

DOKTORI (PhD) ÉRTEKEZÉS
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 ATTITŰD VIZSGÁLATA Q-
MÓDSZERREL**

**Készítette:
DR. SOMOSKÖVI CSILLA
KAPOSVÁR**

2020

Tartalom

1. Bevezetés, témaválasztás	5
2. A vizsgálat célkitűzései.....	8
3. Az egészség, az életminőség és a jóllét viszonya, a pszichiátria rövid fejlődéstörténete (Irodalmi áttekintés I.).....	9
3.1. Az egészség és az életminőség kapcsolata.....	9
3.2. Jólét és jóllét fogalmának meghatározása	13
3.3. A pszichiátria tárgya és társadalmi szerepe.....	21
3.4. A pszichiátria kultúrtörténeti előzményei	23
3.5. A pszichiátria szociálpszichiátriai szemlélete	26
3.6. A társadalmi normarendszer és a pszichés betegségek kapcsolatát magyarázó elméletek	27
4. Az egészségügyi rendszer célja és működése hazánkban (Irodalmi áttekintés II.)	34
4.1. Az egészségügy, és az egészségügyi ellátó rendszer	34
4.2. A hazai egészségügyi ellátórendszer felépítése	38
4.3. A hazai egészségügyi finanszírozás	39
4.4. Egészségügyi reformok 1990-től napjainkig.....	46
4.5. A humán erőforrás helyzet a hazai egészségügyben.....	50
4.6. A pszichiátria társadalmi megítélésének alakulása Magyarországon.....	58
4.7. A XXI. század hazánkban is a pszichiátria évszázada	62
4.8. Az egészségügyi dolgozók életminősége hazánkban, a stressz és a kiégés fenyegetése.....	65
4.9. A pszichiátria újra a leginkább fejlesztendő orvosi területek között	69

5. Egy kórház munkatársainak vélekedése a mentális betegekről és gondozóikról. A Q módszerrel végzett empirikus elemzés tapasztalatai. (Anyag és módszer)	72
5.1. A Q módszer elméleti alapjai	72
5.2. A kórházi dolgozók körében végzett empirikus kutatás, a közbeszéd feltárása	78
5.3. A vizsgálat kiterjesztése a nem pszichiátriai osztályokon dolgozókra. (24 értékelő)	81
5.4. Az attitűd vizsgálata a pszichiátriai osztály dolgozói körében (P-set 16 fő)	106
5.5. Az eredmények diszkussziója a pszichiátriai osztály munkatársaival	129
6. A kutató véleménye a szakma „árnyékában” (Következtetések, javaslatok)	135
7. A kutatás újszerű eredményei:	146
8. Összefoglalás	148
9. Summary	149
10. Köszönetnyilvánítás	151
11. Felhasznált irodalom	153
12. A disszertáció témaköréből megjelent publikációk	162
13. A disszertáció témakörén kívül megjelent publikációk	164
14. Szakmai önéletrajz	165

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 hosszú évekig tartó szakmai gyakorlat mennyiben és miben változtathat az egyén személyiségén? 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 kapcsolatban. Tudni szeretném, munkájuk befolyásolja-e egyéni érték rendjüket a pszichiátriai betegekkel és ellátással kapcsolatosan? Az egészségügy szinte minden területére jellemző a humán erőforrás hiány. Egyes területek, például a pszichiátria, jóval nyomatékosabban megérik a

szakdolgozók és orvosok elvándorlását, a pálya elhagyását. A migráció okaira irányuló vizsgálatok, oki tényezőként, az anyagi megbecsülés mellett a tartósan fennálló stresszt, a kiégést, a morális megbecsülés hiányát emelik ki. A pszichiátria területén különösen érzékeny a felvetés, hiszen a dolgozók feladata egyben egy társadalmi értékrend 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 tényezőket tárhat fel. A Q módszerrel történő elemzés eredménye hozzájárulhat a dolgozók mentális igénybevételének csökkentéséhez, egyéni beállítódásuk megismerésén keresztül pedig adatokat szolgáltat az egyéni beállítódásuk megismerésén keresztül, a mentális állapotuk és jóllétük támogatásához.

Az értekezés szerkezetileg a bevezetést követően három fő fejezetből áll. A második fejezet taglalja az egészség, életminőség, jóllét definícióját és kapcsolatát. A fogalmak multidiscplináris megközelítése időszerű, a nemzetközi irodalomban számos publikáció utal a téma fontosságára, populáris szinten, orvos szakmai szinten egyaránt. A nemzetközi irodalom feldolgozása a különböző megközelítésekről nyújt áttekintést nyújt a különböző megközelítésekre. A pszichiátria kultúrtörténeti, társadalompolitikai előzményeinek áttekintése rávilágít a szakmai és társadalmi problémakör összefonódására, mely visszahat a társadalom tagjaira, a dolgozók életminőségére, a betegekkel kapcsolatos elvárásokra. A harmadik fejezet részletezi a hazai egészségügy helyzetét, felépítését és működését. Taglalja az elmúlt évtizedek reform törekvéseit. A humán erőforrás helyzethez kapcsolódóan tárgyalja az

egészségügyi dolgozók rezilienciáját meghatározó körülményeket és tényezőket, mely befolyásolja munka kvalitásaikat, motivációjukat. 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 nemzetközi és hazai áttekintés után összegezhető, hogy a pszichiátria speciális területet képvisel a társadalmi közösségben és az orvosszakmák körében. A szakmai terület társadalmi megítélés szerint is fejlesztést igényel, a halmozódó pszichés betegségek elsődleges és másodlagos következményeinek kivédésére. Szakmai és társadalmi szempontból azonban fontos tényező a dolgozók mentális és fizikális egészsége, motivációja a mindennapokban. A munka során szerzett tapasztalat ne a kiegészítéshez vezessen. A dolgozók és kívülállók véleménykülönbsége vagy azonossága erősen befolyásolhatja a dolgozók életminőségét, jólétét, az ezzel kapcsolatos ellenérzés ugyanígy gyengítheti is azt. A negyedik fejezet a Q-módszer alapjainak bemutatását követően a közbeszéd fogalmának definícióját taglalja. A közbeszéd feltárását követően a vizsgálat három fázisa kerül elemzésre. 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 feltevések 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 az élettapasztalattal, munkatapasztalattal változik a dolgozók körében.

C4: A pszichiátriai betegellátás során más attitűd jellemzi a betegség 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 a pszichiátria területén dolgozók önismeretének bővítése, a szakmai team működés előnyének, hátrányának elemzése. Az önismeret révén javítható a munkához való attitűd. Csökkenthető egyénileg a társadalmi elvárás és munkahelyi elvárások különbözőségéből eredő belső feszültség, stressz.

3. Az egészség, az életminőség és a jóllét viszonya, a pszichiátria rövid fejlődéstörténete (Irodalmi áttekintés I.)

3.1. Az egészség és az életminőség kapcsolata

1948-as megalakulásakor a World Health Organization (WHO) az egészséget a következőképpen definiálta: „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 meghatározást. David Speedhouse szerint, az egészség a képességgel egyenértékű, az emberek valós potenciáljának eléréséhez szükséges alapállapot, amely képességet jelent a bennünk rejlő lehetőségek realizálásához. Eszerint egyénileg mást és mást jelent az egészség, de szükséges a feltételek figyelembevétele és biztosítása (például táplálékhoz jutás, időjárástól védett környezet, információhoz jutás, közösségi élet feltételei). Ennek értelmében beszélhetünk **biológiai egészségről** (szervezetünk megfelelő működéséről), **lelki egészségről** (személyes világnézetünk, magatartásbéli alapelveink, lelki harmóniánk, tudatunk kiegyensúlyozott működése, reális világkép), **mentális egészségről** (a tiszta, következetes gondolkodásra való képesség), **emocionális egészségről** (az érzések észlelésére, dekódolására, illetve az érzelmek kifejezésére való képesség), **szociális egészségről** (másokkal való közösségi kapcsolatok kialakítására, fenntartására való képesség). Napjaink közbeszédében az ember, mint bio-pszicho-szociális lény szerepel. Az összetett fogalom elemzése alapján egyértelművé válik, hogy az egészség objektíven sohasem határozható meg, mivel a társadalom által jelentősen befolyásolt, szubjektív képet jelent az adott társadalmi rendszerhez és annak normarendszeréhez kapcsolódva. Az

orvostudomány fejlettsége és a társadalmi rendszer szubjektív ítélete alapján kirajzolódik egy „egészség-kép”. Kérdéses, hogy az egyén egészségi állapotát meghatározó tényezők közül mikor, melyik tényező van nagyobb kihatással az egyén egészségére és életminőségére? Vajon a genetikai állománya, vagy a külső hatások által erősen befolyásolt életmódja, vagy a fizikai miliő, esetleg a családi viselkedésminták és tágabban a komplex társadalmi környezet szerepe a meghatározó? Természetesen meg kell említeni az egészségpolitikát, az egészségügyi megelőző politikát, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférést, a képzettségi szinteket, amelyek szintén jelentős hatással vannak a populáció egészségügyi állapotára.



1. ábra: WHO Egészséget befolyásoló tényezők, Forrás: Pro-Quality, 2015

Amint azt az 1. ábra szemléletesen ábrázolja (WHO), a középpontban az adott biológiai kóddal rendelkező egyén áll, körülvevé az egészségre hatással levő, módosító tényezőkkel. Az első rétegben a személyes viselkedésformák és életstílusok helyezkednek el, hiszen ezekkel

javíthatjuk, vagy károsíthatjuk egészségünket. A közösségi normák is befolyásolják az egyént, ezt tartalmazza a második réteg. A harmadik réteget a strukturális tényezők építik fel: lakás, munkakörülmények, ellátások hozzáférhetősége (equity), alapvető fontosságú szolgáltatások. A negyedik réteg a társadalom globális működését befolyásoló tényezőket jelképezi. Marc Lalonde (Lalonde, 1974), kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter által publikált kiadványában („A kanadaiak egészségügyi állapotának új távlatai”) 1974-ben elsőként emelte ki, hogy a környezet (strukturális megközelítés) és az emberi magatartás (életmód-megközelítés) jobbítása jelentősen csökkenti a megbetegedések esélyét és az idő előtti elhalálozást. Megállapításainak hatására az akkori kormányzat jelentősen áthelyezte az egészségpolitikai hangsúlyt a beteg ellátásról a megelőzésre, a komplex egészség előmozdítására. Lalonde (Lalonde,1974) munkássága és beszámolója alapozta meg az 1986-ban megfogalmazott **Ottawai Charta** kiadását. A WHO ebben az okiratban fogalmazta meg először az Egészségfejlesztési Programot (Health Promotion Program). A charta megalkotta az egészség társadalmi modelljét, amely az egészség holisztikus felfogását jelenti. Az okirat felhívja a figyelmet a társadalmi ranglétrán való elhelyezkedés valamint az elhalálozási gyakoriság, illetve a betegségek előfordulása közötti erős korrelációra. Szétválaszthatatlan kapcsolatot ír le a társas és a gazdasági kondíciók, a fizikai környezet és az egyéni életmód között.

Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint. *„Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, mely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai képességét, pszichés*

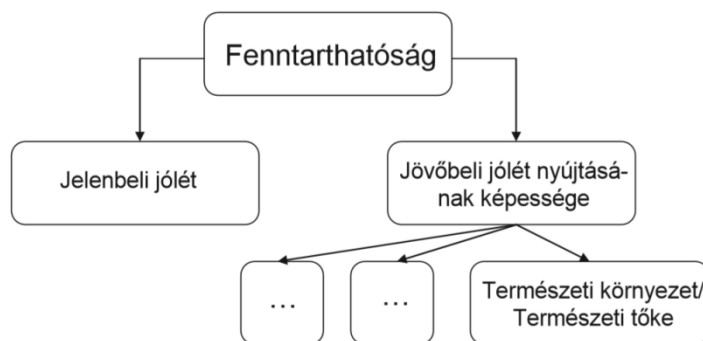
állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát” (WHO, 2015). Az életminőség a XX. század második felében követelt magának definíciót. Az életminőség kutatás öt egymást átfedő hagyományból áll: szociális indikátorok, a boldogság, az öregedés, a jóllét és az egészség (Veerhoven, 2007a). A II. világháborút követő gazdasági fellendülés, majd a 70-es évek végén, 80-as évek elején bekövetkező hanyatlás vetette fel a gondolatot, hogy *„inkább jóllét legyen, mint gazdagság”*, és ez a szemlélet számos kérdést vetett fel a jóllét fogalmával és a fejlesztéssel kapcsolatban. Megnőtt az *„inkább minőségi, mint a mennyiségi életre való igény”* (Veerhoven, 2007b). **McDowell és Newell** szerint az életminőség alapvetően szociológiai fogalom, mely az emberek anyagi körülményeire és ezzel kapcsolatos érzéseikre vonatkozik. Az első vizsgálatok a 70-es évektől jelentek meg, először a társadalom szintjén jelentkező indikátorok, majd pedig az egyén életének vizsgálatára fókuszáló hangsúllyal (Ágoston és mtsai, 2007). Veethoven szerint a jó életminőség egyenlő a környezeti jóléttel (például biztos jövedelemmel és munkahellyel), továbbá a jó fizikai és mentális egészségi állapottal, vagyis a jóléttel (Veerhoven, 2007c). A 80-as években olyan egészségtudományi vizsgálatok láttak napvilágot, melyek a páciensek saját állapotának megítélését vizsgálták, felvillantva a szubjektív egészségi állapot fogalmát. A szubjektív egészségi állapotot vizsgálók három nagy tudományterületről érkeztek: a szociológiából, az egészségtudományból, illetve a pszichológiából, megalapozva a jólét és jólét fogalmát, differenciálva azt. Az életminőség vizsgálatok központi eleme, hogy az egészség tárgya a teljes ember, nem csupán annak teste (Ágoston és mtsai, 2007).

Klinikai gyakorlatban, orvosi szemszögből az életminőség vizsgálata a betegség lefolyására és szövődményeire irányul. A tartósan fennálló betegség folytán az egyén akadályozottá válik a munkavégzésben, társas kapcsolataiban, szociális közege is megváltozhat. Az élet többi területére kiterjedő „kompetenciáit” is negatívan befolyásolja, csökkentve az életminőséget, az egészségi állapot további romlását kilátásba helyezve (Kopp, 2006).

3.2. Jólét és jóllét fogalmának meghatározása

A szubjektív életminőséghez kapcsolódó fogalmak a szakirodalomban a „szubjektív jóllét”, „élettel való elégedettség” és a „boldogság” is (Veenhoven, 2007d). Diener szerint a szubjektív életminőség nem más, mint ahogy az emberek értékelik saját életüket. Ez magában foglalja a boldogságot, az élettel való elégedettséget, a kellemes érzéseket és a kellemetlen érzelmek relatív hiányát. (Diener, 1995). Easterlin szerint nem elhanyagolható az anyagi biztonság szerepe sem (Easterlin, 2005.). A jólét és jóllét sokszínű és tág fogalom, tárgya a hétköznapi nyelvnek és gondolkodásnak, és tárgya a tudományos kutatásoknak is. A fogalom egyik legfontosabb szerepét és jelentését a közgazdaságtudományban kapja, amelynek végső célját meghatározhatjuk a társadalom jólétének vizsgálataként. A jólléttel kapcsolatban két szélső nézet különül el. Az egyik 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. Ez utóbbi képviselői Csíkszentmihályi és Hunter (2003), Lycken és Tellegen (1996) odáig is elmennek, hogy az objektív életkörülmények elhanyagolható szerepet játszanak a boldogság elméletében. Napjainkban a GDP emelkedése nem nyilvánul meg az életminőség javulásában, célszerűbb a GNI (Gross

National Income) értékelése, mely érték a megtermelt érték mellett a felhasználható jövedelemre utal. Negatív a GDP – GNI rés (Kuti, Sisak, 2019). A jólét definiálása és mérési lehetőségeinek kérdése aktuális probléma, számos kutatás témája. Gébert Judit (Gébert,2012) összefoglaló közleményében áttekintést és kritikai összehasonlítást nyújt a jelenleg meghatározó jólét elméletekről, a haszonelvűsége épülő preferencia-utilitarizmusról, a John Rawlshoz köthető alapvető javak elméletéről, Amartya Sen képesség elméletéről. Véleménye szerint a definíciótól függően két főcsoport különíthető el: a formálisak és szubsztantívak csoportja. A szerző célja az összehasonlítással és elemzéssel az, hogy minél szélesebb információs bázissal értelmezze a jólét fogalmát. Az „információs bázis” szóhasználat Amartya Sen nevéhez fűződik. Meghatározása szerint: „Egy ítélet információs bázisa azonosítja azokat az információkat, amelyektől egy elemzés közvetlenül függ. Feltételezi, hogy semmilyen más információ igazsága vagy hamissága nem befolyásolja közvetlenül az elemzés helyességét” (Sen, 1995). A jólét közgazdasági megközelítése specifikus irányzatokat jelent, mint jóléti közgazdaságtan, környezetgazdaságtan, ökológiai közgazdaságtan. Az utóbbi két irányzat a fenntarthatóság fogalmán keresztül írja le a jólétet.



2. ábra: A fenntarthatóság és jólét fogalmának egymáshoz való viszonya,
 Forrás: Bajnóczy et al, 2012

A 2. ábra demonstrálja, hogy a fenntarthatóság koncepciójába beletartozik a jelenbeli jólét helyzete, és a jövőbeli jólét nyújtásának képessége. A fenntarthatóság kifejezést többnyire jövő orientált értelemben is szokás használni, azaz a jelenbeli jóléten túl magában foglalja a jövőbeli jólét nyújtásának képességét is. Tekintve a többféle elméletet, azok két fő csoportba sorolhatóak. **Szubsztantív** illetve **formális** csoportba (Hausmann-McPherson, 1997). A szubsztantív elméletekben közös, hogy pontosan meghatározzák, mi rendelkezik önértékkel az emberek számára. A formális (vagy instrumentális) megközelítések azt írják le, hogyan és miként lehet valamit a jólét tárgyává tenni. Ide tartoznak azok az elméletek, melyek az emberek döntéseire helyezik a hangsúlyt. A formális elméletek úgy működnek, hogy X dolog jó, mert hasznos, mert boldogságot okoz. A szubsztantív elméletek szerint X dolog jó, ha önmagában jó. A formális elméletek csak a módszertant adják meg annak, hogyan állapítsuk meg, mi a jó, de nem jelöltek ki meghatározott elemeket. A szubsztantív elméletek nem adnak módszertant erre, csak pontosan kijelölnek dolgokat, és valamilyen érveléssel alátámasztják (Gébert, 2012). Mindkét csoportnak vannak előnyei és hátrányai. A formális elméletekhez kapcsolódik Alfred Marshall és Arthur Cecil Pigou. Adam Smith a „láthatatlan kéz” elméletből kiindulva azt javasolja: engedjük az egyéneket önértékük alapján cselekedni, a tökéletes piacon ekkor kialakul a maximális nemzeti jólét. A jóléti közgazdaságtan célja kritériumok fejlesztése annak megítélésére, hogy a különböző tevékenységek mennyire kívánatosak az egész társadalom számára. Hátterében olyan etikai irányzat húzódik meg, mely komoly kihatással bír több tudomány területén, az utilitarizmus vagy haszonelvűség szerint egyetlen erkölcsi elv létezik, a hasznosság elve. Egyéni döntéseinkben azt az alternatívát kell választanunk, amely

legjobb kimenetellel bír az érintettek összességét tekintve. A jóléti közgazdasástan három fő elméletet foglal össze. Az első a boldogság-utillarizmus, melyben a pozitív mentális állapotot (boldogságot) tekinti jónak, vagy öncélúnak. Legrelevánsabb probléma a mentális állapot mérésének lehetősége. A jóléti közgazdasástanban leginkább elterjedt elmélet a preferencia-utillarizmus, mely az egyéni preferenciák kielégítését helyezi előtérbe. Ebben az esetben kizárólag a preferencia tárgyi megvalósulásáról esik szó, semmi köze nincs a megvalósítás felett érzett érzelmekhez, szándékosan távol tartja magát az érzelmek meghatározhatatlan területétől. Feltételezi, hogy az emberek preferenciarendszere objektíven tükrözi, mi jó nekik. Kapcsolódó népszerű elmélet a Pareto-optimum: „A termelés és csere abbamarad, és a maximális jólét állapota – Pareto-optimum – következik be, ha már nem lehetséges javítani valakinek a helyzetén, hogy senki másé nem rosszabbodna” (Landreth 1976). A Pareto-elv a jólétet önérdekkövető egyének preferencia-kielégítésében határozza meg, fontos jellemzője, hogy normatív értékektől mentes, csak az egyének preferenciáinak ismeretére van szükség. A preferencia-utillarizmus annak véleményezésére törekszik, egy állapot jobb-e, hasznosabb-e, mint a másik. Az érték meghatározásához nyilván a legegyszerűbb a pénz hozzárendelése. Vagyis egy preferencia megvalósítására mennyi pénzt áldoznának az emberek (pénz-utillarizmus). A „legnagyobb boldogság” elvétől eljutunk a pénzérték-utillarizmushoz, a „lehető legtöbb pénz” elvéhez. Ez a megközelítés az, amely GDP/fő mutatószámot tartja a jólét megfelelő mértékegységének (Gébert, 2012). A formális elméletek másik módszertana a Pareto-elv és pénzérték-utillarizmus közös „eredője”, amelyet költség-haszon elemzésként is említhetünk. A döntések esetében rosszul járó felet kompenzálni kell, ez a kompenzáció a döntés költsége.

A döntés költségéből kivonva a kompenzáció költségét egyértelmű, pénzben kifejezhető értéket tudunk mellé rendelni eredményként. Nyilván jogosan felmerül a kérdés, mely társadalmi előnyök, hátrányok fejezhetők ki költségekben? A formális elméletekhez kapcsolódóan rengeteg kritika fogalmazódott meg, például az emberek nem mindig tudják egyértelműen, mi a jó maguknak. Egyes preferenciák időnként ellentmondanak egymásnak. A döntéshozók rendelkeznek-e minden szükséges információval társadalmi döntések meghozásához. A formális elméletekkel ellentétben a szubsztantív elméletek pontosan meghatározzák az emberi jólét alkotóelemeit. Ezek az elméletek objektívek abban, hogy az önértékkel rendelkező dolgok függetlenek az emberek személyes akaratától, és mindenkire egyaránt érvényesek. Az irányzat megteremtője John Rawls(1997) szerint a jólétet alapvető társadalmi javakban kell mérni, amelyek eszközök az egyén életének teljességéhez a társadalomban. Ilyen például a szabadság, lehetőség, jog, vagyon és jövedelem, önbecsülés („primary goods”). Rawls külön kitér arra, hogy ezek a javak nem alkalmasak a pszichológiai jólét mérésére, bár jelentős kihatásuk van arra. Dasgupta (2001) nevéhez fűződő másik fontos szubsztantív elmélet az eszközök és célok elmélete, mely szerint két alapvető aspektusból kell szemlélni a jólétet. Alkotóelemeihez tartozik az egészség, boldogság, szabadságjogok (constituents), a másik szempont a jólét determinánsaira vagy eszközeire vonatkozik, étel, ruházat, egészség, lakóhely, biztonság, (determinants). Dasgupta szerint egyik sem elhanyagolható (Dasgupta, 2001). Többen próbálták megadni az alapvető emberi javak listáját, melyek tartalmazznak materiális javakat (például jövedelem, ivóvíz, étel, egészség,), pszichológiai tényezőket, elégedettség, boldogság, harmónia, önmegvalósítás, komplexebb tényezőket: biztonság, tanultság, lehetőség, emberi jogok (Alkire, 2002).

Későbbiekben Layard nevéhez kapcsolódik a boldogság kutatás, mely során behatárolni próbálta a szubjektív élmény érzést. Három fő tényezőt határoz meg: gének, családi neveltetés és felnőtt élet, melyek hatással vannak a boldogságra. Hét tényezőt különít el, melyek kihatással vannak boldogság érzetünkre, például családi és baráti kapcsolatok, munka, anyagi helyzet, személes értékek és értérend, személyes szabadság. A XX. század legjelentősebb elmélete Amartya Sen nevéhez fűződik képességszemlélet (capability approach) néven. Elméletében 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 tulajdonságok, amelyeket az egyén képes alapvető céljainak elérésének szolgálatába állítani (például személyiségének megfelelő munka elérése). A képességek által biztosított szabadság Sennél nem csupán a jólét eszköze, hanem célja is. Sen nem állított fel elméletében értékrendi listákat, emiatt elméletét sok kritika érte. Későbbiekben Nussbaum (2000) 12 központi képességet állapított meg (például élet, egészség, gondolkodás, érzelmek, gyakorlati ész, kontroll a környezet felett, véleménye szerint ehhez köthetően megállapítható a képességek egy küszöbszintje, amellyel minimálisan rendelkeznie kell egy embernek.

Összefoglalva megállapíthatjuk, a szubsztantív elméletek közös jellemzője, hogy interdiszciplinárisak, szem előtt tartják a jólét erőforrásait, több aspektusból közelítenek az emberi jólét fogalmához. Megragadnak olyan szempontokat is, melyek nem vagy alig mérhetők pénzben, vagy anyagi javakban. Az elméletek kapcsán megfogalmazott

kritikák jelentős része azt kifogásolja, hogy túl sok mindent akarnak figyelembe venni, ami a jóllét mérhetőségét hátrányosan befolyásolja.

