

## Az egészségügyi szakdolgozók kiégettségének összefüggése az egészségügyi ellátás során kialakuló agressziós cselekmények gyakoriságával és a munkahelyi konfliktussal

IRINYI TAMÁS<sup>1\*</sup> – NÉMETH ANIKÓ<sup>2</sup> – LAMPEK KINGA<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, Szeged

<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged

<sup>3</sup> Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Pécs

(Beérkezett: 2018. február 8.; elfogadva: 2018. július 17.)

*Elméleti háttér:* Az egészségügyi szakdolgozók kiégettségét számos kutatás bizonyította már itthon és külföldön is. Sokan vizsgálták az egészségügyben a páciensek és a hozzátartozók részéről jelentkező agressziót is, amelynek számos oka lehet: alkohol vagy kábítószer általi befolyásoltság, mentális betegségek, hosszú várakozási idő, túlszűfolttság, nagy hőség és zaj, amely növeli a feszültséget a páciensben. Hazánkban még nem vizsgálták a kiégés összefüggését az agresszióval és a munkahelyi konfliktussal egészségügyi szakdolgozók körében. *Cél:* Felmérni egészségügyi szakdolgozók körében a kiégettség mértékét, és annak összefüggését a munkahelyen átélt agresszív cselekményekkel, valamint megvizsgálni, hogy a kiégés összefügg-e a munkahelyi konfliktusok gyakoriságával. *Módszerek:* A keresztmetszeti vizsgálat egy saját szerkesztésű on-line kérdőívvel történt, amely a saját kérdéseken túl tartalmazta a Kiégés Leltárt, a Nyílt Agresszió Skálát és a Csoporton belüli Konfliktus Skálát. A mintavétel nem-véletlenszerű mintavételi eljárással, azon belül kényelmi mintavétellel történt. *Eredmények:* A válaszadók 44,2%-a valamilyen mértékben érintett a kiégés által, 4,6% soha nem élt át konfliktust a munkahelyén, és 4,4% nem szenvedett el agresszív cselekményt a betegtől vagy hozzátartozójától. Szignifikáns eltérés volt kimutatható az egyes kiégettségi csoportok között az agresszióra vonatkozó érintettségben ( $\chi^2(3) = 97,698$ ;  $p < 0,001$ ): minél kiégettebb a válaszadó, annál gyakrabban élt át agresszív eseményt. A kiégettség mértékének növekedésével a munkahelyi konfliktusok száma is növekszik ( $F(3) = 66,967$ ;  $p < 0,001$ ). *Következtetések:* Az agresszió a hazai egészségügyben is számottevő mértékben jelen van. A kiégés összefügg a munkahelyen átélt agresszív eseményekkel és a munkahelyi konfliktussal, amely nagy valószínűséggel még tovább rombolja a dolgozó lelkiállapotát. A szakdolgozók lelki egészségének javítása többek között növelné a betegelégedettséget és a betegbiztonságot is.

**Kulcsszavak:** egészségügyi szakdolgozók, kiégés, munkahelyi konfliktus, agresszió

---

\* Levelező szerző: Irinyi Tamás, Szegedi Tudományegyetem, Pszichiátriai Klinika, 6725 Szeged, Kálvária sgt. 57. E-mail: tirinyi@gmail.com

## 1. Bevezetés

Számos nemzetközi vizsgálat született arról, hogy az egészségügyben a páciensek, illetve hozzátartozóik részéről megnyilvánuló agresszióknak milyen okai vannak (Irinyi & Németh, 2016). Az egyik az alkohol vagy kábítószer általi befolyásoltság, ami egyébként is csökkenti a toleranciát a különböző stresszhelyzetekben (Catlette, 2005; Farrell & Shafiei, 2012). Olyan mentális betegségek, mint a szkizofrénia, a major depresszió, és a bipoláris zavar, két-háromszorosára növelik az agresszió rizikóját (Friedman, 2006). Sürgősségi osztályon gyakori ok az agresszióra, ha a betegnek sokat kell várnia (Crilly, Chaboyer, & Creed, 2004). A szűk hely és a túlzsúfoltság is ok lehet, mivel a folyosók tele vannak emberekkel, nagy a hőség és a zaj, amely növeli a feszültséget a páciensben (Angland, Dowling, & Casey, 2014).

Többen kutatták azokat az okokat is, amelyek az egészségügyi személyzet és a munkahely részéről növelik meg az agresszió esélyét (Irinyi & Németh, 2016). A munkahelyi túlterhelés, az időnyomás lehet oka annak, hogy egy ápoló, egészségügyi dolgozó agresszív cselekmény áldozata legyen (Camerino, Estry-Behar, Conway, van der Heijden, & Hasselhorn, 2008). Egy Ausztráliában végzett felmérés a kevésbé stabil munkahelyi környezetet találta erőszakot generáló oknak. Ennek a csökkent stabilitásnak az okaiként a szakképzett ápolók alacsony számát, a megnövekedett munkamennyiséget, a betegek igényeiben bekövetkező váratlan változásokat, az elégtelen ápolói autonómiát, az orvosokkal való rossz kapcsolatot, illetve a sok elhelyezésre váró beteget jelölték meg (Roche, Diers, Duffield, & Catling-Paull, 2010). A fáradtság, a stressz és a munkával való elégedetlenség szintén oki tényezőként szerepel (Zampieron, Galeazzo, Turra, & Buja, 2010). A munkahelyi tényezők szintén agresszív viselkedés előidézői lehetnek: ilyenek a rohanás, a műszakok közötti rossz kommunikáció az ápoltak speciális szükségleteiről, valamint a munkamorál és a felelősség hiánya (Zeller és mtsai, 2009). Vizsgálatok kimutatták, hogy a férfiak gyakrabban lesznek munkahelyi erőszak áldozatai, mint a nők (Miedema, Easley, Fortin, Hamilton, & Tatemichi, 2009). A 40 évesnél fiatalabb és kevésbé tapasztalt egészségügyi dolgozók is gyakrabban lesznek agresszív cselekmények áldozatai (Ayranci, Yenilmez, Balci, & Kaptanoglu, 2006; Estry-Behar és mtsai, 2008).

