

EREDETI KÖZLEMÉNY

Terhelés alatt – demens ellátottakat gondozó ápolók fáradtság- és kiégésjellemzői

PEKKER Anita (BSc), STALLER Judit PhD(c)

ÖSSZEFOGLALÁS

Célkitűzés: A kutatás célja azoknak a tényezőknek a feltárása volt, amelyek egy szakosított bentlakásos időotthon demensellátásában részt vevő dolgozóinak kiégéséhez hozzájárulnak.

Módszer: Kvantitatív, papíralapú, saját szerkesztésű kérdőíves felmérés egy bentlakásos, szakosított időotthonban. Az adatok elemzése leíró statisztikai módszerekkel, Microsoft Excel programban történt.

Eredmények: Alacsony az egészségügyi végzettséggel rendelkezők aránya. A munkahelyváltás gondolatának legfőbb okai az alacsony jövedelem és a túlzott érzelmi és fizikai megterhelés. A dolgozók több területen elégedettek a munkahelyi környezettel, ugyanakkor a testi-lelki megterhelés a kiégés kockázatát növeli.

Következtetések: A vizsgált intézményben a dolgozói korstruktúra idősebb, az egészségügyi végzettségük aránya alacsony. A válaszadók több mint felében megjelent már a pályaelhagyás gondolata, elsősorban az alacsony jövedelem és az érzelmi-fizikai megterhelés miatt; a dolgozók 79%-a fáradtságról számolt be. A Maslach Burnout Inventory alapján 50 fő ért el közepes, a kiégéshez közeli értéket, a kitöltők 27%-a pedig támogatásra szorul, ami az intézmény demensellátásban dolgozó munkatársai körében magas kiégési kockázatot jelez.

Kulcsszavak: kiégés, idősek otthona, szociális szféra, demencia

Under Pressure: Characteristics of Fatigue and Burnout Among Nurses Caring for Patients with Dementia

Anita Pekker BSc, Judit Staller PhD(c)

SUMMARY

Purpose: To explore the factors contributing to burnout among staff involved in dementia care at a specialised residential nursing home.

Methods: A quantitative, paper-based survey using a self-developed questionnaire was conducted; data were analysed with descriptive statistics in Microsoft Excel.

Results: The proportion of staff with healthcare qualifications was low. The main reasons for considering a job change were low income and excessive emotional and physical workload. Despite satisfaction with several aspects of the workplace, the high physical and psychological strain increased the risk of burnout.

Conclusion: The institution's workforce is ageing. More than half of the respondents had considered leaving the profession, mainly because of low income and high emotional and physical strain; 79% reported fatigue. On the Maslach Burnout Inventory, 50 staff members scored in the moderate, near-burnout range and 27% require support, indicating a high risk of burnout among the staff of the institution studied.

Keywords: burnout, nursing home, social care sector, dementia

PEKKER Anita (BSc) ápoló (BSc), tereptanár, klinikai-geriátriai szakápoló, demencia-gondozó Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék
ORCID-azonosító:
0009-0004-9593-3707

STALLER Judit PhD(c) ápoló (MSc), geriátriai szakápoló (MSc), mestertanár
Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Ápolástan Tanszék
ORCID-azonosító:
0000-0002-3194-9097

Levelező szerző

(corresponding author):
STALLER Judit,
E-mail:
staller.judit@semmelweis.hu

Beérkezett: 2026. április 9.

Elfogadva: 2026. augusztus 7.

 | Hungarian | <https://doi.org/10.55608/nover.39.0018> | www.eLitMed.hu

Bevezetés

A világon növekvő számban van jelen az időseket érintő betegségek közül a szellemi és kognitív képességek elvesztésével járó demencia, amelynek következtében zavart szenved a memória, a gondolkodás és a mindennapi tevékenységek elvégzésének képes-

sége („2025 Alzheimer’s disease facts and figures”, 2025). A demencia általában lassú romlással jár, visszafordíthatatlan állapot, amelynek kiváltó okai nem ismertek. Több mint 70-féle, demenciához vezető ok ismert, és az állapot bizonyos sérülésekkel, betegségekkel, életmóddal és környezeti tényezőkkel korrelál, amelyek elsődlegesen vagy másodlagosan

érintik az agyállományt, az agyi vérkeringést, illetve a központi idegrendszer károsodását okozzák (Belügyminisztérium, 2022).

Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization – WHO) már 2008-ban az egészségügy prioritásai közé emelte a demenciát, a 2017–2025-ös – 2025-ben 2031-ig meghosszabbított – globális cselekvési terv pedig népegészségügyi prioritásként kezeli a kórképet. A terv célja, hogy javítsa a demenciával élők, gondozóik és családjaik életminőségét, és csökkentse a demencia társadalmi-gazdasági terheit a megelőzés, a korai felismerés, a minőségi ellátás és a támogatás elősegítésével. Kiemelt stratégiai területei a tudatosság növelése, a kockázati tényezők csökkentése, a diagnózis és a személyközpontú ellátás javítása, a gondozók támogatása és terheik enyhítése, az információs rendszerek erősítése, valamint a kutatás és az innováció előmozdítása (World Health Organization, 2017).