A jóllét közgazdasági elméleteinek tanulmányozását követően fontosnak érzem összevetni a fogalmat a társadalomtudományi, szociológiai és pszichológiai megközelítésekkel. 2016-ban Szántó Zsuzsa és munkatársai tanulmányban foglalták össze a 2009-től 2014-ig terjedő időtartamban az európai szakirodalomban megjelent jólléti vizsgálatok társadalompolitikai, pszichológiai módszereit, szempontjait. Két fő uralkodó elméletről számolnak be, egyik a hedonisztikus megközelítés melyben a pozitív emóciók és hangulati állapotok gyakori átélése, negatív érzések minél ritkább megtapasztalása okozza a magasabb élet elégedettség érzést (Diener, 2000). Véleménye szerint a boldogság: kitűzött céljaink eléréséből, cselekedeteink értékesnek tartott eredményeinek előállításából fakad. Az eudemonikus, másnéven pszichológiai megközelítést alkalmazó elmélet az ember által betöltött szerepre, és az önmegvalósítás terén elért eredményekre fókuszál. Képviselői Ryff és Keyes véleménye szerint a mentális jóllét több a boldogság és elégedettség érzésénél. Az autonómia, a személyiség kiteljesedése, az önelfogadás, az életcél, az önuralom, önmegvalósítás együttesen teljesítményekben multidimenzionálisan összetett képet alkot. A két elmélet kombinációjaként később felállított ön-meghatározás (Self Determination Theory) elmélet szerint három fő pszichológiai szükséglet: a kompetencia, az autonómia, és a valamihez tartozás kielégítése jelentheti a jóllétet (Ryan-Deci, 2000).

1. táblázat: Területek és indikátorok

Területek	Indikátorok
Pszichológiai	érzelmek (pozitív, negatív) harag szorongás kiégés depresszió érzelmek /érzelemkontroll boldogság/boldogtalanság remény/reményvesztettség életcél/orientáció étellel való elégedettség (elégedettség iskolában/munkában) locus of control pszichológiai jól-lét önbecsülés önbizalom stressz
Szociális	magatartásbeli és kortárs kapcsolati problémák családi környezet magányosság szülőkkel/kortárs csoporttal/partnerekkel való kapcsolat társadalmi támogatás
Fizikai	egészségi állapot HRQoL (egészséggel összefüggő életminőség) fizikai képességek szomatikus panaszok erőszak
Kognitív	iskolához való hozzáállás függetlenség kompetencia (az iskolában) társas kapcsolatok iránti szükséglet
Viselkedési	deviáns viselkedések egészséges viselkedés hiperaktivitás kockázati magatartás
Anyagi	jólét létszükségleti cikkek nélkülözése a család anyagi helyzete

Forrás: Szántó, Susánszky, Berényi, Sipos, Murányi, 2016)

A 1. táblázat összefoglalja azokat a területeket és tényezőket, melyek a jóllét vizsgálata és elemzése kapcsán felmerülnek (indikátorok), egyúttal jól érzékelteti ennek sokszínűségét, komplexitását. Az indikátorok több tudományterületet érintenek, társadalmi, pszichológiai, egyéb területeket, melyek vizsgálata, elemzése célszerűen multidiszciplináris megközelítést igényel.

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. Mint láthattuk a munkából való kiesés nem csupán az anyagi javak előállításának elmaradása révén okoz hiányérzetet jóllétünkben, van egy jelentős morális aspektusa is a beteg szerepnek. Az egészségügyben feladatot ellátó személyzet jólléte köthető saját motivációikhoz, kompetenciáikhoz, 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. A dolgozók jólléte alapfeltétele a jó terápiás miliőnek, az elégedettség érzése feltétele a megbízható csapatmunkának. Nem mellőzhető ebben a társadalmi attitűd, más emberek véleménye szakmai tevékenységünkről, ellátott betegeinkről. Komoly belső feszültséget, kognitív disszonanciát okozhat, ha mások elvárása nem egyezik a szakma által előírt feladatokkal, feltételekkel.

3.3. 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. Az ide sorolható zavarok és betegségek kiváltó okai sokfélék lehetnek (multifaktoriálisak), és többnyire komplex visszahatásuk van a szűk és tágabb környezetre. A pszichiátriai kórképek többségében az öröklődési hajlam, neurokémiai és anatómiai eltérések mellett egyre nagyobb szerepet tulajdonítanak napjainkban a múltbéli és aktuális konfliktusoknak, traumás életeseményeknek, veszteségeknek, kóros viselkedéssémák

elsajátításának (Németh, 2015). A társadalmi környezet, kultúra, viselkedési szabályok jelentősen befolyásolják az aktuális normarendszert, ezáltal kijelenthetjük, a pszichés betegségek kialakulásában meghatározó szerepe van a szociokulturális miliónek. Az egyén bio-pszicho-szociális lényként körvonalazódik, pszichés vizsgálata holisztikus szemléletet igényel. A társadalmi közeg határozza meg a mintaszerű viselkedést a normalitás elvárásaival, egyben demonstrálja a pszichiátriai betegségek kezelési céljaként meghatározott viselkedési kereteket, emellett a pszichés betegségek kezelésében is komplex szerepe van a családi, tágabb értelemben társadalmi közegnek. Az érintett személy alapvető személyisége is hajlamosíthatja egyes zavarok kialakulására, más jelenlevő testi betegségeihez hasonlóan. Minden esetben elemeznünk kell a közvetlen környezet védő-megelőző vagy éppen provokáló szerepét. A gyógyszeres kezelések alkalmazása mellett szükségzerű vizsgálni és feltárni élethelyzeti körülményeket, szociális és társadalmi miliót. A kezelési módszerek köréből nem nélkülözhetők a pszichoterápia releváns módszerei és a szocioterápia (Füredi, 2015). Az elmúlt évtized (az agy évtizede) kutatási eredményei igazolták egyértelműen, hogy a pszichoterápia, a szocioterápia és a viselkedésterápia konkrét hatással bír az agy biológiai, sejtszintű működésére. 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. A kölcsönhatások miatt elengedhetetlen a társadalom hatásainak és viszonyulásának elemzése a pszichiátria tudományára. (következő fejezet).

3.4. A pszichiátria kultúrtörténeti előzményei

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 említene, kezelési módszerekkel is sikerrel próbálkoztak. Hippokratész a négy alaptestnedv egyensúlyi arányainak változásaként említi a hangulati élet és pszichés zavarok eredetét. Írásos dokumentumban szerepel elsőként a depresszió (melancholia) említése, a zeneterápia, fényterápia és hipnoterápia leírása és alkalmazási köre. (Tringer, 1999) A görög és római kori elmekórtani leírások alapján a középkorban az arab országokban nyitottak az első elmeegógyintézetek, Bagdadban 705-ben, Kairóban 800-ban, Damaszkuszban, Aleppo-ban 1270-ben. Avicenna és Constatinus felismerte és leírta az összefüggést a lelki állapot és testi vegetatív tünetek között, a kezelési módszereik elsősorban a pszichoterápiás lehetőségeket jelentették (Schulteisz, 1999). A középkori Európában az elmebetegeket - vallási dogmákra hivatkozva - bilincsbe verve, elzárva tartották, „ördög által megszállottnak” bélyegezték. Az inkvizíció tömegével ítélte máglyahalálra a pszichotikus betegeket, boszorkányként vagy eretnekként. Az elmebetegek elzárására vonatkozó első állami lépések az izolálásra vonatkoztak, hogy a beteg személyeket elkülönítsék a társadalom egészségesnek tartott tagjaitól, ne zavarják eltérő viselkedésükkel a közösség életét. Az elmebetegségeket gyógyíthatatlannak tartották, élethosszig tartó állapotnak, mely kóros, terhelő hatással lehet a környezetre is. Az említett nézetek jelentősen hátráltatták a tudomány fejlődését, ennek ellenére Harvey (1578-1657) megállapította a pszichés állapot és szívfrekvencia összefüggését,

megbetegítő hatását. Hatalmas fejlődést jelentett a pszichiátria területén, hogy a francia forradalom idején Pinel levetette a láncokat az elmebetegekről, a kezelést morális tanokra helyezte, hangsúlyozva elsőként a társadalom és közösség szerepét. Börtön helyett elmeógyógyintézetekbe helyezték a betegeket, humánusabb körülmények közé, azonban még mindig izolálva a társadalomtól, korlátozva a látogatás és elérhetőség lehetőségét. Napóleon kezdeményezésére a tébolydák országos hálózatát építették ki. Ebben az időszakban már nem csupán a megőrzés és izoláció volt az intézményben dolgozók feladata, hanem az észlelt tünetek leírása, a betegek megfigyelése, és az észlelések rendszerezése. A pontos leírások és észlelések alapján vált lehetővé a XIX. század első felében Boyle, Kahlbaum, Bleuler és más tudósok munkásságának köszönhetően a skizofrénia, a szellemi hanyatlás, a hangulatzavarok precíz orvosi leírása. 1896-ban a pszichés és testi tünetek összefüggései mellett Kraepelin megalkotta a pszichiátria rendszertanát. A XIX. század végéig szinte minden napjainkban ismert pszichiátriai betegség leírásra került. Griesinger a század közepén megállapította, hogy a pszichés betegségek oka nem misztikus tényezőkben keresendő, hanem ezek az agy betegségei, lefektetve ezzel a biológiai pszichiátria alapjait (Szilárd és mts, 2009). A kezelések a korábban ismeretes fényterápia, hipnoterápia mellett gyógyszeres kezelésként kizárólag a nyugtatók és altatók használatára terjedt ki. 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 mérföldköve, hogy elfogadottá tették a pszichés folyamatok „történetiségét”. Az ember pszichés állapotára jelentős kihatással vannak aktuális élethelyzeti és gyermekkori traumák, társadalmi, közösségi

változások. A pszichoterápiás irányzatokon belül a mélylélektani irányzatok mellett fontos szerepet kapott a viselkedés terápia, különböző csoport terápiák, melyek elsődleges célul tűzik ki a közösségi adaptációt, a társadalmi beilleszkedést, a kerettartást. Ezek az irányzatok napjainkban is meghatározóak. Természetesen egyidejűleg fejlődtek a biológiai kezelési formák. A XX. század elején felfedezték a depresszió hátterében meghúzódó neurokémiai eltéréseket, melyek elősegítették az adekvát gyógyszeres kezelés megvalósítását. Új gyógyszerek kerültek piacra, a nyugtatók, a szorongásoldók és az antipszichotikumok körében. Magyar névhez kötődik a görcsterápia felfedezése (Meduna László) (Baran et al., 2008). A görcskezelés és idegsebészeti beavatkozás (elsősorban homloklebeny kiirtása agresszív kezelhetetlen beteg esetében) mint terápiás lehetőség visszatérően megosztotta a társadalmat emberjogi szempontok miatt. 1933-ban Európában, Németországban törvényt alkottak az értelmi fogyatékosok, skizofrének, egyéb pszichiátriai betegek kötelező sterilizálását elrendelve. 1934-től megkezdődött az pszichiátriai betegek deportálása, tömeges kivégzése, vagy „átnevelő munkatáborokba” szállítása, ahol szintén hasonló sors várt rájuk. 1939 és 1941 között 70 000 ember életét oltották ki elmebetegség vagy fogyatékoság miatt. A háború után, az 1950-es évektől kezdődően robbanásszerűen fejlődő gyógyszeripar, a betegek számára humánusabb, terápiás közösségek, csak családba helyezés volt jellemző ellátási forma. Gyógyszerkutatások és a piacra került széles gyógyszerpaletta ellenére is egyre nagyobb szükség mutatkozik minden ellátási formában a kommunikációs készség javítására, a szocializációra, pszichoterápiás módszerek egyidejű alkalmazásával (Füredi, 2015.).

3.5. A pszichiátria szociálpszichiátriai szemlélete

A történeti visszatekintés utal arra, hogy 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, halmozódásában. Egyértelműen a gyógyulási hajlamot is jelentősen befolyásolja a szociális és társadalmi közeg. A szociálpszichiátriai kutatások alapját képezte Durkheim 1897-ben megjelent munkája az öngyilkos magatartásra vonatkozóan (Durkheim, 1897). Számos megállapítása a szociális környezet, társadalmi szerepvállalás vonatkozásában napjainkban is helytálló. A szociálpszichiátriai szemlélet a XX. század elején Belgiumban, Gheelben valósult meg, ahol a 20 000 lakosú városban 2000 elmebeteg élt családi környezetben elhelyezve, egy 100 fős zárt osztály háttérével. A családok bevonták az ápoltakat a munkába, nem az elkülönítés és stigmatizáció, hanem az adaptáció és rehabilitáció célkitűzésével. A későbbiekben az elmeegógyító intézmények zsúfoltságának enyhítésére hoztak létre terápiás kolóniákat, ötvözve a munkaterápiát a családi ápolással (Dicsőszentmárton, Lipótmezei Elmeegógyintézet közelében). A demokratikus alapelveken működő, önségítésre fókuszáló, csoportterápiákra épülő terápiás közösség fogalmát Maxwell Jones vezette be 1953-ban (Jones, 1966). Füredi János megfogalmazásában a terápiás közösség filozófiája hangsúlyozza, hogy az egyén az által válik

felelős és önálló emberré, és ezáltal mások számára hiteles példaképpé, ha felelősséget vállal saját problémáiért és magatartásáért (Janos Füredi & Mérei, 1979). A pszichiátriai betegekkel szemben minden társadalmi formában megfigyelhető az elutasítás, a mássághoz köthető elkülönítés és megbélyegzés. A fenntartásokat, előítéleteket a közösség néha kiterjeszti a pszichés beteget ápoló, ellátó családokra is. Az érintett családok gyakran merev fallal, szégyenfoltként körül zárják, izolálják a beteg családtagot, vagy más esetben „kilökődik” a családból, mivel szociális és családi kapcsolatai a betegség zajlása miatt felbomlanak. A kapcsolatrendszer hiánya vagy felbomlása nem csupán kiváltó tényezőként szerepelhet a betegségek kialakulásában, hanem a betegség következményeként is értelmezhető, mely a későbbiekben visszahat a betegség lefolyására. Az utóbbi évtizedek során a pszichiátriai betegség fogalom és gyógykezelés holisztikus felfogása vált szükségszerűvé. (George & Engel, 1980)). A holisztikus szemlélet értelmezhető társadalmi vonatkozásában is, miszerint a tünetek, betegségekre utaló devianciák, eltérő viselkedésformák kialakulásában a biológiai tényezőkön kívül szerepelnek jelentős környezeti tényezők, melyek aztán a betegség megjelenését követően visszahatnak a társadalmi közegre, komplex kölcsönhatást alkotva.

3.6. A társadalmi normarendszer és a pszichés betegségek kapcsolatát magyarázó elméletek

Deviancia elméletek: Devianciának nevezzük a társadalmi normák, vagy jogilag szabályozott közösségi viselkedés megszegését, be nem tartását, az elvárt viselkedéstől eltérő megjelenést, magatartást. Szociológiai vonatkozásban ide tartozik az alkoholizmus, drogfogyasztás, önsorsrontó magatartás, például az öngyilkosság, a mentális betegségek is. Emil

Durkheim francia szociológus az öngyilkosság körét járta körül könyvében (Durkheim, 2003). Írásában rámutat arra, hogy a viselkedés nem az egyén konkrét cselekedet által válik deviánssá, hanem a társadalom megítélése, az adott közegben elfogadott normák mentén válik azzá. Ezek pedig társadalmanként és koronként változnak. Jenkins megerősíti Durkheim tanait a későbbiekben, miszerint kultúr-antropológiai szempontból az elmebetegségek megítélése kultúránként nagy eltéréseket mutat, annak ellenére, hogy minden társadalomban előfordul (Jenkins, 2007). Koronként is jelentős eltéréseket észlelhetünk. A szociológia nem csupán a társadalmi okokat keresi a pszichés tünetekre, hanem megpróbálja feltárni, hogy a kialakult jelenség milyen funkcióval bír a társadalomban. A szociológia egyik átfogó társadalmi megközelítése a strukturális funkcionalizmus, mely egységes emberi organizmusként írja le a társadalmat, melyben minden testrésznek adott funkciója van, különben nem léteznének. Így a tartósan jelen levő jelenségeknek, például a bűnözésnek, devianciáknak is. A bűnözésre úgy tekintenek, mint ami alkalmat ad az üldözésen keresztül megerősíteni a közösségnek az összetartozás élményét. A deviancia hasznos funkcióval is bír, hiszen minden lázadás, eltérés, változás a fejlődést mozdítja elő. Minden esetben felmerül, hogy az eltérések veszélyeztetik-e a társadalom rendszerét és biztonságát, vagy a tolerancia segíti a fejlődést (Anorbála 2006). Az anómia kifejezést arra a jelenségre használták elsőként, melynek során a kölcsönösen elfogadott társadalmi normák meggyengülnek. Ez nem minden esetben köthető válsághoz, lehet olyan gyors ütemű fejlődés kísérője is, mint az iparosodás, urbanizáció, internet terjedése. Elvesznek az igazodási pontok, melyek meghatározók voltak, elhajlások, devianciák jelentkeznek, melyek a személyre jellemző különböző formákban jelenhetnek meg. Az anómia elmélet jelentős

képviselője az amerikai Robert Merton írja le elsőként, hogy a különböző deviáns viselkedések a társadalmi ranglétrán lefelé haladva egyre gyakrabban fordulnak elő (Merton, 1938). Merton szerint az emberek többsége konform módon viselkedik, igazodik a többséghez céljaiban is, elfogadja az ehhez vezető eszközöket is. Négy csoportot ír le, melyekben nem egyértelműek a közösség által meghatározott célok, vagy a célok elérésére jellemző eszközök elfogadása: újítás, ritualizmus, visszahúzóds, lázadás. A négy csoport jellemzése szinte teljesen lefedi a pszichiátriai betegek csoportjait. **Az újító** elfogadja a közösség céljait (például gazdag leszek), azonban az ehhez biztosított legitim eszközöket nem, nem legitim utakon jár, ők lesznek a bűnözők. **A ritualizmus** nem jelent minden esetben devianciát, de túl merev mintakövetést igen. Túlzottan alárendelő, mely elősegítheti a közösség kóros irányba hajlását (szolgalelkűség a diktatúrákban). **A visszahúzóds** belátja, hogy nem érheti el a kitűzött célokat, emiatt ki is próbál szállni a rendszerből, legdrasztikusabb kilépés az öngyilkosság, de ide sorolhatjuk az elhúzóds pszichiátriai betegségeket, a drog- és alkoholfüggőséget, hajléktalanságot is. Ha célként nem csupán anyagi javakra gondolunk, hanem belső énképet, személyiségünk fejlődését is, a „kilépés” pszichiátriai értelemben akár a megőrülés. **A lázadó** sem a célokat, sem az eszközöket nem fogadja el. Forradalmárok, akik csoportba szerveződve energiájukkal képesek felülni a közösség céljait, akár új kereteket létrehozva (fejlődés) (Merton, 2006). A napjainkra leginkább jellemző felépülés modell az elidegenedésen alapul. A hatalom nélkülség, az élet értelmetlensége, önértékelés elvesztése jellemző (Bugarszki, 2013).

A szerepelméletek fő képviselője Talcott Parsons (Parsons, 1975). Véleménye szerint a betegség a társadalmi rendszer működése szempontjából diszfunkcionális. Nem csupán az egyén szempontjából

értelmezhető hátrányos helyzetnek, hanem társadalmi léptékben is gondot okoz az, ha a társadalom tagjai nem tudják betölteni a számukra rendelt társadalmi szerepeket. Például munkaképtelenek, nem tudnak hozzájárulni a közösség fenntartásához, ezzel veszélybe sodorva társadalom integritását (Pál, 2004). Ebből egyértelműen következik, hogy a társadalom érdekelt abban, hogy ellenőrzése alá vonja, kontroll alatt tartsa a betegségeket és a betegeket is. A betegség ilyen értelemben nem csupán biológiai elváltozás, hanem Parson értelmezésében egy összetett társadalmi szerep. Kialakulása, lefolyása és gyógyítása is befolyásolt a résztvevők motivációi által. A gyógyítás és gyógyulás a jelenlevő motivációk közül csak egyik tényező, jóval összetettebb a társadalmi szereprendszer ebben a vonatkozásban. A szerep tanulható, átadható, illetve egy előre megírt szerepkészlet alapján kikényszeríthető. Ebben az értelemben a komplex társadalmi szereprendszerhez nem csupán a beteg és egészséges tagok tartoznak, hanem kiemelt szerepe van a betegeket ellátó személyeknek, akik nagyobb kontrollal bírnak, utasításaik nyomán kialakulhat hosszas kezelés kapcsán egy komplex betegszerep, mely beteg identitássá válhat (Krémer, 2010). Parson véleménye szerint 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 biológiai eltérések gyógyításán túl a gyógyulást meghatározza a körülvevő társadalmi, közösségi és kulturális kontextus, a terápiákban befolyásolva az egyén motivációit. 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 társadalmi szerepvállalása szempontjából. Ilyen értelemben a betegség zajlása és a gyógyítás

folyamata egy viszonyrendszerként fogható fel, melyben 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, hogy nem várható el a beteg gyógyulása csupán belső elhatározásból, bár határozott felmentést kapott kötelezettségei alól, 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, hogy 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 (Giddens, 2008).

A **szimbolikus interakcionizmus** elmélete Mead nevéhez fűződik (Schellenberg, 1978). Az elmélet alapja, hogy a valóság egy kollektív konstrukció. Az ember úgy viszonyul a világhoz, tárgyakhoz, ahogy gondolkodik, ez lehet alapjaiban téves. Az interakciók töltik meg tartalommal, jelentéssel a gondolatokat, emiatt a nyelv kiemelt fontosságú, a kollektív szimbólumképzés legjelentősebb példája. Az 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 biológiai eltéréseken túl mutatva, a korábban részletezett szerepelvárások 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. Az

érintett egyén hosszútávú betegsége ennek mentén egy önálló, teljes identitás kialakulását idézi elő, a környezet állandósulásával. Gondoljunk a pszichiátriai otthonok lakóira, ahol állandósul a betegség által meghatározott környezet, a betegszereppel együtt. Hasonló a helyzet a huzamos ideig fennálló többéves, akár évtizedes 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. Léteznek csoportok, melyek a fent említett betegszerep mellett társadalmi közegben élnek, de szerepelvárásaikat kényszerrel, jogszabállyal korlátozzák, például a cselekvőképesség korlátozása, a munkaképesség megítélése (leszázalékolás) és szociális helyzetük a pszichiátriai betegszerepüktől válik függővé. Ez a külső függés lehetetlenné teszi a korábbi identitás fenntartását, kedvez a betegszerephez kapcsolódó új szerepkör és 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 (például bíróság, rendőrség, pszichiátria). 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. A címkézés elméleteinek köszönhetjük a

modernitás, a normalitás és a stigmatizáció fogalmát. A modernitás kora a kapitalista termelési viszonyok, az urbanizáció együttes hatásait tükrözi. A modernitás az ehhez köthető életformát, a fegyelmezett bér munka viszonyokat elfogadó viselkedést tekinti normalitásnak. Az életvitel kapcsán, urbanizációs ártalomként nőtt a népsűrűség, a közelség miatt gyakoribbnak tűnnek a devianciák, sokkal több problémát okozva. Következményként megjelenik a pszichiátria törvény által szabályozott, kényszer intézkedéseket alkalmazó, intézményrendszere (zárt elmegyógyintézetek). A címkéző elméletek képviselői tárták fel a pszichiátria történetét jellemző jelenséget, a kényszert (Suibhne, 2011).

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 modernitás korában a normalitás képéhez tartozik az aktív, dolgozó élet, ezalól a még nem aktív, vagy a már nem aktív személyek (idősek) kaphatnak felmentést. A másik lehetséges kimenet a betegség. A mentális problémák kapcsán szintén nem termelő, nem konform viselkedésformák jellemzők, ez a medikális rendszerbe, a pszichiátria ellátási területére sorolódott az évtizedek során. A pszichiátria, a nyújtott betegszereppel támogatja és felkarolja a termelésből kiesett személyt, azonban nem túl vonzó a pszichiátria betegszerep ahhoz, hogy valaki belesüppedjen, tartósan ebben éljen, ha nem kényszerül rá. A pszichiátriai otthonok jelensége, a pszichiátriai osztályok légköre és működése egy módja a populációból való kiszállásnak, de nem elég vonzó ahhoz, hogy az egyén önként vállalja ezt az életteret. (Füredi JÁNOS & Németh ATTILA, 2016).

4. Az egészségügyi rendszer célja és működése hazánkban (Irodalmi áttekintés II.)

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 szolgálja. Az ember és ezen keresztül a társadalom szociális biztonságának része, melynek megteremtése és garantálása az állam feladata. A meghatározás magában foglalja az intézményrendszert, viszont nem tér ki az egészséghez való jogra, a jóllét kérdésére.

„A közegészségtan az a tudomány, amely az ember egészsége megőrzésének, megvédésének és fokozásának feltételeit kutatja: tanulmányozza a környezetnek az emberre gyakorolt hatását és az egészséges életmód követelményeit.” A közegészségügy a közegészségtan, vagyis az egészség tudomány elméleti megállapításainak gyakorlati alkalmazása, a megvalósítására irányuló intézkedések összessége” (WHO, 2008).