Személyes tapasztalataink azt mutatják, hogy az utóbbi évtizedekben emelkedett az agresszió általános szintje, türelmetlenebbek, tisztéletlenebbek, kevésbé elfogadóak az emberek. Sajnos ez a tendencia az egészségügyben dolgozóknál is észlelhető. Amikor a társadalom egy tagja beteggé válik, az egészségügyi ellátórendszerbe belépve szembe kell néznie a betegséggel, amely félelemmel tölti el, nem tudja, hogy mi fog történni vele, esetleg fájdalom társul hozzá. Mindezek mellett még várakoznia is kell, ami türelmetlenséget okoz. Esetleg szembesülnie kell a durva kommuniká-

cióval és a tolerancia hiányával. Ezen tényezők mindegyike növelheti az agresszív magatartás kialakulásának kockázatát.

Az egészségügyi szakdolgozói lét önmagában fokozza a kiégettség előfordulását, mivel a dolgozók túlterheltek, hiányzik a munkájuk erkölcsi és anyagi megbecsülése, létbizonytalanságban és kiszolgáltatottságban végzik munkájukat (Pálfi, 2006).

Ha az egészségügyi ellátás során a türelmetlen, ismerethiánytól és esetleg fájdalomtól szenvedő beteg egy fáradt, kiégett egészségügyi szakdolgozóval találkozik, akkor a nyílt agresszió kockázata megemelkedhet. Természetesen felmerül a kérdés, hogy tényleg gyakoriak-e az agresszív cselekmények az egészségügyi ellátás során?

Hazánkban csupán egyetlen felmérés született az egészségügyi dolgozókat ért agresszióval kapcsolatban, egy egészségügyi dolgozóknak megtartott továbbképzés keretében. Ez alapján a felmérésben részt vevők 81,6%-ával beszélt a beteg emelkedett hangon, fizikai bántalmazást (ruha megragadása, rángatás) 19,9% szenvedett el, fizikai sérülést (enyhe sérülés, funkcionális károsodás, de egészségügyi ellátásra nem volt szükség) pedig 21%. Az 50 év feletti válaszadók körében az agresszív megnyilvánulások fizikális és verbális mintázatai is jelentősen kevesebbszer fordulnak elő, mint fiatalabb kollégáik esetében (Ivánka, Irinyi & Rudisch, 2014). Ez az egy hazai kutatás meglehetősen kevés ahhoz, hogy az egészségügyi szakdolgozókat ért agresszió mértékéről és gyakoriságáról képet kapjunk, így a jelen kutatás hiánypótlónak számít a témában. Vizsgálatunk célja ezért az volt, hogy felmérjük a vizsgált egészségügyi szakdolgozók körében a kiégettség mértékét, és annak összefüggését a munkahelyen átélt agresszív cselekményekkel, valamint megvizsgáljuk a kiégés esetleges összefüggését a munkahelyi konfliktusok gyakoriságával.

## 2. Módszer

Kutatásunkhoz utólagosan kértünk etikai engedélyt a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Országos Etikai Bizottságától, amelyet a Bizottság 2018. január 29-i dátummal kelt levelében adott meg. Az Etikai Bizottság a felmérés tartalmára vonatkozóan etikai vonatkozású észrevételt nem fogalmazott meg, kifogást nem emelt.

### 2.1. Méréseszközök

A keresztmetszeti vizsgálatot egy, a szerzők által szerkesztett kérdőívvel végeztük, amelyben az általunk összeállított kérdések mellett helyet kaptak a kiégés, agresszió és a konfliktus mérésére szolgáló kérdéssorozatok is.

A saját kérdések a szociodemográfiai valamint a munkavégzéssel (pl. egészségügyi ellátás szintje, osztály típusa, műszakbeosztás, havi túlóra mértéke, másodállás) kapcsolatos adatokra, valamint a munkahelyi konfliktusokra vonatkoztak.

A kiégés mérésére Pines és Aronson (1981) *Kiégés Leltárját* alkalmaztuk, amely 21, 7-fokú Likert-típusú skálán értékelendő kérdést tartalmaz (válaszlehetőségek: 1 = soha; 2 = egyszer vagy kétszer; 3 = ritkán; 4 = néha; 5 = gyakran; 6 = általában; 7 = mindig). A kiégés mértékét egy képlet segítségével kell meghatározni, és az így kapott átlagpontszám alapján csoportosítani a válaszadókat az alábbi négy kategóriába: „örökös eufória” (1,9 pont alatt), „jól csinálja” (2–2,9 pont), „változtatás szükséges” (3–3,9 pont), „kezelés szükséges” (4 pont felett). A „változtatás szükséges” csoportba tartozók esetében már jelentkeznek a kiégés tünetei, a „kezelés szükséges” csoport tagjai pedig már kiégettnek tekinthetők (Pines & Aronson, 1981). A mérőeszköz hazai mintán még nem validált, de több itthoni kutatásban is sikeresen alkalmazták már (Irínyi & Németh, 2011; Németh, 2016). Ez a skála egy gazdaságos eszköz a kiégés és annak különböző változókkal való összefüggésének mérésére (Stout & Williams, 1983), valamint kiválóan alkalmas a kiégés mértékének, előfordulási gyakoriságának vizsgálatára (Kovács, 2006). E mérőeszköz használatát az is indokolta, hogy ezzel végeztünk felmérést 2001-ben, 2005-ben, és 2012-ben szakdolgozók körében. Így lehetővé vált 2001 és 2016 között a kiégettségi arány változásának nyomon követése.

