

**DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS  
TÉZISEI  
DR. SOMOSKÖVI CSILLA**

**KAPOSVÁRI EGYETEM  
GAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR  
2020**



**KAPOSVÁRI EGYETEM  
GAZDASÁGTUDOMÁNYI KAR**

**A doktori iskola vezetője:  
PROF. DR. FERTŐ IMRE  
MTA doktora**

**Témavezető:  
PROF. DR. REPA IMRE**

**PSZICHIÁTRIAI DOLGOZÓK ATTITÚD VIZSGÁLATA Q-  
MÓDSZERREL**

**Készítette:  
DR. SOMOSKÖVI CSILLA  
KAPOSVÁR  
2020**



# Tartalom

1. Bevezetés, témaválasztás .....	6
2. A vizsgálat célkitűzései.....	9
3. Az egészség, az életminőség és a jólét viszonya, a pszichiátria rövid fejlődéstörténete .....	10
3.1. Az egészség és az életminőség kapcsolata, jólét meghatározása .. ..	10
3.2. A pszichiátria tárgya és társadalmi szerepe.....	12
3.4. A társadalmi normarendszer és a pszichés betegségek kapcsolatát magyarázó elméletek.....	14
4. Az egészségügyi rendszer célja és működése hazánkban.....	18
4.1. Az egészségügy, és az egészségügyi ellátó rendszer.....	18
4.2. A hazai egészségügyi ellátórendszer felépítése, egészségügyi finanszírozás.....	18
4.3. Egészségügyi reformok 1990-től napjainkig.....	21
4.4. A humán erőforrás helyzet a hazai egészségügyben .....	23
4.5. A pszichiátria társadalmi megítélésének alakulása Magyarországon .....	25
4.6. Az egészségügyi dolgozók életminősége hazánkban, a stressz és a kiegészítő fenyegetése .....	27
5. Egy kórház munkatársainak vélekedése a mentális betegekről és gondozóikról. A Q módszerrel végzett empirikus elemzés tapasztalatai. 28	
5.1. A Q módszer elméleti alapjai .....	28
5.2. A kórházi dolgozók körében végzett empirikus kutatás, a közbeszéd feltárása.....	31
5.3. A vizsgálat kiterjesztése a nem pszichiátriai osztályokon dolgozóakra. (24 értékelő) .....	34
5.4. Az attitűd vizsgálata a pszichiátriai osztály dolgozói körében (P-set 16 fő) .....	36
6. Összefoglalás .....	39
7. A kutatás újszerű eredményei: .....	40
8. A disszertáció témaköréből megjelent publikációk .....	42
9. A disszertáció témakörén kívül megjelent publikációk .....	44

## **1. Bevezetés, témaválasztás**

Az egészségügy területén gyógyítóként eltöltött évtizedek során jelentős tapasztalatot gyűjtöttem az egészségügyről. A gyógyítás, beavatkozás lehetőségei egyre bővülnek, a célok bizonyos esetekben átformálódnak. Gyakrabban elhangzanak működésünkben társadalmi kategóriák, gazdasági fogalmak, például egészségnyereség, egészségipar. A beteg szerep tartalmilag is sokat változott (a beteg előnyökkel egyetemben), ahogy a dolgozók felkészültsége, szakmai motivációja is. A dolgozó, mint egyén képvisel egy egyéni értékrendet, melyet neveltetése, környezeti tényezők jelentősen befolyásolnak, a munka során az elvégzendő feladatok, kihívások teljesítése során felmerül az alkalmaság, a hivatástudat integrációja az egyéni értékrend, beállítódás mellett. Az egészségügyi ellátás során az egyéni értékrend, vagy beállítódás változhat-e az egészségügyben végzett munka hatására? A dolgozói attitűd eltér-e az általános társadalmi attitűdtől? A pszichiátria területén eltöltött hosszú időszak során lehetőségem nyílt a pszichiátriával, pszichiátriai betegekkel kapcsolatos általános vélemények, társadalmi stigmák, előítéletek megismerésére. A pszichiátria speciális helyzetet foglal el az orvostudományok körében, a társadalmi környezet jelentős kihatással van a pszichés betegségekre. Kutatásom célja a dolgozók attitűdjének vizsgálata a pszichiátriai betegekkel kapcsolatos előítéletekkel, véleményekkel kapcsolatosan. Tudni szeretném, munkájuk befolyásolja-e egyéni érték rendjüket a pszichiátriai betegekkel és ellátással kapcsolatosan? Az egészségügy szinte minden területére jellemző a humán erőforrás hiány. A pszichiátria területén a szakdolgozók számára külön feladatot ró a normarendszer közvetítése a betegek felé. A

tisztázatlan kompetencia határok, indokolatlannak tartott feladatok, a morális értékelés hiánya jóval nagyobb problémát generálhat, korai kiégéssel, pálya elhagyással, mint más egészségügyi területen.

Úgy vélem a téma kutatása, egy napjainkban még kevésbé ismert módszerrel, újabb összefüggéseket, egyéb releváns tényezőket tárhat fel. A Q módszerrel történő elemzés eredménye hozzájárulhat a dolgozók mentális igénybevételének csökkentéséhez, adatokat szolgáltat az egyéni beállítódásuk megismerésén keresztül, a mentális állapotuk és jóllétük támogatásához. A fogalmak multidiscplináris megközelítése időszerű, a nemzetközi irodalomban számos publikáció utal a téma fontosságára, populáris szinten, orvos szakmai szinten egyaránt. A nemzetközi irodalom feldolgozása áttekintést nyújt a különböző megközelítésekre. A pszichiátria kultúrtörténeti, társadalompolitikai előzményeinek áttekintése rávilágít az szakmai és társadalmi problémakör összefonódására, mely visszahat a társadalom tagjaira, a dolgozók életminőségére, a betegekkel kapcsolatos elvárásokra egyaránt. Lényeges tényező a hazai egészségügy felépítése, működése, az elmúlt időszak reform törekvései. A hazai szakmai tényezők körében a pszichiátria is átalakuláson ment keresztül, ahogy az eszköztára változott az elmúlt évtizedek során, a társadalom elvárása, a pszichiátria megítélése is változott. A dolgozók és kívülállók vélemény különbsége vagy azonossága erősen befolyásolhatja a dolgozók életminőségét, jólétét, az ezzel kapcsolatos ellenérzés ugyanígy gyengítheti is azt. Az értekezés a Q-módszer alapjainak ismertetése mellett vizsgálja a társadalmi közbeszédet, mely alapját képezi a három fázisból álló kutatásnak. A 24 tagból álló vizsgálat, mely a pszichiátriai dolgozókon kívül egyéb területen dolgozókat is elemzett, a 16 tagból álló vizsgálat, mely pszichiátriai dolgozók attitűdjét elemzi, majd a második

fázisban résztvevőkkel zajlott közös vélemény leírását tartalmazza, kiegészítve a kutató saját értékelésével.



## 2. A vizsgálat célkitűzései

A kutatás célkitűzései az alábbi felvetések igazolása:

**C1:** Az egészségügyi dolgozók életminősége és jóléte jobb az átlag populációhoz képest, hiszen ismereteik révén egészségesebb lehet az életmódjuk, önismeretük és tapasztalataik révén jobb a megküzdőképességük.

**C2:** A pszichiátriai betegségek és betegek ellátásával kapcsolatosan a pszichiátrián dolgozókat eltérő attitűd jellemzi a más területen dolgozókhöz képest.

**C3:** A pszichiátriai betegekhez és ellátásukhoz való attitűd élettapasztalattal, munkatapasztalattal változik a dolgozók körében.

**C4:** A pszichiátriai beteg ellátás során más attitűd jellemzi a betegágy mellett dolgozókat, mint az adminisztratív körben tevékenykedő munkatársakat.

**C5:** A betegek attitűdje és elvárása a kezeléssel kapcsolatosan jelentősen elkülönül a dolgozókétól.

**C6:** A Q-módszer alkalmas a pszichiátriai betegek ellátásával kapcsolatos eltérő vélemények azonosítására.

A kutatás célja másodlagosan a pszichiátria területén dolgozók önismeretének bővítése, a szakmai team működésének előnyeit, hátrányait felszínre hozni. Az önismeret révén javítani a munkához való attitűdöt, feltérképezni a fejlesztésre és támogatásra szoruló területeket a belső közérzet javítása érdekében.

### **3. Az egészség, az életminőség és a jólét viszonya, a pszichiátria rövid fejlődéstörténete**

#### **3.1. Az egészség és az életminőség kapcsolata, jólét meghatározása**

„Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya”. (WHO, 2009) Ez a megfogalmazás felváltotta a hagyományos beteg-központú definíciót. A paradigmaváltás jelentős, az egészség fogalmának kiterjesztését jelenti. Egészség objektíven sohasem határozható meg, mivel a társadalom által jelentősen befolyásolt, szubjektív képet jelent az adott társadalmi rendszerhez és annak normarendszeréhez kapcsolódva. A XX. század végén számtalan tanulmány készült a környezet szerepéről (strukturális megközelítés), és az emberi magatartás szerepéről (életmód megközelítés), melyek csökkentik a megbetegedés és korai halálozás esélyét. A Ottawai Charta megalkotta az egészség társadalmi modelljét, amely az egészség holisztikus felfogását jelenti.