Az egészségügy helyzete országosan több paraméterrel jellemezhető, ilyen például a születéskor várható élettartam, egyes betegségek előfordulása, kockázati tényezők. Gazdasági szempontból fontos tényező az egészségügyre, gyógyításra fordított átlag összeg, illetve a megelőzésre fordított összegek objektív értéke, és a többi országhoz viszonyított aránya. A 2000-es évek óta jellemző fejlődés ellenére a fenti mutatók napjainkban még jelentősen elmaradnak a többi EU Uniós országtól (State of Health in the EU, Egészségügyi országprofil, 2019)

A lehangoló eredmények háttérben említhető az egészségtelen életmód, a jelentős kockázati tényezők (dohányzás, elhízás, alkoholfogyasztás), melyek utalnak a prevenciósi módszerek, illetve a megelőzés elégtelen működésére, nyilatkozta dr. Jakab Zsuzsanna, a WHO európai regionális igazgatója, a WHO budapesti regionális 67. ülésén (Fazekas, 2017). Napjainkban a születéskor várható élettartam jelentősen elmarad a legtöbb uniós országétól, majdnem öt évvel kevesebb annál. Hazánkban a 2017. évben prognosztizált 76 év férfiak esetében, 80,9 év nők esetében öt évvel elmarad az uniós átlagtól, annak ellenére, hogy 2000-től négy évvel emelkedett.

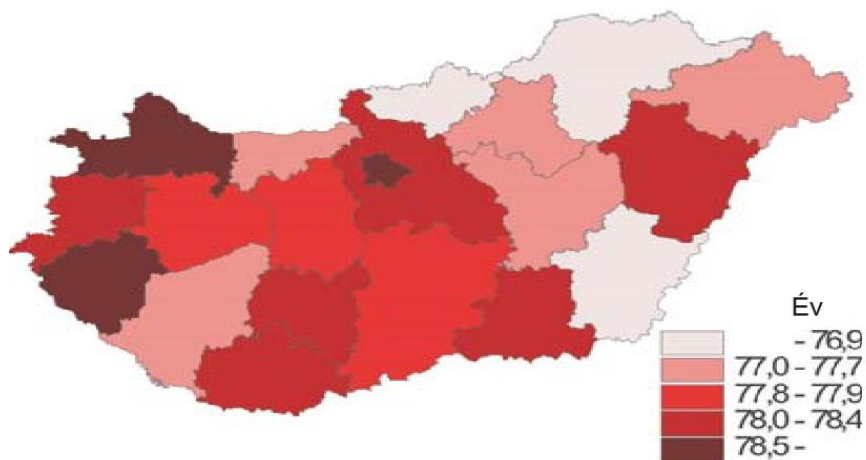
2. táblázat: Magyarországon a születéskor várható élettartam

Területi egység		Születéskor várható átlagos élettartam						Átlagélettartam					
		férfi			nő			férfi			nő		
neve	színtje	2001	2012	2018	2001	2012	2018	2001	2012	2019	2001	2012	2019
Budapest	főváros, régió^a	69,28	73,58	74,48	76,52	79,23	80,12	39,2	40,3	40,8	43,9	44,8	45,2
Pest	megye, régió^b	68,68	71,94	73,03	76,54	78,22	79,20	36,2	37,9	39,0	39,8	41,6	42,6
Közép-Magyarország	nagyregió^c	69,10	72,92	73,86	76,53	78,85	79,76	38,0	39,3	40,0	42,4	43,5	44,1
Fejér	megye	68,54	71,47	71,78	76,41	78,36	78,98	36,3	39,1	40,5	39,8	43,0	44,5
Komárom-Esztergom	megye	67,95	70,27	72,02	76,25	77,57	78,11	36,7	39,1	40,2	40,3	43,2	44,4
Veszprém	megye	69,01	71,70	73,03	76,08	79,11	80,01	37,0	40,0	41,6	40,5	43,8	45,5
Közép-Dunántúl	régió	68,53	71,22	72,27	76,24	78,39	79,07	36,6	39,4	40,8	40,2	43,3	44,8
Győr-Moson-Sopron	megye	69,48	71,95	73,21	78,04	78,71	80,08	37,1	39,3	39,9	40,6	42,9	43,6
Vas	megye	68,84	70,66	72,87	77,12	78,25	79,61	37,6	40,4	41,7	41,3	44,3	45,5
Zala	megye	68,24	71,84	72,86	76,83	78,96	79,57	37,6	40,9	42,7	41,9	45,3	47,2
Nyugat-Dunántúl	régió	68,93	71,57	73,04	77,44	78,67	79,82	37,4	40,0	41,1	41,2	44,0	45,0
Baranya	megye	68,20	70,99	72,80	75,63	78,12	79,23	37,2	39,9	41,3	40,9	44,0	45,6
Somogy	megye	67,28	70,29	71,77	75,39	78,07	77,95	37,3	40,2	42,0	41,3	44,4	46,2
Tolna	megye	67,96	71,88	72,22	76,57	78,85	79,10	37,2	40,0	41,7	41,3	44,5	46,1
Dél-Dunántúl	régió	67,83	70,97	72,29	75,79	78,27	78,77	37,2	40,0	41,6	41,1	44,3	45,9
Dunántúl	nagyregió	68,43	71,26	72,54	76,48	78,45	79,22	37,1	39,8	41,2	40,8	43,8	45,2
Borsod-Abaúj-Zemplén	megye	66,59	68,95	70,01	76,10	76,76	77,70	35,9	38,1	39,3	40,0	42,8	44,1
Heves	megye	66,77	70,78	71,01	76,78	78,03	78,98	37,7	39,6	40,9	42,1	44,5	45,8
Nógrád	megye	67,14	70,47	71,66	75,97	77,71	77,47	37,6	39,9	41,4	41,8	44,5	46,1
Észak-Magyarország	régió	66,73	69,68	70,56	76,26	77,25	77,99	36,6	38,8	40,1	40,8	43,5	44,8
Hajdú-Bihar	megye	68,04	71,83	72,97	76,63	79,23	79,19	35,8	38,2	39,7	39,2	42,1	43,7
Jász-Nagykun-Szolnok	megye	67,43	70,55	71,60	76,25	77,62	78,63	37,2	39,6	40,8	40,9	43,8	45,1
Szabolcs-Szatmár-Bereg	megye	65,78	70,05	71,00	75,74	78,26	78,34	34,5	37,0	38,7	38,2	41,1	42,7
Észak-Alföld	régió	67,03	70,83	71,86	76,17	78,44	78,74	35,7	38,1	39,6	39,3	42,1	43,7
Bács-Kiskun	megye	67,41	70,96	72,20	76,73	78,22	79,45	37,1	39,6	40,9	41,1	44,0	45,3
Békés	megye	68,84	71,06	72,27	76,60	77,54	79,13	38,3	40,8	42,4	41,7	44,8	46,7
Csongrád	megye	68,68	71,50	73,13	76,56	78,78	79,73	37,6	39,8	41,2	41,4	44,0	45,4
Dél-Alföld	régió	68,21	71,13	72,51	76,64	78,20	79,42	37,6	40,0	41,4	41,4	44,2	45,7
Alföld és Észak	nagyregió	67,32	70,57	71,68	76,36	77,99	78,73	36,6	38,9	40,3	40,4	43,2	44,7
Ország összesen	ország	68,15	71,45	72,56	76,46	78,38	79,19	37,1	39,3	40,5	41,1	43,5	44,7

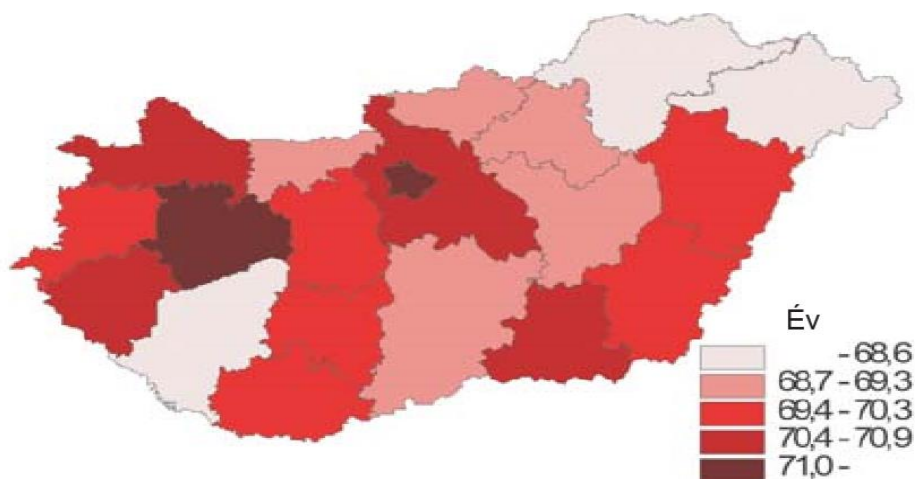
Forrás: KSH, Statisztikai Tükör 2010.

A 2. táblázat 2001-től 2018-ig mutatja a születéskor várható élettartamot külön nők és férfiak esetében. Figyelmet érdemel a régiókra vonatkozó és megyékre történő részletezés, mely utalhat az adott régió gazdasági

fejlettségére, esetleg különbözhet a népesség összetétele, képzettségi szintje. További megosztottság és szakadék mutatkozik a jósolható átlag életkorban a képzettség függvényében. A legalacsonyabb iskolai végzettséggel rendelkező férfiak átlagosan 12 évvel kevesebb ideig élnek, mint a legképzettebbek. Nők esetében ez 6 év különbséget jelent.



3. ábra: A nők születéskor várható élettartama, Forrás: statisztikai tükör IV. évf.115.szám p.4.



4. ábra: A férfiak születéskor várható élettartama, Forrás: statisztikai tükör IV. évf.115.szám p. 4.

A 3. és 4. ábra szemléletesen ábrázolja megyénként a születéskor várható élettartamot nők és férfiak bontásban. További vizsgálatot igényelne annak tisztázása, hogy bizonyos megyékben a férfiak nők közötti egyenlőtlenség nagyobb az országos átlagnál, pl. Somogy megye területén.

Kutatásom szempontjából a kockázati tényezők részletes elemzése nem releváns, bár nem elhanyagolható a mentális zavarok, stressz hatás gyakorisága az egészségügyi dolgozók és a populáció körében, mint egyre fokozódó kockázati tényező.

Az egészségügyi rendszer fenntartási költségeit elemezve a GDP százalékában kifejezve, jóval kevesebbet költ országunk az európai országokhoz képest. Ez 2010-ben a GDP 7,5%-át, 2017-ben a GDP 6,9%-át jelentette, az egy főre fordított egészségügyi kiadás 1468 EUR-t jelentett. Ez az összeg az EU-ban a legalacsonyabbak közé tartozik, de önmagában a számadat nehezen értékelhető, GNI (Gross National Income) nem tükrözi ezt. A technikai fejlődés, a gyógyszerárak emelkedésével az egészségügyi ellátás is drágult. A magyar egészségügy működésére biztosított források reálértékének csökkenése mellett a GDP-hez viszonyított ráfordítás aránya is csökkent, elmarad az uniós átlagtól. Gulácsi László (2003) véleménye szerint a nemzeti jövedelemtől függoően nagyon különböző az az összeg, amit az egy egység haszon (például 1 életminőséggel korrigált életévnyereség azaz 1 QALY) elérése érdekében az adott ország el tud költeni. Belátható, hogy ezen a téren más a döntési helyzete az igen magas egy főre eső jövedelemmel rendelkező Hollandiának mint a sokkal kisebb egy főre eső jövedelemmel rendelkező Grúziának. A fejlett országokban az egy jó

minőségű életév nyereségre eső költség implicit vagy explicit módon meghatározott.

Az összes egészségügyi kiadás kétharmadát biztosította a kormányzati finanszírozás és a társadalombiztosító, egyharmadát (27%-ot) a lakosság zsebből, közvetlen hozzájárulások formájában biztosította. A lakossági hozzájárulás EU átlaga 16%, ennél jóval nagyobb terhet ró ez a rész hazánk lakosaira. 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

A magyar lakosságot egyetlen egészségbiztosító biztosítja, majdnem minden lakos számára ellátást nyújtva. A finanszírozást a munkáltatói és munkavállalói járulékok, valamint adóbevételek adják (lásd később finanszírozás fejezetben). A 2011 évi reformot követően az egészségügyi ellátórendszer központosítottá vált. A kormány felel a finanszírozási ellenőrzésért, stratégiáért, javarészt az ellátást nyújtja járóbeteg és fekvőbeteg ellátás szintjén. 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. Az Emberi Erőforrás Minisztériuma az Állami Egészségügyi Ellátó Központon (ÁEEK) keresztül irányítja az ellátórendszert, orvosi működési engedélyek kiadását, a kórházi irányítást is beleértve. 2012-től a központi kormányzat visszavette az

irányítást a kórházak felett a megyei és települési önkormányzatoktól (centralizálás). Az ellátórendszer napjainkban kórház központú, mely lazán kapcsolódik a megelőző programokhoz a szűrővizsgálatok révén. A fekvőbeteg ellátás három főcsoportra osztható: aktív fekvőbeteg ellátás, rehabilitációs ellátás krónikus ellátás (ápolás, hospice, elfekvő). A fekvőbeteg ellátáshoz kapcsolódnak a járóbeteg ellátások, egy részük ambulancia, másik részük gondozó (krónikus betegségekkel küzdők folyamatos felügyelete, kezelése, például pszichiátria, bőrgyógyászat,). Az ellátórendszer egyik legfontosabb pillére az alapellátás. Az alapellátást praxisok, praxis közösségek alkotják, privatizált formában. Alapellátáshoz tartoznak a háziorvosok, családorvosok, védőnők, központi ügyelet. Az alapellátás feladata az egészségügyi első észlelés, betegségek kiszűrére, integratív irányítása a többi kivizsgálás és ellátás felé („kapuőr”-funkció). A kórházi ágyak száma az ezredfordulótól fokozatosan csökken, ennek ellenére kórház központú ellátásról beszélhetünk. Ezt támasztja alá a kórházi kezelések magas aránya, a stagnáló, nem rövidülő ápolási idő. A járóbeteg ellátások 70%-a kórházi ellátás köré szerveződött. A magán ellátó rendszer az elmúlt öt év során egyre erőteljesebben rajzolódik ki az ellátói paletta minden szegmensében. Szakorvosi rendelések, praxis közösségek és magán intézmények is kaput nyitottak.

4.3. A hazai egészségügyi finanszírozás

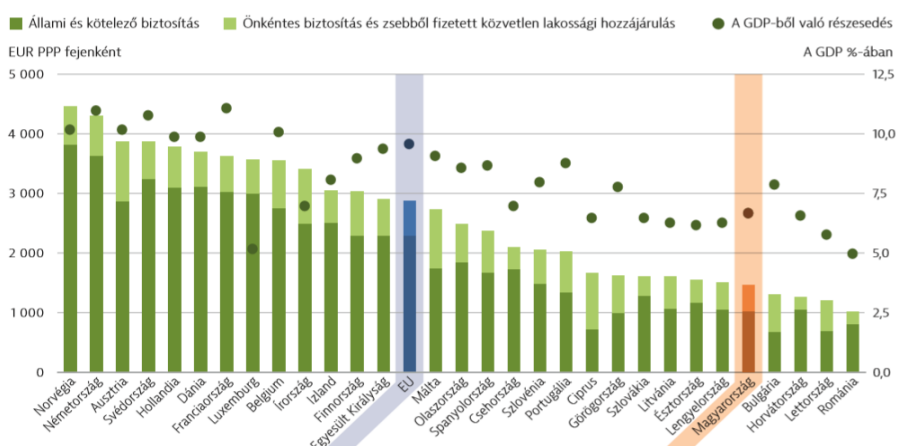
Orosz Éva (2011) megfogalmazásában külön fogalomként elemezhetjük az egészségpolitikát tudományágként, melyben tudományos eredmények adaptációja zajlik programok keretében, magában foglalva az egészségügy intézményrendszerének alakítását, szolgáltatások nyújtását, ennek finanszírozását.

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, illetve a kínálat szabhatja a keresletet. A beteg magatartása sosem fog racionális fogyasztói magatartássá válni, mivel a gyógyítás lényegéhez tartoznak nem specifikus tényezők, például az orvos-beteg bizalmi viszony, mely befolyásolja, leszűkíti a beteg racionális piaci döntéseit.

A mai magyar kórházak és intézmények vezetésének már nem elég a magas színvonalú orvos-szakmai szervezethez és teljesítményről gondoskodni, hanem biztosítani kell az intézmény költséghatékony, gazdaságos működését és likviditását is. Míg működésük az elmúlt időszakban gyakorlatilag az állami költségvetési szférában tevékenykedő szervek irányításának megfelelően történt, addig mára egyre nagyobb hangsúlyt kaptak a piaci tényezők: az intézmények, egészségügyi szolgáltatók, kórházak kénytelenek piaci működést tanúítani. 1993 július 1-től a korábbi bázisszemléletű költségvetési tervezési és finanszírozási mód helyett a szolgáltatáselvű, teljesítmény szemléletű finanszírozás honosodott meg a magyar egészségügyben is. A teljesítmény szemléletű finanszírozás következménye a költség szemléletű gondolkodásmód. Az egészségügyi intézmények működőképességének további negatív irányú alakulását döntő mértékben befolyásolta az 1990-2000 év közötti forráskivonás, mely a gyógyító-megelőző ellátás tekintetében 51,85 %-ot jelentett. A másik forráscsökkenés az azóta is tartó munkanélküli arány, illetve az idősödő társadalom okozta csökkenő járulék bevétel. A forráscsökkenés nem jelentette a szükségletek párhuzamos csökkenését, hanem ellenkezőleg, nőtt az ellátás iránti igény. Negatívan hatott még a

teljesítményelvű finanszírozás következtében kialakult járó és fekvőbeteg ellátási finanszírozást befolyásoló irreális kamat-felosztás. A gyógyszer ellátási anomáliák, az indokolatlanul magas gyógyszer felhasználás is kedvezőtlenül hat a kórház gazdálkodására, a diagnosztika és labortechnika robbanásszerű fejlődése igényli a fejlesztéseket, indokolatlan vizsgálatokat generálva.

A 2017-es összes egészségügyi kiadás kétharmada volt állami részesedés (kormányzati és a kötelező társadalombiztosítás), a zsebből fizetett, lakossági hozzájárulások 27%-ot tesznek ki, amely az uniós átlag (16%) majdnem duplája (State of Health in the EU, Egészségügyi országprofil, 2019).



5. ábra: Magyarország kevesebbet költ egészségügyi ellátásra, mint a legtöbb uniós ország, Forrás: Az OECD 2019-es egészségügyi statisztikái

A 5. ábra az országonként egészségügyi ellátásra fordított költségeket ábrázolja. A lakosság ráfordítása jelentősnek mondható, azonban az ábra nem informatív a lakossági ráfordítások indokoltsága vonatkozásában. Az emberek gyakran indokolatlanul, szakorvosi javaslat nélkül is igényelnek vizsgálatokat, saját költségén.

Míg a fekvőbeteg és járóbeteg ellátásra fordított legtöbb kiadás közfinanszírozott, a gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök és fogászati ellátás állami finanszírozása csökkent, jelentős terhet róva a lakosságra. A fekvőbeteg ellátás és gyógyszerek együtt az egészségügyi ráfordítások több, mint 60%-ért felelnek, 31%-kal a fekvőbeteg ellátás alig haladja meg az uniós 29%-os átlagot, gyógyszerek esetében ez az arány (31%), jóval magasabb az uniós átlagnál (18%) (State of Health in the EU, Egészségügyi országprofil, 2019). A ráfordításokban nehezen ítélnél meg az egyre erősödő magán ellátók, praxisok és fekvőbeteg ellátók részvétele, ennek finanszírozása napjainkban egyre növekszik.

A XX. század második felében erőteljes törekvések irányultak arra, hogy az állam szavatolja minden polgára számára az egészséghez való alapvető jogokat. Ennek értelmében minden kormánynak és kormányzatnak egyik alapvető feladata, hogy az egészségügy minél hatékonyabban működjön. A legjobb minőségű ellátás igényével kellene optimalizálni a finanszírozást az egészségügy különböző területein. A magyar egészségügy jelenlegi elosztási célrendszerében a normatív elvű, teljesítmény szerinti finanszírozás a rendező elv. 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. A finanszírozási rendszernek több egyéb hibája mellett fontos megemlíteni az „utólagosságot”, mely a leadott számlák alapján több hónapos halasztással, utólagosan finanszírozza meg a végrehajtott tevékenységeket, ezzel is veszteséget okozva. Lényeges változásokra került sor 1993 júliusában, amikor külön vált az alapellátás, járó szakellátás és fekvőbeteg ellátás finanszírozása. A magyar teljesítmény

finanszírozás alapja az amerikai DRG rendszer, melynek hazai adaptációja a HBCs (homogén betegség csoportok) képzése.

A HBCs kialakításánál az elsődleges felosztás az orvosszakmai szempontok figyelembevételével készült el. Egy-egy betegség csoportba a teljes költségigényesség mértéke szerint kerülhettek betegségek. Babarczy és munkatársai közleményben értékelték a HBCs rendszer kialakításának érveit és 25 év alatt szerzett tapasztalatait. Célok között szerepelt az átláthatóság biztosítása, a tervezett piac modelljének megvalósítása, a kórgázak teljesítmény ösztönzése. A rendszer hátrányai között szerepel, hogy nem tartalmazza az amortizációt, nem szerepel külön bérköltség (Babarczy és mtsai, 2015). Sajnálatos módon a technika és gyógyszeripar fejlődésével a HBCs csoportok kialakításánál egyre kisebb szerepet kapott a humán erőforrás igény. Összességében a HBCs rendszer kidolgozásával szemben támasztott igény a kórházi ellátó rendszerben adódó alábbi problémák orvoslása lett volna:

1. Csökkenjen az átlagos ápolási idő
2. Hatékony legyen az ellátás
3. Aktív ellátás és krónikus ellátás közti átmenet megfelelő legyen, időben kerüljön át az aktív ellátást már nem igénylő eset a krónikus ellátásba,
4. Csökkenjen a fekvő-kórházi ellátási esetek száma, egyidejű járó ellátási esetek számának emelkedésével.
5. Kórházi hálózat szerkezete alakuljon az igénybevételhez.
6. A finanszírozás mértéke normatív módon igazságos legyen, arányosan változzon a teljesítménnyel.

A fekvőbeteg szakellátás finanszírozásában azonban érvényesül emellett még néhány speciális szabály is az alábbiak szerint:

1. A NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) csak a működési, működtetési költségeket fedezi, a beruházási, fejlesztési költségeket a tulajdonosnak (Magyar Állam) kell biztosítani.
2. Az országos kórházi kassza egy része elkülönítésre kerül, nagyon speciális, országos és regionális feladatok ellátására, értelemszerűen a szétosztás normatív módon történik azon meghatározott intézetek részére, akik a területi ellátási kötelezettségen (TEK) kívülről érkezett, vagy más intézményből beutalt beteget látnak el.
3. Aktív ellátás finanszírozása a kórházi ellátásban alapvetően a HBCs alapján történik. Aktív ellátás fekvőbeteg intézetben történő gyógyító-megelőző tevékenység esetében az ápolási idő behatárolható, az ellátásban az orvosszakmai tevékenység domináns, az ellátás alapvető célja a beteg állapotának javítása.
4. A krónikus ellátás finanszírozásának összegét alapvetően a teljesített ápolási napok adják meg (ideje nem prognosztizálható, az ellátásban az ápolói, szakápolási tevékenység a domináns), az ellátás elsődleges célja a beteg stabilizálására irányul.
5. Külön elszámolásra néhány speciális ellátási forma a kórházi ellátáson belül, például kúraszerű ellátás, egynapos sebészet.
6. Tétélesen kerülnek elszámolásra és finanszírozásra a nagyon drága, egyedi ellátás típusok, mint az implantátumok vagy a transzplantációk.

A finanszírozás anomáliáit nem hagyhatjuk figyelmen kívül a rendszer vizsgálata során, mivel meghatározó szerepe van a humán erőforrás helyzetre, az ellátás minőségére egyaránt. Az ellátást finanszírozó

rendszer zárt kasszát jelent, több beteg, illetve több eset ellátása kapcsán nem biztosít több fedezetet.

A finanszírozási rendszerben kialakított HBCs esetében az aktív ellátásban a betegség ellátásához súlyszámot rendelnek, mely meghatározza az ellátásért biztosított összeget. Napjainkban egy súlyszám értéke 198 000Ft. Az adott betegséghez egy szorzót rendelnek, mely függ a betegség ápolási átlagos időtartamától, az ellátáshoz kapcsolódó műszer és gyógyszer költségektől, humán erőforrás igénytől. A szorzó és súlyszám adja az ellátásért kifizetett ellentételezést. A szakmánként és betegségenként megállapított súlyszámok gyakran nem fedik a ráfordítást, a súlyszámok megállapításakor gyakran észlelhető a szakmai lobbik hatásának az érvényesülése. A nagyobb műszer vagy műtői igénnyel járó beavatkozások a technikai fejlődéshez kapcsolódva jóval magasabb szorzóval dolgozhatnak, mint például a nagyobb humán erőforrás igénnyel működő pszichiátria. Fontos tényező, hogy a finanszírozás nem tartalmazza a humán erőforrás teljes bérigényét, és nem veszi figyelembe a szakmai minimum feltételekhez kapcsolódó humán erőforrás szükségleteket. A rehabilitációs ellátás során napi ápolási díjat számolnak el (jelenleg 6600 Ft-ot jelent naponta). Az ápolás biztosítása hotelszolgáltatással, ellátással, gyógyszerekkel és szakmai anyagokkal, humán erőforrás biztosításával betegenként 6600 Ft-ból biztosítandó. A rehabilitációs osztályok esetében a szorzó speciális esetekben 2 fölé is emelkedhet, speciális ellátások esetében. Finanszírozási anomáliának tekinthető, hogy egyes szakterületek határ nélküli „összemosása” ronthatja az ellátás hatékonyságát. Jó példa erre a pszichiátria és addiktológia szakma együtt állása. Gyakran előfordulnak átfedések a két szakmai működésben, azonban a tisztán addiktológiai feladatok ellátása jelentős kapacitást von el a pszichiátriai beteg

ellátástól, emellett a szenvedélybetegek ellátása jelentősen alulfinanszírozott. A finanszírozási anomáliák eredményeként könyvelhetők el a torzult statisztikai adatok is, hiszen a kiírási kórképként a legjobban finanszírozott kórjelzés szerepel, mellék diagnózisként feltüntetve például az alul finanszírozott szenvedély betegséget, vagy ennek szövődményeit. Eredményként a statisztikai eredmények szerint csökken a szenvedélybetegek száma, noha ez messze eltér a reális adatoktól.