Az agresszió típusának és gyakoriságának vizsgálatára az *Nyílt Agresszió Skálát* (Overt Aggression Scale) alkalmaztuk. A 10 kérdésből álló mérőeszközt eredetileg Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott és Williams (1986) dolgozták ki. A kérdőív módosított verzióját hazánkban már alkalmazták egészségügyi szakdolgozók körében (Ivánka és mtsai, 2014). Mi is ezt a módosított változatot alkalmaztuk felmérésünkben. A kérdések két csoportba oszthatók, az agresszív cselekmények verbális és fizikális mintázataiba. A verbális csoportba négy kérdés tartozik (pl. „A beteg emelkedett hangon beszélt velem”), a fizikálisba pedig hat (pl. „A beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott”). Az egyes agressziótípusok egy bizonyos időtartam alatti (pl. amióta az egészségügyben dolgozik) előfordulásának gyakoriságát kell bejelölni, úgymint: soha; kevesebb mint 10 alkalommal; 10–20 alkalommal; több mint 20 alkalommal.

A munkahelyi konfliktus mérésére nem találtunk magyar nyelvre lefordított és itthon alkalmazott mérőeszközt, ezért a Karen A. Jehn (1995) nevéhez fűződő Intragroup Conflict Scale-t (*Csoporton belüli Konfliktus Skála*) alkalmaztuk. A szerző ugyan nem egészségügyi dolgozók körében használta a mérőeszközt, de a tartalma miatt érdemesnek tartottuk a kipróbálásra. Nyolc kérdést tartalmaz, amelyeket 5-fokozatú Likert-típusú skálán kell értékelni (válaszlehetőségek: 1 = egyáltalán nem; 2 = ritkán; 3 = néha; 4 = gyakran; 5 = állandóan). A nyolc kérdés két alskálára bontható: az első

négy kérdés tartozik a kapcsolati konfliktus alskálába (amely a kollégák közötti interperszonális kapcsolat alkalmával alakul ki), a második négy kérdés a feladattal kapcsolatos konfliktus alskálába (amely a munkahelyi feladatok végzése közben alakul ki). A skálákon elért magasabb pontszám gyakoribb munkahelyi konfliktust jelez. A mérőeszköz magyar nyelvű használata érdekében tükörfordítást alkalmaztunk.

## 2.2. Eljárás

A mintavétel nem véletlenszerű mintavételi eljárással, azon belül kényelmi mintavétellel történt, azaz az egyszerűen elérhető alanyokra támaszkodtunk. A felmérést 2016. június 29. és augusztus 31. között végeztük. A kérdőív a Google Drive segítségével készült, és on-line módon tettük hozzáférhetővé a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) Csongrád megyei, valamint Országos Szervezetének közösségi oldalán.<sup>1</sup> Ezen felül a MESZK területi elnökei felé is kéréssel fordultunk, hogy a kérdőívet elektronikus úton terjesszék tagjaik között. A területi szervezetek az általuk rendszeresen kiadott hírlevélben tájékoztatták a tagságot a felmérésről. A Csongrád Megyei Területi Szervezethez tartozó azon tagok, akik a hírlevélre regisztráltak, e-mailben is megkapták a kérdőívet.

A vizsgálati személyeket a kérdőív elején található leírásban tájékoztattuk a kutatás céljáról, a kérdőív kitöltéséről, az anonimitásról és az önkéntességről. A résztvevők a kérdőív kitöltésével hozzájárulásukat adták a válaszok kutatási célú felhasználásához.

A beválasztási kritériumok a következők voltak: legalább egyéves munkaviszony az egészségügyben, teljes állásban, magyarországi munkavégzés, illetve a 63/2011-es NEFMI rendeletben<sup>2</sup> meghatározott egészségügyi szakdolgozói képesítés. Összesen 1341 kérdőív érkezett be; ebből törlésre kerültek azok, amelyek nem feleltek meg a beválasztási kritériumoknak, valamint a nyugdíjasok által, illetve duplán kitöltött kérdőívek. Így az adatelemzés során 1201 válaszadó választait elemeztük.

## 2.3. Statisztikai elemzések

Az adatok feldolgozása IBM SPSS 23.0 for Windows statisztikai programmal történt. A leíró statisztikai módszerek közül átlagot, szórást, mediánt, minimumot és maximumot számoltunk, valamint abszolút és relatív gyako-

<sup>1</sup> <https://docs.google.com/forms/d/1RyPeTrelp4sAkEznHl73ce4tjag4o3ZoMcaC1ad7I/edit>

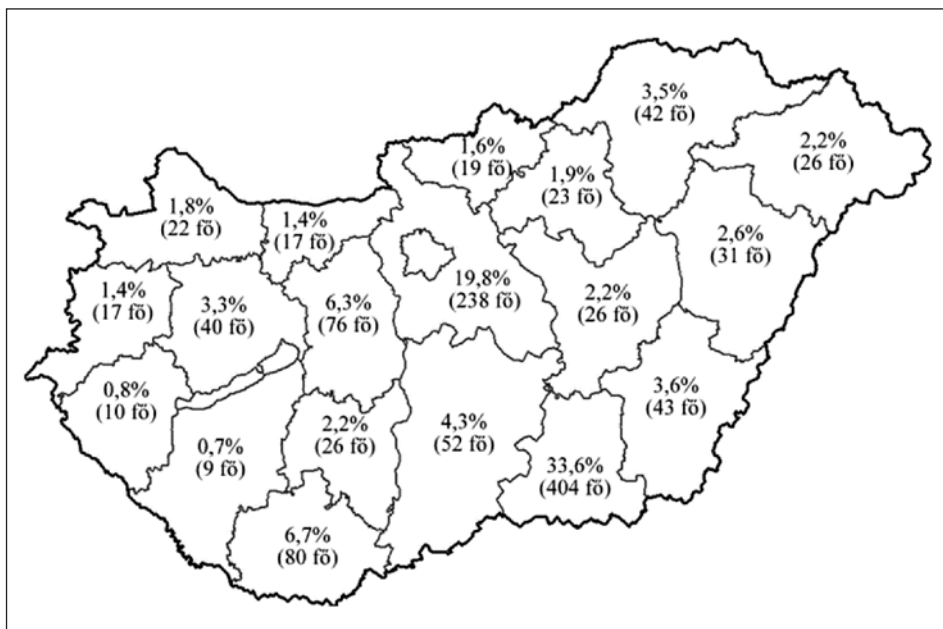
<sup>2</sup> 63/2011. (XI. 29.) NEFMI rendelet az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól. Letöltve: 2016. 09. 10-én: [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1100063.NEM](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100063.NEM)