Magyarország lemaradása jelentős, többek között hiányzik egy akcióterv a demencia okozta, országos szintű problémák kezelésére. Hazai vonatkozásban nincs egységes, összesített adatgyűjtés a demenciával élő személyekről, ezért pontos számuk nem ismert (Fekete, 2019); több, nem hivatalos forrás szerint Magyarországon mintegy 250 ezer ember él demenciával (Gyarmati, 2019).

Hazánkban 2019 végén 52 154 idős embert gondoztak 835 tartós bentlakásos elhelyezést nyújtó intézményben, amelyek teljes ellátást és alapszintű orvosi szolgáltatást biztosítanak az önellátásban akadályozott idősök számára (URL1). Napjainkban kismértékű növekedés történt a férőhelyek bővülésével, a kihasználtság magas, 95–98%, és a várólisták továbbra is hosszúak maradtak (Központi Statisztikai Hivatal, 2024). A demens személyek nappali és intézményi ellátását a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény, valamint az 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet szabályozza; az intézménybe való bekerülés gondozási szükséglet megállapítása alapján történik, demencia esetén a fokozatot megállapító szakvéleménnyel (9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet). A 2015-ös módosítás értelmében a napi négy órát meghaladó gondozási szükséglet, a 80 év feletti életkor, illetve az igazolt közép-súlyos vagy súlyos demencia alapozza meg a szakosított ellátást, és a közép-súlyos vagy súlyos demenciával élők ápolása az intézményen belül külön gondozási egységben vagy csoportban történik (55/2015. (XI. 30.) EMMI rendelet).

Az időotthonokban foglalkoztatottak végzettségét és létszámát szintén a fenti jogszabályok határozzák meg: az alkalmazottak legalább nyolcvan százaléka szakképzettséggel kell rendelkeznie, és 100 fő ellátottra vetítve többek között 24 fő ápo-

ló-gondozó alkalmazása kötelező (1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet). A jogszabály ugyanakkor nem rendelkezik a demenciával élők ellátása okozta többletszükségletek és a hosszabb ápolási idő kiegyenlítésére alkalmazható emelt létszámról, így a humán erőforrás elosztása az intézmény fenntartóján és vezetőjén múlik. Mivel az ápolás egyre nehezebb és összetettebb feladatokból áll, az ápolói létszám pedig nem elegendő, a fizikai és mentális megterhelés miatt egyre többen hagyják el a szociális szféra területét. A szakdolgozóknak – egészségügyi és szociális végzettségtől függetlenül – működési engedélyük érvényességének megtartásához továbbképzési kötelezettségük van (8/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet), és a demenciával élők szakszerű ellátása érdekében több intézmény támogatja a dolgozók továbbképzését, például demenciagondozói képzés formájában.

Az elmúlt húsz évben számos tanulmány foglalkozott a kiégés (burnout) jelenségének kialakulásával, megelőzésével és kezelésével, amely az 1970-es évektől a szociálpszichológia és az egészségpszichológia része (Ónody, 2001). A kiégés az Egészségügyi Világszervezet Betegségek Nemzetközi Osztályozásának 11. kiadásában (ICD-11) foglalkozással összefüggő jelenségeként szerepel, nem önálló orvosi betegségként tartják számon. Definíciója szerint a kiégés olyan állapot, amelyet a nem megfelelően kezelt, krónikus és általában munkahelyi stressz okoz. Kialakulásában több tényező is szerepet játszhat, például a munka és a magánélet egyensúlyának felbomlása, a magas munkaterhelés, a maximalizmus és a monotonitás; a folyamat elégedetlenséghez, motiválatlansághoz, mentális tehetetlenséghez és szociális izolációhoz vezethet (Czeglédi & Tandari-Kovács, 2019; Fülöp, 2019; Maslach & Leiter, 2016).

Az állapot többdimenziós jelenség: 1. Az emocionális kimerültség energiakimerültségben, krónikus fáradtságban, gyengeségben, gyakori fejfájásban és szomatikus zavarokban mutatkozik meg. 2. A deperszonalizáció a másoktól való elidegenedéssel, közönyös, távolságtartó attitűddel, negativizmussal és cinizmussal jár. 3. A személyes teljesítményérzés hiánya önértékelési zavarral, a szakmai hatékonyság és a kompetenciaérzés csökkenésével, munkahelyi hiányzásokkal és pályaelhagyással társul (Ádám et al., 2015; Feith et al., 2007). Megjelenését kifejezetten az emberi problémákkal foglalkozó segítő szakmákhoz kötik, mint az egészségügy és a szociális szféra. Maslach, a kiégéskutatás elismert képviselője szerint a kiégés során az egyén az érzelmi kapacitás kimerülése miatt a törődési hajlamát veszíti el mindazokkal szemben, akikkel kapcsolatot tart fenn (Maslach & Leiter, 2008). Az elsőként jelentkező emocionális kimerülés pszichoszomatikus panaszokat – fejfájást, alvászavart, gyomorpanasz-

kat – okoz; később önértékelési problémák, szorongás, depresszió, valamint addikciók alakulhatnak ki. Szervezeti és társadalmi szinten az állapot rontja a munka minőségét, eredményességét és a szakma megbecsülését (Nagy, 2007; Mák et al., 2021).