4.4. Egészségügyi reformok 1990-től napjainkig

A magyar egészségügyi rendszer egyetlen egészségbiztosítási alap köré szerveződött, amely közel valamennyi lakos számára biztosítja az egészségügyi ellátást. A finanszírozás alapját a munkáltatói és munkavállalói járulékok, valamint adóbevételek adják. Az alapot a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) kezeli, amely napjainkban az Emberi Erőforrások Minisztériumának felügyelete alatt álló kormányzati szerv. A magyar országgyűlés felel az egészségbiztosítási alap költségvetésének meghatározásáért, a járulékkulcs megállapításáért. Ebből eredően Magyarországon az egészségügyi kiadásokat instabilitás jellemzi, még egy adott pénzéven belül is, mivel a kormányzat néha változtat a nyugdíjbiztosítási alap és egészségbiztosítási alap közötti elosztáson. 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 feltörekvőben levő magán ellátóhelyeket is involválva.

Az egészségügyi ellátás finanszírozásában jelentős változást jelentett a bázis finanszírozást felváltó esetfinanszírozás (HBCs). A rendszer kialakítása 1986-ban kezdődött, tényleges bevezetésére 1993. július 1-től került sor. Tekintve, hogy a teljesítmény finanszírozási rendszer legfőbb jellemzője, hogy minden orvosi beavatkozás hozzárendelt, meghatározott értékkel bír, „versenyfutás” indult a kórházak között, a költségvetésből minél nagyobb részesedés reményében. A rendszer a technikailag fejlettebb, felszereltebb kórházaknak kedvezett, hiszen ott állnak rendelkezésre a feltételek, melyekkel magasabb színvonalú, jobban finanszírozott beavatkozásokat tudnak kivitelezni. A megoldás ellene hat a prevenciónak, hiszen az intézmények minél több beavatkozás elvégzésére motiváltak. 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 került sor, a későbbi kormánypárt bírálta a bevezetését, de 2010 után is fennmaradt a TVK, szabályozása, keretei évenként újra tárgyalásra kerülnek.

Több alkalommal felvetésre került a rész-finanszírozás kérdése, (Co-payment), vizitdíj, kórházi napidíj, gyógyszerek utáni dobozdíj bevezetése az „ex post moral hazard” visszaszorítására, ezen törekvések elbuktak a 2008-as népszavazáson, a gyógyszerek után fizetett dobozdíj maradt meg csupán.

1990-es rendszerváltástól kezdődően az alap ellátás privatizációja indult meg, ami 1990-es évek végén realizálódott. Az egészségügy privatizációjánál fontos elkülöníteni a „funkcionális privatizáció”-ként említett jelenséget az „igazi privatizáció”-tól. Az elsőként említett

privatizáció lehetővé teszi orvosok számára, hogy közalkalmazotti jogviszony helyett, „kvázi” vállalkozóként, folytassák szakmai tevékenységüket, intézményes keretei megmaradnak. 1992-től nyílt lehetőség, elsőként háziorvosok számára, hogy közvetlenül szerződést köthessenek az Országos Egészségügyi Pénztárral. Az „igazi” privatizáció esetén a tőke működtetésében a tőke tulajdonosának nem szükséges személyes munkájával részt vennie. Az alapellátás finanszírozási rendszere úgynevezett „faktorkorrigált” fejkvóta alapú normatív teljesítmény finanszírozáson alapuló pontrendszer, kiegészítésekkel. A jövedelem megállapítása a páciensek száma alapján, az orvos szakképesítése és szolgálati ideje alapján, a praxis adottságai alapján (település jellemzői, lakosság szám), ellátási kötelezettségvállalás szerint történik.

Ádám Erzsébet véleménye szerint a helyzet jellemzője, hogy a valóságban hibrid, konzervatív-szociáldemokrata jóléti rendszer jött létre a hasznossági, hatékonysági finanszírozási alapkérdések tisztázása nélkül (Ádám, 2011).

Mihályi nyilatkozata utal rá, hogy a kiépült rendszer alapvető problémája, hogy a finanszírozó egyben szabályzó, helyenként szolgáltató, ellenőrző, míg maguk a betegek (fogyasztók) nincsenek döntési helyzetben. A szükségletet nem a fogyasztó, hanem a szolgáltató rendszer határozza meg, miközben a finanszírozás tekintetében az OEP monopóliumhelyzetben van (Mihályi 2008).

1998-tól struktúra átalakítás jellemző a rendszerre, súlyponti kórházak kialakításával. Az átszervezés fő célja eredendően a betegutak újra gondolása volt, hogy az egyszerűbb eseteket a lakóhelyhez közelebb, a

bonyolultabb eseteket pedig a megfelelő technikai ellátottsággal, megfelelő humán erőforrással rendelkező súlyponti kórházakban lássák el. A betegutak újra gondolásával ellátóközvetek alakultak ki (Területi ellátási Kötelezettség – TEK). A TEK megállapításánál figyelembe vették a betegek lakóközvetétől a kórházak távolságát, illetve a súlyponti intézmények ellátási kapacitását. A kistérségi kórházak dominánsan a tervek szerint egynapos ellátásokra szakosodnak, sürgősségi ellátóhelyekkel, szakrendelői háttérrel, az osztályok többnyire rehabilitációs ellátásra szakosodnak. A struktúraátalakítás folyamán aktív ágyszám leépítés történt, a rehabilitációs ágyszám fejlesztésével. A járóbeteg ellátás és az egynapos 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. A szakmai minimum feltételek meghatározzák 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 forgalmazására. Későbbiekben a kormány újra szigorította a patika alapítás szabályait. A kormány kötelezte az orvosokat az olcsóbb, úgynevezett generikus készítmények felírására. A rendszerváltást követően a hatóanyagokhoz kapcsolódó licit tárgyalások kezdődtek a gyógyszerár támogatások kialakításához. A kormány 2007-ben orvoslátogatói státusz fenntartásához a cégeket cégképviselőnként adó megfizetésére kötelezte. A gyógyszergyártók 12%-os külön adóját 20%-ra emelték.

Hegedűs Mihály közleményében az egészségügy átalakításával kapcsolatos problémákat, azok megoldási lehetőségeit veszi számba, komplexitását ecsetelve, felvetve a centralizáció szükségességét. „Az egészségügyi rendszer nehezen mozdítható, átalakítható, mozgása rendszerint magával ragad más szegmenseket is. Az alapprobléma egyszerre tulajdonosi, finanszírozási, pénzügyi, rendszer-, szemléletbeli és orvos-szakmai kérdés, ezért az átalakítás nehézsége az érdekek ütközéséből is” (Hegedűs, 2013).

A centralizáció jogi hátterét szabályozza a 2013.évi XXV.törvény: A fekvőbeteg-szakellátó és egyes fekvőbeteg szakellátóhoz kapcsolódó egészségügyi háttérszolgáltatást nyújtó 100%-os állami tulajdonban levő, valamint azok 100%-os tulajdonában levő gazdasági társaságok által ellátott feladatok központi költségvetési szervek általi átvételéről, valamint az ezzel kapcsolatos eljárási kérdések rendezéséről.

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. Összeségében az ESB- alapok az összes egészségügyi kiadás 2,4 %-át fedezik Magyarországon (Európai Bizottság, 2016) (State of Health in the EU, Egészségügyi országprofil, 2019).

4.5. A humán erőforrás helyzet a hazai egészségügyben

Menedzsmentnek nevezzük az erőforrások koordinálásának a folyamatát a célok elérése érdekében. Erőforrások körében beszélhetünk emberi-, fizikai-, pénzügyi-, információs erőforrásokról, melynek szervezése, a célok meghatározása a stratégiai menedzsment feladata.

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. Jellegzetessége, hogy tartós forrás, nem fogy el, életciklusa alatt intellektuális teljesítőképessége folyamatosan fokozható. Egyenletes terhelésre kell törekedni, túlterhelése rövidtávon is a hatékonyság csökkenést okozhat. Innovatív döntéshozó, képes új megoldásokat létrehozni, minőségében megváltozni. Nem képezi a szervezet, intézmény tulajdonát, nem része a saját tőkének, nem értékesíthető. Érzékeny és mobilis, körülmények változásával bármikor dönthet a szervezet elhagyásáról. Az emberi erőforrás intellektuális tőkét képez, mely létrehozza, fejlesztheti, tovább javíthatja a többi erőforrást. (Dr. Gyökér, Dr. Finna, Krajcsák, 2010). A magasszintű működés biztosításának alapfeltétele a dolgozók fizikai és szellemi egészsége, motivált és lojális dolgozók foglalkoztatása. A jogszabályi háttér által szabályozott minimum feltételeknek megfelelően, a rendelkezésre álló létszám lehetőségeiből merítve kell biztosítani a meghatározott szakmai létszámot. A munkakörök meghatározása jól elhatárolt munkakörökkel, kompetenciákkal és felelősséggel együtt (munkaköri leírások) a HR feladata. Kapcsolódóan ehhez az ösztönzés, fegyelmezés, megfelelő kommunikációs csatornák kialakítása és fejlesztése is a hatékonyabb együttműködés reményében.

Az egészségügyi ellátórendszerekben a megfelelő minőségű és mennyiségű humán erőforrás biztosítása napjainkban egyes szakterületen olyan mértékben romlott, hogy veszélyezteti a biztonságos beteg ellátást.

3. 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)

A 3. táblázat 2011-től 2018-ig mutatja a működési nyilvántartásban szereplő egészségügyi ellától létszámát. Öröndetes az emelkedő létszám, ennek ellenére az ellátásra fokozódó igény a jellemző. A kórházközpontú működés emeli a humán erőforrás igényt, az adatok tartalmazzák azok létszámát is, akik külföldi munkavállalás mellett fenntarották hazai működési engedélyüket, de itthon nem vesznek részt az ellátásban.

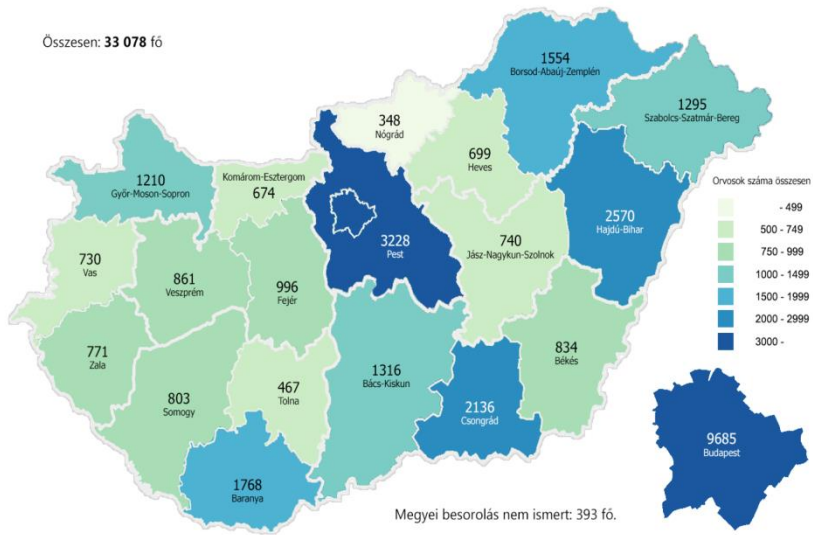
Néhány speciális egészségügyi szakma kiemelten magas humán erőforrás igényű. A pszichiátrián például minimális eszköz igény mellett, magas képzettségű medicinális, és paramedicinális szakdolgozói team szükséges a minőségi ellátás biztosításához. Az optimális eredményt minimális ápolási idő mellett kellene elérni. A megfelelő hatékonyság egyúttal a humán erőforrásnak a megfelelő minőségben történő megőrzését is magában foglalja. A megfelelő szakmai személyzet hiánya nem csupán az ápolási időt nyújtja meg, hanem jelentős költség többletet generál. Az alacsonyabb szaklétszámmal működő egység bérmaradványa közel sem fedezi a túl hosszú ápolási időből eredő költségeket. Szakmai

szempontból is kedvezőtlen, ha a pszichiátriai betegek a feltétlenül szükségesnél tartósabb kórházi kezelésre kényszerülnek.

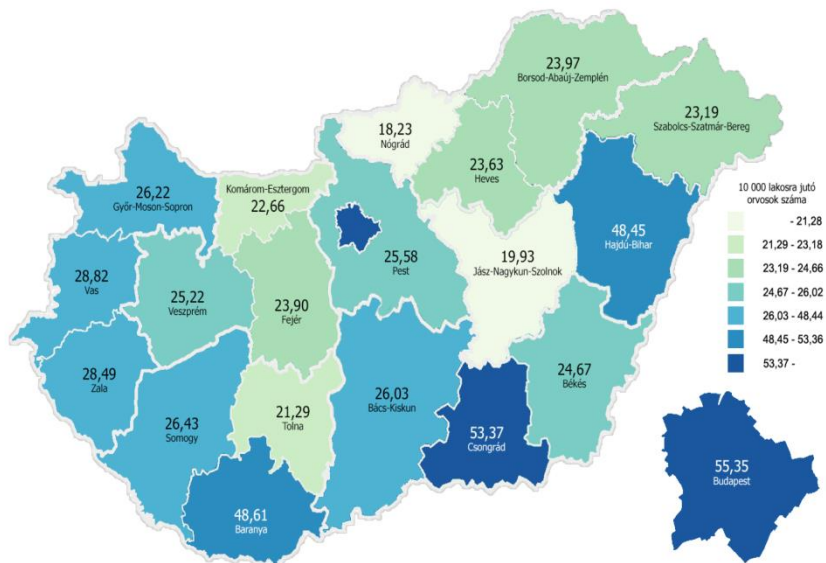
Általánosságban az egészségügyi humán erőforrás gazdálkodásban napjainkban komoly kihívást jelentenek a demográfiai változások. Az idősödő lakosság fokozódó szükségleteket, igényeket jelent az ellátásra. A demográfiai változások kedvezőtlen hatása a másik oldalon, a feladatot ellátó szakemberek korfáján is megmutatkozik.

2020. januárjában 469 háziorvosi praxis betöltetlen, 256 alap ellátó fogászati praxis üres, 725 praxisban helyettesítéssel oldják meg az ellátást. 2019 év elején 670 praxis volt ellátatlan (háziorvosi és fogászati együttesen), egy év alatt 55-tel nőtt azon praxisok száma, ahol nincs orvos. Az alap ellátásban dolgozó orvosok jelentős százaléka 65 év feletti.

Az alapellátáshoz képest 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. A részmunkaidőben dolgozó közreműködő gyakran egy betöltött álláshelyként szerepel a minimum feltételek biztosítása és az intézmény működés feltétele érdekében, de torzítva az objektív adatokat. 1621 munkahelyen nem dolgozott orvos 2020 januárjában. A kormegoszlásra és életminőségre vonatkozóan a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Magatartástudományi Intézetének munkatársai 2015. november 15. és 2016 január 31. között reprezentatív vizsgálat készült. Az eredmény szerint a nyugdíjas orvosok átlag életkora 72 év. A nyugdíjasok közel 60%-a dolgozik, egynegyedük heti 40 óránál többet (Györffy, Szél, Gircsek, 2016).



6. ábra: Az érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok földrajzi megoszlása (fő) 2018. december 31-én, Forrás: ÁEEK-EFF működési nyilvántartás



7. ábra: Az érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok száma 10 000 lakosra vetítve megyénként (fő) 2018. december 31-én, Forrás: ÁEEK-EFF működési nyilvántartás

A 7. ábrán jól látható a működési engedéllyel rendelkező orvosok megyei eloszlása, kiemelkednek a klinikai képzőhelyek, a 8. ábra pedig a népsűrűséget figyelembevéve, mutatja az orvosok eloszlását. Az ábra nem tér ki a több megyében működő orvosokra, Nógrád megyében és Jász-Nagykun-Szolnok megyében feltűnően alacsony az orvos ellátottság.

A 2004-es uniós csatlakozást követően felgyorsult az egészségügyi dolgozók kivándorlása. 2010 és 2016 között közel 5500 orvos hagyta el az országot, hogy másik uniós országban, vagy harmadik országban dolgozzon (OECD, 2019) Az elmúlt két-három év során drasztikusan fokozódott az ápolók és egyéb egészségügyi dolgozók kivándorlása is. 2012. évben több, mint 1200 orvos távozott külföldi munkavállalás címén az országból, 2016-ban közel 800 fő. 2018-ban csökkent a távozóik száma, azonban ez sem objektív adat, hiszen nem tartalmazza az időszakos külföldi munkavállalást, ami egyre népszerűbbé vált (ügyeleti tevékenység vállalása, havi egy-két hét munkavállalás). Az egészségügyi dolgozók migrációja nem csupán hazai jelenség. Viszt tanulmánya évekkel ezelőtt arra hívta fel a figyelmet, hogy egyes területeken drámai helyzet alakult ki, ugyanakkor az orvosok és ápolók visszacsábítására nincsenek eszközei a magyar egészségügynek (Eke, Girasek, Szócska 2009).

Jelentősen romlott a szakma presztízse, egyes szakterületeken csökkent a rezidensek érdeklődése, például a pszichiátria iránt. Csökken a jelentkezők száma, a pálya iránti érdeklődés hiányában nem tudnak képzéseket indítani főiskolai szinten a képzőhelyek. A közelmúltban ösztöndíj rendszer bevezetésével történt kísérlet a diplomások motiválására, ennek eredménye még várat magára.

4. táblázat: Az orvosok leggyakoribb szakvizsgáinak vonatkozásában az érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok száma tárgyév december 31. napján

Szakvizsga megnevezése (figyelemmel a megfeleltetés szabályaira)	2014	2015	2016	2017	2018
Háziorvostan	5293	4781	5148	5337	5411
Belgyógyászat	5147	4605	4862	4968	5007
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	3157	2767	2902	2987	3032
Foglalkozás-orvostan	2211	1978	2126	2211	2225
Aneszteziológia és intenzív terápia	1567	1467	1542	1593	1646
Sebészet	1600	1343	1419	1452	1467
Szülészet-nőgyógyászat	1483	1301	1366	1388	1425
Pszichiátria	1321	1160	1221	1258	1269
Radiológia	1097	998	1055	1093	1147
Kardiológia	1037	978	1051	1102	1118
Neurológia	1063	938	979	1027	1046
Szemészet	972	862	885	916	924
Reumatológia	831	756	788	799	801
Fül-orr-gégegyógyászat	747	648	667	689	712
Tüdőgyógyászat	734	618	652	675	674
A 15 leggyakoribb szakvizsga összesen*	28 260	25 200	26 663	27 495	27 904

Forrás: ÁEEK-EFF működési nyilvántartás

Az 4. táblázat 2014-től 2018-ig mutatja a leggyakoribb szakterülethez tartozó szakorvos létszám változását. Az ábra nem informatív a többszakvizsgával rendelkezők vonatkozásában, azonban felhívom a figyelmet a pszichiátria területén 2015-ben mutatkozó mélypontra, mely feltehetően a migrációval függ össze.

Varga Júlia összefoglaló tanulmányában 2016-ban a migráció és demográfiai változások mellett említi talán elsőként a belföldi pályaelhagyást is. Ez az utóbbi évtizedben újszerű jelenségnek mondható, okai, motivációi további vizsgálatokat igényelnének, minden esetre összefügg a szakmai presztízs veszteséggel, gyógyszerképviselőként, vagy prevencióos orvosként kevésbé megterhelő utat választva (Varga, 2016). Több külföldi szerző megállapítja, hogy az orvosok migrációja az Európai Unióban általános jelenség, az Európai Bizottság számításai szerint 2020-ra az Európai Unióban 970 ezer egészségügyi dolgozó hiányzik majd, ehhez kapcsolódóan az

egészségügyi szolgáltatások 14 százaléka fog elmaradni (Glinos I.A. 2014). Több külföldi kutató a migrációt tartja elsődleges oknak, az orvosok a kutatások szerint a közepesen fejlett és a fejlődő országok jó részében elégedetlenek a fizetésükkel és munkakörülményeikkel. Az orvosok elvándorlása azonban a fejlett országokban is általános (Grignon és tsai, 2012). Az OECD számításai szerint az Egyesült Államok az egyedüli nettó felvevő ország (OECD, 2018), mivel azok is nettó kibocsátók (Németország, Írország), amelyek maguk nagy számban fogadnak külföldi orvosokat (Bidwell et al., 2013.). Nehéz megfelelő indikátort találni az elvándorlás objektív megítélésére. A belföldi pálya elhagyásról idáig nem készült tanulmány Magyarországon (Eke és szerzőtársai, 2011).

Az egészségügyi technológia robbanásszerű fejlődése jelentős költség vonzatot generál, viszont nem pótolja a szakképzett, elvándorló munkaerőt. Új szakterületek bontakoztak ki, új személyi igénnyel, például a képalkotó diagnosztikában.

A humán erőforrás eloszlása szempontjából nem hagyhatjuk figyelmen kívül a magán ellátók körének erősödését az elmúlt években. Az alapellátás privatizálását követően felmerült praxis közösségek kialakításával a kompetencia határok bővítése (alapellátók „kapuőr funkciója), tehermentesítve ezzel a szakellátást. A magán ellátók köre működhet egyéni vállalkozásként, praxisként, vagy praxis közösségként, magántőkére alapuló egészségügyi intézmény formájában. Az egyéb egészségügyi magán ellátók szerepe a fogyasztási preferenciák figyelembevételével, minél magasabb minőségű ellátás biztosítása, előre finanszírozott formában. Bizonyos szakterületek előnyt élveznek a magán szektorban, melyek a finanszírozási anomáliák, vagy személyi feltételek hiányában kevésbé preferáltak az állami szektorban, például

pszichiátria, bőrgyógyászat. Napjainkban a magán ellátók 92 százaléka, az állami intézményben végzett fő tevékenység mellett, kiegészítő tevékenységként működik a magánszektorban. A kiegészítő tevékenység két okból történhet: egyrészt a magánrendelés kerete biztosítja az optimális feltételeket és kereteket bizonyos beavatkozásokhoz, másrészt a fizetőképes kereslet kiegyenlíti finanszírozási anomáliákat. A magán ellátás iránt megnőtt kereslet háttérben gyakran állnak túlzott, vagy indokolatlan igények bizonyos vizsgálatok irányában (laboratóriumi vizsgálatok, képalkotók stb.). Az esetek egy részében a megnyúlt várakozási idő indokolja a magán vizsgálatokat. A forgalomból megállapítható, hogy a magán ellátás vonatkozásában a vállalkozások humán erőforrás igénye induláskor biztosított, ebben tükröződik a piaci igény is egyben.

A felsorolt okok és indokok azt bizonyítják, hogy az optimális ellátás egyre nagyobb mértékben a humán erőforráshoz való hozzáféréseken 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. Célszerű feltárni a háttérben húzódó tényezőket a további elvándorlás megelőzése érdekében.

4.6. 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 társadalom számára deviáns, 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 zavart és érthetetlen viselkedés, bizarr külső megjelenés miatt mindig misztifikált volt, emellett agresszióval terhelt. Számos beteg az agresszivitása miatt kerül kezelésbe, vagy éppen bántalmazás következményeként betegszik meg. 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 többet jelentett a lelki betegség a biológiai egyensúlyvesztésnél, szabályozása is összefonódott társadalmi, kultúrához kötött elvárásokkal, mely egyben a közösség kialakított „normalitását” képviseli. A XX. század közepétől a társadalomtudomány még erősebben hatott a pszichiátriára, a 60-as években a szociológia, kulturális antropológia, szociálpszichológia képviselői jelentős mentális zavarok társadalmi szintű megfogalmazására. A társadalomtudományok kutatásai és eredményei is túl mutattak a kritika szintjén, elősegítve a gyógyítás, orvoslás fejlődését például intézményrendszerek átalakításával, jogszabályi háttér módosításával, emberi jogok védelmét biztosítva. A XX. század első évtizedeiben a pszichiátriához hasonlóan a szociológia is jelentős lépéseket tett előre, az elmélet alkotók korának nevezhetjük az említett időszakot.