riságokat tüntettünk fel. A matematikai statisztikai módszerek közül a következő próbákat alkalmaztuk: Kolmogorov–Smirnov- és Shapiro–Wilk-tesztet a folytonos változók normalitásvizsgálatára. Különbözőség vizsgálatra egyszempontos varianciaanalízist alkalmaztunk folytonos-, Kruskal–Wallis-próbát és Mann–Whitney-féle U-tesztet ordinális változók, khi-négyzet-próbát a nominális változók esetén. Az elsőfajú hiba kiküszöbölésére Bonferroni-korrekciót használtunk. Az eredményeket  $p < 0,05$  esetén tekintettük szignifikánsnak, ahol a Bonferroni-korrekciót alkalmaztuk, ott  $p < 0,01$  a szignifikancia határa.

### 3. Eredmények

#### 3.1. Leíró adatok

A válaszadók szociodemográfiai adatait az 1. táblázatban ismertetjük. A felmérésben résztvevők jelentős többsége (33,6%) Csongrád megyei, illetve 19,8% Pest megyei, a többi megyéből ennél lényegesen kevesebb válasz érkezett (1. ábra).



1. ábra. A válaszadók megyék szerinti megoszlása ( $n = 1201$ )



1. táblázat. A minta bemutatása

Demográfiai tényezők (n = 1201)	n	%		
Nő	1111	92,5		
Férfi	90	7,5		
Diplomások	419	34,9		
10 évnél kevesebb ideje dolgozik az egészségügyben	213	17,7		
10–19 éve dolgozik az egészségügyben	223	18,6		
20–29 éve dolgozik az egészségügyben	406	33,8		
30 évnél régebben dolgozik az egészségügyben	359	29,9		
Alapellátásban dolgozók	188	15,7		
Járóbeteg-ellátásban dolgozók	249	20,7		
Fekvőbeteg-ellátásban dolgozók	749	62,4		
Gyógyszertárban dolgozók	15	1,2		
Végzettség				
Ápoló	903	75,2		
Asszisztens	158	13,2		
Védőnő	38	3,2		
Gyógytornász	18	1,5		
Szülésznő	16	1,3		
Mentőtiszt	13	1,1		
Dietetikus	11	0,9		
Egyéb*	44	3,7		
* gyógyászati segédeszköz forgalmazó, műtőssegéd, népegészségügyi ellenőr, egészségügyi menedzser, szakoktató, szaktanár, gyógymasszőr				
	Medián	SD	Min.	Max.
Átlag 22,1 éve dolgoznak az egészségügyben	24	10,92	1	46
Átlagéletkoruk 43,2 év	44	9	19	65

A *Kiegészítő Leltár* esetében a skálán elért átlagpontoszám 2,98 (medián = 2,76; SD = 1,20; terjedelem: 1–6,71), megbízhatósága jó (Cronbach-alfa: 0,88). Az „örökös eufória” csoportba tartozik a válaszadók 23%-a ( $n = 276$ ), a „jól csinálja” csoportba 32,8% ( $n = 394$ ), a „változtatás szükséges” csoportba 22,9%

( $n = 275$ ), a „kezelés szükséges” csoportba pedig 21,3% ( $n = 256$ ). Ezekből az eredményekből megállapítható, hogy a válaszadók 44,2%-a ( $n = 531$ ) valamilyen mértékben érintett a kiégés által.

A munkahelyen belüli konfliktus mérésére szolgáló *Csoporton belüli Konfliktus Skála* első, kapcsolati konfliktus alskáláján átlagosan 11 pontot értek el a kitöltők (medián = 11; SD = 3,44; terjedelem: 4–16), megbízhatósága jó (Cronbach-alfa: 0,92). A második, a feladattal kapcsolatos konfliktus alskálán mért átlagpontszám 10,2 (medián = 10; SD = 3,02; terjedelem: 4–16), megbízhatósága jó (Cronbach-alfa: 0,85). Az első alskála belső megbízhatósága megegyezik, a másodiké pedig majdnem megegyezik a Jehn (1995) által kapott Cronbach-alfa értékekkel (0,92; 0,87). A válaszadóknak csupán 4,6%-a ( $n = 55$ ) jelezte, hogy még soha nem élt át munkahelyi konfliktust.

A *Nyílt Agresszió Skála* nem Likert-típusú, ezért a megbízhatóság nem mérhető ebben az esetben. A vizsgálat eredményei szerint az egészségügyben eltöltött évek alatt a leggyakrabban tapasztalt agressziótípus a verbális agresszió, azon belül is az emelkedett hangnem (37,7%) és a csúnya szavak (24,8%). A fizikai agresszió formái közül a tárgyira irányuló agresszió dominál (56,4%), súlyos sérülést okozó bántalmazás összességében a válaszadók 3,9%-át érintette. Csupán a válaszadók 4,4%-a ( $n = 53$ ) jelezte, hogy amióta az egészségügyben dolgozik, egyszer sem volt részese agresszív incidensnek. Az eredményeket a 2. táblázatban részletezzük.

