

Orvosok, egészségügyi dolgozók metálhigiénés továbbképző programja. A gyógyító egészsége.

Készítette: Dr. Elekes Zsolt Boromeus Kft. 2009

Célkitűzés

Olyan hosszútávú továbbképző program összeállítása egészségügyi dolgozók számára, amely a segítői/gyógyítói hivatás gyakorlásával kapcsolatos, a gyógyítás folyamatával szorosan összefüggő jelenségek kezeléséhez nyújt hatékony segítséget, különös tekintettel az orvos-beteg kapcsolat, a szervezeten belüli kommunikáció, a segítői foglalkozásúak körében gyakori kiegészi szindróma és az ezt kiváltó stressz kezelésére.

Idea

Hosszútávú partnerségi kapcsolat kiépítése egészségügyi szolgáltatókkal, orvos-szakmai szervezetekkel, melynek pillérei:

szakmai továbbképző program,

a kérdéskörrel foglalkozó internetes portál,

Szervezeti tanácsadás Eü szolgáltatóknak

Kapcsolat a témával foglalkozó más szakmai szervezetekkel (alapítványok, szakmai műhelyek, társaságok)

Módszer

A mentálhigiénés fejlesztés egyéni és szervezeti szinten is fejlődési folyamat eredménye , mely eredmény leginkább akkor mutatkozik meg, amikor a két folyamat időben párhuzamosan halad.

Egyéni szinten

Az első lépés a továbbképző programban való részvétel. Mivel a képzés elsősorban gyakorlati jellegű, helyszíne külső, szabadidős tevékenységre, feltöltődésre alkalmas helyszín. A csoport létszáma 20-30 fő. Elsődleges fontosságú a résztvevők kötetlen kommunikációja, eszmecsereje.

A továbbképző programot az internetes közösségi portál támogatja, ahol a résztvevők továbbfejleszthetik, továbbvihetik a megszerzett ismereteket, megismerhetik a partnerszervezetek, szolgáltatók tevékenységét, esetleges problémáik megoldásához szakértő segítségét kérhetik. A közösségi portál elősegíti továbbá önszorgító csoportok szerveződését, valamint a látogatottság értékelésével a program hatékonyságára lehet következtetni.

Szervezeti szinten

Az egészségügyi intézmények működésének sajátosságai alapvetően befolyásolják munkavállalók körülményeit és ezen keresztül is a gyógyítás minőségét . Az egyéni fejlesztési programok erősítik az egyén megküzdési képességét, de hosszan tartó eredményt csak a szervezeti struktúra optimalizálásával lehet elérni.

A szervezeti tanácsadás folyamán nem egy külső modell- az adott szervezetre történő – adaptálásáról van szó, hanem a helyi viszonyok feltárásán keresztül, a lehetőségek ismeretében történő szervezeti optimalizálásáról, melynek fő pillérei a kommunikáció, a kompetencia és a munka feletti kontroll.

A mentálhigiénés program megvalósítását több lépcsőben képzeljük el. A továbbképzés célja célja a témakör sokoldalú körbejárása, a lehetséges prevenciós illetve intervenciós módszerek gyakorlati bemutatása. Szintén célunk a pozitív példamutatás, ezért a továbbképzés egyes elemeit rekreációs programokkal kötjük össze. Szerenénk, ha a tréningen résztvevők szellemileg és fizikailag is feltöltődve távoznának.

A webportál segítségével szeretnénk támogatást nyújtani résztvevőink további egyéni fejlődéséhez, legyen szó akár csak egy közeli sportolási lehetőség felkutatásáról, vagy egy pszichodrámacsoporthoz való csatlakozásról, de akár párkacsolati, vagy addikciós problémákkal foglalkozó megfelelő szakember ajánlásáról.

Szeretnénk, ha a tréningen részt vett egészségügyi vezetők, az elsajátított ismereteket továbbgondolnák és közösen megalapozhatnánk a hosszútávú további együttműködést.