Hazánkban a történelmi emlékek és leletek alapján az elmebetegségek leírása és kezelése az államalapításig nyúlik vissza. I. Istvántól kezdődően az uralkodók konkrét szabályokba foglalták az elmebetegekkel való bánásmódot, megfogalmazva azt is, kit tartanak elmebetegnek. III. István korában kiadott egyházi rendelkezések gyűjteményében szerepel 1151-ben, hogy elmebeteggel kötött házasság

nem bontható fel, ha a betegség már a házasság megkötése előtt fennállt.

IV. Béla enyhítette a törvényt, dühöngő, agresszív beteg házastárs esetén lehetőséget biztosít a válásra. Buda város alkotmánya mentesíti elmebeteg elkövető esetén a számonkérés felelőssége alól, míg 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 saját tőke befektetésével hozza létre az ország első magán elmeegógyintézetét 12 „örj” befogadására. A XIX. század második felében több intézmény nyílt. Schwartzer Ferenc (Kapronczay, 1989) nevéhez köthető az első magyar nyelvű tankönyv, majd az ő 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. A későbbiekben az európai mintához hasonlóan már működő kórházakban létesítettek elmebetegeket ellátó speciális osztályokat. Kaposváron szinte az elsőként 1880-ban. A társadalmi megítélés nem volt kedvező, jól érzékelhető ez az elutasításból, a támogatottság hiányából (Pisztora, 2009). 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. Társadalmi politikai helyzettel függ össze,

hogy érdemeiket és eredményeiket évtizedekkel korábban ismerte el és fogadta be az orvoslás Nyugat-Európában (Harmat, 1987). Külföldre távoztak a meg nem értettség és mellőzöttség miatt. A XIX. század végén megjelennek a rehabilitációs törekvések. 1903-ban az év elején Gheel mintájára Pándy hazánkban is családi ápolási telepet hozott létre. Említést érdemel kutatásom szempontjából, hogy az ellátó személyzetre vonatkozóan a korábbi intézményekben meghatározták az ápolók és örök létszámát, nem terjednek ki a leírások az ellátó személyzet képzettségére, juttatásaira. A XX. század elején már konkrét előírások olvashatók a higiénés szabályokra, az ellátásra, a betegekkel való bánásmódra, a szakszemélyzettel támasztott elvárások, feladatok felsorolása mellett az ápoló személyzet pénzübeli juttatására is. A II. világháború után megalakult a MIET Magyar Ideg és Elmeorvosok Társasága). Jelentősen háttérbe szorult a pszichiáterek csoportja a szervi ideggyógyász orvosok mellett. A társadalmi változások és politikai szempontok jelentősen késleltették a pszichiátria, mint önálló tudományág, illetve az intézményi ellátás fejlődését egyaránt. Az első pszichiátriai rendezvények (Pszichoterápiás Héttvégék) teret adtak az egyes irányzatok megismerésének, lehetőség nyílt tapasztalatcserére. Az európai országokhoz képest jelentős késéssel, 1980-ban alakult meg 71 pszichiáter részvételével a Magyar Pszichiátriai Társaság, 1986-ban jelent meg első alkalommal önálló lapja a Psychiatria Hungarica (Tringer, 1986). Az 1990-es évek elejétől számít teljesen önálló tudományágnak és tudomány területnek az orvosi szakterületek körében. A késői önállósodás oka belső széthúzások mellett szintén társadalmi okokra vezethető vissza. Az egyes pszichiátriai irányzatok a későbbiekben is különböző érdekeket képviseltek az intézményrendszer reformjai során. A megosztottság sosem hatott előnyösen. 2007-ben a

szakmát teljesen váratlanul érte az egészségügyi intézményrendszer reformjaként az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárása, a pszichiátriai aktív ágyszám 22%-os csökkentésével, ehhez kapcsolódóan az OEP finanszírozás csökkentésével. A reformokhoz nem kapcsolódott a nyugati mintának megfelelően a járóbeteg ellátás, gondozói hálózat fejlesztése, bővítése. Az ellátás mennyiségi és minőségi romlása statisztikailag kimutatható volt, nőtt az öngyilkosságok száma. A trend később stagnált, számos intézményi átszervezés történt az ellátási formákba bevonódott a szociális szektor, az intézmények körében szerepelnek speciális ellátóhelyek nappali kórházak és otthonok. Az évtizedek során letisztultak a szakmai speciális területek ellátási formái és humán erőforrás igényei.

A tudományos pszichiátriai szakterület kialakulása mellett jelentős számú szakmai összefonódás észlelhető a belgyógyászat, ideggyógyászat, bőrgyógyászat, és más medicinális területen. Az orvosi szakterületek körében azonban észlelhető a betegekhez hasonló stigmatizáció a pszichiátriai ellátók vonatkozásában is. A pszichiátria önálló tudományággá válását a biológiai háttér mellett jelentősen facilitálta a pszichoanalízis és pszichoterápiás irányzatok kialakulása, melyek hangsúlyozzák a környezeti miliő, kulturális háttér, társadalmi kölcsönhatások szerepét az egyén személyiségfejlődésében.

4.7. A XXI. század hazánkban is a pszichiátria évszázada

Napjainkban sajtónyilatkozatokban, média hírekben a XXI. századot a pszichiátria évszázadaként jelölik meg, mivel a szív- és érrendszeri betegségek után, a pszichés zavarok miatt válnak leggyakrabban, és leghosszabb időre munkaképtelenné az emberek. Számuk nagyobb a daganatos betegeknél, ennek ellenére egészségügyi ellátórendszerek

szintjén a pszichiátria még mindig elhanyagolt terület. Az intézményrendszer vizsgálatakor azt észleljük, hogy az elmúlt húsz év során kevés előrelépés történt a közösségi életvitel támogatására, kevés valóban megfelelő szakmai teammal rendelkező rehabilitációs központ, kevés nappali ellátóhely jött létre.

Az érintettek lakhatását sem támogatják érdemben. A kórházi és járóbeteg ellátáson kívül eső ellátóhelyek nagy része egyházi vagy civil szervezetek által fenntartott hely. Az MTA Társadalomtudományi Központjában Légmán Anna szociológus egy kutatócsoporttal „Az őrültek helye a 21. századi magyar társadalomban” címmel a betegek társadalmi megítélését kívánja vizsgálni. A kutatás elsősorban a betegek és a közösség viszonyát taglalja. A kutatás egyik érdekessége, hogy külön meghatározza a pszichiátriai beteg jogi kritériumait, egészségügyi meghatározását és vonzatait egészségügyi intézmény rendszer, illetve társadalmi közösség vonatkozásában egyaránt. A társadalom működését és beállítódását minősíti, ahogy a pszichiátriai betegekről vélekedik, és ahogy gondoskodik róluk. A mai kor szemlélete szerint a pszichiátriai betegek egyrészt az ön- és közveszélyes deviánsok, akiktől meg kell védeni a közösséget és akiket ki kell zárni a mindennapokból, másrészt viszont betegek, akikről gondoskodni kell. A közéleti diskurzusban meglehetősen egyoldalú kép alakult ki róluk, pedig egyaránt lehetnek közöttük zsenik, jók és rosszak, agresszív vagy veszélyes egyének, ugyanúgy, amint az átlag populációban is előfordulnak ilyenek és olyanok is. Légmán Anna véleménye szerint a pszichiátriai betegnek diagnosztizáltak elzárása, tényleges és médiabeli láthatatlansága, a tömegkommunikációs eszközök által közvetített ábrázolásuk mind-mind okozói annak, hogy mostanra a jelenségről a közösségben élő kép végleg eltávolodott a jelenség, az őrültség mibenlététől. Jum C. Nunnally

amerikai pszichológus már 1961-ben publikált kutatási eredményében arról számolt be, hogy a közvélemény az információhiány miatt a pszichiátriai betegségekhez félelmet, bizalmatlanságot és ellenszenvet társít, amit 2006-ban egy újabb, nemzetközi vizsgálat megerősített. A pszichiátriai betegek a médiában alapvetően nincsenek jelen, „láthatatlanok”. A különböző filmek, tv-sorozatoktól eltekintve, csak erőszakos bűncselekmények kapcsán jönnek szóba, pedig statisztikai eredmények igazolják, a pszichiátriai betegek körében nem gyakoribbak az erőszakos bűncselekmények, mint az átlag populációban. Róluk beszélnek, de nélkülük, összesen a pszichiátriai betegeket a bűnözőkkel, növelve ezzel a tőlük való félelmet. Pozitív jelenséggént említhető napjainkban, hogy a pszichiátriai betegségek démonizálása mellett néhány közszereplő, ismert ember vall pszichiátriai betegségéről. Így nagy nyilvánosságot kaptak egyes pszichiátriai betegségek, például pánik betegség, depresszió. Hosszútávon ez az attitűd segíthet annak elfogadásában, hogy bárkinek lehetnek pszichés problémái, bárki lehet pszichés beteg, amit nem kell titkolni, szégyellni. A stigma csökkentésére 2014-ben indított kampány részeként néhány pszichiátriai beteg írását, könyvét, elektronikus naplóját tették közzé, hogy közelebb hozzák őket a hétköznapi emberekhez. (Mentőöv c. könyv. „Hullámvasút – egy kicsit skizo fiú naplója” stb.) A pszichiátria ellátórendszere az egészségügyi területeken vívja saját küzdelmeit, kevésbé használja a közösségi tér erőforrásait, egy külön, zárt védett világot alkot az ellátottak számára. Prevenációs programok sem ismeretesek. Az intézményrendszer átalakítása csak komplex módon történhet a társadalmi attitűd változtatásával, az „őrülteképek” átalakításával, az „érintettek” szemlélet módosításával, és nem elhanyagolható az intézményekben dolgozók attitűd váltása, szemléletének átalakítása sem.

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

A WHO meghatározása szerint az életminőség összetett fogalom, a fizikai és mentális állapot mellett magában foglalja az egyén észleletét a társadalomról, a környezetéről, a saját személyéről és identitásáról. Az egészségügyi dolgozók esetében feltételezhető, hogy tájékozottabbak, felvilágosultabbak az egészség megőrzés, megelőzés vonatkozásában. Feltételezhető, hogy segítőként támogatóbb társas kapcsolatokkal, családi háttérrel rendelkeznek. A pályán eltöltött idő megerősíti énvédelmi mechanizmusait, ezáltal talán védettebbek bizonyos pszichotraumák vonatkozásában. Számos vizsgálat és elemzés készült az egészségügyi dolgozók körében, amely azt bizonyítja, hogy szinte minden beosztás nehéz fizikai és mentális követelményekkel jár. Az életminőség vizsgálata kapcsán napjainkban egyre gyakrabban használjuk a **reziliencia fogalmát**, mely az egyén megküzdési képességét jelenti, mennyire tud rugalmasan alkalmazkodni a megterhelő viszonyokhoz, helyzetekhez, mennyi energia szükséges, hogy regenerálódjon egy-egy stressz helyzetet követően. A fizikai állóképesség és egészség alapvetően szükséges egészségügyi munkakör betöltésénél, a mentális állapot, vagy reziliencia nem vizsgálható napjainkban munkába álláskor. Érdeemes vizsgálni az állapot időbeli lefolyását is, az egészségügyben végzett munka miben és mennyiben változtathatja a dolgozók életminőségén. Az eredmények lehetőséget nyújtanak a prevencióra, a jobb munkaképességre, a teljesebb élet érzésére. Az életminőség egy része finansziális okokra vezethető vissza, a környezeti jóllét összefügg a társadalmi megítéléssel, a családi és az egyéb társas támogatottsággal. A munkahelyi feladatokkal kapcsolatos kompetencia érzés, vagy

elégtelenség érzés, stressz és kiégés élménye is meghatározó az életminőségben.

Kopp Mária (2006) és munkatársai, több országos életminőség és boldogság felmérés mellett, külön vizsgálatokat végeztek az egészségügyi dolgozók életminőségére fókuszálva. 2008-as közleményükben összefoglalják, hogy 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. Vizsgálatuk során az első fázisban az ápolókat az egyéb egészségügyi dolgozóktól külön vizsgálták. A vizsgálat második fázisában pedig az ápolók körében külön kiválasztottak két különösen veszélyeztetett ápolói csoportot. Megállapítják, hogy a munkahelyi stresszt gyakran a létszámhiányból eredő túlterhelés okozza, ez azonban újabb problémákat generál. Az egyén munkabizonytalansági spirálba kerülhet, ami ronthatja egyéb életkörülményeit. Az ápolók végzettségi szintje és rezilienciája szignifikáns összefüggést igazolt. A magasabb képzettségűek jobban kezelték a stresszt, kevesebb szomatikus tünettel. Az idősebb és alacsonyabb végzettségű dolgozók elégedettsége kisebb. A Hungarostudy kérdőív összegzésénél társas támogatottság vonatkozásában nem találtak jelentős eltérést az ápolók és az egyéb egészségügyi dolgozók között. Családi háttérük az átlag populációhoz képest rosszabb, gyakoribb az egyedülálló, elvált. Szomatikus betegségek vonatkozásában az átlag populációhoz képest jóval magasabb a veszélyeztetettség. (Kopp és mtsai, 2008). Györffy és munkatársai (Györffy, 2005) az orvosok körében végzett felmérést, mivel szignifikánsan magasabb az öngyilkosságok száma bizonyos szakterületen dolgozó orvosok esetében (intenzív orvosok,

pszichiáterek). A reprezentatív vizsgálatban 407 orvos vett részt, akinek eredményeir a Hungarostudy 2006 eredményeivel vetették össze. Az öngyilkosság gondolata szignifikánsabb magasabb gyakorisággal fordul elő elsősorban orvosnők körében, az eredmények összefüggnek a munkakörülményekkel, magasabb munkaidővel és szerepkonfliktussal. A krónikus munkahelyi stressz jelentősen rontja az életkilátásokat, Közép-Kelet Európában az idő előtti halálozás jelentős tényezője. Egyes szerzők az ápolók munkahelyi stressz szintjét növelő tényezőként, a munkahelyi szerep konfliktusokat, tisztázatlan kompetencia határokat, a túlterheltséget és a társas támogatottság hiányát hangsúlyozzák. Kiváltó okként az ápolók a hajszolt munkavégzést, létszám hiányhoz mellett az anyagi megbecsülés hiányát, a döntési helyzetek magas számát említik. Alacsony volt a felsőfokú végzettséggel rendelkezők száma, de ebben az esetben is könnyebben kezelték a stresszt a magasabban kvalifikált dolgozók. Külön stresszorként jelzik a betegek kritikáit, indokolatlan elvárásait és kritikus megnyilvánulásait, a szaporodó atrocitásokat. A betegek negatív észrevételei az ápolók munkáját illetően állandó frusztrációhoz vezetnek. A vizsgált csoport töredéke képes megosztani feszültségét, problémáit környezetével. Nagy részük inkább többet kávézik, dohányzik, gyakrabban sír, két fő többlet étkezéssel vezeti le feszültségét. Nyilván ezek a módszerek gyorsan testi betegségekhez vezetnek. A vizsgált csoportból csupán két fő választotta a mozgást a stressz levezetésére. Az eredmények szerint a dolgozók nem motiváltak a felsőfokú képzésre, nem érzik, hogy életkörülményeikre, életminőségükre ez jelentős pozitív hatást gyakorolna. A pálya elhagyási szándék fiatalabb csoportban dominánsan jelen van, míg az idősebbek csoportjában, a kiegészítés megjelenésével párhuzamosan, csökken a pálya elhagyási szándék. A közlemény összegzésében a pszichés terhek és a

kiégés megelőzését fontosnak aposztrofálja, nem csupán a kiváltó okok vizsgálatával és megoldásával, hanem a pályára való felkészítésben megelőzésként is (Németh, 2008).

A nemzetközi irodalmat áttekintve szintén számos közleményben foglalkoznak az egészségügyi dolgozók, vagy orvosok kiégésének megelőzésével. Hangsúlyt fektetnek már a képzés során a stresszre való felkészítésre. 2019 decemberében jelent meg egy kínai vizsgálat közleménye. A vizsgálat 2017 szeptemberétől 2018 júliusáig zajlott hatodéves medikusok körében Taiwanon. Egy évig tartó vizsgálat strukturált, validált kérdőívekkel zajlott, mely a reziliencia védő szerepére fókuszált. Minden egyes gyakorlati rotációnál mérték a rezilienciát, a stressz szintet, a pszichés és testi tüneteket. A vizsgálatban 93 hallgató vett részt. A vizsgálat eredménye lehetőséget nyújt speciális segítő program kidolgozására. Eredményként közölték az ellenállóképesség javulását testmozgás esetén. Feltevésük szerint a reziliencia védő szerepe javítja a stresszkezelést, ezáltal az elvégzett munka színvonalát és az életminőséget. Védő szerepe van az egészséges személyiségfejlődésre. A végzős hallgatók ebben az időszakban kerülnek át az elméleti képzési fázisból a gyakorlati klinikai fázisba, ami sok kihívást, döntési helyzetet jelent. (Lin YK et al. 2019). 2013-ban a német Pszichoterápia folyóiratban jelent meg közlemény, a munkahelyi kiégés és életminőség vonatkozásairól. A szakfolyóirat evidenciaként a pszichoterápiás munka vonatkozásait tartja elsősorban szem előtt, mely kiégés, tartós stressz esetén teljességgel lehetetlenné, hatástalanná válik. A pszichoszociális terhelés két modelljét választotta alapul, a követelmény-kontroll modellt és a hivatás-ratifikációs modellt. A burn-out állapotot egy elő-állapotként tekinti, amely egy veszély állapotot előjelez. Az értékelést követően nyomatékosan rámutatnak a prevenció

és terápia lehetőségeire. Általánosabb szinten felhívják a figyelmet arra, hogy meg kell gyengíteni az „önérdek” elvének dominanciáját az üzleti életben (Siegrist, 2013). Shanafelt, a Rochester University, Mayo Klinika munkatársa 2012-ben 7288 amerikai orvos vizsgálati eredményeit közzétette. A kiégés vizsgálat MBI (Maslach Burnout Inventory) kérdőív kitöltésével. Az eredmények feldolgozása során az orvosok válaszai 45,8%-ban kiégésre utaltak, emellett a teljesítőképesség csökkenése mellett sokan elégedetlenek a munkavégzés – magánélet arányaival (Work-Life-Balance) (Shanafelt, 2012).

A közlemények egy része pszichiátriai vagy pszichoterápiás szaklapban jelent meg, jelezve ezzel, hogy a pszichiátria területén az említett problémák fokozottan korlátozzák a megfelelő munkavégzést, lehetetlenné téve a megfelelő bevonódást, a direkt és hiteles kommunikációt, ami alapvető a pszichés betegek kezelésében.

Cierpka és munkatársai a Lindauban évenként megtartott pszichoterápiás nemzetközi konferencián kiégéssel kapcsolatos vélekedésüket publikálták, mely szerint egyértelmű, hogy nem csupán pszichoterápiás, hanem szociálpolitikai problémát is jelent a foglalkozáshoz köthető kiégés, mely pszichoterápiában lehetetlenné teszi a megfelelő bevonódást és odafordulást a pácienshez. (Cierpka et al, 2013).

Megfontolandó, a terápiás teamek folyamatos erősítése, képzése, a megelőzés érdekében, a kiégés elkerülésére.

4.9. A pszichiátria újra a leginkább fejlesztendő orvosi területek között

Az idei (2019) év során a pszichiátria bekerült az öt leginkább fejlesztendő orvosi terület közé, Kásler Miklós miniszter megbízta az országos intézetet a szakmára vonatkozó nemzeti program elkészítésével.

Dr. Németh Attila, a Magyar Pszichiátriai Társaság vezetőségi tagja nyilatkozatában többszintű fejlesztési elképzelésekről számol be. Az intézményrendszer átalakításán kívül bevonná a háziorvosi praxisokat a pszichiátria alapszintű ellátásba, emellett pszichológusok jelenlétét javasolja a háziorvosi ellátásba pszichés zavarok korai kiszűrésére (Boromisza /2., 2019).

2019 februárjában a pszichiátriai szakmai tagozat vezetősége arról nyilatkozik, hogy a pszichiátriai ellátórendszerben jelentős problémát okoz a szakemberhiány. A szakorvoshiány és ápolóhiány egyaránt jellemző, ezt az elvándorlás mellett az utánpótlás hiányával, a pszichés terheltséggel, riasztó munkakörülményekkel is magyarázzák. Magyarországon jelenleg kb. 6-700 pszichiáter dolgozik, de a részmunkaidős alkalmazás, több munkahely, magánpraxis miatt számuk nem ítéhető meg pontosan. 70-80 százalékuknak van magánpraxisa, a kollégák körülbelül 15 százaléka dolgozik kizárólag magánpraxisban. Az orvoslétszámnak ennek duplájának kellene lennie, hiszen a pszichiátriai ellátás humán erőforrás- és időigényes, ezt a finanszírozási rendszer napjainkban figyelmen kívül hagyja, intézményi szinten nehezen gazdálkodhatók ki az ellátás tényleges költségei. A minőségi feladatok, például pszichoterápiás ülés finanszírozása ugyanannyi, mint egy vérnyomásmérés. Ehhez kapcsolódik, hogy intézményi szinten nem elérhető az igény szerinti minőségi ellátás. Dr. Pászthy Bea, az Egészségügyi Szakmai Kollégium Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Tagozatának vezetője nyilatkozatában felhívja a figyelmet, a gyermekek és fiatalok körében halmozódó pszichés zavarokra, fokozódó öngyilkossági veszélyeztetettségre. Sajnálatos módon a gyermekpszichiáter szakorvos létszámihiány miatt 3-4 megye teljesen ellátatlan, ott egyetlen szakorvos sincs (Boromisza, 2019). Nagyon kevés

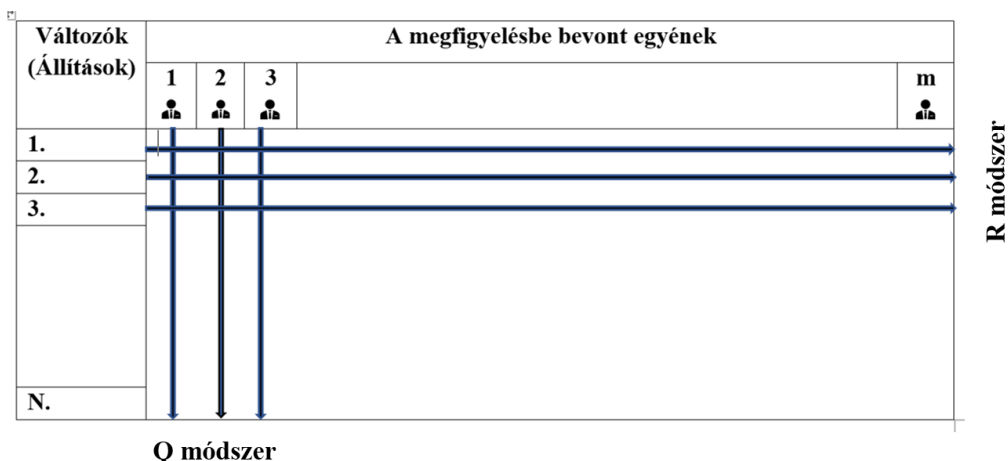
a szakápoló, a paramedicális diplomás személyzet. A szakápolói létszám felhígulása sokat ronthat a személyzet attitűdjén, mely jelentősen eltér a más gyógyító osztályon dolgozó ápolókéttől. Az intézményrendszer fővárosi átalakulása során is eltűntek szakápolók a rendszerből, hiszen számukra fontos a lakhelyhez közeli munkahely. Vidéken a szakápolók képzése is krízisbe került az alacsony számú jelentkező miatt. Ez is utal a szakmai presztízsvesztésre. A szociális munkások és szocioterapeuták egészségügyi besorolása még mindig fennakadásokkal jár, emiatt egészségügyben való foglalkoztatásukkal jelentős a bérveszteségük, nehezen motiválhatók emiatt, vagy más státuszon kell szerepeltetni jelenlétüket megfelelő besorolás elérésére. A pszichológusok egészségügyi bér besorolása már megtörtént, de még várat magára a művészetterapeuták, foglalkoztatók, gyógypedagógusok megfelelő besorolása. Megfelelő szakdolgozói létszám esetén is jelentős szakember kapacitást von el intézményi ellátás során a szociális problémák miatt ápoltak túl hosszú ideig tartó, indokolatlan ápolása. Ez társadalmi szintű probléma, országos szinten napjainkban a betegek 20 százaléka szociális okból igényel intézményi ellátást, megnyújtva az ápolási időt - számol be írásában Papp Éva és Gazdag Gábor (Papp, 2019).

Az intézményekben, különböző szinteken szakmai feladatokat ellátók személyisége sem elhanyagolható a munkavégzésük során, hiszen mintaként szolgálnak az ellátottak számára. Érdekes kérdés, hogy a pszichiátriai dolgozók attitűdje vajon eltér-e az átlag populációtól, személyiségükre visszahat-e a pszichiátriai intézmény légköre, működésmódja? Kutatásom empirikus része főleg erre a területre irányult. A következőkben ennek tapasztalatait foglalom össze.

5. Egy kórház munkatársainak vélekedése a mentális betegekről és gondozóikról. A Q módszerrel végzett empirikus elemzés tapasztalatai. (Anyag és módszer)

5.1. A Q módszer elméleti alapjai

A Q módszert William Stephenson fejlesztette ki, aki eredetileg fizikusnak készült és 1926-ban szerzett fizikából PhD fokozatot, majd a többek közt a korreláció számításban világhírűvé vált Charles Spearman doktorandusza lett és 1929-ben pszichológiából is doktorátust szerzett. Stephenson a Q módszert a 30-as évek elején fejlesztette ki, egyének pszichés attitűdjének a vizsgálatára, erről tanúskodik egy a Nature-nek 1935-ben írott levele (Stephenson, 1953) 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. Az irodalom a faktoranalízissel kapcsolatban megkülönbözteti a Q és az R technikákat. Comrey és Lee a két technika közötti különbséget az alábbi adatmátrix segítségével szemlélteti (Comrey et al., 2013):



8. ábra: A faktorelemzés két típusa: az R és a Q módszer.