Az életminőség a XX. század második felében követelt magának definíciót. Az életminőség kutatás öt egymást átfedő hagyományból áll: szociális indikátorok, a boldogság, az öregedés, a jólét és az egészség. Az életminőség vizsgálata és ágazatainak kialakulása során különböző indikátorok vizsgálata felvetette gazdasági, társadalmi értelmezését, szociológiai meghatározását, és pszichológiai meghatározását. Egy betegség következményeként az életminőség csökkenéseként nem csupán a személy testi folyamatai szenvednek zavart, hanem életének többi kompetenciáit is hátrányosan befolyásolja. A szubjektív életminőséghez kapcsolódó fogalmak a szakirodalomban a „szubjektív jólét”, „élettel

való elégedettség” és a „boldogság” is. Nem feltétlenül következik, hogy az élet élvezete az élet szubjektív értékeléséből vonható le csupán, vagyis nem elhanyagolható az anyagi biztonság szerepe sem. A jólléttel kapcsolatban két szélső nézet különül el. Az egyik csoport szerint, ha a jólét a GDP alapján emelkedik, akkor a jóllét is pozitív irányba mozdul. A másik, hogy a GDP emelkedése ellenére a szubjektív jóllét változatlan marad. Figyelembe kell venni az országra jellemző negatív GDP - GNI rést, ahol GNI (Gross National Income) a ténylegesen elkölthető jövedelmet jelenti, vagyis az elkölthető jövedelem nem tükrözi a GDP emelkedését, a jóllét változatlan. A jólét vizsgálata értelemszerűen interdiszciplináris, érinti a közgazdaságtant, a filozófiát, a pszichológiát és a szociológiát. Az egyik fő irányzat szerint nem a „hasznosság” számít, hanem az ember lehetősége arra, hogy mi az amit megtehet, vagy amivé válhat. Az emberi lehetőségek szélesítését jelenti, nem az alapvető javak birtoklását. A képességszemléletet leginkább a haszonelvű megközelítések alternatívájaként használják. A képességek fogalmába nagyon sok minden beletartozhat, nem csupán a jóléthez szükséges eszközöket, hanem a releváns emberi tulajdonságokat, amelyeket az egyén képes alapvető céljainak elérésének szolgálatába állítani (például személyiségének megfelelő munka elérése). A pszichológiai megközelítést alkalmazó elmélet az ember által betöltött szerepre, és az önmegvalósítás terén elért eredményekre fókuszál. Az autonómia, a személyiség kiteljesedése, az önelfogadás az életcél, önmegvalósítás együttesen teljesítményekben összetett képet alkot. A jóllét fogalmának megközelítése, különböző elméleteken keresztül, lehetővé teszi az egészségügy, az egészség károsodásának, vagy. a betegség megelőzésének kihatásait az egyén jóllétére, pszichológiai, szociológiai,

anyagi szempontból egyaránt. Az egészségügyben feladatot ellátó személyzet jólléte köthető saját motivációihoz, kompetenciáihoz, készségeinek ismeretéhez. Empirikus kutatásom egyik alapvető célkitűzése, az egészségügyi dolgozóknak a betegekhez, és az egészségügyi ellátáshoz való viszonyuk feltárásán keresztül, a személyes jóllétük javításához való hozzájárulás lehetőségeinek a feltárása.

### 3.2. A pszichiátria tárgya és társadalmi szerepe

A pszichiátria a legmagasabb rendű agyi működések, a tudat, gondolkodás, lelki működések, és a viselkedés zavarainak feltárásával és gyógyításával foglalkozó tudományág. A betegségek kiváltó okai sokfélék lehetnek (multifaktoriálisak), és többnyire komplex visszahatásuk van a szűk és tágabb környezetre egyaránt. A társadalmi környezet, kultúra, viselkedési szabályok jelentősen befolyásolják az aktuális normarendszert, a pszichés betegségek kialakulásában meghatározó szerepe van a szociokulturális miliónek. Napjainkban az egyre hatékonyabb gyógyszeres kezelések és pszichoterápiás kezelések nem kizárólagosan a megfelelő agyi működés helyreállítását célozzák, hanem a betegek teljes családi és társadalmi szerepkörének helyreállítását, a társadalmi visszailleszkedést lehetővé téve.

### 3.3. A pszichiátria kultúrtörténeti előzményei, szociálpszichiátriai szemlélete

A pszichiátria története a fellelhető írásos emlékek alapján évezredes múltra tekint vissza. Számos lelki betegség tüneteinek konkrét leírásával találkozhatunk az Ószövetségben, az indiai és kínai írásos leletekben. A görög és római kultúrákból maradt leírásokban pedig bizonyos tüneteket

betegségeként említenek, kezelési módszerekkel is sikerrel próbálkoztak. Hippokratész a négy alaptestnedv egyensúlyi arányainak változásaként említi a hangulati élet és pszichés zavarok eredetét. A középkorban az arab országokban nyitottak az első elmeegógyintézetek, Bagdadban, Kairóban, Damaszkuszban, Aleppo-ban. A középkori Európában az elmebetegeket, vallási dogmákra hivatkozva bilincsbe verve, elzárva tartották. A francia forradalom idején Pinel levetette a láncokat az elmebetegekről, a kezelést morális tanokra helyezte, hangsúlyozva elsőként a társadalom és közösség szerepét. Börtön helyett elmeegógyintézetekbe helyezték a betegeket, humánusabb körülmények közé, azonban még mindig izolálva a társadalomtól. A XIX. század második felében bontakoztak ki Adler, Jung, Ferenczi és Freud munkássága nyomán a mélylélektani irányzatok alaptételei. Társadalmi szempontból a mélylélektani irányzatok egyik fontos mérföld köve, hogy elfogadottá tették a pszichés folyamatok „történetiségét”. Az ember pszichés állapotára jelentős kihatással vannak aktuális élethelyzeti és gyermekkori traumák, társadalmi, közösségi változások. A robbanásszerűen fejlődő gyógyszerkutatások ellenére is egyre nagyobb szükség mutatkozik minden ellátási formában a kommunikációs készség javítására, a szocializációra.

Évszázadokkal korábban is az egyént társas kontextusban (családi, munkahelyi, társadalmi) észlelték. A XIX. század végére kialakult a pszichés betegek szociálpszichiátriai szemlélete és gyakorlata mind észlelésük, mind ellátásuk során. A beteg érzelmi megnyilvánulásai, kóros viselkedése társadalmi, illetve szociális közegben értelmezhető, a szociálpszichiátria hangsúlyozza a család és társadalom szerepét a betegségek kialakulásában is. A társadalmi változások és

bizonytalanságok jelentős szerepet kapnak egyes pszichiátriai betegségek kialakulásában,. Egyértelműen a gyógyulási hajlamot is jelentősen befolyásolja a szociális és társadalmi közeg. A későbbiekben az elmeegógyító intézmények zsúfoltságának enyhítésére hoztak létre terápiás kolóniákat, ötvözve a munkaterápiát, családi ápolással. A csoport terápiák és közösségi terápiák kialakításával megfogalmazódott a filozófia, hogy az egyén az által válik felelős és önálló emberré, ha felelősséget vállal saját problémáiért és magatartásáért. A pszichiátriai betegekkel szemben minden társadalmi formában megfigyelhető az elutasítás, a mássághoz köthető elkülönítés és megbélyegzés. Legszélsőségesebb példa erre Németország, ahol 1933-ban törvénybe iktatták a pszichiátriai betegek és értelmi fogyatékosok sterilizálását, majd 1939-től az érintettek likvidálását. A fenntartásokat, előítéleteket a közösség néha kiterjeszti a pszichés beteget ápoló, ellátó családra egyéb is. Ma már mindenki a bio-pszicho-szociális egység szemléletét tartja időszerűnek, mely értelmezhető társadalmi vonatkozásban is, miszerint a betegségekre utaló devianciák kialakulásában biológiai tényezőkön kívül szerepelnek jelentős környezeti tényezők, melyek aztán a betegség megjelenését követően visszahatnak a társadalmi közegre, komplex kölcsönhatást alkotva.