Munkatársak

A program megvalósításához több különböző területen dolgozó szakember közreműködésére van szükség. Szakértőinken keresztül kapcsolatban vagyunk a mentálhigiénia hazai vezető szakmai műhelyeivel. Tervezzük rekreációs, pszichoterapeuta, szakemberek bevonását, de szükséges szupervízor, coach, illetve a területtel foglalkozó HR szakember közreműködése is. A program értékelésével az adatok feldolgozásával a téma kutatóit bízunk meg.

Hatékonyság

Mivel a programterv hosszú távú együttműködésen alapul, mód nyílik és szükséges is a program hatékonyságát validált módszerekkel ellenőrizni. Terveink szerint a program része a résztvevők pszichikai, szociális állapotának önértékelő kérdőíves felmérése, melyeket - a résztvevők hozzájárulása és az anonimitás biztosítása mellett- összegyűjtve, olyan minőségi információt tudnánk biztosítani szakemberek számára, aminek a feldolgozása a téma további kutatását nagyban segítené. Amennyiben az internetes portál közösségformáló szerepe reményeink szerint alakul, a programban résztvevők pályájának hosszútávú követése is lehetővé válik.

A programterv szakmai háttere

Az egészségügyben dolgozók munkáját számos hazai és nemzetközi tanulmány vizsgálta, vizsgálja, megállapításaikra alapozzuk továbbképző programunkat. A tanulmányok kitérnek a segítők személyiségének vizsgálatára. Azonosítják a munkavégzéssel kapcsolatos stressz forrásokat, vizsgálják a munkahelyi stressz következményeit, mind a segítők személyiségére, egészségi állapotára, mind a munkaszervezetre és nem utolsósorban az orvos-beteg kapcsolatra vonatkozóan.

A továbbképző program egyik hangsúlyos eleme az egészségügyi dolgozók **önismereti képzésének** előmozdítása- amely összhangban van a WHO ajánlásával - melynek célja a jobb

orvos-beteg kapcsolat kialakítása, a gyógyítás nem objektív feltételeinek javítása, a beteg megnyerése, a terápiához kapcsolódó jobb compliance érdekében.(1)

Különösen indokolt az önsimereti képzés beemelése a különböző egészségügyi szakmák továbbképző programjaiba annak ismeretében, hogy több tanulmány szerint az egészségügyi pályával összefüggő pszichikai kihívások már a képzés ideje alatt jelentkeznek, de az egészségügyi pályára felkészítő magatartástudományi tárgyak, háttérbe szorulnak a képzés ideje alatt (4)

Az elméletileg fontosnak tartott készségek fejlesztéséhez a napi gyakorlatban kisebb jelentőséget tulajdonítanak.

Az önismereti képzés tematikája a szakirodalomban hangsúlyosan kiemelt témakörök köré épül.

A segítői szerepben a segítő személyisége sokkal nagyobb mértékben van jelen, mint a nem kliens központú szakmákban. Az alapvetően humanitárius beállítottság nárcisztikus tulajdonságokkal is keveredhet, a szerepválasztás belső szükségletet is kielégít. (Wolfgang Schmidbauer 1977 „**segítő tünetcsoport**”) Egy határon túl, a túlzott segítő magatartás helper szindrómához(kimerülés, cinizmus, depresszió) , majd később kiégéshez vezethet . Fontos tudatosítani, hogy a segítőnek is szüksége lehet segítségre(1)

Összevetve az orvosok személyiségjegyeit, a társadalmi státusz szerint illesztett kontrollcsoporttal, a nemkívánatos személyiségjegyek közül az orvosokra jellemzőbbek voltak az alábbiak: nagyobb mértékű függőség, passzivitás, pesszimizmus, önértékelési zavar. (2)