Forrás: (Comrey & Lee, 2013a)

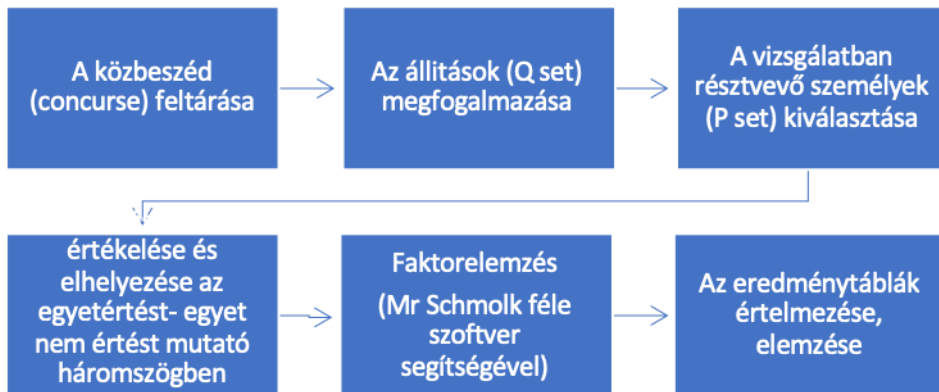
Amint az ábrából látható a Q módszer esetében viszonylag nagy számú állítást értékeltetünk a megfigyelésbe bevont viszonylag kis számú személlyel. A korrelációs együtthatók, amiket a módszer kiszámít, az oszlopok, vagyis a személyek közötti korrelációt mutatják. A korrelációs mátrix mérete $m \times m$ lesz, míg az R módszer esetén a változók, a sorok közötti korrelációt vizsgáljuk és egy $N \times N$ méretű korrelációs mátrixhoz jutunk (Comrey & Lee, 2013b).

A Q módszer inverz faktorelemzésnek tekinthető, és a matematikai feltételeket illetően kevésbé szigorú, mint az R módszerrel végzett faktorelemzés. A faktorelemzésnél általánosan elfogadott feltétel, hogy a megfigyelések száma és a változók száma közötti nagyságrendi reláció minimálisan 10:1 arányú, de előnyösebb, ha még ennél is nagyobb arányban haladja meg a változók számát a megfigyelések száma. 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.

Ahogy minden statisztikai módszernél, így a Q módszernél is gyakran felmerül a módszer megbízhatóságának a kérdése. Miután a módszerrel a legbonyolultabb „komplex rendszereket”, az emberek attitűdjét vizsgáljuk, elvileg igen nagyszámú változóra, állításra volna szükség ahhoz, hogy a komplexitást teljes mértékben leképezhessük. Ez azonban nyilván lehetetlenné tenné a módszer gyakorlati alkalmazását.

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 fő kérdés a Q módszer esetében az, hogy vajon megismételhető, reprodukálható-e vizsgálat eredménye. Ha ugyanazt az útmutatást adjuk más személyeknek, és megkérjük őket az állítások értékelésére, vajon az eredményként létrejövő faktorok mennyire eltérő álláspontok mentén alakulnak ki? (Brown, 1993) 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 (Van Exel & De Graaf, 2005).

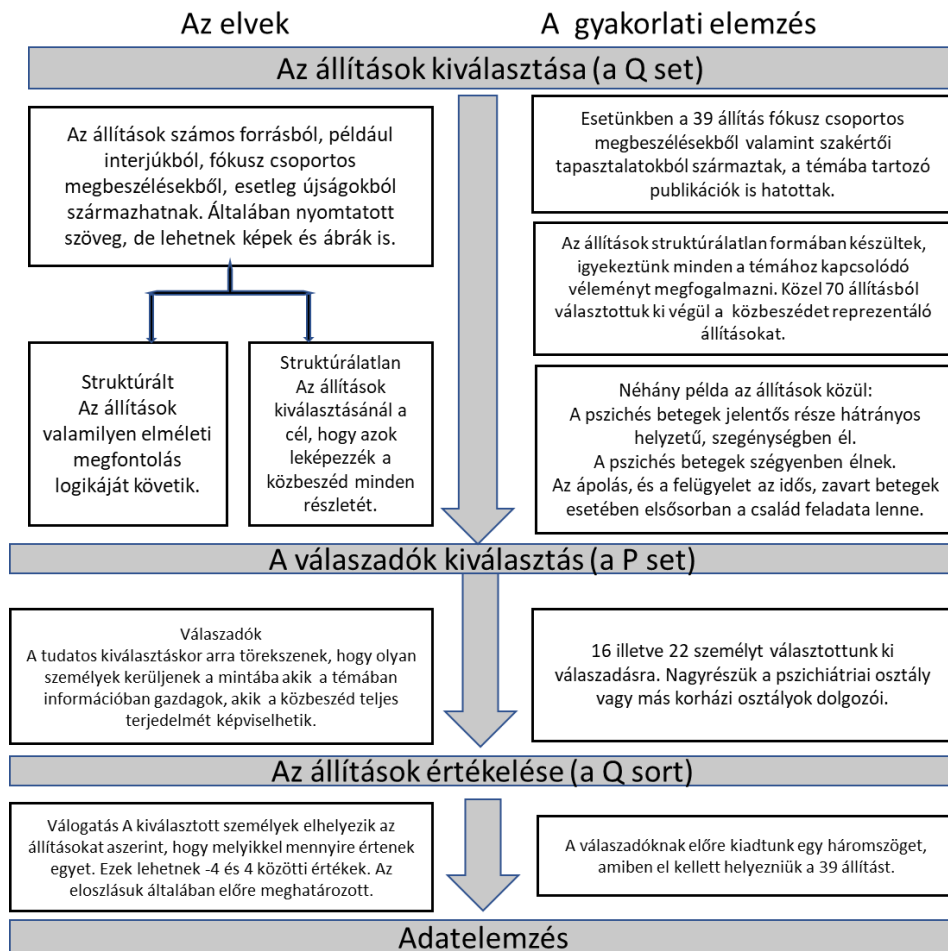
A Q módszer leírása több helyen is megtalálható a szakirodalomban. Az egyik ilyen leírás Baker et al. (2006) cikkében található. A módszer gyakorlati alkalmazása hat lépésre osztható.



9. ábra: A Q módszer alkalmazásának lépései

A módszer alkalmazása szempontjából az első lépés a legjelentősebb, amennyiben a későbbiekben ez van a legnagyobb befolyással az elemzés minőségére. Általában egyetlen vizsgálat sem lehet teljes körű. Nem kérdezhetünk meg mindenkit, és még ha megkérdeznénk is volnának, akik nem válaszolnának lelkiismeretesen. 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, hogy a megfogalmazott állításokban a közbeszéd legfontosabb elemei tükröződjének. Ez meglehetősen bonyolult feladat lehet. A túl sok állítás nagyon időigényessé tenné az állítások rangsorolását, az értékelők egy idő után nyilván „belefáradnának” a rangsorolásba. A “közbeszéd” megismerésére sokféle módszer használható. Sokat tanulhatunk korábbi hasonló vizsgálatok tapasztalataiból. Felhasználhatjuk a brainstorming módszerét, és bevonhatjuk magukat a vizsgálatban résztvevő személyeket is az állítások megfogalmazásába. Az állítások megfogalmazásakor elméletileg két alapvető eljárás létezik. Az egyik esetben az állítások strukturált, a másokban strukturálatlan formában

kerülnek megfogalmazásra. A strukturált esetben az állítások valamilyen elméleti megfontolás logikáját követik. Esetünkben lehetett volna ilyen elméleti alapvetés, hogy különbséget tennénk az egészségügyben tapasztalt, és az egészségügyről alkotott társadalmi közvélekedés között. Mi azonban a strukturálatlan módszert választottuk, mert általánosabb érvényű vizsgálatot szerettünk volna végezni. A módszer elvi lépéseit és az általam alkalmazott megoldásokat mutatja az alábbi ábra, ami Baker és szerzőtársai (Baker et al.2006) ábrája alapján készült.



10. ábra: A Q módszer elveinek és az elvégzett elemzés lépéseinek az áttekintése Baker és társai ábrája alapján. Forrás: (Baker et al., 2006)

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. Ha jó állításokat sikerül megfogalmazni, akkor általában felvázolható az a három-öt csoport, ami az adott téma kapcsán eltérő álláspontokat képvisel. Ha szerencsénk van, akkor mindegyik faktorba tartozik néhány szereplő. Előfordul, hogy egyes faktorokba sokan, míg másokba kevesebben tartoznak. Nyilván akkor lesz egyértelmű, hogy vélemény típusokról beszélhetünk, ha nem lesz olyan faktor, amelyikbe csak 1-2 személy tartozik. Amennyiben vannak olyan személyek, akiknek a véleménye karizmatikusan eltér mindenki másétól, akkor megeshet, hogy lesz olyan faktor, amelyikbe csak egy személy tartozik. Előfordulhat az is, hogy egyesek véleménye nem identifikálható egyértelműen egyetlen faktorban sem. Ez származhat abból is, hogy a témát illetően nincs még kiforrott álláspontjuk, vagy a média és a környezetük is nagyon megosztott a problémát illetően. Mindebből nem a módszertan bizonytalansága következik, hanem csak az, hogy a szakértő, aki összeállította az állítások halmazát (Q set), rendelkezett valamiféle prekoncepcióval és az ő felelőssége lesz az eredmények megfelelő értékelése. A Q módszer csak kvázi kvantitatív módszer, ezért tág teret biztosít a szakértői intuíció érvényesülésének. Az értelmezés elméleti követelményeit egy mondatban összefoglalhatjuk: mindegyik faktor sajátértéktéke 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 (Stehle H & Huck-Sandhu S, 2016) idézi (Aliyeva, 2019).

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

A módszer alkalmazásának első lépése az úgynevezett közbeszéd, vagy diskurzus feltárása. Az esetemben az a különleges helyzet alakult ki, hogy a megkérdezettek nagy részével több évtizede együtt dolgozom, tehát nem kellett külön beszélgetéseket kezdeményeznem az állítások megfogalmazása érdekében. 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 (Baker et al., 2006) (Gulácsi et al., 2011) (Szerényi et al., 2011) (Szerényi et al., 2011) (Luda, 2012).

Első körben 58 állítást sikerült megfogalmaznom, amit témavezetőmmel egyeztetve 39 állításra szűkítettünk. Néhány kollégával kitöltési kísérletet végeztünk és annak tapasztalatai alapján az állítások egy részét még átfogalmaztam. 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 betegségeknel, a pszichés betegeket 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 előnyszerzés végett élnek vissza betegségükkel.
15. A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit a társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak.	16. Idős, demens betegek pszichiátriai kórházi kezelése érdemben nem változtat az állapotukon és életminőségükön.
17. A közvélekedés szerint a pszichiátriai betegek hajlamosabban a bűnözésre.	18. Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészségnyereség 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	22. Az ápolás, és a felügyelet, az idős, zavart betegek esetében elsősorban a család feladata lenne.

látnak a gyógyulásra.	
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 kezelések előnyösek 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 pszichiátriai betegek túl hosszú ápolása társadalmi problémát kendőz, amely a beteg számára is ártalmas.	28. A kórházi osztályon kezelt pszichiátriai 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 pszichiátriai 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 pszichiátriai szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai leterheltségnél.	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 pszichiátriai 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 pszichiátriai 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 pszichiátriai 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 statisztikai módszerek alkalmazói általában azt feltételezik, hogy a vizsgálatnak ez az egyik meghatározó jelentőségű része. Ezzel szemben a Q módszer esetében a szakirodalomban azt olvashatjuk, „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. Ebbe a halmazba jóval kevesebb elemre van szükség, mint a „Q-set” esetében, A P-set kiválasztásnál csak az kell, hogy a szemünk előtt lebegjen, hogy a bevont személyek véleménye

kellően sokszínű legyen, annak érdekében, hogy a végén bízhassunk abban, hogy a faktorok valóban tükrözik egy adott személycsoport véleményét és ez a vélekedés egy meghatározott Q-set állításkészlet felhasználásával nyilvánul meg (Brown S R., 1980) (Brown, 1993). Ez a P-set (a személyek halmaza) általában jóval kisebb, mint a Q-set (az állítások halmaza) (Brouwer, 1999). A cél az, hogy négy vagy öt személy legyen, akit egy-egy faktorra azonosíthatunk és akik bizonyos állításokban szinte azonos álláspontot képviselnek (az egyetértés vagy egyet nem értés intenzitásában is közel állnak egymáshoz).

A P-set, a személyek halmazának a kiválasztása nem véletlenszerű. A válaszadók egy strukturált mintát jelentenek, akik elméletileg relevánsak a vizsgált probléma szempontjából; például azok a személyek, akiknek várhatóan világos és egyértelmű álláspontjuk van a problémáról, és ebben a minőségükben meghatározhatnak egy-egy faktort (Brown S R., 1980). Végül az egyes faktorokhoz kapcsolódó személyek száma kevésbé fontos, mint az, hogy valójában kicsodák is ők (Van Exel, J és De Graaf, G, 2005) idézi Aliyeva. (Aliyeva, 2019).

A „közbeszéd” feltárásakor az eredeti célom az volt, hogy a pszichiátriai osztályon dolgozó kollégáim által képviselt vélemény típusokat azonosítsam. Amint a fentiekből kiderült, ez nagyrészt sikerült. Az eredményeken felbátorodva megkértem 11 kollégát, akik a kórház más osztályain dolgoznak, hogy értékeljék az állításokat. Az így létrejövő P sort, $13+11=24$ főt tartalmazott.

A vizsgálatba bevont kórházi dolgozók demográfiai adatait az 5. táblázatban foglaltam össze.

5. táblázat: A megkérdezett kórházi dolgozók demográfiai adatai

Azonosító név	életkor	Iskolai végzettség	Alkalmazás/beosztás	Az osztályon töltött idő (év)
<i>mira¹</i>	43	középiskola	pszich. ápoló	15
<i>barbara</i>	44	középiskola	admin. (beteg)	-
<i>kincső</i>	45	szakközép	pszich. ápoló	15
<i>kamilla</i>	40	egyetem	főnővér (pszich.)	27
<i>gina</i>	56	egyetem	egységvezető nővér	5
<i>melinda</i>	37	középiskola	pszich. ápoló	12
<i>szilvia</i>	27	egyetem	rezidens orvos (pszich)	2
<i>edina</i>	65	egyetem	pszich. főorvos	29
<i>ágota</i>	54	szakközép	pszich. ápoló.	27
<i>szabolcs</i>	38	egyetem	közzgazd. (beteg)	-
<i>borbála</i>	23	középiskola	adminisztrátor	4
<i>frida</i>	27	főiskola	foglalkoztató	1
<i>teréz</i>	47	főiskola	szociális munkás	21
<i>anita</i>	30	egyetem	pszichológus	2
<i>klementina</i>	49	szakközép	adminisztrátor	11
<i>kálmán</i>	35	szakiskola	ápoló (pszich.)	8
amália	32	egyetem	szakorvos (rehab)	
anikó	48	szakközépiskola	admin. (belgy)	
pál	53	egyetem	céggképviselő	
mariann	53	szakmunkás	admin.(beteg)	
emese	56	egyetem	szakorvos (belgy.)	
kristóf	55	egyetem	radiográfus, informatikus	
léna	35	középiskola	admin.(belgyógy.)	
piroska	66	főiskola	admin.nyugd.(beteg)	
lora	32	szakiskola	ápoló (belgy.)	
eleonora	30	szakközépiskola	ápoló (belgy.)	
karolina	50	főiskola	rtg.asszisztens	

A három pirossal kiemelt, dőltbetűvel írt kolléga a 16 elemű, a pszichiátriai osztályra vonatkozó vizsgálatban részt vett, de a 24 dolgozóra kiterjedő vizsgálatban nem.

A következő lépésben a vizsgálatba bevont személyek egy 9 fokozatú skálán kifejezték véleményüket az állításokkal kapcsolatban. Az általános eljárás a következő. A Q készletet véletlenszerűen számozott kártyák formájában kapják meg a válaszadók, mindegyik kártya tartalmazza a Q-set egy-egy elemét (Brown S. R., 1993). Esetünkben 39 kártyát kaptak, amit először három csoportra osztottak:

- állítások, amivel nagyrészt egyetértek
- állítások, amivel nagyrészt nem értek egyet és
- közel neutrális állítások.

A három csoportot azután finomhangolással el kell helyezni az alábbi háromszög celláiban. A háromszög cellái követik a diszkrét normális eloszlást. Esetünkben 7 állítás lehet neutrális, 16 lehet olyan amivel a válaszadó különböző intenzitással egyetért, és 16 lehet olyan, amivel a válaszadó inkább nem ért egyet.

Az alábbi ábra szematikusan mutatja az eljárás menetét.



11. ábra: Az értékelés végző személy elhelyezi az állításokat

Forrás: <https://www.betterevaluation.org/en/evaluation-options/qmethodology>

A háromszög persze lehetne más módon is. Az alábbi ábrán látszik, hogy mi csak 2 állítás esetében engedjük meg a teljes egyetértést és kettőben a teljes egyet nem értést. Ez lehetne más módon is. Megengedhetnénk 3

A 24 főből álló minta esetén a korrelációs mátrix az alábbi:

6. táblázat: A korrelációs mátrix, a 24 értékelő személyére vonatkozóan

Q. sort	Ts	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1	Kamilla	100	36	64	52	64	24	35	6	-7	29	41	28	46	41	-4	33	55	23	34	45	53	24	59	12
2	Gina	36	100	45	59	37	34	39	-6	32	52	59	51	32	58	14	31	60	36	31	32	43	14	51	34
3	Melinda	64	45	100	43	49	48	25	24	29	38	43	41	29	49	18	45	37	27	46	39	59	48	51	30
4	Szilvia	52	59	43	100	38	34	30	-8	29	39	47	32	37	47	16	32	52	28	27	46	61	21	61	46
5	Edina	64	37	49	38	100	28	21	-3	4	19	25	16	27	48	-10	18	39	12	30	45	32	12	52	1
6	Agota	24	34	48	34	28	100	19	29	38	28	18	32	9	44	33	45	25	36	35	23	21	32	38	44
7	Mira	35	39	25	30	21	19	100	-9	2	9	41	18	41	41	2	19	51	27	15	38	46	8	36	14
8	Szabolcs	6	-6	24	-8	-3	29	-9	100	9	6	-13	-1	-15	-1	6	19	5	-8	21	-12	1	33	-28	19
9	Barbara	-7	32	29	29	4	38	2	9	100	26	13	46	3	37	24	40	9	55	8	31	11	27	13	34
10	Kincső	29	52	38	39	19	28	9	6	26	100	54	29	31	51	37	38	24	41	45	35	37	33	48	59
11	Borbála	41	59	43	47	25	18	41	-13	13	54	100	41	45	49	16	19	42	46	25	32	51	28	55	26
12	Frida	28	51	41	32	16	32	18	-1	46	29	41	100	18	34	22	56	32	32	19	24	3	28	27	30
13	Terez	46	32	29	37	27	9	41	-15	3	31	45	18	100	35	-6	15	38	6	34	38	39	11	55	18
14	Anita	41	58	49	47	48	44	41	-1	37	51	49	34	35	100	25	42	42	45	42	60	40	21	58	42
15	Klementina	-4	14	18	16	-10	33	2	6	24	37	16	22	-6	25	100	-5	20	39	-25	0	-9	-4	11	27
16	Kálmán	33	31	45	32	18	45	19	19	40	38	19	56	15	42	-5	100	24	24	65	36	30	65	38	48
17	Amália	55	60	37	52	39	25	51	5	9	24	42	32	38	42	20	24	100	28	10	44	46	16	45	12
18	Kristóf	23	36	27	28	12	36	27	-8	55	41	46	32	6	45	39	24	28	100	9	42	16	16	33	33
19	Lora	34	31	46	27	30	35	15	21	8	45	25	19	34	42	-25	65	10	9	100	34	45	58	41	33
20	Karolina	45	32	39	46	45	23	38	-12	31	35	32	24	38	60	0	36	44	42	34	100	53	15	59	37
21	Léna	53	43	59	61	32	21	46	1	11	37	51	3	39	40	-9	30	46	16	45	53	100	32	48	30
22	Anikó	24	14	48	21	12	32	8	33	27	33	28	28	11	21	-4	65	16	16	58	15	32	100	23	22
23	Emese	59	51	51	61	52	38	36	-28	13	48	55	27	55	58	11	38	45	33	41	59	48	23	100	24
24	Piroska	12	34	30	46	1	44	14	19	34	59	26	30	18	42	27	48	12	33	33	37	30	22	24	100

A korrelációs mátrixból is látszanak bizonyos összefüggések. Van néhány 0,7 közeli páronkénti korreláció is, ami a jelzett személyek jelentős véleményegyezésére utal. A nagyszámú adat áttekintése és az összefüggések feltárása a korrelációs mátrix alapján nehézkes volna. Megkönnyíti az elemzést, ha faktorelemzéssel meghatározzuk azokat a személyeket, akiknek a véleménye nagyrészt hasonló. A faktorsúlyok mátrixa az alábbi táblázatban látható.

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

	1 Faktor	2 Faktor	3 Faktor	4 Faktor
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 %	25	13	15	7

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. Amint már említettük a módszertani követelmény:

- mindegyik faktor sajátértéke nagyobb legyen 1,0-nél, esetünkben teljesül, a sajátértékek legkisebbike 1,2992
- mindegyik faktorban legalább két Q-sort szignifikánsan megjelenjen, amint majd az alábbi táblázatokból látjuk, ez a feltétel is teljesül.
- mindegyik faktorban legalább két résztvevő legyen azonosítható. Ez a feltétel a 4. faktort illetően már nem teljesül, mert csak 1 személynek, Borbálának nagyobb a faktorsúlya 0,6-nél.
- faktoronként legyen legalább két megkülönböztető állítás. Ez a feltétel, amint az elemző táblázatokból látszik, mindegyik faktorra teljesül. Mindezeket jól mutatja az alábbi, statisztikai jellemzőket összefoglaló táblázatunk.

8. táblázat: A faktorelemzés statisztikai jellemzői

Faktorok	1	2	3	4	Összes
1	1.0000				
2	0,3679	1.0000			
3	0,4334	0,2235	1.0000		
4	-0,0867	0,0671	0,2614	1,0000	
Megmagyarázott személyek	12	5	3	1	
Együttes megbízhatóság	0.980	0.952	0.923	0,800	
A Z faktorértékek standard hibája	0.143	0.218	0.277	0,447	
Sajátértékek (8 faktor esetén)	8,4955	2,5605	2,1124	1,2992	
A megmagyarázott variancia %-a.	25	13	15	7	60

A négy faktor együttesen a variancia 60%-át magyarázza. Ha a 4. faktorról lemondunk, még mindig 53 %-os a megmagyarázott variancia. Az alábbi táblázat világosan mutatja, hogy melyek azok az állítások, amelyekben az 1 faktorba tartozó 12 személynek megegyezik a

véleménye. 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.

9. táblázat: Faktor értékek az 1. Faktorra, rangszámokkal (A 24 kórházi dolgozó esete.)

Állítások Q sort	F érték	Rang
29. A pszichés betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet.	1.82	1
37. A pszichiátriai szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai leterheltségnél.	1,29	2
38. A pszichés betegek otthonát érdekeltté kellene tenni abban, hogy általuk gondozottak minél ritkábban kerüljenek kórházba.	1,28	3
15. A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit a társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak.	1,28	4
12. Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének.	1,28	5
30. A pszichés betegek otthonaiban való minőségi szakmai ellátás javíthatja a betegek életminőségét, állapotát, csökkenti az újabb kórházi kezelés szükségességét.	1.25	6
2.Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségekénél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli.	1.21	7
27.A pb túl hosszú ápolása társadalmi problémát kendőz, mely a beteg számára is ártalmas.	0.91	8
11.A kórházi dolgozók többsége ellenzi a szegénység, vagy lakhatás miatt felvett betegek kórházi kezelését.	0.89	9
19. A pszichés betegség megelőzése fontosabb, mint a kialakult betegségek kezelése.	0.83	10
36. A pszichés kezelés során, más orvosi kezeléssel szemben időnként szükségszerű konfrontálódni és vállalni a konfliktusokat, hogy a beteg szembesüljön a valósággal.	0.75	11
23. Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben.	0.75	12

39. A pszichológiai ellátás során a beteg korlátozása és esetleges agressziója a kezelés természetes velejárója, ami szükségszerű és megszokható (mindennapos).	-0.55	28
8. A pszichés zavarral szenvedők többet tehetnének magukért és környezetükért.	-0.56	29
33. Az orvosi és szakdolgozói vélemény mindig azonos a pszichiátriai kezelés szakmai indokait illetően.	-0.77	30
6. A pszichés zavarral küzdők ugyanúgy motiváltak a munkakeresésre, mint az egyéb betegségben szenvedő társaik.	-0.80	31
1. A pszichés zavar ránézésre megmutatkozik egy embereken.	-0.87	32
35. A pszichés betegek által elkövetett bűnözés többnyire megélhetési bűnözés, kevésbé, és ritkán függ össze betegségükkel.	-1.14	33
7. A pszichés betegek nagy része önmaga tehet betegségéről.	-1.34	34
21. Az egészségügyi dolgozók, a rendszeresen visszatérő betegek esetében is korábbi hasonló esélyt látnak a gyógyulásra.	-1.38	35
34. A betegek kórházfüggősége, közösségi jelenléte mindig segíti a gyógyulást, vagy jobb életminőséget biztosít hazabocsátás után.	-1.61	36
24. Idős, demens betegek esetében az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében.	-1.63	37
13. Visszatérő, önsors rontó beteg kórházi beteg felvétele során, a beteg korábbi tapasztalataira támaszkodva, a kezelése során nagyobb esélyt látnak a dolgozók a gyógyulásra.	-1.70	38
25. A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak.	-2.17	39

Az 1 faktor 12 főből áll és közülük 7 fő a pszichiátrián közvetlenül betegekkel foglalkozó kolléga, mindennap személyesen is találkoznak a betegekkel. Öt kolléga viszont nem a pszichiátrián dolgozik. Közülük Pál cégképviselő, aki gyakran megfordul pszichiátriai osztályon, Karolina, Léna, Emese és Amália ugyan más osztályon dolgoznak, de családtagja kezelése révén volt személyes élménye a pszichiátriai osztály működéséről. Véleményük gyakorlatiasságot és személyes tapasztalatot tükröz.

