységeiket, más embereket és saját magukat, majd „el kell osztaniuk” a szeretetüket az említettek között. Általában kiderül, hogy energiájuk nagy részét a résztvevők a munkájukra fordítják (a munka szeretete már nem ennyire egyértelmű). Rengeteg energia és szeretet jut családtagjaikra és a betegeikre. Ahogy Hézsér Gábor megjegyzi: a nők hagyományosan gondoskodnak a férfiakra, a gyerekekre, az



idősekről és a betegekről. A társadalmi elvárás szerint mindig mindenkinek eleget kell tenniük, és mindezt szeretettel, együttérzéssel, megértéssel (Hézszer, 1996). Ez felidézni bennem, milyen sajátosan női vonulata van ennek az egész problémakörnek, hiszen a résztvevők nagy része nő, akikkel szemben az altruista elvárások sokkal magasabbak.

A saját magukra fordított energia és az önszeretet azonban rendkívül kicsi: sokszor csak 5–10 százalékot tesz ki – a fiataloknál nagyobb az arány, a középkorúaknál kisebb. Hogyan tudnak akkor másokat szeretni? A saját mentálhigiéne ápolása legalább annyira fontos, mint a segítség fentebb említett formái. Érdekes része a tréningnek, amikor a résztvevők elmesélik, mi az, ami kikapcsolja őket a nehéz, testileg és lelkileg igénybe vevő munka után: a különböző kreatív tevékenységek, a mozgás, a természettel való kapcsolat vagy a relaxáció.

Meggyőződésem, hogy bárki tud önmagára szánni napi 10–15 perc szabadidőt, amikor kirakatot néz, sétál, „csak azért is” – a kalóriák számolása nélkül – megeszik egy finom süteményt vagy az erkélyen nézi, hogyan is nő a muskátli. *Legalább ennyire szeressük önmagunkat.* Időt kell hagyni önmagunk testének és lelkének ápolására, csak akkor tudunk mások testével és lelkével igazán törődni!

## Irodalom

- Hegedűs, K. (szerk., 1994). *Halálközelben. A haldokló és a halál méltóságáért.* Budapest: Magyar Hospice Alapítvány
- Hegedűs, K. (szerk., 1995). *Halálközelben II. A haldokló és a halál méltóságáért.* Budapest: Magyar Hospice Alapítvány
- Hegedűs, K. (2000). A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiéneje. A kiegészítés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*, 10(5), 448–452.
- Hegedűs, K. (szerk., 2009). *A palliatív ellátás alapjai.* Budapest: Semmelweis Kiadó
- Hegedűs, K. (2010). „Élünk és meghalunk” – A orvosok halállal, haldoklással és gyászszal kapcsolatos attitűdjei. *Embortárs*, 8(1), 71–78.
- Hegedűs, K., Pilling, J., Kolosai, N., Bognár, T., & Békés, V. (2002). Orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei. *Orvosi Hetilap*, 143(42), 2385–2391.
- Hegedűs, K., Riskó, Á., & Mészáros, E. (2004). A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. *Lege Artis Medicinae*, 14(11), 786–793.
- Hegedűs, K., Szabó, N., & Szabó, G. (2008). Az egészségügyi dolgozók életminősége, testi és lelki állapota. In M. Kopp (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban.* (335–340). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Hegedűs, K., Zana, Á., & Szabó, G. (2007). Az élet végi ismeretek oktatásának hatása a orvosok és az egészségügyi dolgozók halállal kapcsolatos attitűdjére. *Lege Artis Medicinae*, 17(2), 144–148.
- Hegedűs, K., Zana, Á., & Szabó, G. (2008). Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude. *Palliative Medicine*, 22(3), 264–269.

- Hézser, G. (1996). *Miért? Rendszerszemlélet és lelkipogondozói gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok*. Budapest: Kálvin Kiadó
- Kovács, M. (2006). A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 16(11), 981–987.
- Kovács, M., Kovács, E., & Hegedűs, K. (2008). Az érzelmek szerepe a lelki kiégés alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 199–216.
- Kovács, M., Kovács, E., & Hegedűs, K. (2010). Is emotional dissonance more prevalent in oncology care? Emotion work, burnout and coping. *Psycho-Oncology*, 19, 855–862.
- Pilling, J. (szerk., 2010). *A halál, a haldoklás és a gyász kultúranropológiája és pszichológiája*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Stauder, A., Konkoly Thege, B., Kovács, M., Balog, P., Williams, V.P., Williams, R.B. (2010). World wide stress: Different problems, similar solutions? Cultural adaptation and evaluation of a standardized stress management program in Hungary. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 25–32.
- Szántó, M. (2006). Elvégezzük a gyázmunkát? A tanatológia kurzus apropóján... *Kharón. Thanatológiai Szemle*, 10(3–4), 68–76.
- Williams, V.P., & Williams, R.B., (1997). *LifeSkills: Eight simple ways to build stronger relationships, communicate more clearly and improve your health*. New York: Random House
- Zana, Á., & Hegedűs, K. (2009). Intervencióstratégiák kialakítása a halál és haldoklás témájában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10, 337–347.
- Zana, Á., Hegedűs, K., & Szabó, G. (2006). A Neimeyer és Moore-féle Multidimenzionális Halálfélelem Skála validálása magyar populáción. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 257–266.
- Zana, Á., Szabó, G., & Hegedűs, K. (2008). A halálfélelem, a halál iránti attitűd és a mentális egészség kapcsolatának korosztályos összehasonlító vizsgálata. *Lege Artis Medicinae*, 18(4), 319–320.

## Health protection of health care personnel working with seriously ill patients

HEGEDŰS, KATALIN

Several studies have been published in the last few years on the physical and mental state of health care personnel working with seriously ill patients. These studies paint a very sad picture about the burnout of the representatives of this profession and about the negative effects of workplace stress. At the same time, there are not many reports on experiences about what could be done in prevention; which intervention strategies are effective in the prevention of the health-deterioration of those doctors and nurses who work in the most difficult fields. This study, using a personal tone, is more like an essay and undertakes to summarize almost two decades of personal experiences in the raising and strengthening of awareness and the strengthening of supporting groups, as well as in personal mental care and training directed in the interest of health personnel working with seriously ill patients.

**Keywords:** health personnel, mental health protection, intervention strategies, raising awareness