Felmérések tanúsága szerint az egészségügyi dolgozók nem szívesen nyilatkoznak egészségügyi állapotukról. Egy 2005-ös magyarországi anonim kérdőíves felmérés alapján, a kiküldött kérdőíveknek kevesebb mint felét küldték vissza, a válaszadóknak csak 13% volt orvos és a válaszolók közül csak 17,6 % volt férfi. (3)

Közismerten az egészségügyben dolgozók a legrosszabb betegek , csak akkor kérnek segítséget amikor már nagyon súlyos állapotban vannak. Általában ezt megelőzi egy hosszabb öngyógyító periódus. A jelenséget felismerve Nagy-Britanniában 1986-tól országos, telefonos lelki tanácsadó szolgálatot vezettek be speciálisan orvosok számára. A problémákkal küzdő orvosok anonim módon kérhetnek tanácsot, illetve, ha hosszabb kezelésre van szükségük, munkahelyüktől távol dolgozó szakembert javasolnak számukra. (Firth-Cozens 2003).(5)

Az önsimereti képzéssel szorosan összefüggő terület az **orvos/segítő-beteg kapcsolat** fejlesztését elősegítő programterv. Az tud mások felé nagyobb empátiával fordulni, aki önmagát jól ismeri. Az is ismert ugyanakkor, hogy a hosszútávú nagyfokú odafordulás érzelmi kimerültséget eredményezhet, ami a segítő kiégéséhez vezethet. A segítő számára a megoldást a beteggel való személytelen bánásmód eredményezheti, aminek a vesztese természetesen a segítségre szoruló beteg.(3) A gyógyítás pszichoszomatikus szemléletének alakításában mérföldkőnek számít Bálint Mihály magyar pszicháter munkássága. Az orvos-beteg kapcsolat minőségét olyan mértékben befolyásolják napjaink társadalmi, szociális és intézményi viszonyai, hogy a program alapját csak a résztvevők személyes tapasztalatain alapuló eszmegbeszélések jelenthetik. A programterv ezen részének a célja a **Bálint csoportmódszer** megismertetése a résztvevőkkel.

A **munkavégzéssel kapcsolatos stressz** és a stressz okozta egészségkárosodás már nem csak a témával foglalkozó szűkebb szakma érdeklődését váltotta ki. A jelenségnek egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak társadalmi és gazdasági körökben is. A felismerés jogalkotói szinten is megjelent, egy 2001-es EU direktíva kimondja, hogy a munkaadó felelős a munkavállaló testi-lelki egészségéért. A munkavédelmi törvény 2007-es módosításával a munkahelyi stresszt beemelték a munkahelyi kockázatok közé, melyet a munkaadónak értékelnie kell. A munkahelyi stressz értékeléséhez nyújt iránymutatást az ILO (International Labour Organisation), valamint értékeli az egyes szakmák képviselőinek munkastressz általi veszélyeztetettségét. Az ILO az egészségügyben dolgozókat a stressz által fokozottan veszélyeztetetteknek tekinti.

Egészségügyi dolgozók körében a stresszforrások három fő komponens köré csoportosíthatók, melyek: a hivatás jellegéből adódó fizikai és emocionális stressz, a munkaszervezet hatása, valamint a munkavégzés feletti kontroll mértéke.

A hivatás jellegéből fakadó stressz összetevői a következők: hosszú munkaidő, fizikai és pszichikai nyomás, gyakori krízis-helyzetek, alacsony jövedelem, adminisztratív terhek, az önértékelés csökkenése. Orvosok körében valószínűleg a legnagyobb stresszt a sikertelen kezelés, a diagnosztikai nehézségek, a betegek elvesztése, a munkavégzésnek a magánéletre gyakorolt hatása jelenti.

A munkastressz összetevői a munkaszervezeten belül a következők: Egyidejű munkavégzés több munkacsoportban, rossz kommunikáció a teamen belül, túl sok változás rövid időn belül, megoldhatatlannak tűnő feladatok, pontosan körül nem határolt munkafeladatok, konfliktus a team többi tagjával, konfliktus az egészségügyi szakszemélyzet többi tagjával, munkaerőhiányból fakadó túlterheltség, az idősebb kollégák támogatásának hiánya, túl sok adminisztráció.