### 3.4. A társadalmi normarendszer és a pszichés betegségek kapcsolatát magyarázó elméletek

Devianciának nevezzük a társadalmi normák, vagy jogilag szabályozott közösségi viselkedés megszegését, be nem tartását, az elvárt viselkedéstől eltérő megjelenést, magatartást. Szociológia területén ide tartozik az alkoholizmus, drogfogyasztás, önsors rontó magatartás, például az öngyilkosság, a mentális betegségek is. A viselkedés nem az egyén

konkrét cselekedete által válik deviánssá, hanem a társadalom megítélése, az adott közegben elfogadott normák mentén válik azzá. Ezek pedig társadalmanként és koronként változnak. (**Deviancia elmélet**) Kultúr-antropológiai szempontból az elmebetegségek megítélése kultúránként nagy eltéréseket mutat, annak ellenére, hogy minden társadalomban előfordul. **Szerepelméletek** képviselői szerint a betegség a társadalmi rendszer működése szempontjából diszfunkcionális. Társadalmi léptékben is gondot okoz az, ha a társadalom tagjai nem tudják betölteni a számukra rendelt társadalmi szerepeket. Ha munkaképtelenek, nem tudnak hozzájárulni a közösség fenntartásához, ezzel veszélybe sodorva társadalom integritását. A betegség ilyen értelemben egy összetett társadalmi szerep. Ebből egyértelműen következik, hogy a társadalom érdekelt abban, hogy ellenőrzése alá vonja, kontroll alatt tartsa a betegségeket és a betegeket is. A szerep tanulható, átadható, illetve egy előre megírt szerepkészlet alapján kikényszeríthető. Komplex társadalmi szereprendszerben kiemelt szerepe van a betegeket ellátó személyeknek, akik nagyobb kontrollal bírnak, utasításaik nyomán kialakulhat hosszas kezelés kapcsán egy komplex betegszerep, mely beteg identitássá válhat. A krónikus pszichiátriai beteg nem csupán egy hosszú kezelési folyamat résztvevőjét jelenti, hanem egy komplex társadalmi státusszá válik az elvárt és betöltött társadalmi szerepeken keresztül. A motivációk nem csupán a betegek gyógyulására vonatkoznak, hanem ilyen értelemben a kezelésben résztvevők, az egészségügyi dolgozók motivációja sem elhanyagolható. A gyógyítás, a gyógyulás optimalizálása és a társadalmi szerepvállalása szempontjából. a betegség zajlása és a gyógyítás folyamata egy viszonyrendszerként fogható fel. Parsons négy fő aspektusát különíti el a betegszereppel kapcsolatos elvárásoknak. Egyik

aspektus a normális társadalmi szereppel együtt járó kötelezettségek alóli mentesség, melyet a kezelő személyzet, elsősorban az orvos legitimál a társadalom irányába. A második, nem várható el a beteg gyógyulása csupán belső elhatározásból. Felmentést kapott kötelezettségei alól, de elvárásként fogalmazódik meg irányába a mielőbbi gyógyulás, hogy vesse alá magát az előírásoknak, fogadja el a segítséget. A harmadik aktív szerep elvárás a gyógyulás akarása. A negyedik, a beteg igényelje a szakértő szakemberek segítségét. A betegszerep komplementer szerepstruktúrát feltételez, hiszen beteg nélkül orvos sincsen. A leírtakból egyértelműen látszik a különböző társadalmi motivációs tényezők szerepe a betegségben, kitágítja a betegség intézményesült szerepaspektusának körét. **Szimbolikus interakcionizmus** elméletének alapja, hogy a valóság egy kollektív konstrukció. A nyelv kiemelt fontosságú, a kollektív szimbólumképzés legjelentősebb példája, a kollektív interakció alapja a szimbolikus tartalmak kollektív megnevezése a közösség által kialakított nyelv. Az elmélet szerint a krónikus pszichiátriai betegség és betegstátusz fogalma is közös társadalmi konstrukció a korábban részletezett szerep elvárások mellett tanult nyelvi szimbólumokkal jellemezhető. Az egészségügyi ellátórendszerekben használt szakmai fogalmak egy zárt világot alkotnak, melyben a pszichiátria területe eltér a többi biológiai ellátórendszerek szimbolikájától és nyelvezetétől narratívát alkotva. Gondoljunk a pszichiátriai otthonok lakóira, ahol állandósul a betegség által meghatározott környezet, a betegszereppel együtt. A több éves kórházi kezelés esetében a pszichiátriai osztályokon. ahol az osztály miliője idővel az egész világot, teljes környezetet jelenti az ott kezelték, ott „élők” számára. Az idő múlásával egyre lehetetlenebb a korábbi identitásuk, életszemléletük, értékrendjük továbbvitele. Hasonló



helyzetben vannak azok a személyek, dolgozók, akik bár társadalmi szinten a nyílt közösségben élnek, de mindennapjaikban komoly befolyással bír a kórház vagy az otthonok környezete. Ez a külső függés lehetetlenné teszi a korábbi identitás fenntartását, kedvez a betegszerephez kapcsolódó új identitás kialakulásának. A **címkézés elméletek** emberi jogok talaján kialakult szociológiai irányzat, mely nagy hatással volt a pszichiátriai ellátórendszerekre és azok működésére. Nagy szerepe van az elméletekben a meghatározó és megszilárdult társadalmi intézményrendszereknek, melyek a közösségi normát képviselik és kényszerítik ki. Képviselői szerint az egyén nem viselkedése miatt válik deviánssá, hanem abban a minősítési folyamatban, melyben az adott viselkedés a fent részletezett társadalmi intézményekben megítélésre kerül. Az adott társadalmi rendszer belekényszeríti az egyént a többség által követett működésmódba intézményeken, a jogrendszeren keresztül. A normalitás nem csak az elvárt viselkedésformát írja le, hanem eltávolított (büntet) minden ettől eltérő viselkedésformát. Ezen keresztül fogalmazzák meg a stigmatizáció fogalmát, eltüntetjük magunk körül azt ami nem igazodik az optimális képhez, nem szép, nem egészséges. a normalitás képéhez tartozik az aktív, dolgozó élet, ettől eltérően a még nem aktív, vagy a már nem aktív személyek (idősek) kaphatnak felmentést. A másik lehetséges kimenet a betegség. A pszichiátria, a nyújtott betegszereppel támogatja és felkarolja a termelésből kiesett személyt, A pszichiátriai otthonok jelensége, a pszichiátriai osztályok létköre és működése, egy módja a populációból való kiszállásnak, de nem elég vonzó ahhoz, hogy az egyén önként vállalja ezt az életteret.

## **4. Az egészségügyi rendszer célja és működése hazánkban**

### **4.1. Az egészségügy, és az egészségügyi ellátó rendszer**

Az egészségügy a társadalom azon tevékenységeinek strukturált rendszere, amely az egészség megőrzését, a betegségek megelőzését és gyógyítását, krónikus betegségek esetében azok kezelését szolgálja.

Az egészségügy helyzete országosan több paraméterrel jellemezhető, ilyen például a születéskor várható élettartam, egyes betegségek előfordulása, kockázati tényezők. Az egészségügyi rendszer fenntartási költségeit elemezve a GDP százalékában kifejezve, jóval kevesebbet költ országunk az európai országokhoz képest. 2017-ben a GDP 6,9%-át jelentette, egy főre fordított egészségügyi kiadás 1468 EUR-t jelentett. Önmagában a számadat nehezen értékelhető, hiszen emellett a technikai fejlődés, a gyógyszerárak emelkedésével az egészségügyi ellátás is drágult. Az egészségügyi kiadások kétharmadát biztosítja a kormányzati finanszírozás és a társadalombiztosító, egyharmadát (27%-ot) a lakosság zsebből, közvetlen hozzájárulások formájában finanszírozza. A magán kiadások nagyrésze a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök biztosítását jelentette, de jelentősen megnőtt az állami ellátórendszer várólistái miatt a magánellátó rendszer forgalma is, költségeket generálva.

### **4.2. A hazai egészségügyi ellátórendszer felépítése, egészségügyi finanszírozás**

A magyar lakosságot egyetlen egészségbiztosító biztosítja, majdnem minden lakos számára ellátást nyújtva. A finanszírozást a munkáltatói és munkavállalói járulékok, valamint adóbevételek adják. A kormány felel a

finanszírozási ellenőrzésért, stratégiáért, javarészt az ellátást nyújtja. Az alapot a NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) kezeli az Emberi Erőforrások Minisztériumának felügyelete alatt. A központi kormányzat erőteljes ellenőrzést gyakorol az egészségügyi rendszer felett, a kormány felel az egészségügyi stratégiai irányításért, a jogszabályi háttér kialakításáért, a finanszírozás ellenőrzéséért. 2012-től a központi kormányzat visszavette az irányítást a kórházak felett a megyei és települési önkormányzatoktól (centralizáció). Az ellátórendszer napjainkban kórház központú, A fekvőbeteg ellátás három főcsoportra osztható: aktív fekvőbeteg ellátás, rehabilitációs ellátás, krónikus ellátás. A járóbeteg ellátások egy része ambulancia, másik része gondozó (krónikus betegségekkel küzdők folyamatos felügyelete, kezelése). Az ellátórendszer egyik legfontosabb pillére az alapellátás. Az alap ellátást praxisok, praxis közösségek alkotják, privatizált formában. Alapellátáshoz tartoznak a családorvosok, védőnők, központi ügyelet. Az alapellátás feladata az egészségügyi első észlelés, betegségek kiszűrése, integratív irányítása a többi kivizsgálás és ellátás felé („kapuőr”-funkció).. A magán ellátó rendszer az elmúlt öt év során egyre erőteljesebben rajzolódik ki az ellátói paletta minden szegmensében.