Az átlagéletkor kitolódásával növekszik a krónikus betegségek és a demencia előfordulási gyakorisága, valamint a gondozás időtartama (Boros et al., 2021; Kovács, 2015), az informális gondozók megterhelődése és érzelmi kimerülése pedig jelentősen nő (Tróbert, 2019). A szakosított ápolást-gondozást nyújtó intézményekbe kerülő, demenciával élő idős emberek jellemzően már a betegség előrehaladott állapotában veszik igénybe a szolgáltatást, ami fokozza a segítő szakemberek terheit (Gyarmati, 2010). A vizsgálatok szerint a súlyos állapotú betegeket hosszú távon gondozók esetében a kapacitás folyamatos terhelődése, az érzelmi megterhelés, a gondozottak állapotának folyamatos romlása és a kevés sikerélmény fokozzák az érzelmi és fizikai kimerültséget, amely a kiégés kialakulásához vezethet (Szabó et al., 2008). A fizikailag nehéz, gyakran monotonná váló feladatok, a haldoklással, halállal és gyásszal járó érzelmi terhek, valamint az ellátottak családtagjainak időnként irreális elvárásai tovább növelik a terhelést (Billérdi, 2017). Szociális bentlakásos intézményben végzett korábbi felmérés szerint az ápolók több mint 80%-a depressziós tünetektől szenvedett, kétharmaduk pedig a kiégettség határát súrolta (Staller et al., 2019). Az idős betegeket ápoló szakembereknél a vizsgálatok szignifikánsan magasabb vitális kimerültséget és munkahelyi stresszt, valamint alacsonyabb szakmai megbecsültséget, elégedettséget és társas támogatottságot mutattak ki a hospice-ellátásban dolgozókhöz képest (Kovács et al., 2012). A kutatók szerint az idősellátásban hiányzik a megfelelő pszichés-szociális támogatás, a rendszeres esetmegbeszélés, a szupervízió és a hatékony teammunka (Szabó, 2014).

A kiégésnek a társadalmi és gazdasági hatásai mellett munkahelyi szintű következményei is vannak: megnövekszik a fluktuáció és a pályát elhagyók száma (Czeglédi & Tandari-Kovács, 2019). A túlterhelés nyomán egészségkárosító életmód jelenhet meg, a kialakuló testi-lelki egészségkárosodások pedig hosszan tartó kezelést, egészségügyi ellátást és betegség miatti munkaerő-kiesést vonnak maguk után (Kollár, 2014). Továbbá a krónikus fáradtság a munkahelyi teljesítmény csökkenését és az ápolás minőségi romlását generálja. A munkaerő fluktuációja jelentős anyagi és adminisztrációs többletterhekkel – például folyamatos munkaerő-toborzással – terheli a munkáltatókat (Lakossági mentális egészségtudatosság és támogató hálózat fejlesztése munkacsoport, 2019).

Célkitűzés

A tanulmány célja azoknak a tényezőknek a feltárása volt, amelyek egy szakosított bentlakásos idősothon demensellátásában részt vevő dolgozók kiégéséhez hozzájárulnak.

Anyag és módszer

A kutatás kvantitatív, kérdőíves módszerrel készült egy egyházi fenntartású idősok otthonában, 2024-ben. Az intézmény vezetője hivatalos engedély formájában hozzájárult a felméréshez. A munkatársak tájékoztatást kaptak a vizsgálat céljáról, az önkéntességről, az anonimitásról, a Helsinki Nyilatkozat elveivel összhangban (URL2).

Az adatfelvétel papíralapú, saját szerkesztésű kérdőívvel történt, amelynek kitöltése előtt három fővel próbavizsgálat (pilot study) készült az esetleges módosítás szükségességének felmérése érdekében. Az anonimitás megőrzése érdekében a dolgozók az intézmény különböző területein kihelyezett, erre a célra készített dobozokban helyezték el a kitöltött kérdőíveket.

A kérdőívet 165 ellátott mindennapi ápolását-gondozását végző ápoló, gondozó és kisegítő személyzet töltötte ki. Beválasztási kritérium volt, hogy a kitöltők három hónapnál hosszabb ideje dolgozzanak az intézményben. Az intézményben élő ellátottak átlagéletkora 81,42 év volt; a súlyos és középsúlyos demenciában szenvedők száma meghaladta a 80 főt, az inkontinenseké a 100 főt.

Az intézmény dolgozóinak létszáma az adatfelvételkor 92 fő volt, közülük 83 fő felelt meg a beválasztási kritériumoknak. Az önkéntes, névtelen kitöltést követően 70 kérdőív (84,33%) volt alkalmas a teljes körű adatelemzésre és értékelésre; 13 fő (15,66%) nem adta le a kérdőívet. Az adatok elemzéséhez a Microsoft Excel program leíró statisztikai mutatóit (átlag, szórás, minimum–maximum, százalékos megoszlás) alkalmaztuk.