A következő táblázat a 2 faktorra vonatkozóan mutatja azokat az állításokat, amelyekkel az oda tartozó öt személy egyetért és azokat is, amelyekkel leginkább nem értenek egyet. Az ehhez a faktorhoz tartozó öt személyt mutatja a faktorsúly mátrix 2. oszlopa X-el jelölve. (frida; klementina; mariann; kristóf;piroska) Közülük csak ketten dolgoznak a pszichiátriai osztályon, egyikük foglalkoztatóként, a másikuk pedig adminisztrátorként.

Teljesen egyértelmű különbségek érzékelhetők az 1 és a 2 faktor által jellemzett típusok esetén. Az 1 faktossal leírható típus jelentős társadalmi érzékenységgel bír, míg a második elutasít a mentális betegségekkel kapcsolatban mindenféle költség-hasznon elemzést, és bármiféle pozitív vagy negatív diszkriminációt is. A 2. faktorba tartozó típus intenzíven elutasítja azt a felvetést, hogy a „Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészségnyereség várható.” Ugyanígy elutasítják „Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára.” Általában is a 2. típus olyanokból áll, akik nagyon megértők és betegpártiak. Érdekes lehet az a kérdés, hogy ezt mennyire magyarázza az egészségügyön belüli helyzetük vagy általános értékrendjük? A 2. faktorhoz tartozó személyek hangsúlyozzák a stigmával kapcsolatos állításokat, véleményük általános társadalmi elvárásokat képvisel, szinte idealizálva a helyzetet. A csoport legfiatalabb tagja Frida, betegfoglalkoztatóként dolgozik, Mariann, Piroska osztályos kezelésben sosem vettek részt, így ismereteik a rendszer működéséről érintőlegesek, járóbetegként kezelték az osztályon. Klementina adminisztrátor, aki a többi csoport taghoz hasonlóan jelentős élettapasztalatokkal és az átlagnál nagyobb empáthiával rendelkezik, de nem közvetlenül betegágy mellett dolgozik. Kristóf radiográfus, aki

közvetve, képek elemzésén keresztül foglalkozik a betegekkel, közvetlen személyes találkozás, kapcsolat nélkül. Frida kivételével a csoport átlag életkora 57 év. Ők képviselik az idősebb korcsoportot, életkoruk szerepet játszhat a véleményük formálódásában.

10. táblázat: Faktor értékek a 2. Faktorra, rangszámokkal (A 24 kórházi dolgozó esete.)

Q set	F érték	Rang
2.Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségekénél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli.	2.41	1
5.A pszichés betegek jelentős része azért nem tud elhelyezkedni, mert a munkáltatók előítélettel viseltetnek irántuk.	1.58	2
12.Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének.	1.51	3
26.Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel.	1.04	4
37.A pszichiátriai szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai leterheltségnél.	1.02	5
15. A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit a társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak.	0.92	6
4.A pszichés betegek szégyenben élnek.	0.82	7
30.A pszichés betegek otthonaiban való minőségi szakmai ellátás javíthatja a betegek életminőségét, állapotát, csökkenti az újabb kórházi kezelés szükségességét.	0.79	8
21.Az egészségügyi dolgozók, a rendszeresen visszatérő betegek esetében is korábbi hasonló esélyt látnak a gyógyulásra.	0.74	9
19.A pszichés betegség megelőzése fontosabb, mint a kialakult betegségek kezelése.	0.61	10
39.A pszichológiai ellátás során a beteg korlátozása és esetleges agressziója a kezelés természetes velejárója, ami szükségszerű és megszokható (mindennapos).	0.58	11
31.Az emberek többsége másként tekint a pszichiátrián dolgozó kollégákra, mint más egészségügyi dolgozókra.	0.57	12

3.A pszichés betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él.	-0.61	29
13.Visszatérő, önsors rontó beteg kórházi beteg felvétele során, a beteg korábbi tapasztalataira támaszkodva, a kezelése során nagyobb esélyt látnak a dolgozók a gyógyulásra.	-0.62	30
22.Az ápolás, és a felügyelet az idős, zavart betegek esetében elsősorban a család feladata lenne.	-0.79	31
8. A pszichés zavarral szenvedők többet tehetnének magukért és környezetükért.	-0.88	32
34. A betegek kórházfüggősége, közösségi jelenléte mindig segíti a gyógyulást, vagy jobb életminőséget biztosít hazabocsátás után.	-0.95	33
28. A kórházi osztályon kezelt pszichiátriai betegeknek előnyt kellene biztosítani az idősek otthonában történő elhelyezésnél.	-0.99	34
6. A pszichés zavarral küzdők ugyanúgy motiváltak a munkakeresésre, mint az egyéb betegségben szenvedő társaik.	-1.00	35
14. A pszichés betegek gyakran előnyszerzés végett élnek vissza betegségükkel.	-1.37	36
20. Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára.	-1.78	37
7. A pszichés betegek nagy része önmaga tehet betegségéről.	-1.99	38
18. Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható.	-2.37	39

A harmadik faktorhoz 3 személy tartozik, a faktorsúly mátrixban a 3. faktornál hárman vannak, akiknek a faktorsúlyuk 0,6-nél nagyobb. Esetükben az alábbi állítások mutatják a véleményegyezőségeket.

11. táblázat: Faktor értékek a 3. Faktorra, rangszámokkal (A 24 kórházi dolgozó esete.)

Q set	F érték	Rang
26. Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel.	2.15	1
15. A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit a társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak.	1.85	2
29. A pszichés betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet.	1.68	3
12. Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének.	1.48	4
23. Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben.	1.32	6
38. A pszichés betegek otthonát érdekeltté kellene tenni abban, hogy általuk gondozottak minél ritkábban kerüljenek kórházba.	1.32	6
5. A pszichés betegek jelentős része azért nem tud elhelyezkedni, mert a munkáltatók előítélettel viseltetnek irántuk.	1.26	7
32. A pszichés kezelés formájáról, és időtartamáról, többnyire a kezelő csoport közösen dönt, így megoszlik a döntés felelőssége.	0.96	8
27. A pb túl hosszú ápolása társadalmi problémát kendőz, mely a beteg számára is ártalmas.	0.78	9
24. Idős, demens betegek esetében az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében.	-0.65	28
2. Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségeknél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli.	-0.68	29
3. A pszichés betegek jelentős része hátrányos helyzetű,	-0.75	30

szegénységben él.		
19. A pszichés betegség megelőzése fontosabb, mint a kialakult betegségek kezelése.	-0.80	31
11. A kórházi dolgozók többsége ellenzi a szegénység, vagy lakhatás miatt felvett betegek kórházi kezelését.	-1.01	32
14. A pszichés betegek gyakran előnyszerzés végett élnek vissza betegségükkel.	-1.12	33
7. A pszichés betegek nagy része önmaga tehet betegségéről.	-1.13	34
39. A pszichológiai ellátás során a beteg korlátozása és esetleges agressziója a kezelés természetes velejárója, ami szükségszerű és megszokható (mindennapos).	-1.18	35
22. Az ápolás és a felügyelet az idős, zavart betegek esetében elsősorban a család feladata lenne.	-1.18	36
4. A pszichés betegek szegényben élnek.	-1.46	37
31. Az emberek többsége másként tekint a pszichiátrián dolgozó kollégákra, mint más egészségügyi dolgozókra.	-1.50	38
35. A pszichés betegek által elkövetett bűnözés többnyire megélhetési bűnözés, kevésbé, és ritkán függ össze betegségükkel.	-1.66	39

A negyedik faktorban mint említettük csak egy személy azonosítható, viszont elég magas faktorsúllyal, ami azt jelzi, hogy a véleménye karizmatikusan különbözik az egész csoport álláspontjától. Talán megéri megmutatni, hogy melyek azok az állítások, amikkel egyetért és melyek azok, amelyekkel nem.

A 24 fős vizsgálat hozott néhány meglepetést, de alapvetően összhangba hozható a 16 pszichiátriái dolgozóval végzett vizsgálattal. A négy faktor a variancia 60%-át magyarázza.

Amint a fenti táblázatból látható a negyedik faktor szinte elhagyható volna, a varianciának csak 7 %-t magyarázza és érdemben csak Borbála képviseli ezt a típust. Érdekes viszont, hogy ez a már-már outliernek is tekinthető típus mennyire különbözik a másik háromtól. Szinte csak itt

jelenik meg magas érték a 9. (Mindenki felelős saját sorsának alakulásáért, a pszichés betegek nagy része is.) és a 31. (Az emberek többsége másként tekint a pszichiátrián dolgozó kollégákra, mint más egészségügyi dolgozókra.) állítással kapcsolatban és nála a legnegatívabbak az értékek azzal kapcsolatban, hogy vajon tehetnek-e saját helyzetükről a pszichiátriai betegek? Az egyik oldalon Borbála véleményében megjelenik, hogy nem tehetnek róla, a másikon pedig az, hogy mégis felelősek érte maguk is. Ez talán belső ellentmondásnak látszik.

Szabolcs aki az első faktorhoz tartozik, diplomásként rövid ideig kezelődött az osztályon, betekintést nyerve a pszichiátriai osztály mindennapjaiba. A véleményekből kitűnik, hogy a pozitívan minősített állítások körében több a hasonló viszonyulás, míg a negatív állítások között nagyon megoszlik a két csoport súlypontozása. A pozitív gondolatok elsősorban társadalompolitikai gondolkodásra utalnak, a negatív állítások körében a megosztottság elsősorban a szakmai tapasztalatok meglétére, vagy hiányára utalnak az 1. és 2. faktor tagjainak esetében. Megfogalmazódnak elképzelések vagy inkább elvárások a pszichiátriai ellátás optimalizálása érdekében, a pszichiátriai betegek otthonaival kapcsolatosan az 1 faktor tagjai részéről. A 3. faktorhoz tartozó tagok (Eleonora, Lora, Anikó) mindhárman belgyógyászati jellegű osztályon dolgozó adminisztrátorok, akik közvetett információkon keresztül ismerik a pszichiátriai betegek ellátását, kezelését. Ez a csoport a 3. faktorban a fiatalok korcsoportja, átlagéletkoruk 37 év.

A kibővített vizsgálat során a korábbi 16 tagos vizsgálatához képest egyik faktorhoz sem kapcsolódott hangsúlyosan Mira, Barbara, Kincső.

Vizsgálunk kell, mely állításokhoz viszonyulnak legpozitívabban.

12. táblázat: Táblázat Az 1. faktorba tartozók legmagasabb faktorértékei

15	<i>A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak</i>	2,047
26	<i>Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg</i>	2,027
23	<i>Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben</i>	1,983
38	<i>A pszichiátriai betegek otthonát érdekeltté kellene tenni abban, hogy az általuk gondozottak minél ritkábban kerüljenek kórházba</i>	1,512
29	<i>A pszichiátriai betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet</i>	1,247

Legkevésbé tudnak azonosulni az alábbi állításokkal:

13. táblázat: Az 1. faktroba tartozók a legkevésbé értenek egyet ezekkel az állításokkal

24	<i>Idős, demens betegek esetében, az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében</i>	-1,063
22	<i>Az ápolás, és a felügyelet az idős zavart betegek esetében elsősorban a család feladata lenne</i>	-1,080
39	<i>A pszichiátriai ellátás során a beteg korlátozása és esetleges agressziója a kezelés természetes velejárója, ami szükségszerű és megszokható (mindennapos)</i>	-1,347
3	<i>A pszichiátriai betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él</i>	-1,438
7	<i>A pszichiátriai betegek nagy része önmaga tehet betegségéről</i>	-1,750

Legpozitívabbnak minősített állításaik a következők:

29	<i>betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet</i>	1,834
12	<i>Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének</i>	1,398
15	<i>A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás</i>	1,375
38	<i>A pszichiátriai betegek otthonát érdekeltté kellene tenni abban, hogy az általuk gondozottak minél ritkábban kerüljenek kórházba</i>	1,269
30	<i>A pszichiátriai betegek otthonaiban való minőségi szakmai ellátás javíthatja a betegek életminőségét, állapotát, csökkenti az újabb kórházi kezelés szükségességét</i>	1,264
37	<i>A pszichiátriai szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai terheltségnél</i>	1,242

Nem tartják jellemzőnek az alábbiakat:

1	<i>A pszichés zavar ránézésre megmutatkozik egy emberen</i>	-1,005
21	<i>Az egészségügyi dolgozók, a rendszeresen visszatérő betegek esetében is a korábbihoz hasonló esélyt látnak a gyógyulásra</i>	-1,391
7	<i>A pszichiátriai betegek nagy része önmaga tehet betegségéről</i>	-1,424
24	<i>Idős, demens betegek esetében, az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében</i>	-1,455
34	<i>A betegek kórház függősége, közösségi jelenléte mindig segíti a gyógyulást, vagy jobb életminőséget biztosít hazabocsátás után</i>	-1,634
13	<i>Visszatérő, önsorsrontó beteg kórházi felvétele során, a beteg korábbi tapasztalataira támaszkodva, a kezelés során nagyobb esélyt látnak a gyógyulásra</i>	-1,837
25	<i>A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a betegek számára, mert kórházi környezetben biztonságban vannak</i>	-2,128

A harmadik csoport az alábbi állításokkal ért egyet a legjobban:

2	<i>Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségeknél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli</i>	2,289
12	<i>Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének</i>	1,774
5	<i>A pszichés betegek jelentős része azért nem tud elhelyezkedni, mert a munkáltatók előítéllettel viseltetnek irántuk</i>	1,708
15	<i>A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit a társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak</i>	1,213
26	<i>Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel</i>	0,970

A következőkkel értenek a legkevésbé egyet:

6	<i>A pszichés zavarral küzdők ugyanúgy motiváltak a munkakeresésre, mint, az egyéb betegségben szenvedő társaik</i>	1,074
20	<i>Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára</i>	-1,295
14	<i>A pszichés betegek gyakran előnyszerzés végett élnek vissza betegségükkel</i>	-1,505
18	<i>Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható</i>	-2,303
7	<i>A pszichiátriai betegek nagy része önmaga tehet betegségéről</i>	-2,381

Nem érzik úgy, hogy kor szerint, vagy egészség-nyereség szempontjai miatt előnyt kellene biztosítani egyesek számára. Elutasítják, hogy a pszichiátriai betegek tehetnének betegségükről, vagy hogy előnyszerzés végett visszaélnének betegségükkel, viszont válaszádukból kiderül, szerintük a pszichiátriai beteg kevésbé motivált a munkakeresésre más típusú betegtársaikhoz képest. Másik két faktorhoz hasonlóan, kisebb factorsúllyal, de ők is egyetértenek abban, hogy a pszichiátriai betegek

számára elengedhetetlen a személyzet által nyújtott feltétel nélküli elfogadás és megértés.

Mely vélemények mutatják a legnagyobb különbséget az 1. és 2. csoport között?

25	<i>A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a beteg számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak</i>	0,293	-2,128	2,421
13	<i>Visszatérő, önsorsrontó beteg kórházi felvétele során a beteg korábbi tapasztalataira támaszkodva, a kezelés során nagyobb esélyt látnak a dolgozók a gyógyulásra</i>	0,063	-1,837	1,900
26	<i>Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel</i>	2,027	0,245	1,782
1	<i>A pszichés zavar ránézésre megmutatkozik egy emberen</i>	0,508	-1,005	1,512

Az 1 faktor tagjai szakmai tapasztalatok révén tisztában vannak a több hónapra elnyúló kezelések hátrányaival, a „forgó-ajtó” rendszerű visszatérő ellátások pedig rontják a továbbiakban a beteg gyógyulási esélyeit. A 2 faktorban szereplők némiképp idealizálják a helyzetet, jelentősen elkülönül a szakmai rutinnal rendelkező 1 csoport véleménye a társadalmi közbeszédétől, amely inkább a 2 faktor tagjainál érhető tetten.

19	<i>A pszichés betegségek megelőzése fontosabb, mint a kialakult betegségek kezelése</i>	-0,816	0,723	-1,539
37	<i>A pszichiátriai szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai leterheltségnél</i>	-0,542	1,242	-1,784
3	<i>A pszichiátriai betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él</i>	-1,438	0,351	-1,789
11	<i>A kórházi dolgozók többsége ellenzi a szegénység, vagy lakhatás miatt felvett betegek kórházi kezelését.</i>	1,008	-0,793	-1,801
2	<i>Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségeknél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli</i>	-0,920	1,152	-2,072

Az 1. és 3. csoport közötti legnagyobb véleménykülönbséget az alábbi állítások hordozzák:

23	<i>Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben</i>	1,983	0,022	1,961
20	<i>Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára.</i>	0,435	-1,295	1,730
6	<i>A pszichés zavarral küzdők ugyanúgy motiváltak a munkakeresésre, mint az egyéb betegségben szenvedő társaik</i>	0,519	-1,295	1,730
18	<i>Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható</i>	-0,901	-2,303	1,402

Az első és harmadik faktor csoport közötti legnagyobb negatív különbséget az alábbiak jelentették:

39	<i>A pszichiátriai ellátás során a beteg korlátozása és esetleges agressziója a kezelés természetes velejárója, ami szükségszerű és megszokható (mindennapos)</i>	-1,347	0,058	-1,405
37	<i>A pszichiátriai szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai leterheltségnél</i>	-0,542	0,941	-1,483
4	<i>A pszichiátriai betegek szegényben élnek</i>	-0,928	0,680	-1,608
2	<i>Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségeknél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli</i>	-0,920	2,289	-3,209

A közvetlenül pszichiátriai betegágnál dolgozók véleménye szerint a nagyobb egészségnyereség reményében előnyösebb lenne a fiatalabb beteg csoportot előnybe részesíteni, míg a 3. csoportban szereplők abszolút negatív véleménnyel vannak erről. A szakmai feladatokat ellátók

a demens betegek huzamos ellátását nem tartja előnyösnek kórházi környezetben, tisztában vannak ennek hátrányaival, illetve az otthoni környezet előnyeivel. A 3. faktor tagjai hajlanak erre, bizakodnak a kórházi ápolást illetően.

A 2. és 3. faktorcsoport különbségeit az alábbi állítások fogalmazzák meg:

18	<i>Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható</i>	0,547	- 2,303	2,850
14	<i>A pszichés betegek gyakran előnyszerzés végett élnek vissza betegségükkel</i>	0,142	- 1,505	1,363
29	<i>A pszichiátriai betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet</i>	1,834	0,699	1,134

A legnagyobb negatív különbséget jelentik 2. és 3. csoport között az alábbi megfogalmazások:

13	<i>Visszatérő, önsors rontó beteg kórházi felvétele során, a beteg korábbi tapasztalataira támaszkodva, a kezelése során nagyobb esélyt látnak a dolgozók a gyógyulásra</i>	- 1,837	- 0,590	- 1,247
24	<i>Idős, demens betegek esetében az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében</i>	- 1,455	0,227	- 1,682
25	<i>A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak</i>	- 2,128	- 0,342	- 1,786
21	<i>Az egészségügyi dolgozók, a rendszeresen visszatérő betegek esetében is a korábbihoz hasonló esélyt látnak a gyógyulásra</i>	- 1,391	0,640	- 2,031

A 2. csoport erős pozitív véleményt fogalmaz meg a betegek elhelyezésével és foglalkoztatásával kapcsolatosan, a társadalmi

szerepvállalást illetően, a 3. csoport ennél árnyaltabban, jóval kisebb nyomatékkaal viszonyul a problémához. Hasonlóképpen, a 14. állítás kapcsán, a 3. csoport véleményén érezhető, hogy ritkábban szembesülnek a betegszerephez kapcsolódó előnyszerzéssel. A 2 csoport tagjai egyértelműen véleményt formálnak a visszatérő betegek ellátásával kapcsolatos tapasztalataikról, hogy a kiégés nem csupán a betegen, hanem a dolgozók attitűdjén is kiütözik, a hónapokig tartó kezelés több szempontból előnytelen a betegek számára. Önállótlaná válik, nem dolgozik saját életvezetésén, „búra alatt” éli mindennapjait hónapokon át, információk hiányában. Ez nem jelent igazi biztonságot, sokkal inkább fizikai felügyeletet.

Az egyes faktorhoz tartozó csoportok elemzése után érdemes áttekinteni, hogy az első, csak pszichiátriai dolgozók közül ki került át más csoportba a vizsgálat kiterjesztését követően. Ha máshová került, vajon mi lehet ennek a hátterében? Az első fázisban résztvevők besorolása a korábbi vizsgálat során adott véleményük alapján történt, nem ismételtük meg a vizsgálatot. Markánsan külön vált a társaság bővülésével Borbála a korábbi 3. csoportból a 4. csoportba került át. Korábban a 4. csoportba tartozó Gina most a 1. faktorhoz került véleményével. Érdekes a szétválás, a pszichiátriai szakmai feladatot ellátók, illetve más területen dolgozók közötti markáns különválás. A csoportok alakulásából egyértelműen kiolvasható, a vélemények formálódásában jelentős szerepet játszik a kor és a betegágy mellett szerzett tapasztalat. A 24 fős vizsgálat esetében a 2. faktorhoz tartozók esetében magasabb az átlag életkor, a 3. faktor esetében jóval alacsonyabb. Nyilván ebben nem választható szét karakteresen a szakmai tapasztalat az egyéni életút során szerzett egyéni, társadalmi tapasztalatoktól. A szakma által leképezett

kétarcúság fokozhatja az amúgy is jelenlevő belső dilemmákat, feszültségeket.

A kórházi dolgozók (24 fő) négy faktorának a jellegzetességeit foglaltam össze a 14 táblázatban.

14. 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 faktroba egyértelműen besorolt személyek	Kamilla Gina Szilvia Edina Szabolcs Anita Kálmán Pál Karolina Léna Emese Amália	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 Q módszer segítségével a 16 személy értékrendjét, attitűdjét vizsgáltuk. Az alábbi korrelációs mátrix azt mutatja, hogy mely dolgozók attitűdje hasonló, és kik azok, akik eltérő értékrenddel rendelkeznek. A hasonlóságok és különbségek még inkább nyomon követhetők a korrelációs mátrix és faktormátrix alapján.

15. táblázat: Korrelációs mátrix (A 16 fő pszichiátrián dolgozó alkalmazott esete)

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	kamilla	100	36	64	52	64	24	31	35	18	20	6	-7	29	41	28	46
2	gina	36	100	45	59	37	34	39	39	15	36	-6	32	52	59	51	32
3	melinda	64	45	100	43	49	48	35	25	30	19	24	29	38	43	41	29
4	szilvia	52	59	43	100	38	34	26	30	-8	26	-8	29	39	47	32	37
5	edina	64	37	49	38	100	28	16	21	24	13	-3	4	19	25	16	27
6	ágota	24	34	48	34	28	100	11	19	21	6	29	38	28	18	32	9
7	mira	31	39	35	26	16	11	100	-2	28	25	0	14	38	20	39	-1
8	szabolcs	35	39	25	30	21	19	-2	100	26	21	-9	2	9	41	18	41
9	barbara	18	15	30	-8	24	21	28	26	100	-5	-10	-23	18	25	-1	-6
10	kincső	20	36	19	26	13	6	25	21	-5	100	6	12	31	19	6	4
11	borbála	6	-6	24	-8	-3	29	0	-9	-10	6	100	9	6	-13	-1	-15
12	frida	-7	32	29	29	4	38	14	2	-23	12	9	100	26	13	46	3
13	terez	29	52	38	39	19	28	38	9	18	31	6	26	100	54	29	31
14	anita	41	59	43	47	25	18	20	41	25	19	-13	13	54	100	41	45
15	klementina	28	51	41	32	16	32	39	18	-1	6	-1	46	29	41	100	18
16	kálmán	46	32	29	37	27	9	-1	41	-6	4	-15	3	31	45	18	100

A magas pozitív korrelációk a páronkénti hasonlóságokat, a negatív korrelációk pedig a különbségeket mutatják. Melinda, Edina, Szilvia,

Kamilla és Kálmán például az állításokat illetően valószínűleg hasonló álláspontot képviselnek, hiszen a korrelációs együtthatóik 0,5 körül ingadoznak. Borbála álláspontja első közelítésben mindenki másétól eltérő, az Ő korrelációi szinte mindenkivel negatívak. Mindez, jobban nyomon követhető, a redukált térben a faktorsúlyok mátrixa alapján. Kamilla, Szilvia, Szabolcs és Kálmán az első faktorra mutatnak szorosabb kapcsolatot. A faktorsúlyok X-el jelöltek, tehát mindegyik 0,5-nél magasabb. A legegységelműbb Kálmán helyzete, esetében a faktorsúly 0.8 és a másik három faktorra igen alacsonyak a faktorsúlyai.