Az egészségügyi piac, mint gazdasági fogalom rövid múltra tekint vissza, a piaci szabályozás klasszikus közgazdasági értelemben nem alkalmazható, a kereslet nem képes optimálisan szabályozni a kínálatot. Oka a fogyasztó információs aszimmetriája (orvos-beteg relációban), speciális fogyasztói magatartás az egészségügyben. A beteg magatartása sosem fog racionális fogyasztói magatartássá válni. A mai magyar kórházak és intézmények vezetésének már nem elég a magas színvonalú orvos-szakmai szervezettségről és teljesítményről gondoskodni, hanem

biztosítani kell az intézmény költséghatékony, gazdaságos működését és likviditását. 1993 július 1-től a korábbi bázisszemléletű költségvetési tervezési és finanszírozási mód helyett a szolgáltatáselvű, teljesítmény szemléletű finanszírozás honosodott meg a magyar egészségügyben is. Megszűntek a kórházi intézmények garantált (bázis) bevételei, működőképességüket döntően meghatározza, hogy a szolgáltatási teljesítmények alapján mekkora bevételeket képesek elérni. A munkanélküliek arányának növekedése és az átlag életkor kitolódása forráscsökkenéshez vezetett a csökkent járulékfizetés miatt. A forráscsökkenés mellett párhuzamosan megnőtt az ellátás iránti igény. A magyar egészségügy jelenlegi elosztási célrendszerében a normatív elvű, teljesítmény szerinti finanszírozás a rendező elv. Ez tenné (elméletileg) igazságossá a forrás elosztást és ösztönözne a racionális gazdálkodásra. Hazánkban a dualisztikus finanszírozási rendszerben elkülönül a működtetés és a beruházás költsége. A működtetést, a szolgáltatást a megrendelő állam – társadalombiztosító – fizeti, míg a beruházás a tulajdonost terheli. Fontos megemlíteni az „utólagosságot”, mely a leadott számlák alapján több hónapos halasztással, utólagosan finanszírozza meg a végrehajtott tevékenységeket. Lényeges változásokra került sor 1993 júliusában, amikor külön vált az alapellátás, járó szakellátás és fekvőbeteg ellátás finanszírozása. A magyar teljesítmény finanszírozás alapja a HBCs (homogén betegcsoportok) képzése. A HBCs kialakításánál az elsődleges felosztás az orvosszakmai szempontok figyelembevételével készült el. Egy-egy betegcsoportba a teljes költségigényesség mértéke szerint kerülhettek betegségek. Sajnálatos módon a technika és gyógyszeripar robbanásszerű fejlődésével a HBCs csoportok kialakításánál egyre kisebb szerepet kapott a humán erőforrás igény. A

finanszírozás anomáliáit nem hagyhatjuk figyelmen kívül a rendszer vizsgálata során, mivel meghatározó szerepe van a humán erőforrás helyzetre és az ellátás minőségére. Az ellátást finanszírozó rendszer zárt kasszát jelent, több beteg, illetve több eset ellátása kapcsán nem biztosít több fedezetet. A humán erőforrás igényt és ezzel kapcsolatos kérdéskört külön fejezetben részletezem, azonban fontos tényező, hogy a finanszírozás nem tartalmazza a humán erőforrás teljes bérigényét, és nem veszi figyelembe a szakmai minimum feltételekhez kapcsolódó humán erőforrás szükségleteket sem.

#### 4.3. Egészségügyi reformok 1990-től napjainkig

Az elmúlt évtizedek során számos terv és felmérés készült a több biztosítós rendszer bevezetéséhez, ennek ellenére ez nem valósult meg. A társadalombiztosító mellett azonban az öngondoskodás részeként számos önkéntes egészségpénztár kezdte meg működését, a feltörekvően levő magán ellátóhelyeket is involválva. Az egészségügyi ellátás finanszírozásában jelentős változást jelentett a bázis finanszírozást felváltó esetfinanszírozás (HBCs – Homogén Betegcsoportok szerinti finanszírozás). A rendszer kialakítása 1986-ban kezdődött, tényleges bevezetésére 1993. július 1-től került sor. Következő lépésként kialakított Teljesítmény Volumen Korlát (TVK)-ban határozták meg az intézmények teljesítményét egyes beavatkozásokból. Célja a felesleges beavatkozások és vizsgálatok csökkentése volt, a költségek visszafogása érdekében. Bevezetésére 2004-ben valósult meg, a későbbi kormánypárt bírálta a bevezetését, de 2010 után is fennmaradt. Szabályozása, keretei évenként újra tárgyalásra kerülnek. 1990-es rendszerváltástól kezdődően az alap ellátás privatizációja indult meg, ami 1990-es évek végén realizálódott. 1992-től nyílt lehetőség, elsőként házi orvosok számára, hogy közvetlenül

szereződést köthessenek az Országos Egészségügyi Pénztárral. 1998-tól struktúra átalakítás jellemző a rendszerre, súlyponti kórházak kialakításával. Az átszervezés fő célja eredendően a betegutak újra gondolása. ellátókörzetek alakultak ki (Területi Ellátási Kötelezettség – TEK). A TEK megállapításánál figyelembe vették a betegek lakókörzetétől a kórházak távolságát, illetve a súlyponti intézmények ellátási kapacitását. A struktúraátalakítás folyamán aktív ágyszám leépítés történt, a rehabilitációs ágyszám fejlesztésével. A járóbeteg ellátás és az egnapos ellátások fejlesztése csak részlegesen valósult meg. Európai Unió pályázatokból térségi ellátó központok jöttek létre. 2003-ban történt a szakmai minimum feltételek rögzítése, mely meghatározza a súlyszám tartalmát, az egyes szakmai szintnek megfelelően a tárgyi és személyi feltételeket.

A rendszerváltás idején kezdődő patika liberalizáció egyszerűsítette a gyógyszerár nyitást és lehetővé vált a nem vényköteles gyógyszerek patikán kívüli forgalmazása. A kormány kötelezte az orvosokat az olcsóbb, úgynevezett generikus készítmények felírására, a hatóanyagokhoz kapcsolódó licit tárgyalások kezdődtek a gyógyszerár támogatások kialakításához. A kormány 2007-től orvoslátogatói státusz fenntartásához a cégeket cégképviselőnként adóztatta.

2014-2020 közötti időszakban Magyarország 483 millió EUR támogatást kap, amely az egészségügyi infrastruktúra fejlesztése (253 millió EUR), az egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítására (215 millió EUR), és az egészségügyi fejlesztések (15 millió EUR) között oszlik meg.

#### 4.4.A humánerőforrás helyzet a hazai egészségügyben

Az emberi erőforrás menedzsment, az emberekkel, mint a szervezet erőforrásával foglalkozik, célja, hogy biztosítsa az alkalmazottak leghatékonyabb felhasználását a szervezeti és az egyéni célok megvalósítása érdekében. A humán erőforrás a szervezet legértékesebb erőforrása. Innovatív döntéshozó, képes új megoldásokat létrehozni, minőségében megváltozni. Az emberi erőforrás intellektuális tőkét képez, mely létrehozza, fejlesztheti, javíthatja a többi erőforrást, fokozhatja kreatívan a teljesítményt, és a minőséget. A magasszintű működés biztosításának alapfeltétele a dolgozók fizikai és szellemi egészsége, motivált és lojális dolgozók foglalkoztatása. A munkakörök meghatározása jól elhatárolt munkakörökkel, kompetenciákkal és felelősséggel együtt (munkaköri leírások) a HR feladata. Az egészségügyi ellátórendszerekben a megfelelő minőségű és mennyiségű humán erőforrás biztosítása napjainkban egyes szakterületen olyan mértékben romlott, hogy veszélyezteti a biztonságos beteg ellátást.

*1. táblázat: Tárgyév december 31. napján az alapnyilvántartásban szereplő személyek száma*

Szakma	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Orvos	48 355	49 609	51 699	52 951	54 334	55 806	55 603	56 540
Fogorvos	7 769	8 101	8 403	8 754	9 126	9 514	9 780	10 148
Gyógyszerész	11 422	11 788	12 047	12 302	12 593	12 956	12 799	13 044
Klinikai végzettségű egészségügyi dolgozó	1 272	1 477	1 587	1 696	1 812	1 818	2 028	2 035
Egészségügyi szakdolgozó	199 952	206 960	214 890	223 272	231 968	237 874	243 770	249 585

*(Forrás: AEEK-EFF alapnyilvántartás, 2019)*

Néhány speciális egészségügyi szakma kiemelten magas humán erőforrás igényű. A pszichiátrián például minimális eszköz igény mellett, magas képzettségű medicinális, és paramedicinális szakdolgozói létszám szükséges a minőségi ellátás biztosításához. Az optimális eredményt minimális ápolási idő mellett kellene elérni.. A megfelelő szakmai személyzet hiánya nem csupán az ápolási időt nyújtja meg, hanem jelentős költség többletet generál. Szakmai szempontból is kedvezőtlen, ha a pszichiátriai betegek a feltétlenül szükségesnél tartósabb kórházi kezelésre kényszerülnek.

Általánosságban az egészségügyi humán erőforrás gazdálkodásban napjainkban komoly kihívást jelentenek a demográfiai változások. A demográfiai változások kedvezőtlen hatása a másik oldalon, a feladatot ellátó szakemberek korfáján is megmutatkozik. Nehezebb megítélni a fekvőbeteg intézmények, és járóbeteg ellátások humán erőforrás helyzetét, mivel az orvosok, és napjainkban a szakdolgozók is több álláshelyen és több intézményben vállalnak munkát. Optimálisan az egészségügyi ellátáshoz Magyarországon 21 920 orvosra lenne szükség, a KSH adatai szerint 20 299 állás van betöltve (részmunkaidő, vagy óraszám részletezése nélkül). 1621 munkahelyen nem dolgozott orvos 2020 januárjában. 2010 és 2016 között közel 5500 orvos hagyta el az országot, hogy másik uniós országban, vagy harmadik országban dolgozzon. Az elmúlt két-három év során drasztikusan fokozódott az ápolók és egyéb egészségügyi dolgozók kivándorlása is. Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a magán ellátók körének erősödését az elmúlt évek során. Napjainkban a magán ellátók 92 százaléka, az állami intézményben végzett fő tevékenység mellett, kiegészítő tevékenységként működik a magánszektorban. A felsorolt okok és indokok azt bizonyítják, hogy az



optimális ellátás egyre nagyobb mértékben a humán erőforráshoz való hozzáférésen múlik. Az emberi tényező felértékelődésének vagyunk tanúi, az emberi erőforrás menedzsment feladata a munkaerő felkészültségének és képességeinek a megismerése, és megőrzése az egészségügyi ellátás területén. A migráció csökkentése, a pálya elhagyás megelőzése érdekében célszerű feltárni a háttérben húzódó tényezőket a további elvándorlás megelőzése érdekében.