Eredmények

A szociodemográfiai felmérés alapján a szakosított bentlakásos intézményben idős és demens betegeket közvetlenül vagy közvetve ellátók átlagéletkora 50 év (szórás: 11 év; minimum–maximum: 22–73 év; életkorát 66 fő adta meg); az 50–60 évesek aránya 32,85%, a válaszadók 94,28%-a nő. A résztvevők több mint 40%-a házasságban él, és átlagosan két gyermeket nevel. A végzettség szerinti megoszlás: 34,29% szakmunkás/szakiskolai, 31,43% középiskolai (érettségi), 8,57% felsőfokú (főiskolai), 25,71% pedig általános iskolai végzettségű. Szakképesítés

tekintetében a legnagyobb arányban egyéb végzettséget jelöltek meg (32,86%); szakképesítéssel nem rendelkezett a válaszadók 27,14%-a, szociális gondozó és ápoló végzettsége szintén 27,14%-nak volt. Alacsony az egészségügyi végzettségűek aránya, egyetemi végzettséggel senki nem rendelkezik, és az idős- és demensellátást közvetlenül végző ápolószemélyzetnek mindössze 10%-a rendelkezik demenciagondozói képesítéssel.

A munkaidőre vonatkozó adatok alapján a szociális szférában eltöltött átlagidő 11,42 év (szórás: 9,25 év; minimum–maximum: 3 hónap–32 év; a kérdésre 59 fő válaszolt). A 70 főből 49 fő kevesebb mint fél órát tölt utazással. A válaszadók 68,57%-a dolgozik hétvégén műszakban, 4 és 24 óra közötti időintervallumban, átlagosan 10,5 órát (szórás: 4,23 óra); ebbe az ápoló, gondozó, műszaki és élelmezési egység tagjai is beletartoznak. Éjszakai munkarendben az ápoló-gondozó személyzet 19 tagja vesz részt. Túlórát az intézményen belül 31 fő, a megkérdezettek 44,28%-a vállal. Az intézményt 4 fő másodállásként jelölte meg, a főállásúak 17,14%-a pedig az egészségügyben, a szociális szférában vagy szakmán kívüli területen vállal mellékjövedelmet biztosító munkát, havi 10 és 84 óra közötti időtartamban.

A válaszadók 52,85%-a (n=37) nyilatkozott úgy, hogy korábban már foglalkozott a pályaelhagyás gondolatával, 28,57%-uk (n=20) alkalmanként foglalkozik vele, 5,71%-uk (n=4) pedig jelenleg is aktívan fontolgatja ezt a lépést. A „nem” választ a kitöltők 47,14%-a (n=33) jelölte, míg az „igen” választ – amely az aktuális vagy erős korábbi megfontolásokat tükrözi – 25,71% (n=18) adta; a kérdésnél több válasz is megjelölhető volt. Az eredmények alapján a megkérdezettek több mint felében legalább egyszeri formában már megjelent a pályaelhagyás gondolata, a jelenleg aktívan tervezők aránya ugyanakkor viszonylag alacsony.

A munkahelyi elégedettség vizsgálat során a dolgozók több mint fele elégedett volt a munkahelyi légkörrel, a munkaközösséggel és a teammunkával, a felmerülő munkahelyi problémák megbeszélésével, a vezetőség nyitottságával és problémamegoldásával, valamint a tárgyi felszereltséggel. Az elégedetlenek (az „elégedetlen” és a „nagyon elégedetlen” válaszok együtt) aránya tételenként változó: munkahelyi légkör 12,86%, munkaközösség 7,14%, munkahelyi problémák megbeszélése 22,86%, vezetőség nyitottsága 5,71%, problémamegoldás 7,14%, tárgyi felszereltség 17,14% (I. táblázat).

A „Mennyire érzi monotonnak a munkáját?” kérdésre a válaszadók 54,28%-a (38 fő) a „ritkán”, 25,71%-a (18 fő) a „gyakran”, 14,28%-a (10 fő) a „soha”, míg 5,71%-a (4 fő) a „teljesen” választ jelölte meg (II. táblázat). A dolgozók 25,71%-a az érzelmi

I. táblázat. Munkahelyi elégedettség (4 fokozatú skála, n=70)

Tétel	Nagyon elégedetlen
Munkahelyi légkör	2,9%
Munkaközösség	2,9%
Munkahelyi problémák megbeszélése	4,3%
Vezetőség nyitottsága	4,3%
Vezetőség problémamegoldása	5,7%
Munkahelyi felszereltség	5,7%

Forrás: Saját szerkesztésű kérdőív (2024); a főértékek a 70 fő mintából számítva.

II. táblázat. A munka monotóniájának megítélése (n=70)

Válasz	Fő	Százalék
Teljesen	4	5,7%
Gyakran	18	25,7%
Ritkán	38	54,3%
Soha	10	14,3%
Összesen	70	100,0%

megterhelést, 17,14%-a pedig a fizikai megterhelést emelte ki.