Számos tanulmány emeli ki, hogy a munkavégzés feletti alacsony kontroll fontos faktor a kiégés kialakulásában és fennmaradásában (Ramirez et al. 1996; Agius et al. 1996; Cooper 1989). A munkavégzés feletti kontroll, illetve a munkahelyi kontroll tényezői az alábbiak: a munkabeosztás feletti kontroll, munkaszünetek, munkaórák száma, ellátandó betegek száma, munkahelyi infrastruktúra milyensége, az adminisztratív feladatok mennyisége és a team-munka jellege.(5)

Magyar vizsgálatok eredményeként a munkahelyi kontrollérzés az egyik legfontosabb előreljelője a testi-szellemi egészségnek.(Kopp és mtsa 2000)

A krónikus munkahelyi stressz számos egészségkárosodással jár együtt, olyanokkal, mint a depresszió, a szorongás, az érzelmi kimerültség, a kardiovaszkuláris betegségek (Michie és Williams, 2003). A munkahelyi stressz ráadásul közvetetten hatással van a munkavállaló jóllétére és pszichés erőforrásaira is oly módon, hogy közvetlenül elősegíti az egészségkárosító viselkedést és csökkenti azt a képességét, hogy pozitívan befolyásolja az egészségmagatartását (Landsbergis és mtsai, 1998) A munkahelyi stressz mindezekon túl hozzájárul a **kiégéshez**, különösen az emberekkel foglalkozó foglalkozási körökben, ami ronthatja az ellátás színvonalát.(8)

Az egészségügyi dolgozók egészségi állapotát vizsgálva a következő megállapítások tehetők. Orvosok körében végzett vizsgálatok alapján a kérdezettek 10-20%-ánál találtak pszichiátriai problémákat, a leggyakrabban előforduló kórképek a depresszió, a suicid tendenciák, valamint az addikció. Orvosnők között a depresszió prevalenciája 39% míg átlagpopulációban 25%. Férfi orvosok öngyilkossága háromszor, míg a nőké ötször gyakoribb az átlag népességhez viszonyítva. Különösen veszélyeztettek a fiatalok. Fő okok a depresszió, addikció, kiégés. Az orvosnők élettartama 10 évvel kevesebb mint az átlag népességé. (Molnár és Mezei 1991; Rucinski és Cybulska 1993)(**4**)

Az egészségi állapot alakulásában az orvosnők, még a férfi orvosokhoz képest is veszélyeztetettebb helyzetben vannak, ami a hivatás és családi szerepek összeegyeztethetőségének fokozottabb nehézségeire vezethető vissza.

Különböző elméletek magyarázzák az orvosok nagyfokú szuicidum-veszélyeztetettségét (Olkinuora et al. 1990; Fekete 1991, Tyssen et al. 2001b). Kiemelt jelentőségű a túlterheltség, a gyógyszerek halálos adagjának ismerete, valamint a könnyű hozzáférhetőség. Az orvosok későn kerülnek pszichiátriai kezelés alá, kooperációjuk sem megfelelő a kezelések időtartama alatt. A kezelést általában hosszú, sikertelen öngyógyítási periódus előzi meg.(**5**)

Györfly 2005-ben megjelent tanulmányában a magyar orvosnők a diplomás kontrollcsoporthoz képest többet dohányoztak, több nyugtatót szedtek és kevesebbet sportoltak. A depresszió és az öngyilkossági gondolatok aránya is magasabbnak bizonyult a kontrollcsoporthoz képest. Az orvosnők között lényegesen nagyobb arányban fordultak elő krónikus betegségek és a terhességgel, születéssel kapcsolatos problémák aránya is lényegesen nagyobb volt mint a diplomás kontrollcsoportnál.(**6**)