#### 4.5. A pszichiátria társadalmi megítélésének alakulása Magyarországon

A társadalmi viszonyulás a történelem során mindvégig megosztott volt a pszichiátriai betegek irányában. A társadalmi elvárás kettős az ellátó szakszemélyzet és intézmények irányában: a nem kívánatos elemek elkülönítése a közösségből (ne zavarja a többieket), másrészt emberi jogok, személyiségjogok érvényesítése a bezárás és fizikai, kémiai korlátozás ellen. A pszichiátriai ellátás a rejtettség miatt, a kívülállók számára a zavart és érthetetlen viselkedés, bizarr külső megjelenés miatt mindig misztifikált volt, emellett agresszióval terhelt. Az agresszió kezelése együtt jár a dolgozók mindennapos működésével. A büntetés végrehajtáson kívül azon ritka területhez tartozik, ahol bizonyos esetekben agresszív korlátozásra van szükség az ellátás során. A pszichiátria történeti emlékeire utalva évszázadokkal korábban is többen jelentett a lelki betegség a biológiai egyensúlyvesztésnél, szabályozása is összefonódott társadalmi, kultúrához kötött elvárásokkal, mely egyben a közösség kialakított „normalitását” képviseli. Történeti háttérrel és emlékeket vizsgálva az állam alapításig kell visszatekinteni, I. Istvántól kezdődően az uralkodók konkrét szabályokba foglalták az elmebetegekkel való bánásmódot, megfogalmazva egyben azt is, kit tartanak

elmebetegnek. Werbőczy Hármaskönyve 1514-ben rendelkezett a gyengeelméjűek és zavarodott személyek gyámság alá helyezéséről. Mária Terézia szünteti meg hazánkban a boszorkányégetést. Az 1755-ben kiadott rendelete szerint, a zavartan viselkedő személyeket őrültek házába kell szállítani. őrültek háza hiányában a XVIII. század végén egy újabb rendelkezés nyomán az elmebetegeket börtönben kellett elhelyezni, köztörvényes bűnözők között. Országos tébolyda létrehozására 1791-ben, az országgyűlésen született döntés, sajnálatos módon évtizedeket váratott magára a terv megvalósítása. 1841-ben Pólya József befektetésével hozza létre az ország első magán elmeagyógyintézetét 12 „őrj” befogadására, ám az intézményt támogatás hiányában egy éven belül bezárták. A mintának azonban voltak követői és a XIX. század második felében több intézmény nyílt. Schwartzer Ferenc elképzelései alapján nyitotta meg kapuit 1868-ban 500 beteg befogadására a Lipótmezei Magyar Királyi Állami Tébolyda, ami az egyik legjelentősebb lépésnek tekinthető a pszichiátriai beteg ellátásban. Az európai mintához hasonlóan már működő kórházakban létesítettek elmebetegeket ellátó speciális osztályokat, Kaposváron szinte az elsőként 1880-ban. A XX. század első évtizedeiben hazánkban a pszichoanalízis kialakulása mellett több jelentős tudományos szakmai irányzat indult, elsősorban pszichoterápiás irányzatok. Gondoljunk Ferenczi Sándor, Szondi Lipót, Róheim Géza, Bálint Mihály munkásságára, a társadalmi negatív attitűdjére, társadalmi politikai helyzettel függ össze, hogy érdemeiket és eredményeiket évtizedekkel korábban ismerte el és fogadta be az orvoslás (A II. világháború után megalakult a MIET Magyar Ideg és Elmeorvosok Társasága). A társadalmi változások és politikai szempontok jelentősen késleltették a pszichiátria, mint önálló tudományág, illetve az intézményi ellátás

fejlődését egyaránt. Az európai országokhoz képest jelentős késéssel, 1980-ban alakult meg a Magyar Pszichiátriai Társaság, Az orvosi szakterületek körében azonban észlelhető a betegekhez hasonló stigmatizáció a pszichiátriai ellátók vonatkozásában is. Napjainkban sajtónyilatkozatokban, média hírekben a XXI. századot a pszichiátria évszázadaként jelölik meg, a pszichés zavarok miatt válnak leggyakrabban, és leghosszabb időre munkaképtelenné az emberek. Az intézményrendszer átalakítása csak komplex módon történhet a társadalmi attitűd változtatásával, és nem elhanyagolható az intézményekben dolgozók szemlélete sem.

#### 4.6. Az egészségügyi dolgozók életminősége hazánkban, a stressz és a kiégés fenyegetése

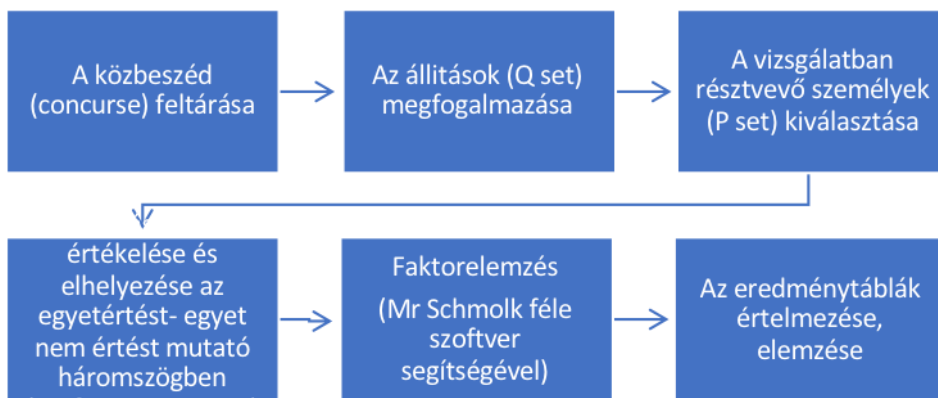
Az egészségügyi dolgozók esetében feltételezhető, hogy tájékozottabbak, felvilágosultabbak az egészség megőrzés, megelőzés vonatkozásában. A pályán eltöltött idő megerősíti énvédelmi mechanizmusait, ezáltal talán védettebbek bizonyos pszichotraumák vonatkozásában. Egyre gyakrabban használjuk a **reziliencia fogalmát**, mely az egyén megküzdési képességét jelenti. A munkahelyi feladatokkal kapcsolatos kompetencia érzés, vagy elégtelenség érzés, stressz és kiégés élménye is meghatározó az életminőségben. Az egészségügyi dolgozók körében az ápolók jóval kedvezőtlenebb helyzetűek, fizikai egészségkárosodások, társas támogatottság vonatkozásában egyaránt. A stressz okozta egészségkárosodás vonatkozásában is magas kockázati csoportba tartoznak. Az ápolók képzettségi szintje és rezilienciája szignifikáns összefüggést igazolt. Magasabb az öngyilkosságok száma bizonyos szakterületen dolgozó orvosok, nővérek esetében (intenzív, pszichiátria) a populációhoz képest.

## **5. Egy kórház munkatársainak vélekedése a mentális betegekről és gondozóikról. A Q módszerrel végzett empirikus elemzés tapasztalatai.**