A fáradtságra és az alvásminőségre vonatkozó kérdésblokk alapján a dolgozók 79%-a gyakran érzi magát fáradtnak, 70%-uk gyakran kimerült, és szintén 70% számolt be gyakori fizikai kimerültségről; érzelmi kimerültséget a válaszadók 59%-a jelzett. A kitöltők 69%-ánál előfordul, hogy nem tud lazítani, 46%-uk rosszul alszik éjszaka, 41%-uknak pedig nehézséget okoz az elalvás. Az érzelmi érintettséget jelzi, hogy a válaszadók 74%-át megviseli egy-egy gondozott halála, 69%-uk pedig túlzott mértékben együttérez a demenciával élő gondozottakkal, illetve a hozzátartozókkal (III. táblázat).

A dolgozók egy ötfokozatú Likert-skálán értékelték érzéseiket 15 állítás mentén (0=nem jellemző, 4=jellemző); a 15 állításra átlagosan 67 fő válaszolt. A fokozódó terhelést/erőfeszítést a válaszadók 24%-a tartotta jellemzőnek, 13%-ukat pedig ez nagyon zavarja. A megbecsülés és az elismerés hiányát 34% jelezte; ezzel szemben 26% szerint ezt megkapja, 19% pedig kissé zavaró tényezőnek tartotta. A bérezéssel kapcsolatban 37% jelzett elégedetlenséget, 20% volt elégedett; túlterheltnek a válaszadók 19%-a érzi magát. A kitöltők 30%-a jellemzően jókedvűnek tartja magát, ugyanennyien pedig jelezték, hogy ez egyáltalán nem jellemző rájuk.

A Maslach Burnout Inventory (MBI) tételeit a válaszadók közül 4 fő nem töltötte ki; néhány kitöltő hiányos válaszai miatt az egyes elemzések eltérő

III. táblázat. Fáradtság és alvásminőség (n = 70)

Kérdés	Igen	Nem
Rosszul alszik éjszaka?	46,0%	50,0%
Gyakran kimerültnak érzi magát?	70,0%	27,0%
Nehézsége van az elalvással?	41,0%	54,0%
Gyakran érzi magát fizikailag kimerültnak?	70,0%	27,0%
Gyakran érzi magát érzelmileg kimerültnak?	59,0%	39,0%
Előfordul, hogy túl korán ébred, és nem tud visszaaludni?	59,0%	39,0%
Éjszaka többször felébred, és nehezen alszik vissza?	41,0%	59,0%
Előfordul, hogy nem tud lazítani?	69,0%	27,0%
Gyakran érzi magát fáradtnak?	79,0%	17,0%
Gyakran ingerlékeny, feszült, ideges?	47,0%	50,0%
Megviseli-e Önt egy-egy gondozott halála?	74,0%	23,0%
Szokott túlzott mértékben együttérezni a demens gondozottal?	69,0%	29,0%
Szokott túlzott mértékben együttérezni a hozzátartozókkal?	69,0%	29,0%

Megjegyzés: Az igen és nem válaszok összege a hiányzó válaszok miatt több tételnél nem éri el a 100%-ot (tételenkénti n=67–70). A 6. tétel nem értéke a nyers adatok alapján javítva: 27 fő (39%).

IV. táblázat. A Maslach Burnout Inventory eredményeinek összesítése

Mutató	Érték
Kiégett az emocionális kimerültség szintjén (magas kategória)	11 fő (16%)
A személyes hatékonyság csökkenése (alacsony kategória)	8 fő
Támogatásra szoruló dolgozók	19 fő (27%)
Közepes kategóriába eső, kiégésközeleli értékek	50 fő
Összpontszám átlaga (szórás)	21,78 pont (19,95)
Összpontszám minimuma–maximuma (terjedelem)	0–59 pont (59)

Megjegyzés: Az MBI-t 70 főből 4 fő nem töltötte ki; a hiányos kitöltések miatt az elemzések átlagosan 64 fő adatán alapulnak. Ponthatárok: emocionális kimerülés 0–21 / 22–31 / 32+; deperszonalizáció 0–12 / 13–17 / 18+; személyes hatékonyság 0–20 / 21–28 / 29+; összpontszám: alacsony 0–53, közepes 56–76, magas 79 felett.

elemszám (átlagosan 64 fő) mellett készültek. A 22 állításból álló, hétfokozatú Likert-skálát alkalmazó kérdőív arról ad információt, hogy a munkavállalók mennyire élik meg megterhelőnek a munkájukat (URL3). Az emocionális kimerülést 9 tétel vizsgálja (alacsony: 0–21 pont, közepes: 22–31 pont, magas: 32 pont felett), a személytelen bánásmódot 5 tétel pontozza (alacsony: 0–12 pont, közepes: 13–17 pont, magas: 18 pont felett), a személyes hatékonyságot pedig 8 tétel méri (alacsony: 0–20 pont, közepes: 21–28 pont, magas: 29 pont felett). Az összes kérdésre adott válaszok összpontszáma alapján a kiégés mértéke: alacsony 0–53 pont, közepes 56–76 pont, magas 79 pont felett; az emocionális kimerülés és a deperszonalizáció magas, valamint a személyes tel-

jesítmény alacsony értékei jelzik a kiégés jelenségét. A válaszok összesítése alapján az emocionális kimerültség szintjén 11 fő (16%) tekinthető kiégettnek, a személyes hatékonyság csökkenése 8 főt érintett; összességében 19 fő (27%) szorul támogatásra. Az összpontszámok átlaga 21,78 pont (szórás: 19,95; minimum: 0, maximum: 59 pont). Közepes kategóriába eső értéket 50 fő ért el, ami arra utal, hogy ők közel állnak a kiégéshez (**IV. táblázat**).