A kiégés-szindróma (burn-out) az 1970-es években került be az egészségpszichológiai, pszichológiai és orvosi szakirodalomba, mint a „krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő emocionális és mentális kimerülés” állapota (Fekete 1991; Gundersen 2001). Központi motívuma a negatív beállítódás – önmagunkkal, a munkával, az élettel szemben –, valamint az idealizmus, az energia és a céltudatosság elvesztése. Az emberi problémákkal való foglalkozás ára sok esetben a segítők saját pszichikai egyensúlyának felborulása. A tapasztalatok szerint azok az emberek tartoznak a veszélyeztetett csoportba, akik viszonylag hosszú időn át emberekre irányuló, állandó koncentrációt és érzelmi igénybevételt követelő munkát végeznek, és munkájuk során nem túl gyakran számíthatnak egyértelmű, gyors, látványos eredményekre.(**6**)

Az egészségügyben dolgozók a kiégettség szempontjából veszélyeztetett csoportba tartoznak, de a veszélyeztetettség foka különböző szakmák és foglalkozások (orvos ápoló) között eltérő. A legveszélyeztetettebbek az intenzív illetve a krónikus osztályon dolgozók.(**3**)

A magyar egészségügyi dolgozók kiégettségét vizsgáló átfogó tanulmány még nem készült, a nemzetközi kutatások eredményei azonban elgondolkodtatóak. Az Egyesült Államokban, 2001-ben 5.700 orvost vizsgáltak a kutatók, a kiégés előfordulási gyakorisága 22 százalékos volt (Linzer et al. 2001). Ugyancsak az Egyesült Államokban vizsgálták az onkológus szakorvosok kiégettségét. A vizsgált szakemberek több mint felénél (56%) a kiégés kimutatható volt (Whippen–Canellos 1991). 2.400 holland orvost vizsgálva a kiégettség 11% körül alakult. (Linzer et al.2001).(**5**)

A munkahelyi stressznek nem csak a munkavállalókra, hanem a munkaszervezetekre is hatása van. Romlik a munkavállalók teljesítménye, motiváltsága, ezen keresztül romlik a hatékonyság. A következményes hiányzások számának növekedésével és a stressz miatti betegállomány emelkedésével, a kiesés nemzetgazdasági szinten is mérhető. A munkáltatók felelősséggel tartoznak munkavállalóik testi-szellemi egészségéért, felelősségre vonhatók a nem megfelelő kockázatkezelésért, illetve a következményes károkért.

Egy 2009 februári híradás szerint, egy japán munkaadónak tetemes kártérítést kellett fizetnie egy alkalmazottjuk családjának, aki a munkahelyi túlhajszolettság miatt öngyilkosságot követett el. A hokkaidói bíróság szerint a 33 éves férfi öngyilkossága "összefüggésbe hozható a túlmunkával", s a munkaadó "megelőzhette volna az öngyilkosságot, ha csökkenti a férfi munkaidejét, és elküldik pszichiáterhez" (forrás HRportál)

Az egészségügyi intézmények a munkahelyi stresszterheltség szempontjából mindig különösen veszélyeztetettnek számítottak. Az egészségügyben dolgozók munkaköre azért is sajátos, mert a stressz hatása nem nyilvánulhat meg a munkateljesítmény romlásában, ezért inkább a hiányzások magas száma, a fluktuáció és a pályaelhagyás jelzik a probléma jelenlétét (Pikó 2002). (5)

A stressz, kiegészítés kezelés programterv többkomponensű megközelítési módot alkalmaz. Egyrészt célja az egyéni megküzdés képességének növelése, másrészt a munkacsoporton belül a résztvevők egymás közötti kommunikációjának javítása.

Szintén az egyéni szintű problémakezelést célozza, az esetlegesen konkrét szakmai segítségre szoruló munkavállalók támogatása a megfelelő szakszemélyzethez történő irányítással, szaktanácsadással.