### 5.1. A Q módszer elméleti alapjai

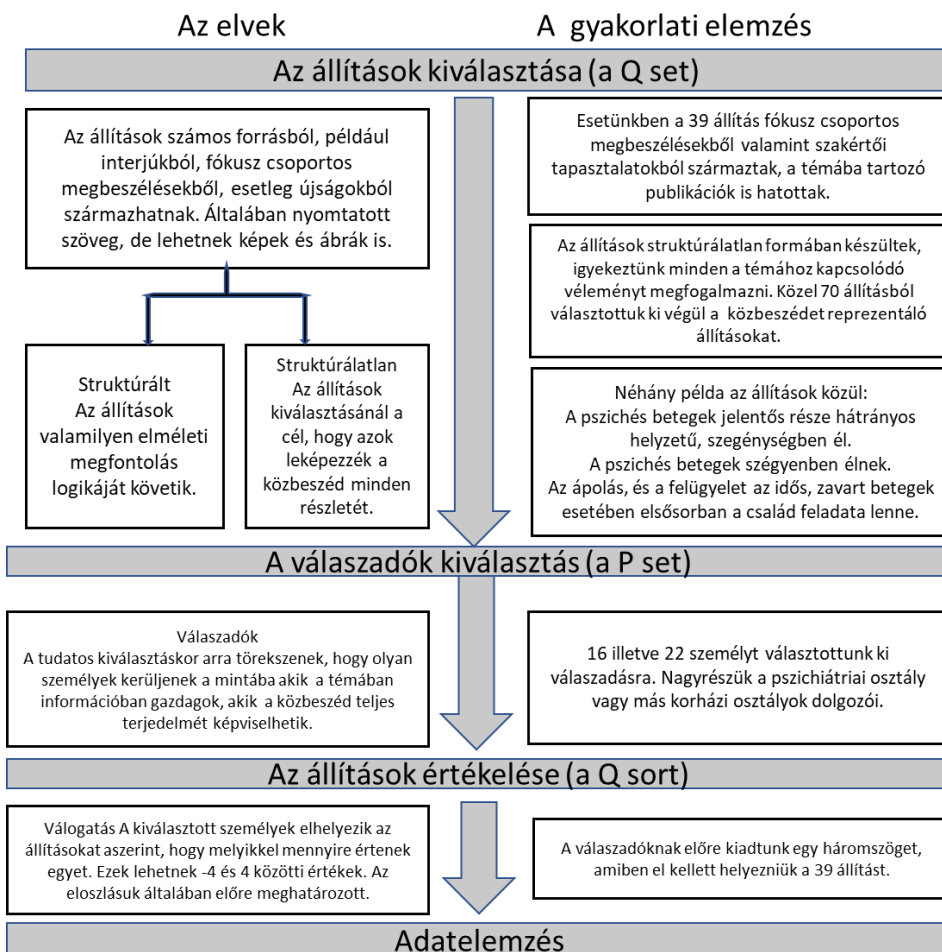
A Q módszert William Stephenson fejlesztette ki, egyének pszichés attitűdjének a vizsgálatára. A Q módszer egy megfordított faktorelemzés, ami Stephenson szerint maguknak a személyeknek a faktorelemzése és nem a jellemzőké. A módszer nem az egyének közötti, hanem az egyéneken belüli különbségekre fókuszál. A módszer matematikai alapjai megegyeznek a faktoranalízis matematikai alapjaival. A Q módszer esetében viszonylag nagy számú állítást értékeltetünk a megfigyelésbe bevont viszonylag kis számú személlyel. A korrelációs együtthatók, amiket a módszer kiszámít, a személyek közötti korrelációt mutatják. A Q módszer inverz faktorelemzésnek tekinthető, és a matematikai feltételeket illetően kevésbé szigorú, mint az R módszerrel végzett faktorelemzés. A Q módszer esetében általában megelégszünk azzal, hogy az állítások száma és a vizsgálatba bevont személyek számának aránya körülbelül 2:1. A szakirodalomban szereplő elemzések többnyire 20-60 állítással és 20-30 személy bevonásával készülnek. A tapasztalatok azt bizonyítják, bármilyen témát illetően csak korlátozott számú eltérő álláspont létezik. (Brown, 1993) Ezért ha az állítások halmaza, az úgynevezett „Q set” jól felépített, (vagyis a vizsgált témával kapcsolatos vélemények minél szélesebb körét leképezi), valószínűleg képesek leszünk, akár 20-60 állítás segítségével, feltárni a közbeszédben előforduló eltérő álláspontok széles skáláját. A statisztikában a vizsgálat megbízhatósága-reprezentativitása azért fontos, mert szeretnénk tudni, vajon az

eredmények mennyire általánosíthatók. A Q módszerrel végzett elemzéseknél az általánosíthatóság kevésbé fontos. A Q módszernél a véleményeket megtestesítő, különálló személyek játsszák a fő szerepet, és nem az, hogy a populáció hány százalékát képviselik. A módszer gyakorlati alkalmazása hat lépésre osztható.



*1. ábra: A Q módszer alkalmazásának lépései*

A Q módszer esetében a reprezentativitást nem a megkérdezett személyekre (individumokra) kell biztosítani, hanem a “közbeszédre” vonatkozóan. A közbeszédet kell minden részletére kiterjedően, igen alaposan feltárni, annak érdekében, hogy esélyünk lehessen arra, hogy a megfogalmazott állításokban a közbeszéd szinte minden, de legalább a legfontosabb elemei tükröződjenek. Felhasználhatjuk a brainstorming módszerét, és bevonhatjuk magukat a vizsgálatban résztvevő személyeket is az állítások megfogalmazásába. Támaszkodhatunk szakértők véleményére is. A módszer elvi lépéseit és az általam alkalmazott megoldásokat mutatja az alábbi ábra, ami Baker és szerzőtársai (Baker et al.206) ábrája alapján készült.



2. ábra: A Q módszer elveinek és az elvégzett elemzés lépéseinek az áttekintése Baker és társai ábrája alapján.

A Q módszer esetén is beszélhetünk reprezentativitásról, de az nem a mintába bekerülő személyek számának és összetételének, hanem az állítások minőségének, a közbeszéd teljeskörű leírásának a függvénye. A Q módszer segítségével nem azt vizsgáljuk, hogy az emberek hány százalékának egyezik a véleménye bizonyos kérdésekben, hanem csak azt tudjuk megállapítani, hogy a közbeszéd milyen állítások mentén

tipizálható. Valójában nem az lesz az eredmény, hogy ki-kivel ért egyet, hanem az, hogy mi okozza az egyetértést, és melyek azok az állítások, amelyek megosztják az embereket. . A Q módszer csak kvázi kvantitatív módszer, ezért tág teret biztosít a szakértői intuíció érvényesülésének. Az értelmezés elméleti követelményeit egy mondatban összefoglalhatjuk: mindegyik faktor sajátértéke nagyobb legyen 1,0-nál, mindegyik faktorban legalább két Q-sort szignifikánsan megjelenjen, mindegyik faktorban legalább két résztvevő legyen azonosítható és faktoronként legyen legalább két megkülönböztető állítás.

## 5.2 A kórházi dolgozók körében végzett empirikus kutatás, a közbeszéd feltárása

A módszer alkalmazásának első lépése az úgynevezett közbeszéd, vagy diskurzus feltárása. Számtalan olyan szakmai konferencián vettem részt, aminek a témája szorosan kapcsolódott vizsgálatom tárgyához, ez lehetővé tette, hogy saját tapasztalataimat, más hasonló osztályokon dolgozók tapasztalataival ütköztessem. Segített az állítások megfogalmazásában néhány a témában megjelent szakirodalom is. A végső, és az elemzésben használt 39 állítás a következő:

1. A pszichés zavar ránézésre megmutatkozik egy embereken.	2. Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségekénél, a pszichés beteget a társadalom nagy része elítéli.
3. A pszichés betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él.	4. A pszichés betegek szegényben élnek.
5. A pszichés betegek jelentős része azért nem tud elhelyezkedni, mert a munkáltatók előítélettel viseltetnek irántuk.	6. A pszichés zavarral küzdők ugyanúgy motiváltak a munkakeresésre, mint az egyéb betegségben szenvedő társaik.
7. A pszichés betegek nagy része önmaga tehet betegségéről.	8. A pszichés zavarral szenvedők többet tehetnének magukért és környezetükért.

9. Mindenki felelős saját sorsának alakulásáért, a pszichés betegek nagy része is.	10. A pszichiátrián dolgozók többnyire másként viszonyulnak azokhoz a szenvedélybetegekhez, akik önmaguk is tehetnek sorsukról.
11. A kórházi dolgozók többsége ellenzi a szegénység, vagy lakhatás miatt felvett betegek kórházi kezelését.	12. Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének.
13. Visszatérő, önsors rontó beteg kórházi beteg felvétele során, a beteg korábbi tapasztalataira támaszkodva, a kezelése során nagyobb esélyt látnak a dolgozók a gyógyulásra.	14. A pszichés betegek gyakran előnyszerzést végett élnek vissza betegségükkel.
15. A pszichiátriái betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit a társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak.	16. Idős, demens betegek pszichiátriái kórházi kezelése érdemben nem változtat az állapotukon és életminőségükön.
17. A közvélekedés szerint a pszichiátriái betegek hajlamosabban a bűnözésre.	18. Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható.
19. A pszichés betegség megelőzése fontosabb, mint a kialakult betegségek kezelése.	20. Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára.
21. Az egészségügyi dolgozók, a rendszeresen visszatérő betegek esetében is korábbi hasonló esélyt látnak a gyógyulásra.	22. Az ápolás, és a felügyelet, az idős, zavart betegek esetében elsősorban a család feladata lenne.
23. Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben.	24. Idős, demens betegek esetében az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében.
25. A több hónapra nyúló kórházi kezeléseket előnyösebb a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak.	26. Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel.
27. A pszichiátriái betegek túl hosszú ápolása társadalmi problémát kendőz, amely a beteg számára is ártalmas.	28. A kórházi osztályon kezelt pszichiátriái betegeknek előnyt kellene biztosítani az idősök otthonában történő elhelyezésnél.
29. A pszichés betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet.	30. A pszichés betegek otthonaiban való minőségi szakmai ellátás javíthatja a betegek életminőségét, állapotát, csökkenti az újabb kórházi kezelés szükségességét.