Az intézmény dolgozóinak 57,14%-a elégedetlenségét fejezte ki a megterhelő érzelmi és fizikai munkáért járó fizetéssel kapcsolatban. A fokozatosan súlyosbodó állapotú idős és demens betegek emelkedő ellátási szükségleteinek kielégítése megterhelő, és nincs arányban a bérezéssel. Mivel a fizetés a megélhetéshez szükséges kiadásokhoz képest alacsonynak bizonyul, a megkérdezettek 44,28%-a túlóra vállalásával, 17,14%-a pedig másodállással egészíti ki jövedelmét.

Megbeszélés

A vizsgálat eredményei szerint az intézmény dolgozói állománya idősödő: az átlagéletkor 50 év, kevés a fiatal munkatárs, és a dolgozók jelentős része néhány éven belül nyugdíjba vonul. Az egészségügyi végzettségük aránya alacsony, egyetemi végzettségű dolgozó nincs, és a demensellátást közvetlenül végzők mindössze 10%-a rendelkezik demenciagondozói képesítéssel. Mindez a vizsgált intézményben fokozódó munkaerőhiány kialakulását vetíti előre, ami illeszkedik a szociális szféra szakirodalomban leírt, országos tendenciáihoz, miközben az egészségügyi és szociális ellátórendszer egyre több kihívással néz szembe az idős- és demensellátás terén. Az ellátási problémák mikroszinten gyakran összefüggésben állnak egymással, ezért az egészségügyi és a szociális szféra szorosabb együttműködésére lenne szükség (Gyarmati, 2019).

A megkérdezettek több mint felében már megjelent a pályaelhagyás gondolata, amelynek hátterében az eredmények alapján elsősorban az alacsony jövedelem, valamint a túlzott érzelmi és fizikai megterhelés áll. A dolgozók 57,14%-a elégedetlen a bérezéssel, 44,28%-uk túlórával, 17,14%-uk másodállással egészíti ki jövedelmét. Ez összhangban áll azokkal a megállapításokkal, amelyek szerint a szociális ágazat

bérei nem versenyképesek, ami tartós fluktuációt és munkaerőhiányt eredményez (URL4). A 2026. évi béremelés az ágazatban egységesen 15%-os bérfejlesztést irányzott elő, amely az alapilletmény és az ágazati pótlékok együttesére terjed ki (URL5), a bérkülönbség azonban az egészségügyi szakdolgozók béreihez képest továbbra is jelentős.

A dolgozók 79%-a fáradtságról, 70%-a gyakori fizikai és 59%-a érzelmi kimerültségről számolt be, ami a kiégés első, emocionális kimerüléssel járó szakaszának kockázatát jelzi. A Maslach Burnout Inventory eredményei alapján a kiégettség az érzelmi kimerültség szintjén a válaszadók 16%-át érintette, a személyes hatékonyság csökkenése 8 főnél jelentkezett, összességében pedig a kitöltők 27%-a szorult támogatásra. Külön figyelmet érdemel, hogy közepes kategóriába eső értéket 50 fő ért el, vagyis a kitöltők jelentős része a kiégés szempontjából veszélyeztetettnek tekinthető. Ezek az eredmények illeszkednek a szociális bentlakásos intézményben végzett korábbi felméréshez, amelyben az ápolók kétharmada a kiégettség határát súrolta (Staller et al., 2019), és összhangban állnak azokkal a kutatásokkal is, amelyek az idősellátásban dolgozóknál magasabb vitális kimerültséget és munkahelyi stresszt igazoltak (Kovács et al., 2012). Figyelemre méltó ugyanakkor, hogy a dolgozók több területen – a munkahelyi légkörrel, a munkaközösséggel és a vezetéssel – elégedettek, ami védőfaktorként szolgálhat a kiégéssel szemben.

A gondozási szükségletek emelkedésével és a gondozottak állapotának folyamatos hanyatlásával az intézményben dolgozók pszichés és fizikai terhelése tovább nő (Staller et al., 2019). A családok gondoskodása gyakran a teljes pszichés és fizikai kimerülésig tart, és a demenciával élő családtagot sokszor csak az utolsó pillanatban helyezik el bentlakásos idősotthonban (Steinsheim et al., 2023), így az ellátottak már előrehaladott, súlyos egészségügyi és mentális állapotban érkeznek, ami tovább fokozza az ápolók terheit, akiknek a megnövekedett szükségletek kielégítése mellett már nem marad idejük saját mentális állapotuk megóvására (Szabó,

2019). Az egészségügyi és gondozói dolgozók jóllétének védelmére a WHO 2022-ben globális cselekvési felhívást fogalmazott meg (Abdul Rahim et al., 2022).