### 3.2. Összefüggés-vizsgálatok

A kiégés négy kategóriájának összevetését a Nyílt Agresszió Skálával először Kruskal-Wallis-próbával végeztük, mivel nem normális eloszlású változóról van szó (Shapiro-Wilk- és Kolmogorov-Smirnov-teszt:  $p < 0,001$ ). Az „örökös eufória” csoportba tartozó 276 válaszadó rangszám-átlaga 461,01; a „jól csinálja” csoportba tartozóké ( $n = 394$ ) 566,85; a „változtatás szükséges” csoport tagjaié ( $n = 275$ ) 663,75; a „kezelés szükséges” csoportba tartozóké ( $n = 256$ ) pedig 737,08. Eredményeink szerint szignifikáns összefüggés mutatható ki a kiégés és a páciensek agresszív megnyilvánulásainak átélése (a fizikális és a verbális mintázat összesen) között ( $\chi^2(3) = 97,698$ ;  $p < 0,001$ ).

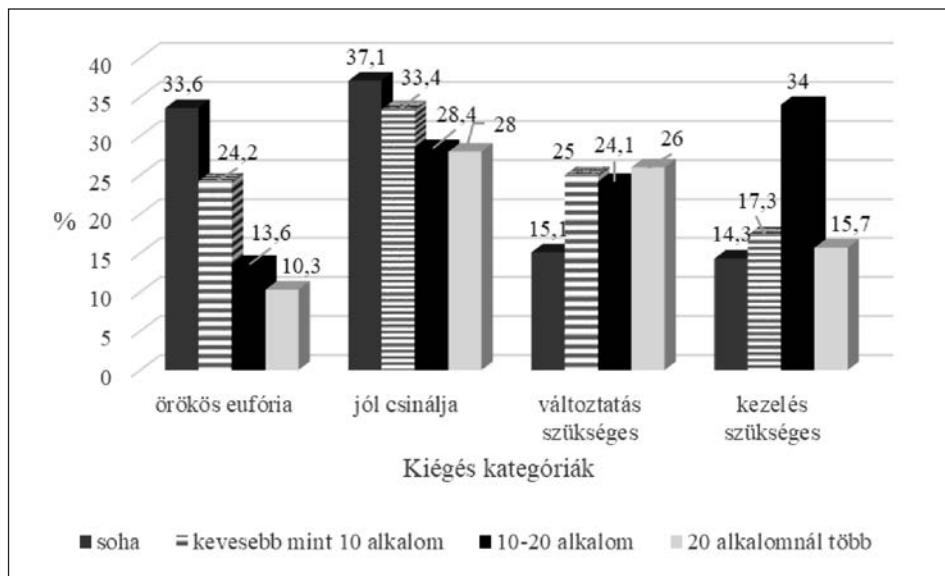


2. táblázat. Átélt agresszív cselekmények száma az egészségügyben eltöltött évek alatt ( $n = 1201$ )

Agresszió átélésének gyakorisága n (%)				
	soha	kevesebb mint 10 alkalom- mal	10-20 alkalom- mal	több mint 20 alkalom- mal
<b>Agresszív megnyilvánulások verbális mintázatai</b>				
A beteg emelkedett hangon beszélt velem.	73 (6,1)	439 (36,6)	236 (19,7)	456 (37,7)
A beteg csúnya szavakkal illetett, vagy átkokat szórt rám.	284 (23,6)	458 (38,1)	161 (13,4)	298 (24,8)
A beteg megfenyegetett.	450 (37,5)	440 (36,6)	141 (11,7)	170 (14,2)
A beteg hangosan kiabált velem és egyértelművé tette, ha nem teszem, amit mond, fizikailag bántalmazni fog.	653 (54,4)	333 (27,7)	98 (8,2)	117 (9,7)
<b>Agresszív megnyilvánulások fizikális mintázatai</b>				
A beteg agressziója tárgyra irányult.	536 (44,6)	424 (35,3)	120 (10,0)	121 (10,1)
A beteg megragadta ruhámat, vagy megrángatott.	763 (63,5)	323 (26,9)	63 (5,2)	52 (4,3)
A beteg enyhe sérülést, vagy funkcionális károsodást okozott nekem, de nem volt szükség egészségügyi ellátásra.	873 (72,7)	278 (23,1)	32 (2,7)	18 (1,5)
A beteg közepes sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	1120 (93,3)	70 (5,8)	4 (0,3)	7 (0,6)
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt egészségügyi ellátásra, de nem volt szükség kórházi befekvésre.	1169 (97,3)	24 (2,0)	3 (0,2)	5 (0,4)
A beteg súlyos sérülést vagy funkcionális károsodást okozott nekem, szükség volt kórházi befekvésre.	1186 (98,8)	13 (1,1)	0 (0,0)	2 (0,2)