31. Az emberek többsége másként tekint a pszichiátrián dolgozó kollégákra, mint más egészségügyi dolgozókra.	32. A pszichés kezelés formájáról, és időtartamáról, többnyire a kezelő csoport közösen dönt, így megoszlik a döntés felelőssége.
33. Az orvosi és szakdolgozói vélemény mindig azonos a pszichiátriái kezelés szakmai indokait illetően.	34. A betegek kórházfüggősége, közösségi jelenléte mindig segíti a gyógyulást, vagy jobb életminőséget biztosít hazabocsátás után.
35. A pszichés betegek által elkövetett bűnözés többnyire megélhetési bűnözés, kevésbé, és ritkán függ össze betegségükkel.	36. A pszichés kezelés során, más orvosi kezeléssel szemben időnként szükségszerű konfrontálódni, és vállalni a konfliktusokat, hogy a beteg szembesüljön a valósággal.
37. A pszichiátriái szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai leterheltségénél.	38. A pszichés betegek otthonát érdekeltté kellene tenni abban, hogy általuk gondozottak minél ritkábban kerüljenek kórházba.
39. A pszichológiai ellátás során a beteg korlátozása és esetleges agressziója a kezelés természetes velejárója, ami szükségszerű és megszokható (mindennapos).	

Esetünkben a vizsgálatot két körben végeztük el. Az első körben az általam vezetett pszichiátriái osztályon dolgozók (16 fő) képezték a vizsgált személyek körét. A második körben a vizsgálatot kiterjesztettük 24 főre és bevontunk a „mintába” más kórházi osztályokon dolgozó kollégákat (külsőket) is.

A kétkörös vizsgálat lehetővé tette, hogy megvizsgáljuk, hogy az általunk létrehozott „39 állítás” alkalmas-e a pszichiátriái betegekkel kapcsolatos „közbeszéd”, vagy más szóval „diskurzus” leírására, vagy csak egy a téma iránt speciálisan érzékeny közösség véleményét tükrözi. Amint a későbbiekben látjuk, a kibővített és megismételt vizsgálat azt bizonyítja, hogy a 39 állításunk alkalmas volt az eltérő vélemények azonosítására. A következőkben először a 24 fős elemzés eredményeit mutatom be, majd részletesebben elemzem a pszichiátriái osztályon dolgozó kollégák attitűdjét.

### 5.3. A vizsgálat kiterjesztése a nem pszichiátriai osztályokon dolgozókra. (24 értékelő)

A szakirodalom részletesen tárgyalja az értékelésbe bevont személyek kiválasztásának problémáit. „A Q módszeres tanulmány korlátozott számú válaszadót igényel: csak annyi válaszadóra van szükség, ami megalapozza egy faktor létezését azért, hogy össze tudjuk hasonlítani az egyik faktort a másikkal. Az úgynevezett „P-set” az értékelésbe bevont személyek halmaza. A P-set, a személyek halmazának a kiválasztása nem véletlenszerű. A „közbeszéd” feltárásakor az eredeti célom az volt, hogy a pszichiátriai osztályon dolgozó kollégáim által képviselt véleménytípusokat azonosítsam. Amint a fentiekből kiderült, ez nagyrészt sikerült. A következő lépésben a vizsgálatba bevont személyek egy 9 fokozatú skálán kifejezték véleményüket az állításokkal kapcsolatban. Esetünkben 39 kártyát kaptak, melyet az alábbi háromszög celláiba helyeztek el:

-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4

*3. ábra: A háromszög, aminek a celláiban kellett a válaszadóknak elhelyezni a 39 állítást*

Megkönnyíti az elemzést, ha faktorelemzéssel meghatározzuk azokat a személyeket, akiknek a véleménye nagyrészt hasonló. A faktorsúlyok mátrixa az alábbi táblázatban látható.

2. táblázat: Faktorsúlyok és a varianciák %-a (24 fő, kórházi dolgozó esete)

	<b>1 Faktor</b>	<b>2 Faktor</b>	<b>3 Faktor</b>	<b>4 Faktor</b>
kamilla	0.7612X	-0.1803	0.2555	0.2669
gina	0.6432X	0.3717	0.1893	-0.0301
melinda	0.5462	0.1545	0.4272	0.4474
szilvia	0.6532X	0.2418	0.2662	-0.0351
edina	0.6632X	-0.1843	0.1492	0.2755
ágota	0.2642	0.4590	0.2675	0.4877
szabolcs	0.6213X	0.0045	0.0527	-0.0763
borbála	-0.2051	0.0510	0.2252	0.7299X
frida	0.0420	0.7082X	0.1987	0.0956
teréz	0.3079	0.5061	0.4656	-0.1806
anita	0.6168X	0.2785	0.2324	-0.2333
klementina	0.2824	0.5184X	0.2183	0.1493
kálmán	0.5685X	-0.1169	0.3021	-0.2919
pál	0.6017X	0.3933	0.3166	-0.0039
mariann	0.1428	0.6878X	-0.3410	0.1679
eleonora	0.1228	0.2970	0.7599X	0.2224
amália	0.7700X	0.0968	-0.0306	0.2105
kristóf	0.3445	0.6760X	0.0281	-0.0575
lora	0.1629	-0.0526	0.8825X	0.0675
karolina	0.5934X	0.1576	0.3377	-0.1544
léna	0.6130X	-0.0853	0.4584	-0.0400
anikó	0.0164	0.1285	0.7210X	0.3268
emese	0.7322X	0.1078	0.3465	-0.1682
piroska	0.1147	0.5721X	0.4634	-0.0603
Variancia %	<b>25</b>	<b>13</b>	<b>15</b>	<b>7</b>

Az X-el jelölt személyek tartoznak egy faktorba. Amint az 1 faktornál látszik, ez 12 személy. Mindegyikük faktorsúlya az első faktorban 0,6-nél nagyobb. Azt várhatjuk tehát, hogy ők tizenketten nagyon hasonló álláspontot képviselnek. A négy faktor együttesen a variancia 60%-át magyarázza. Ha a 4. faktorról lemondunk, még mindig 53 %-os a megmagyarázott variancia.

A pozitív faktorérték azt mutatják, hogy ezekkel az állításokkal a 12 fő, nem egyformán ugyan, de egyetért, a negatív értékek pedig azt, hogy azokkal inkább nem értenek egyet.

A kórházi dolgozók (24 fő) négy faktorának a jellegzetességeit foglaltam össze a 3. táblázatban

*3. táblázat: A kórházi dolgozó munkatársak esetén azonosított faktorok és jellemzésük*

A faktor neve	1. Faktor	2. Faktor	3. Faktor	4. Faktor
	Szakmai identitás és tolerancia	Társadalmi közbeszédet képviselők	Pszichiátriai tapasztalatok nélkül,	Úton a szakterület felé
A csoport fő jellemzői	Pszichiátriai gyakorlattal és szakismerettel rendelkeznek, a földön járnak		Kezdeti elfogódottság, fiatalos segíteni akarás	Mindenre nyitottan , tanulási fázisban, de ambivalens érzésekkel.
A faktorból egyértelműen besorolt személyek	Kamilla Gina Szilvia Edina Szabolcs Anita Kálmán Pál Karolina Léna Emese Amális	klementina Frida Kristóf Mariann Piroska	Eleonora Lora Anikó	Borbála
A faktorhoz sorolható személyek	Melinda	Teréz	Teréz	Melinda

## 5.4 .Az attitűd vizsgálata a pszichiátriai osztály dolgozói körében (P-set 16 fő)

Az állítások megfogalmazásával párhuzamosan megtörtént a vizsgálatba bevont személyek kiválasztása (P set). Első körben az általam vezetett pszichiátriai osztály dolgozói közül 16 fő került kiválasztásra. A hasonlóságok és különbségek nyomon követhetők a faktormátrix alapján.

4. táblázat: Faktorsúlyok és a varianciák %-a (A 16 fő, pszichiátriai dolgozó esete)

	1	2	3	4
<b>kamilla</b>	<b>0.5808x</b>	0.5155	0.3156	0.1646
<b>gina</b>	0.3825	0.1461	0.0822	0.7351X
<b>melinda</b>	0.3270	0.3745	0.6045x	0.3724
<b>szilvia</b>	<b>0.5889X</b>	0.0117	0.1604	0.4850
<b>edina</b>	0.4508	0.4782	0.3590	0.0731
<b>ágota</b>	0.1648	0.0462	0.7176X	0.2480
<b>mira</b>	-0.2588	0.3657	0.0930	0.6751X
<b>szabolcs</b>	<b>0.5990X</b>	0.2774	-0.0713	0.1149
<b>barbara</b>	-0.2022	0.8255X	0.0479	0.1175
<b>kincső</b>	0.0774	0.0500	-0.0281	0.4553X
<b>borbála</b>	-0.1588	-0.1108	0.7214X	-0.1227
<b>frida</b>	0.0836	-0.5356	0.3749	0.5237
<b>teréz</b>	0.1386	0.1613	0.0859	0.6944X
<b>anita</b>	0.4845	0.2760	-0.1007	0.5583
<b>klementina</b>	0.1873	-0.1092	0.2330	0.6459X
<b>kálmán</b>	<b>0.7974X</b>	0.0807	-0.1046	0.1039
<b>expl.Var. %</b>	<b>16,00</b>	<b>12,00</b>	<b>12,00</b>	<b>20,00</b>

A négy fenti faktor a változók varianciájának összesen (16+12+12+20) 60 %-át magyarázza meg. Az információ veszteség tehát 40 %, ami számottevő, de mind a 16 személy jól azonosítható valamelyik faktorban. betegek sorsa felett, nem vádaskodók a betegekkel kapcsolatosan, nincsenek előítéleteik.