A vizsgálat korlátai közé tartozik, hogy egyetlen intézményben, saját szerkesztésű kérdőívvel és leíró statisztikai módszerekkel készült, ezért az eredmények nem általánosíthatók: a levont következtetések a vizsgált intézményre vonatkoznak. Az eredmények ugyanakkor összhangban állnak a hazai és a nemzetközi szakirodalom megállapításaival, és kiindulópontként szolgálhatnak további, több intézményre kiterjedő vizsgálatokhoz.

Az eredmények alapján a vizsgált intézményben a kiégés megelőzése érdekében indokolt a rendszeres esetmegbeszélések, szakmai konzultációk és a szupervízió biztosítása, valamint a teammunka erősítése, hiszen a dolgozók és az ellátottak jólléte nagyrészt a vezetés minőségén múlik. A gondozók szakmai ismereteinek folyamatos bővítése mellett a hozzátartozók, a közösségek és a társadalom demenciával kapcsolatos tudásának fejlesztése is szükséges, ami elősegíti a laikus és a professzionális szereplők együttműködését (Vajda, 2020). A személyközpontú gondozási megközelítés – amely az ellátott mellett a gondozók jóllétét is szem előtt tartja – kiindulópontja lehet a monotonitás, az ápolási és érzelmi kihívások kezelésének, valamint a kiégés megelőzésének (Karándi et al., 2019; Skultéti, 2020). Amíg makroszinten nem születik megoldás az ágazat bérezési és létszámproblémáira, vezetői szinten a megelőző technikák, a tréningek, valamint az ápolás- és munkaszervezési megoldások alkalmazása csökkentheti az ápolók megterhelését.

Szerzői munkamegosztás: P. A.: koncepcióalkotás, módszertan, szakirodalmi feldolgozás, adatgyűjtés, adatelemzés, értelmezés; S. J.: témavezetés, a kézirat eredeti változatának elkészítése, szövegezés.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalomjegyzék

- 1/2000. (I. 7.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális intézmények szakmai feladatairól és működésük feltételeiről (2000). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000001.scm>
1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról (1993). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300003.tv>
- 2025 Alzheimer's disease facts and figures (2025). *Alzheimer's & Dementia*, 21(4), e70235. <https://doi.org/10.1002/alz.70235>
- 55/2015. (XI. 30.) EMMI rendelet egyes szociális és gyermek-

- jóléti tárgyú miniszteri rendeletek módosításáról (2015). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1500055.EMM-&ctxreferer=99800015.NM>

- 8/2000. (VIII. 4.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást végző személyek adatainak működési nyilvántartásáról (2000). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0000008.scm>

- 9/1999. (XI. 24.) SzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó szociális ellátások igénybevételéről (1999). <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99900009.scm>