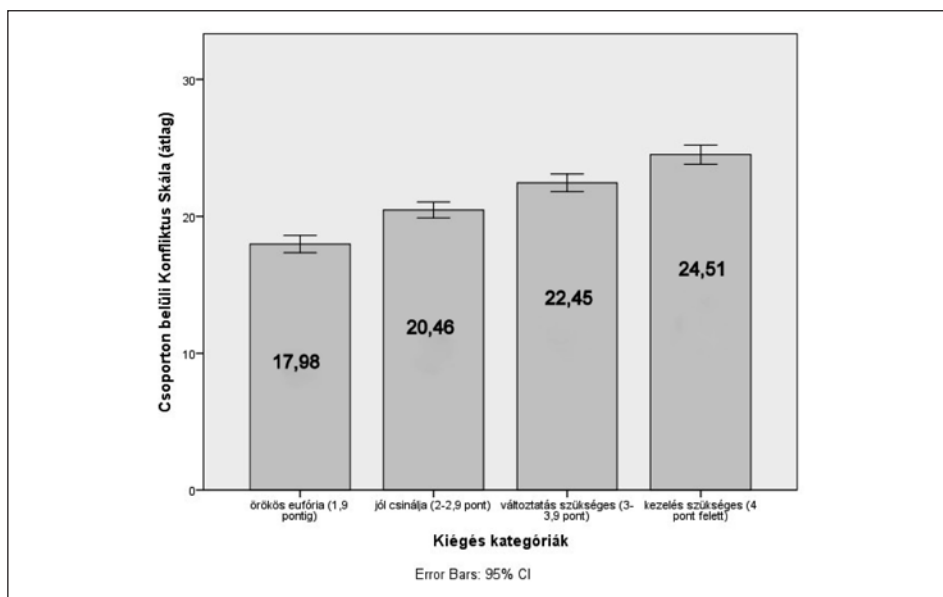
Mindezek után a kategóriák közötti különbséget a páciensek részéről átélt agresszív megnyilvánulások tekintetében Mann-Whitney-féle U-próbákkal vizsgáltuk (Bonferroni-korrekcióval), amely az alábbi eredményeket hozta. Az „örökös eufória” csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb a „jól csinálja” ( $U = 44844,5$ ;  $Z = -3,881$ ;  $p < 0,001$ ), a „változtatás szükséges” ( $U = 24612$ ;  $Z = -7,161$ ;  $p < 0,001$ ) és a „kezelés szükséges” ( $U = 19556$ ;  $Z = -8,926$ ;  $p < 0,001$ ) csoporthoz képest. A „jól csinálja” csoport agresszió érintettsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a „változtatás szükséges” ( $U = 45281$ ;  $Z = -3,626$ ;  $p < 0,001$ ) és a „kezelés szükséges” ( $U = 36343,5$ ;  $Z = -6,037$ ;  $p < 0,001$ ) csoporté. A „változtatás szükséges” csoport agresszió érintettsége pedig szignifikánsan alacsonyabb a „kezelés szükséges” csoportéhoz képest ( $U = 30225$ ;  $Z = -2,821$ ;  $p = 0,005$ ). Ezekből megállapítható, hogy a kiégettség Pines-féle kategóriái szerint minél intenzívebb a kiégettség mértéke, annál jellemzőbb az agresszióban való érintettség a munkahelyen.

Ha megnézzük a leggyakoribb verbális agressziótípus mintázat („A beteg emelkedett hangon beszélt velem”) összefüggését a kiégés kategóriákkal, akkor azt láthatjuk, hogy a „változtatás” és a „kezelés szükséges” csoportokban ez gyakrabban fordult elő, mint azoknál, akik nem szenvednek kiégetéstől (2. ábra).



2. ábra. Az emelkedett hangnem és a kiégés összefüggése ( $n = 1201$ )

Az egyes kiégés kategóriák között a munkahelyi konfliktus mértékének különbözőségét egyszempontos varianciaanalízissel vizsgáltuk. Az eredmények alapján minél kiégettebb a szakdolgozó, annál gyakrabban él át munkahelyi konfliktust ( $F(3) = 66,967; p < 0,001$ ). A „változtatás szükséges” csoportba tartozók átlag 22,45, míg a „kezelés szükséges” csoport tagjai átlag 24,51 pontot értek el az Csoporton belüli Konfliktus Skálán (3. ábra).



3. ábra. A kiégés kategóriák összefüggése a munkahelyi konfliktus gyakoriságával

#### 4. Következtetések, javaslatok

Országos, nem reprezentatív felmérésünkéből levonható az a következtetés, hogy a válaszadó egészségügyi szakdolgozók 44,2%-a érintett valamilyen mértékben a kiégés által. A kiégés összefüggést mutatott a munkahelyen a betegek részéről érkező agresszív megnyilvánulások és a munkahelyi konfliktusok gyakoriságával. A válaszadók 95,6%-a élt már át munkája során agressziót. A leggyakrabban az emelkedett hangnem (37,7%) és a csúnya szavak (24,8%), valamint a tárgyra irányuló agresszió fordult elő. Zampieron és munkatársai (2010) a verbális agresszió arányát egyéves periódus alatt 81,6%-ra becsülték, az USA-ban viszont ennél lényegesen kevesebbet (51,5%) mértek (Hanson és mtsai, 2015). Bernaldo-De-Quirós, Piccini és Gómez (2015) vizsgálatában ez az arány 87,2%.

Vizsgálatunk a keresztmetszeti kutatási elrendezés miatt nem alkalmas az ok-okozati összefüggések feltárására, így nem mondható ki, hogy a kiégett dolgozó a kiégettsége következtében szenved el több agressziót, és él át gyakrabban munkahelyi konfliktust. Ennek ellenére a tapasztalat azt mutatja, hogy a kiégett szakdolgozókat gyakrabban érik a betegek részéről agresszív megnyilvánulások, gyakrabban kerülnek konfliktusba környezetükkel, aminek hatására kiégettségük tovább fokozódik. Ezen három tényező összefüggése közül külföldi kutatások kimutatták a kiégés és a munkahelyen átélt agresszió kapcsolatát (Estryn-Behar és mtsai, 2008; Gascón és mtsai, 2013; Whittington, 2002).

A nyílt agresszió kialakulásának kockázata csökkenthető lenne, ha a betegellátás során olyan körülményeket biztosítanának, ahol a kellő információt és a fájdalomcsillapítást időben kapnák meg a betegek, ezzel a félelmek is csökkennének. A várakozás, a zsúfoltság minimalizálásával, illetve a kényelmes ülőalkalmatossággal és megfelelő folyadék biztosításával tovább csökkenthető az agresszió kockázata.