A problémakezelés legmagasabb szintje a szervezeti tanácsadás, amikor egy adott kollektíván belül a konkrét szituációra adaptáljuk a prevenció és intervenció lehetőségeit.

A továbbképző program első lépése a munkahelyi stresszforrások azonosítása, majd a megküzdési stratégiák ismertetése. **Időkezelés. Asszertivitás. Relaxációs technikák. Munkán kívüli élet. Kommunikációs gyakorlatok. Konfliktuskezelés. Feltöltődés.**

A munkával okozatlag összefüggő kórképek tekintetében az egyéni egyes dolgozó emberre vonatkozóan diagnózis csak terápiás keretek között állítható fel, (7) ezért a programhoz tartozó webportál segítségével a segítséget igénylők eljuthatnak a megfelelő szakmai segítséget nyújtó szakemberekhez.

Gondolva arra, hogy az egészségügyi dolgozók, nehezebben teszik meg az első lépést, ha segítségre van szükségük a programhoz tartozó webportál „a doktor kérdez az orvos válaszol” anonim fóruma teret enged az első lépések megtételéhez.

Az egyéni megküzdés képessége jó alap a munkahelyi stresszhez való megfelelő adaptációhoz, de jóval hatékonyabb, a kiküszöbölhető stresszforrások eliminálása, a munkavégzés körülményeinek optimalizálásával.

A munkahelyi elégedettség összetevői: 1 optimális igénybevétel-terhelés arány. 2 Kontroll a helyzet befolyásolhatósága felett. 3. Társas támogatás (Karaseh-Theorell 1990)

Nagyon fontos az erőfeszítés-jutalom egyensúlya. Elsődlegesen a jutalom elégedettséget, sikerélményt jelent nem pedig külső jutalmat. (Johannes Siegrist 1996)

A fentiek már túlmutatnak az egyéni szinten , itt már szükséges a kollektíva együttműködése. Ennek hatékony módszerei a **stábmegbeszélések, esetmegbeszélések, szupervízió**. A tréning folyamán a résztvevők gyakorlati foglalkozásokon ismerik meg az említett módszereket. Természetesen az is elképzelhető, hogy a tréningen egy egész kollektíva vesz részt, így ezeket a módszereket „élesben” van lehetőségük kipróbálni.

Irodalom:

1. Osváth Károly: A Gyógyító egészsége.(Kállai Varga Oláh egészségpszichológia a gyakorlatban) Medicina 2007
2. Túry Ferenc Lajtai László: Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái. (Kopp Mária Berghammer Rita: Orvosi Pszichológia 9Medicina Budapest 2009
3. Magyar lelkiállapot 2008 Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban (szerk: Kopp Mária) 4.4.3 (347-355) Kovács Mariann Dr. Hegedűs Katalin. Érzelmi megterhelődés az egészségügyben- esélyek veszélyek, lehetőségek. Semmelweis kiadó 2008.
4. Túry Ferenc Lajtai László: Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái. (Kopp Mária Berghammer Rita: Orvosi Pszichológia Medicina Budapest 2009
5. Györfly Zsuzsa–Ádám Szilvia Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban(szociológiai szemle 2004/3(8107-127)
6. Magyar lelkiállapot 2008 Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban (szerk: Kopp Mária) 4.4.4. 356-362 A pszichiátria területén dolgozó diplomás nők életminősége és egészségi állapota. Györfly Zsuzsa ,Ádám Szilvia, Harmatta János, Túry Ferenc, Kopp Mária. Semmelweis kiadó 2008
7. Harrach Andor, Kopp Mária Munka, Egészség-Betegség (Kopp Mária Berghammer Rita: Orvosi Pszichológia) Medicina Budapest 2009
8. Mentális egészségfejlesztési stratégia– pozitív egészségfejlesztés és primer prevenció Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2007