- Abdul Rahim, H. F., Fendt-Newlin, M., Al-Harashsheh, S. T., & Campbell, J. (2022). *Our duty of care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers*. WISH. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/working4health/20221005-wish-duty.pdf>
- Ádám, S., Nistor, A., Nistor, K., Cserhádi, Z., & Mészáros, V. (2015). A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezők feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében. *Orvosi Hetilap*, 156(32), 1288–1297. <https://doi.org/10.1556/650.2015.30220>
- Belügyminisztérium. (2022). *Egészségügyi szakmai irányelv: A demencia körisméztése, kezelése és gondozása*. https://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/EOSZEF_letolthetodoku/002104-2022_A_demencia_korismezese_kezelese_es_gondozasa&inline=true
- Billérdi, K. (2017). *Kiégés prevenció és stresszkezelés az idősellátásban dolgozó szakembereknek: hallgatói tananyag*. Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság. http://prekogalfa.hu/documents/efop/TF_IE_KS_Hallgatoi_170927_FIN.pdf
- Boros, J., Gábor, D., & Monostori, J. (2021). Idősödés. *Demográfiai portré 2021*, 163–182. <https://demografia.hu/kiadvanyonline/index.php/demografiaipotre/article/view/2832/2722>
- Czeglédi, E., & Tandari-Kovács, M. (2019). A kiégés előfordulása és megelőzési lehetőségei ápolók körében. *Orvosi Hetilap*, 160(1), 12–19. <https://doi.org/10.1556/650.2019.30856>
- Feith, H. J., Kovácsné Tóth, Á., Hajagos, O., & Balázs, P. (2007). Hivatáspresztíz és önértékelés: Összehasonlító elemzés diplomás ápolónők és orvosnők véleménye alapján. *Nővér*, 20(2), 3–10.
- Fekete, M. (2019). Demencia és társadalmi fenntarthatóság. *Esély: Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat*, 30(2), 31–53.
- Fülöp, R. (2019). *A munkahelyi stressz és az egészség összefüggései* [Szakdolgozat, Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar].
- Gyarmati, A. (2010). Demensek a szociális ellátórendszerben. *Kapocs*, 9(45), 36–47. <http://epa.oszk.hu/02900/02943>
- Gyarmati, A. (2019). *Idősödés, idősellátás Magyarországon*. A Friedrich-Ebert-Stiftung Budapesti Irodája. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/budapest/15410.pdf>
- Kárándi, E., Kovács, Z., & Rettge, Z. (2019). *Demenciával élő személyek ellátása és gondozása, valamint a demenciával élő személyek viselkedésváltozásai: hallgatói tananyag*. Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság. http://prekogalfa.hu/documents/efop/TF_DEV_PDF.pdf
- Kollár, C. (2014). A munkahelyi kiégés (burnout szindróma) elméleti megközelítése, kutatási irányai és közgazdaságtudományi aspektusa. *Fluentum*, 1(3), 1–19. http://epa.oszk.hu/02500/02560/00003/pdf/EPA02560_fluentum_2014_03_drkollarsaba.pdf
- Kovács, M., Kovács, E., & Hegedűs, K. (2012). Az érzelmi munka és a kiégés összefüggései egészségügyi dolgozók különböző csoportjaiban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 219–241.
- Kovács, T. (2015). *Interprofesszionális együttműködési lehetőségek az egészségügyben: a demencia diagnózisa és kezelése*. INDA. https://demencia.hu/storage/kovacs_tibor-UVZoL.pdf
- Központi Statisztikai Hivatal. (2024). 3.5. Szociális ellátás. In: Központi Statisztikai Hivatal (Ed.), *Magyar statisztikai évkönyv, 2024*. KSH. https://www.ksh.hu/evkonyvek/2024/magyar-statisztikai-evkonyv-2024/pdf/statevk2024_3_5.pdf
- Lakossági mentális segítségnyújtás és támogató hálózat fejlesztése munkacsoport (2019). *Kézikönyv a stresszkezelés és kiégésmegelőzés-képzés résztvevői számára*. Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése. <https://efop180.antsz.hu/tajekoztetok-nepegessegugy/oktatasi-segedanyagok/Ielki-egeszseggel-kapcsolatos-kepzesek-segedanyagai/386-kezikonyv-a-stresszkezeles-es-kiegesmeg-elozes-kepzes-resztvevoi-szamara.html>
- Mák, K., Kapus, K., Tóth, G., Hesszenberger, D., Pohl, M., Pusch, G., Fejes, É., Fehér, G., & Tibold, A. (2021). Neuropathic Low Back Pain and Burnout among Hungarian Workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2693. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052693>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Nagy, E. (2007). *Egy segítő foglalkozás képviselőinek pályaképe a kiégés szempontjából* [Doktori (PhD) értekezés, Debreceni Egyetem]. <https://dea.lib.unideb.hu/server/api/core/bitstreams/4d237002-bc14-46f8-94d9-d257d01d045f/content>
- Ónody, S. (2001). Kiégési tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai Szemle*, 51(5), 80–85. <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00049/2001-05-ta-Onody-Kiegesi.html>
- Skultéti, J. (2020). *Szolgáltatás elemei és szervezési lehetőségei*. INDA. https://demencia.hu/storage/skulteti_jozsef_zlCX.pdf
- Staller, J., Kovács, Z., & Pálvolgyi, M. (2019). Ki segít a segítőknek? – Demens betegeket gondozó ápolók pszichoszociális jellemzői. *Nővér*, 32(1), 18–24.
- Steinheim, G., Malmedal, W., Follstad, T., Olsen, B., & Saga, S. (2023). Factors associated with subjective burden among informal caregivers of home-dwelling people with dementia: a cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 23(1), 644. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04358-3>
- Szabó, L. (2014). A professzionális és informális segítők szerepe az idősök otthoni ellátásában. *Esély: Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat*, 25(2), 79–93.
- Szabó, L. (2019). Demenciával küzdő idősök segítése a bentlakásos otthonban. In: L. Szabó (ed.), *Időskori demenciák családi, társadalmi és pszichológiai vonatkozásai*. Budapest: Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/9789634544388>
- Szabó, N., Hegedűs, K., Szabó, G., & Kopp, M. (2008). Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21(1), 10–17.
- Tróbert, A. M. (2019). *Idős hozzátartozót gondozók megterheltsége* [Doktori értekezés, Semmelweis Egyetem]. https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/8645/trobertanettmaria_d_DOIs.pdf?sequence=1
- Vajda, N. (2020). Demencia Magyarországon. A 21. század egyik legnagyobb társadalmi kihívása. *Szellem és Tudomány*, 11(Klnsz), 687–696. https://matarka.hu/koz/ISSN_2062-204X/11_evf_1_klsz_2020/ISSN_2062-204X_11_evf_1_klsz_2020_687-696.pdf
- World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2098e5be-c7f3-4365-aebf-36204459794f/content>
- URL1: Központi Statisztikai Hivatal. (2019). *Időskoriúak gondozása – Idősok tartós bentlakásos elhelyezése*. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/idos/idoskoraug_gondozasa/index.html
- URL2: World Medical Association. (2024). *WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human participants*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/>
- URL3: Pecze, H. (2021). *Maslach féle kiégés / burnout teszt*. <https://peczenhenriettacoach.hu/2021/02/10/maslach-fele-kieges-teszt/>
- URL4: Gyarmati, A. (2021). *Az alacsony bérek oka és következményei a szociális ágazatban*. Ellensúly. <https://ellensuly.hu/az-alacsony-berek-oka-es-kovetkezményei-a-szociális-agazatban/>
- URL5: Bérek-bérpótlékok 2026. (2026). <https://tamatogatoweb.hu/berek-berpotlekok-2026/>