Az ellátó oldaláról megnézve ezen problémakört, kimondható, hogy amennyiben az egészségügyi szakdolgozók jobb lelkiállapotban lennének, illetve a segítő foglalkozás végzésére minél alkalmasabb szakemberek kerülnének a pályára, akkor az agresszió és a munkahelyi konfliktus kockázata is csökkenthető lenne. Jelen pillanatban a szakdolgozói hivatások végzéséhez nincs pályaalkalmassági szűrés, és így az egészségügyi rendszerbe kerülhetnek olyan emberek is, akik például a személyiségük miatt valójában nem alkalmasak a segítő hivatás gyakorlására. Ez, illetve a magas kiégettség veszélyezteti a megbízhatóságot, csökkenti a gyógyulási esélyt, rontja a munkahelyi morált és a szakdolgozói pálya presztízsét. Egy ilyen helyzetben nehéz a szakdolgozók pályán tartása, és aligha megelőzhető a kivándorlás.

A pályaalkalmassági szűrés mellett az ellátók lelki egészségének megőrzése, illetve javítása elengedhetetlen a betegelégedettség növeléséhez.

A kiégésprevenció első lépésének Pines és Aronson (1983) azt ajánlják, hogy az illető tudatosítsa magában azt, hogy a kiégés nem az ő személyiségének gyengesége. A probléma beazonosítása után a „*mi a baj velem*” nézőpontról a fókusz a „*hogyan változtathatnám meg a munkakörnyezetem*”-re kell helyezni, és a változás lehetőségeit kell számba venni, ami egy bürokratikus nézőpontokkal rendelkező munkahelyen nagyon nehéz.

Szükséges olyan új megküzdési stratégiák kifejlesztése is, amelyek segítenek megelőzni a kiégést. Ilyen lehet például a saját szociális kapcsolatrendszer, a kommunikáció minőségének javítása, a bürokratikus rendszerrel való hatékony megbirkózás, valamint a hatékony időmenedzsment (Pines és Aronson, 1983). A prevenció szempontjából nagyon fontos továbbá a támogató munkahelyi környezet, a team-munka, a munkamegosztás és

a részmunkaidős foglalkoztatás (Linzer és mtsai, 2013), valamint a képzések, továbbképzések, tréningek is jó hatásúak lehetnek (Pálfi, Vranesicsné, Németh, & Betlehem, 2007). A kognitív viselkedésterápia, meditáció, relaxáció, biofeedback-tréning, a testmozgás növelése mind hatékony módszerek a stressztünetek enyhítésére, és ez által a kiégés megelőzésére, csökkentésére (Regehr és mtsai, 2014).

Ide sorolható a munkatársakkal való szabadidős programok szervezése, a felettétől kapott dicséret, több ápoló a munkahelyen, jutalom, továbbtanulási lehetőség és jobb munkakörülmények (Pavelková és Bužgová, 2015). A munkával való elégedettség magas szintje jelentősen csökkenti a stresszt és a depressziót, ez által a kiégés lehetőségét (Hegney és mtsai, 2014). Major, Ress, Hulesch és Túry (2006) kezelési lehetőségként a társas támogatást, a pozitív légkörű munkahelyet, a munkahelyi döntésekbe való beleszólás lehetőségét, a megbecsülést, a Bálint-csoportot (esetmegbeszélő csoport, amely során érzelmek is felszínre kerülnek, értékek, célok tisztázására is alkalmas), a kommunikációs és stresszkezelő tréningeket, valamint az önismeret fejlesztését összegzik tanulmányukban.

A kórházi ellátás biztonsága és minősége függ az ápolók kiégettségétől és a kórházi környezettől. Fontos a változásra való törekvés, hogy az egészségügyben arra alkalmas emberek dolgozzanak, mert a kórházi környezet pozitív változásai, a betegekkel való megfelelő bánásmód nagymértékben hozzájárul a kórházak jobb megítéléséhez Európában és az USA-ban egyaránt (Aiken és mtsai, 2012).

## Irodalom

- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Solane, D.M., Busse, R., McKee, M., et al. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, e1717. Doi: 10.1136/bmj.e1717
- Angland, S., Dowling, M., & Casey, D. (2014). Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study. *International Emergency Nursing*, 22(3), 134–139.
- Ayranci, U., Yenilmez, C., Balci, Y., & Kaptanoglu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. *Journal of Interpersonal violence*, 21(2), 276–296.
- Bernaldo-De-Quirós, M., Piccini, A.T., & Gómez, M.M. (2015). Psychological consequences of aggression in pre-hospital emergency care: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 260–270.
- Camerino, D., Estryn-Behar, M., Conway, M.P., van der Heijden, B.I.J.M., & Hasselhorn, H-M. (2008). Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 35–50.