5. táblázat: A pszichiátrián dolgozó munkatársak esetén azonosított faktorok és jellemzésük

A faktor neve	1. Faktor	2. Faktor	3. Faktor	4. Faktor
	Társadalompolitikában gondolkodók	A pszichiátriai osztály a gondolkodási keret	Közvetlen szakmai empátia	Jelentős szakmai rutin és némi enerváltság
A csoport fő jellemzői	Nagyobb társadalmi vagy szociális elkötelezettség és érdeklődés, az állítások túl mutatnak a szoros környezetben, nem kórház politikai hanem társadalom politikai jellegűek.	Külvilág kevésbé számít, kórházon belül gondolkodik. A beteg álláspontja.	Szakmai elkötelezettség, optimizmus, empátia. Fiatalos elkötelezettség.	Tapasztalt és kipróbált emberek, kevesebb optimizmus, világos értékrend, mérsékelt enerváltság!
A faktorból egyértelműen besorolt személyek	Kamilla Szilvia Szabolcs Kálmán	Barbara	Borbála Ágota	Gina Mira Teréz Kincső Klementína

## 6. Összefoglalás

Kutatásom alapját képezte pszichiátriai szakterületen végzett gyógyító tevékenységem és társadalom szemléletem, melyet nyitottság jellemez. Az egészség és jólét, lehetőségek szerint minél jobb életminőség elérése alapvető emberi igény. Az irodalmi és történeti áttekintés megfelelően körül járta a pszichiátria szakma célkitűzéseit, a társadalom tagjainak elképzeléseit ezzel kapcsolatosan. Az megfelelő életminőség és jólét elérése azonban néha ellentétbe kerülhet a társadalom tagjai és a betegek érdekei között, az ellátó személyzet számára is belső küzdelmekkel jár munkája során. A pszichiátriai betegségek és ellátás számos vonatkozásban megosztja a társadalom tagjait vélemény alkotásukban, ez a megosztottság ronthatja az ellátás feltételeit. A dolgozók számára mind ez a kettősség belső feszültséget okozhat, mely fokozza munkahelyi terheltségüket. A vizsgálat célja az eltérő vélemény csoportok feltárása volt, melynek elemzése segíthet megérteni a motivációt a tettek és vélemények mögött. A faktorcsoportok kialakulása nem minden esetben jelent azonos motivációt a vélemény mögött.

## **7. A kutatás újszerű eredményei:**

- 1.** A nemzetközi és hazai irodalmi áttekintés alapján jelentős számú vizsgálat történt az egészségügyi dolgozók életminősége és egészsége területén. Az eredmények szerint az egészségügyi dolgozók életminősége, jóléte elmarad az átlag populáció kortárs csoportjához képest. Oka nem csupán anyagi természetű, szociális kapcsolataikban, mentális állapotukban hátrányos helyzetűek, munkahelyi körülmények jelentősen kihatnak életminőségükre.
- 2.** A vizsgálat mindkét fázisa igazolta, hogy a pszichiátriai dolgozók attitűdje eltér a többi dolgozóétól. Az állítások minősítésében a szakmai szempontok és tapasztalatok jelezték elsősorban az egy faktorba tartozást. Jelentős eredményként értékelem, hogy nem a stigmatizációval kapcsolatos állítások mentén képződött csoport.
- 3.** A vizsgálat során igazolódott, hogy a pszichiátriai betegekhez és ellátásukhoz kapcsolódó attitűd változik az élettapasztalattal és a szakmai tapasztalatokkal. Mindkét vizsgálati fázisban külön csoportot képeznek az idősebb dolgozók, nem kizárólag a közvetlen beteg ellátásban.
- 4.** A 16 tagból álló vizsgálat, mely kizárólag pszichiátrián dolgozók körében készült egyértelműen külön csoportot képezett a betegágy mellett dolgozók csoportja, akik nagyobb teherként élik meg a szakmailag kevésbé indokolt betegek kezelésbe vételét.
- 5.** A betegek attitűdje és pszichiátriai betegségére való belátása, probléma megoldása jelentősen elkülönül a dolgozók véleményétől. Ezt igazolja „Brigi” helyzete, aki külön csoportot alkot véleményével a 16 tagból álló csoportban.



6. A Q-módszer alkalmasnak bizonyult eltérő vélemény csoportok észlelésére és elemzésére. A két vizsgálati fázis eredményeinek értékelésével igazolódott, hogy ezen a területen is újszerűen, eredményesen alkalmazható.

A kutatás résztvevői eredményesnek tekintik a vizsgálatban történt részvételt, az ismertett eredményt elgondolkodtatónak, hasznosnak ítélték mindennapos működésükben. Az eltérő vélemények és közbeszéd ismerete és faktorok szerinti értelmezése mentén esetleges másságuk pozitív értelmet nyert.

## **8. A disszertáció témaköréből megjelent publikációk**

Somoskövi, Csilla Mária Pszichiátriai dolgozók attitűdvizsgálata Q - módszerrel PSYCHIATRIA HUNGARICA 35 : 1 Suppl. pp. 136-136. , 1 p. (2020)

Somoskövi, Csilla Examination of attitudes of psychiatric workers by Q method LUCRARI STIINTIFICE MANAGEMENT AGRICOL 21 : 3 pp. 430-435. , 6 p. (2019)

Somoskövi, Csilla Economy of psychiatry, psychology of medical economy LUCRARI STIINTIFICE MANAGEMENT AGRICOL 20 : 2 pp. 116-121. , 6 p. (2018)

Somoskövi, Csilla Humán erőforrás menedzsment az egészségügyi ellátó rendszerekben [Human resource management in medical service systems ] TAYLOR: GAZDÁLKODÁS- ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT: A VIRTUÁLIS INTÉZET KÖZÉP-EURÓPA KUTATÁSÁRA KÖZLEMÉNYEI 33 : 3 pp. 34-41. , 8 p. (2018)

Somoskövi, Csilla Humán erőforrás helyzet a pszichiátrián HUMAN RESOURCES SITUATION IN PSYCHIATRIAN TAYLOR: GAZDÁLKODÁS- ÉS SZERVEZÉSTUDOMÁNYI FOLYÓIRAT: A VIRTUÁLIS INTÉZET KÖZÉP-EURÓPA KUTATÁSÁRA KÖZLEMÉNYEI 2020/1 in press.

Somoskövi, Csilla Belső változás esélyei és buktatói az egészségügyi dolgozók körében In: Egri, Zoltán; Paraszt, Márta (szerk.) Magasabb (helyi) hozzáadott érték, mint a vidék kitörési lehetősége – II. Nemzetközi

Vidékfejlesztési Tudományos Konferencia : Lektorált tudományos kiadvány Szarvas, Magyarország : Szent István Egyetem Agrár- és Gazdaságtudományi Kar, (2018) pp. 10-17. , 8 p.

Somoskövi, Csilla A pszichiátria gazdaságtana, az egészséggazdaság lélektana In: Bodnár, Károly; Privóczki, Zoltán István (szerk.) TUDOMÁNY A VIDÉK SZOLGÁLATÁBAN Csongrád, Magyarország : Agro-Assistance Kft., (2017) pp. 21-28. , 8 p.

Somoskövi, Csilla A magán egészségügyi ellátók vállalkozás menedzselése, különös tekintettel a humánerőforrás gazdálkodás nehézségeire In: Nagy, Z B (szerk.) LIX. Georgikon Napok : A múlt mérföldkövei és a jövő kihívásai. 220 éves a Georgikon Keszthely, Magyarország : Pannon Egyetem Georgikon Mezőgazdaságtudományi Kar, (2017) pp. 495-500. , 6 p.

## **9. A disszertáció témakörén kívül megjelent publikációk**

Somoskövi, Csilla ; Lelovics, Zsuzsanna ; Repa, Imre Mindennapossá váltak az egészségügyi dolgozókat érő atrocitások In: A határtalan elme korlátai. A Magyar Pszichiátriai Társaság 18. vándorgyűlése (absztraktkötet) Budapest, Magyarország : Magyar Pszichiátriai Társaság, (2013) pp. 98-98. , 1 p.

Somoskövi, Csilla ; Hartmann, Eszter ; Lelovics, Zsuzsanna Az étvágytalanság előfordulása és megítélése a szociális otthonban élők körében.In: „Evés – test – harmónia” 4. magyar evészavar kongresszus (2012) pp. 12-13. , 2 p.

Sümegei, András ; Somoskövi, Csilla Lights off? A melatonerg és szerotonerg szinergizmus neurobiológiai és farmakológiai aspektusai [Lights off? Neurobiological and pharmacological aspects of the melatonergic-serotonergic synergism]

NEUROPSYCHOPHARMACOLOGIA HUNGARICA 12 : 4 pp. 469-475. , 7 p. (2010) Scopus Egyéb URL Közlemény:21177108 Admin láttamozott Forrás Idéző Folyóiratcikk (Összefoglaló cikk ) Idézett közlemények száma: 1

Somoskövi, Csilla Férfi sziluettek: VideobemutatóIn: Magyar Pszichiátriai Társaság IX. Vándorgyűlése : absztrakt kötet (2001) pp. 229-229. , 1 p.

Somoskövi, Csilla Szereposztások egy témára: EsetismertetésIn: Magyar Pszichiátriai Társaság VI. Vándorgyűlése (1997) pp. 7-7. , 1 p.