- Catlette, M.A. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level I trauma centers. *Journal of Emergency Nursing*, 31(6), 519–525.
- Crilly, J., Chaboyer, W., & Creedy, D. (2004). Violence towards ED nurses by patients. *Accident and Emergency Nursing*, 12(2), 67–73.
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B.I.J.M., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P.M., et al. (2008). Violence risk in nursing – results from the European 'NEXT' Study. *Occupational Medicine*, 58(2), 107–114.
- Farrell, G.A., & Shafiei, T. (2012). Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1423–1431.
- Friedman, R.A. (2006). Violence and mental illness – how strong is the link? *The New England Journal of Medicine*, 355(20), 2064–2066.
- Gascón, S., Leiter, M.P., Andrés, E., Santed, M.A., Pereira, J.P., Cunha, M.J., et al. (2013). The role of aggressions suffered by healthcare workers as predictors of burnout. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21–22), 3120–3129.
- Hanson, G.C., Perrin, N.A., Moss, H., Laharnar, N., & Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15(11), 145–168.
- Hegney, D.G., Craigie, M., Hemsworth, D., Osseiran-Moisson, R., Aoun, S., Francis, K., et al. (2014). Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. *Journal of Nursing Management*, 22(4), 506–518.
- Irinyi, T., & Németh, A. (2011). Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei. *Interdiszplináris Magyar Egészségügy*, 10(1), 25–28.
- Irinyi, T., & Németh, A. (2016). Egészségügyi dolgozók ellen elkövetett agresszív cselekmények. *Orvosi Hetilap*, 157(28), 1105–1109.
- Ivánka, T., Irinyi, T., & Rudisch, T. (2014). Agresszív cselekmények előfordulásának vizsgálata egészségügyi szakdolgozók körében. *Nővér*, 27(2), 19–25.
- Jehn, K.A. (1995). A multimethod examination of the benefits and detriments of intragroup conflict. *Administrative Science Quarterly*, 40(2), 256–282.
- Kovács, M. (2006). A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 16(11), 981–987.
- Linzer, M., Levine, R., Meltzer, D., Poplau, S., Warde, C., & West, C.P. (2013). 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *Journal of General Internal Medicine*, 29(1), 18–20.
- Major, J., Ress, K., Hulesch, B., & Túry, F. (2006). A kiégés jelensége az orvosi hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 16(4), 367–373.
- Miedema, B., Easley, J., Fortin, P., Hamilton, R., & Tatemichi, S. (2009). Disrespect, harassment, and abuse: All in a day's work for family physicians. *Canadian Family Physician*, 55(3), 279–285.
- Németh, A. (2016). Védőnők kiégettségének összefüggése különböző szociodemográfiai, egészségi és életmódbeli tényezőkkel. *Védőnő*, 26(4), 35–40.
- Pálfi, F. (2006). „Amikor már kihűlt a láng” – A kiégés vizsgálata ápolók körében. *Interdiszplináris Magyar Egészségügy*, 4(10), 31–35.
- Pálfi, F., Vranesicsné, H.I., Németh, K., & Betlehem, J. (2007). Az ápolók mentálhigiénés állapota, és a kiégés szindrómát provokáló faktorok előfordulása a vizsgált populációban. *Nővér*, 20(4), 3–13.
- Pavelková, H., & Bužgová, R. (2015). Burnout among healthcare workers in hospice care. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 6(1), 218–223.



- Pines, A.M., & Aronson, E. (1981). *Burnout: From Tedium to personal growth* (17–20). New York City: The Free Press
- Pines, A.M., & Aronson, E. (1983). Combatting Burnout. *Children and Youth Services Review*, 5(3), 263–275.
- Regehr, C., Galancy, D., Pitts, A., & LeBlanc, V.R. (2014). Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(5), 353–359.
- Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling-Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 13–22.
- Stout, J.K., & Williams, J.M. (1983). Comparison of two measures of burnout. *Psychological Reports*, 53(1), 283–289.
- Whittington, R. (2002). Attitudes toward patient aggression amongst mental health nurses in the 'zero tolerance' era: associations with burnout and length of experience. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 819–825.
- Yudofsky, S.C., Silver, J.M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35–39.
- Zampieron, A., Galeazzo, M., Turra, S., & Buja, A. (2010). Perceived aggression towards nurses: study in two Italian health institutions. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15–16), 2329–2341.
- Zeller, A., Hahn, S., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., & Halfens, R.J.G. (2009). Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: A systematic literature review. *Geriatric Nursing*, 30(3), 174–187.

## Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretnénk köszönetünket kifejezni a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara területi szervezeti elnökeinek, amiért segítségünkre voltak a kérdőív terjesztésében.

## Szerzői munkamegosztás

I.T.: hipotézisek kidolgozása, kérdőív összeállítása, hazai szakirodalmak felkutatása, adatgyűjtés lefolytatása, kézirat megszövegezése. L.K.: statisztikai próbák elvégzése, eredmények értelmezése, kézirat végső ellenőrzése. N.A.: statisztikai próbák elvégzése, eredmények értelmezése, kézirat ellenőrzése.

## Nyilatkozat érdeklődésről

A szerzők ezúton kijelentik, hogy esetükben nem állnak fenn érdeklődések.

## The relationship of mental health status, violent acts and workplace conflicts among health care providers

IRINYI, TAMÁS – NÉMETH, ANIKÓ – LAMPEK, KINGA

*Background:* Several studies have shown that burn-out is frequent among health care providers. Aggressive acts are also studied; these might have several causes, e.g. alcohol or substance abuse, mental disorders, long waiting times, crowdedness, heat and noise, which increases the tension of patients. This is the first Hungarian study on the relationship between aggression, conflicts and burn-out among health-care providers. *Aims:* The cross-sectional study assesses the severity of burn-out and its relationship with violent attacks and with the frequency of job related conflicts among health care workers. *Methods:* A self-constructed online questionnaire was administered, which included some specific questions and the Burnout Measure, the Overt Aggression Scale, and the Intragroup Conflict Scale. People have been included in a non-randomized way through convenience sampling. *Results:* Burn-out has been found in 44.2% of the responders; 4.6% have never experienced any kind of conflicts at their workplaces and 4.4% have never been the victim of a violent act from a patient or their family members. The severity of burn-out correlated with the frequency of violent acts ( $\chi^2(3) = 97.698, p < 0.001$ ). The more severe their burn-out is the more frequent the employee encounters violence. The job-related conflicts are more frequent among health-care providers who are severely affected by burn-out ( $F(3) = 66.967, p < 0.001$ ). *Conclusions:* Aggression is also considerably present in the Hungarian health-care system. Burn-out correlates with the experienced aggression and job-related conflicts; this is probably further decreasing the psychological status of the health-care workers. The improvement of mental health among health-care providers could also improve the satisfaction and safety of the patients.

**Keywords:** health-care providers, burn-out, workplace conflicts, aggression