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

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

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.

17. táblázat: A faktorelemzés statisztikai jellemzői (16 tagos vizsgálat)

Faktorok	1	2	3	4	Összes
1	1.0000				
2	0.0081	1.0000			
3	0,0357	0,0642	1.0000		
4	0.4111	0,1843	0,2108	1,0000	
Megmagyarázott személyek	3	1	2	5	
Együttes megbízhatóság	0.923	0.800	0.889	0,952	
A Z faktorértékek standard hibája	0.277	0.447	0.333	0,218	
Sajátértékek (8 faktor esetén)	5,1183	1,7730	1,4818	1,3083	
A megmagyarázott variancia %-a.	16	12	12	20	60

Amint a fenti táblázatból látszik, az eredmény jól értékelhető. A sajátértékek mindegyik faktorra nagyobbak 1-nél, mindegyik faktorba tartozik legalább két személy. (kivétel a második faktor), és mindegyik faktort több állítás is jellemez, amint azt a következőkben látni fogjuk. A faktorok közötti korrelációk értéke viszonylag alacsony. Csak az 1. és a 3. faktor között mutatkozik magasabb korreláció. A faktorsúlyok értéke

több személy esetében 1-1 faktorban magas, a többi faktorban pedig alacsony, ami kedvező faktorstruktúrának tekinthető.

Nézzük mik azok az állítások, amelyeket illetően leginkább egyetértenek Kamilla, Szilvia, Szabolcs és Kálmán?

12	<i>Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének</i>	2,124
23	<i>A pszichiátriai betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet</i>	1,841
11	<i>A kórházi dolgozók többsége ellenzi a szegénység vagy lakhatás miatt felvett betegek kórházi kezelését.</i>	1,382
2	<i>Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségnél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli</i>	1,382
30	<i>A pszichiátriai betegek otthonaiban való minőségi szakmai ellátás javíthatja a betegek életminőségét, csökkenti az újabb kórházi kezelés szükségességét</i>	1,325

Az 1. faktorba tartozókat a többiekénél jelentősebb társadalmi, vagy szociális elkötelezettség és érdeklődés jellemzi. Az állásfoglalásaik legegységesebben, legnagyobb intenzitással egészségpolitikai állítások kapcsán fogalmazódnak meg. Ne felejtsük el, hogy összesen csak három olyan állítás volt, amivel teljesen egyetérthettek, vagy amiket elutasíthattak. Számukra ezen állítások mindegyike túlmutat a szűkebb környezeten, nem kórházpolitikai, hanem társadalompolitikai jellegűek. Az első faktorhoz tartozó személyek a következő állításokkal értenek a legkevésbé egyet, és ezek szintén társadalompolitikai jellegű megállapítások:

35	<i>A pszichiátriai betegek által elkövetett bűnözés többnyire megélhetési bűnözés, kevésbé és ritkán függ össze betegségükkel</i>	-1,397
4	<i>A pszichiátriai betegek szegényben élnek</i>	-1,435
24	<i>Idős, demens betegek esetében életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében</i>	-1,602
33	<i>Az orvosi és szakdolgozói vélemény mindig azonos a pszichiátriai kezelés szakmai indokait illetően</i>	-1,660
25	<i>A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak</i>	-1,980

Az első faktorba és második faktorba tartozó személyek véleménye az alábbi állítások esetében tér el leginkább egymástól:

23	<i>Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben</i>	1,196	-1,891	3,087
2	<i>Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségeknél, a pszichés betegséget a társadalom nagy része elítéli</i>	1,382	-0,946	2,328
10	<i>A pszichiátrián dolgozók többnyire másként viszonyulnak azokhoz a szenvedélybetegekhez, akik önmaguk is tehetnek sorsukról</i>	0,077	-1,891	1,968
18	<i>Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészségnyereség várható</i>	0,985	-0,946	1,931
16	<i>Idős, demens betegek pszichiátriai kórházi kezelése érdemben nem változtat az életminőségükön</i>	0,928	-0,946	1,873

Az arányszámokból jól látható, hogy ezekkel az állításokkal Kamilla, Szilvia, Kálmán egyetértenek, míg a 2. faktorban egyedül azonosítható Barbara pedig nem. A második faktorban egyértelműen azonosítható egyetlen személy (Barbara) esetében a pszichiátriai osztály a gondolkodási keret. Számára a külvilág kevésbé számít. A kórházon és

az osztályon belül gondolkodik. Barbara a vizsgálat kontroll csoportjaként is szerepelhetne, mivel egy tartós kezelésben részesülő, visszatérő pszichiátriai beteg. Élethelyzeti problémáinak a megoldásában és életvezetésében visszatérő színtér a kórházi osztály és a személyzet. A vizsgálat biztosan jelezte személyének különállását, ő került egyedül a második faktorba. Barbara véleményéből az is kiderül, mennyire idealizálja az ellátó személyzetet. Egyedül szerinte nem viszonyul a személyzet másként azokhoz a betegekhez, akik felelőssé tehetőek saját sorsuk alakulásáért. Véleménye szerint az idős, demens beteg állapotán is jelentősen változtat a kórházi kezelés. Az 1. csoportba tartozók jóval realisabban látják ezeket az állításokat, és vállalják véleményüket, mely eltér Barbarától. Felmerül a kérdés, Barbara esetében mennyi idő, év kellett a véleménye átformálódásához? Évekkel ezelőtt mi lett volna az attitűdje?

A második faktorhoz tartozó Barbara a következő állításokkal ért egyet:

20	<i>Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára</i>	1,891
37	<i>A pszichiátriai szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai terheltségnél</i>	1,891
9	<i>Mindenki felelős saját sorsának alakulásáért, a pszichés betegek nagy része is</i>	1,891
25	<i>A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak</i>	1,418
38	<i>A pszichiátriai betegek otthonát érdekeltté kellene tenni abban, hogy az általuk gondozottak minél ritkábban kerüljenek kórházba</i>	1,418

Barbara nem ért egyet a következő állításokkal:

21	<i>Az egészségügyi dolgozók a rendszeresen visszatérő betegek esetében is, korábbihoz hasonló esélyt látnak a gyógyulásra</i>	-1,418
24	<i>Idős, demens betegek esetében életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében</i>	-1,418
26	<i>Az egészségügyi dolgozótól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel</i>	-1,418
10	<i>A pszichiátrián dolgozók többnyire másként viszonyulnak azokhoz a szenvedélybetegekhez, akik önmaguk tehetnek sorsukról</i>	-1,891
23	<i>Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan, és túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és a kezeléssel szemben</i>	-1,891

Egyértelmű, hogy Barbara visszatérő betegként a kórházban érzi magát biztonságban, minden esetben megoldásnak látja a kórházi kezelést, annak ellenére, hogy önmagát is felelősnek tartja sorsa alakulásáért.

Az első faktor csoportba tartozó Szilvia, Szabolcs és Kálmán véleménye szinte ellentéte Barbara véleményének. Kamilla mintegy átmenetet képez a két csoport között. Mindkét faktorban kb. azonos faktorsúlyú. Igazán egyikbe sem tartozik, miközben mindkettővel mutat „rokonságot”.

A 3. faktorban Ágota és Borbála azonosítható. Az ő értékrendjük egyezősége eléggé egyértelműnek mondható. Ők ketten leginkább egyetértenek a következő állításokkal:

9	<i>Mindenki felelős saját sorsának alakulásáért, a pszichés betegek nagy része is</i>	2,351
15	<i>A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit a társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak</i>	2,055
26	<i>Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel</i>	1,472

Egyáltalán nem értenek egyet viszont a következőkkel:

27	<i>A pszichiátriai betegek túl hosszú ápolása társadalmi problémát kendőz, mely a betegek számára is ártalmas</i>	-1,472
39	<i>A pszichiátriai ellátás során a beteg korlátozása és esetleges agressziója a kezelés természetes velejárója, ami szükségszerű és megszokható (mindennapos)</i>	-1,763
7	<i>A pszichiátriai betegek nagy része önmaga tehet betegségéről</i>	-2,351
3	<i>A pszichiátriai betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él</i>	-2,351

Nézzük meg, mi különbözteti meg leginkább a harmadik faktorban azonosított (Ágota és Borbála) az első faktorba tartozó (Szilvia, Kálmán, Szabolcs) véleményétől!

11	<i>A kórházi dolgozók többsége ellenzi a szegénység, vagy lakhatás miatt felvett betegek kórházi kezelését</i>	1,382	-0,884	2,266
3	<i>A pszichiátriai betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él</i>	-0,144	-2,351	2,207
7	<i>A pszichiátriai betegek nagy része önmaga tehet betegségéről</i>	-0,215	-2,351	2,136
27	<i>A pszichiátriai betegek túl hosszú ápolása társadalmi problémát kendőz, mely a beteg számára is ártalmas</i>	0,320	-1,472	1,792
18	<i>Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható</i>	0,985	-0,583	1,586
29	<i>A pszichiátriai betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet</i>	1,841	0,287	1,555
12	<i>Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdaság helyzetének</i>	2,124	0,578	1,546

Ami az adatokból látható, az 1. és 3. faktorba tartozók esetében inkább a hasonlóság a jellemző. Mindkét csoport egyetért a 3. állítással (*A pszichiátriai betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él.*), és nem ért egyet a 7. állítással (*A pszichiátriai betegek nagy része önmaga tehet betegségéről*), de az egyetértésük és az egyet nem értésük eltérő intenzitású.

Az első és harmadik faktorba tartozók között nagyobbak a különbségek és egyértelműbbek is a következő állítások kapcsán:

4	<i>A pszichiátriai betegek szegényben élnek</i>	-1,495	0,588	-2,022
33	<i>Az orvosi és szakdolgozói vélemény mindig azonos a pszichiátriai kezelés szakmai indokait illetően</i>	-1,660	0,583	-2,243
9	<i>Mindenki felelős saját sorsának alakulásáért, a pszichés betegek nagy része is</i>	-0,129	2,351	-2,480
25	<i>A több hónapra nyúló kórházi kezeléseket előnyösekké a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak</i>	-1,980	0,879	-2,859

A legszembeütőbb, hogy míg az 1. faktorba tartozók szerint az emberek nem felelősek a saját sorsuk alakulásáért (9. állítás), addig a 3. faktorba tartozó Ágota és Borbála szerint ez a felelősség egyértelműen fennáll. Ezt a polarizációt magyarázhatja Borbála fiatal kora. Borbála adminisztratív munkakörben dolgozik, ő a legfiatalabb a megkérdezettek közül, még talán kissé tapasztalatlan, de egyértelműen optimista. Ágota ugyan tapasztalt szakdolgozó, családjában is jelen van a terheltség pszichés betegség vonatkozásában, elképzelhető, hogy testvére negatív életmintája befolyásolja őt a véleményalkotásban. A válaszok is bizonyítják, hogy a személyes felelősségvállalás az egyik legfontosabb kérdés társadalmi szinten a pszichés betegek vonatkozásában, láthatóan a dolgozókat is megosztotta ez a felvetés.

Összességében az 1. faktorba tartozók leginkább az alábbi állításokban különböznek a többiektől:

<i>12. Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének.</i>
<i>11. A kórházi dolgozók többsége ellenzi a szegénység vagy lakhatás miatt felvett betegek kórházi kezelését.</i>
<i>18. Fiatalok kezelését az idősekkel szemben előnybe kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható.</i>
<i>16. Idős, demens betegek pszichiátriai kórházi kezelése érdemben nem változtat állapotukon és életminőségükön.</i>
<i>9. Mindenki felelős saját sorsának alakulásáért, a pszichés betegek nagy része is.</i>
<i>3. A pszichiátriai betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él.</i>
<i>20. Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára.</i>
<i>33. Az orvosi és szakdolgozói vélemény mindig azonos a pszichiátriai kezelés szakmai indokait illetően.</i>
<i>25. A több hónapra nyúló kórházi kezeléseket előnyösek a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak.</i>

Az első hat állítás esetében pozitív hangsúlyú az 1. faktor csoport véleménye, az utolsó három állítás esetében negatív túlsúlyú a többi faktorhoz képest.

A 2. faktorba tartozó Barbara véleménye az alábbi állításokban nagyon eltérő a többiekétől:

20	<i>Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára</i>	1,89
2	<i>Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségekénél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli</i>	-0,95
26	<i>Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel</i>	-1,42
10	<i>A pszichiátrián dolgozók többnyire másként viszonyulnak azokhoz a szenvedély betegekhez, akik önmaguk is tehetnek sorsukról</i>	-1,89
23	<i>Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben</i>	-1,89

Barbara véleménykülönbsége visszavezethető arra, hogy próbál azonosulni egy idealizált személyzet képpel, emellett hosszú betegkarrierje miatt a társadalmi attitűdben kiemeli a negatív megítélést. Az osztály dolgozóival szinte azonosulva szeretné elérni, ha a személyzet személyisége „feloldódna” a betegek ellátása során és mindenkire azonos módon viszonyulnának, ami nyilvánvalóan lehetetlen, saját identitásunkból eredően vannak, akik személyiségükkel közel állnak hozzánk, van, akitől idegennek érezzük magunkat. Barbara ezzel az attitűddel szeretné „biztosítani”, saját egyenlőségét a személyzet soraiban, ahová „beépült” a hónapok során. Érdekesnek tűnik a két résztvevő beteg (Barbara és Szabolcs) eltérő attitűdje. Szabolcs egyértelműen az 1. faktorban azonosítható, ennek oka a betegkarrierben rejlik, hiszen ő csupán rövid ideig tartó kezelés során tartózkodott az osztályon, egyébként intellektusában, munkájában, nézeteiben az 1. faktor társadalmi nézeteihez kapcsolódik jobban.

A 3. faktorba tartozók véleményére az alábbi állítások a legjellemzőbbek:

15	<i>A pszichiátriai betegek számára a legfontosabb tényező a személyzet által nyújtott megértés és elfogadás, amit a társadalmi közegben kevésbé tapasztalnak</i>	2,05
26	<i>Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel</i>	1,47
2	<i>Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségekénél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli</i>	0,28
24	<i>Idős, demens betegek esetében az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében</i>	0,00
27	<i>A pszichiátriai betegek túl hosszú ápolása társadalmi problémát kendőz, mely a beteg számára is ártalmas</i>	-1,47
3	<i>A pszichiátriai betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él</i>	-2,35

A 3. faktorba tartozó Ágota és Borbála korban és tevékenységben eltérnek egymástól, mégis egy faktorba tartoznak. Véleményük szakmai elkötelezettségre, empátiára utal. Ágota az egyik legidősebb résztvevő, ápolónő, Borbála a legfiatalabb, adminisztrátor. Ágota attitűdje tükrözheti az elmúlt évtizedek pozitív változásait, ehhez köthető optimista szemlélete, a szakmai rutin sokat jelent számára. Borbála fiatal korának megfelelően optimista, bár érezhető, hogy munkája során megérintették az emberi sorsok terhei, mely társadalmi szinten nem kerül oly mélységig feltárássra, mint a pszichiátriai kezelés során. Borbála adminisztratív tevékenysége többek között a betegek jogi, bírósági kötelezésének ügyintézése, melynek kapcsán érzelmileg jobban bevonódik, empatikus. A jogi ügymenet bonyolítása során gyakran találkozik az általános társadalmi szemlélettel, a betegek egzisztenciális helyzetével, szociális rászorultságával. Ez magyarázhatja véleményét. Érdekes lehet a későbbiekben, több év múlva vizsgálni újra a rutinnal, kiegészítéssel terhelt véleménye változását

A 4. faktorba tartozók véleménye leginkább a következő állításokban tetten érhető:

<i>32. A pszichiátriai kezelés formájáról és időtartamáról többnyire a kezelőcsoport közösen dönt, így megoszlik a döntés felelőssége.</i>
<i>5. A pszichés betegek nagy része azért nem tud elhelyezkedni, mert a munkáltatók előítéllettel viseltetnek irántuk.</i>
<i>27. A pszichiátriai betegek túl hosszú ápolása társadalmi problémát kendőz, mely a beteg számára is ártalmas.</i>
<i>21. Az egészségügyi dolgozók, a rendszeresen visszatérő betegek esetében is a korábbihoz hasonló esélyt látnak a gyógyulásra.</i>
<i>33. Az orvosi és szakdolgozói vélemény gyakran eltérő a pszichiátriai kezelés szakmai indokait illetően.</i>
<i>25. A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak.</i>
<i>10. A pszichiátrián dolgozók többnyire másként viszonyulnak azokhoz a szenvedély betegekhez, akik önmaguk is tehetnek sorsukról.</i>
<i>9. Mindenki felelős saját sorsának alakulásáért, a pszichés betegek nagy része is.</i>

Az első három állítás esetében pozitív súllyal, a 21. állítás esetében 0,00, a 33., 25., 10., 9. állítás negatív súllyal szerepel esetükben. Ez a legnépesebb csoport, bár különböző a tevékenységi körük és képzettségük, mindannyian jelentős tapasztalattal rendelkeznek, akik már sok mindent átéltek, kipróbáltak. Sok vonatkozásban hasonlítanak a 3. faktorba tartozókra, talán kissé kevésbé hisznek a szakma lehetőségeiben, mint a 3. faktorba tartozók. Világos és egyértelmű értékrendet képviselnek, némi enerváltsággal, kisebb empátiával. A 4. faktorhoz tartozó Gina a pszichiátrián eltöltött néhány év mellett, jelentős szakmai múlttal rendelkezik az ideggyógyászat és intenzív osztályos ápolás területén. Mindhárom szakterület más-más okból jelent jelentős terheltséget, az ideggyógyászati tartós megbetegedések, szélütés, epilepsia, agyvérzés sok tekintetben az elhúzódó pszichiátriai megbetegedésekkel hasonló megítélés alá esik. Társadalmi szinten, jelentős ráfordítást igényel ápolásuk, gyakran visszatérő betegekké válnak. Az intenzíven végzett gyakorlat egy folyamatos készenléti állapot, mely nagyon hasonló a pszichiátriai sürgősségi ellátáshoz, a feladat igen megterhelő az ápoló számára is. A pszichiátriai akut sürgős ellátás mellett Gina a szocioterápiás rehabilitációs egységen dolgozik, ahol nap mint nap szembesül a betegek szociális problémáival, elhelyezkedési nehézségeivel, mely kiégést generál rövid időn belül. Éva a kórház keretein belül, a többi egészségügyi dolgozó számára egy pszichológus kollégával együttműködve konfliktuskezelő tréninget tart, ennek kapcsán van összehasonlítási alapja más osztályok működési problémáival, attitűdjével. Mira és Kincső az osztályos működés szinte minden területén gyakorlott ápoló, gyakran szembesülnek a „forgóajtó” ellátással, a személyiség-zavaros betegek, a szenvedélybetegek

rendszeres visszatérésével, kilátástalan helyzetével, a családok, hozzátartozók ápolási problémáival. Mira, Gina, és Kincső egy korcsoportba tartoznak, mindhárman egységvezetőként dolgoznak. Mindennapos rutin tevékenységükbe nem csupán a beteg ellátás operatív és gyakorlatai feladatai tartoznak, hanem emellett a munkaszervezés és a dolgozók együttműködésének biztosítása, a kapcsolattartás. Ismerik a dolgozók egyéni problémakörét. Teréz szociális munkásként 21 éve foglalkozik pszichiátriai betegek gyámügyi ügyintézésével, alapvető biztosítási jogviszony rendezésével, lakhatás, munkahely felkutatásával, nehézkes intézésével. Az elmúlt húsz év során a betegek problémái érdemben nem változtak, a családok lehetőségei az ápolásra igen. Az otthonokkal való rendszeres kapcsolattartás a betegek érdekében, a hivatásos gondnokokkal való tárgyalás egyre több adminisztratív terhet von maga után, és egyre több beteget érint. Az ügyintézés során kénytelen információk révén bevonódni a beteg sorsába, egzisztenciális helyzetébe, szociális kapcsolataiba. Az ügyintézés jelentős igénybevételt jelent, mely kiegészhez, apátiához vezethet ennyi idő elteltével. A három egységvezető, Teréz, és Klementína azonos korcsoportba tartozik, véleményük hasonlóságát feltehetően jelentősen befolyásolja, hogy azonos időszakban képződtek, morális értékrendjük is azonos korszakhoz köthető. Klementína adminisztrátor, pszichiátriai működése előtt belgyógyászati osztályon dolgozott hasonló munkakörben, mely jelentősen eltért a pszichiátriai feladatoktól. A pszichiátriai betegek ellátása során jóval jelentősebb az adminisztratív kötelezettség, például ő végzi a fizikai vagy kémiai módon ártalmatlanná tett betegek jogszabály szerinti dokumentációját. Nap, mint nap szembesül a betegekkel szemben alkalmazott agresszióval, melyet nem lehet feldolgozni. Munkájában némi kettősséget jelent, hogy a szakmai ellátás dokumentációja mellett ő

kódolja orvosi segédlettel a betegek ellátásával kapcsolatos finanszírozási tételeket. Egyik oldalról egy érzelmekkel és pszichés igénybevétellel járó tevékenység, a másik, napjaink „egészségiparának” megfelelően az betegek ellátása után könyvelhető bevételekkel foglalkozik, mint egy könyvelő. Nem egyszerű egyeztetni.

Természetesen vannak állítások, amiben minden vizsgált egészségügyi dolgozó véleménye megegyezik, ezek a konszenzust mutató állítások a következők:

<i>1. A pszichés zavar ránézésre megmutatkozik az embereken.</i>
<i>6. A pszichés zavarral küzdők kevésbé motiváltak a munkakeresésre, mint az egyéb betegségben szenvedő társaik.</i>
<i>8. A pszichés zavarban szenvedők többet tehetnének magukért és környezetükért.</i>
<i>17. A közvélekedés szerint a pszichiátriai betegek hajlamosabbak a bűnözésre.</i>
<i>19. A pszichés betegségek megelőzése fontosabb, mint a kialakult betegségek kezelése.</i>
<i>22. Az ápolás és a felügyelet az idős, zavart betegek esetében a család feladata lenne.</i>
<i>31. Az emberek többsége másként tekint a pszichiátrián dolgozó kollégákra, mint más egészségügyi dolgozókra.</i>
<i>34. A betegek kórház függősége, közösségi jelenléte mindig segíti a gyógyulást, vagy jobb életminőséget biztosít a hazabocsátás után.</i>
<i>36. A pszichiátriai kezelés során, más kezeléssel szemben időnként szükségszerű konfrontálódni és vállalni a konfliktusokat, hogy a beteg szembesüljön a valósággal.</i>
<i>38. A pszichiátriai betegek otthonát érdekeltté kellene tenni abban, hogy az általuk gondozottak minél ritkábban kerüljenek kórházba.</i>

Az 1. 6. 8. 17. 34. állítás negatív súllyal szerepel, a többi pozitív súllyal.

Eszerint például a pszichés zavar nem mutatkozik meg azonnal az embereken, és az sem igaz, hogy többet tehetnének magukért a pszichés betegek. Örvendetes viszont az egyetértés abban, hogy mindenki egyetért a megelőzés fontosságát illetően. A dolgozók nem osztoznak a

társadalmi stigmában, örömmel tapasztaltam, hogy beosztástól, képzettségi szinttől függetlenül nem ítélkeztek a betegek sorsa felett, nem vádaskodók a betegekkel kapcsolatban, nincsenek előítéleteik. Véleményük alapján nem idealizálják a kórházi kezelés várható eredményeit, nem támogatják a betegségtudat megerősítését, szükségesnek látják a beteg jobb életvezetési megküzdéseire a konfrontációt, nem kerülnek azt. Sajnálatos tapasztalat, hogy minden dolgozó, beosztástól függetlenül tapasztalhatta (a vizsgálat alapján) a pszichiátria stigmáját, dicséretes, hogy ennek ellenére hosszú ideje vállalták és vállalják feladatukat. A szakmai tevékenység komoly elhivatottságot igényel, a munka segít önmagunk fejlődésében is. Az érzelmi expozíció és bevonódás külön figyelmet és tanulást igényel, a hosszútávú működés jobb áttekintést biztosít a lehetőségekre.

A vizsgálatban fontosnak érzem az egyező állításokat, melyek nyomatékosítják a feladatot, a betegekhez való pozitív viszonyulást igazolják.

Figyelmet érdemel az elemzés során, hogy az egy-egy faktorba kerülő személyek indíttatása más-más, ennek ellenére hasonló attitűdot eredményez. A személyes kapcsolat és információk alapján az attitűd vizsgálata lehetőséget nyújthat belső megoldások, reformok tervezésében, mely javíthatja az ellátást, jobban tudunk figyelni az egyes komponensek révén egymás pszichés épségére, beállítódására.

18. táblázat: Faktor értékek az 1. Faktorra, rangszámokkal (A 16 fő pszichiátrián dolgozó alkalmazott esete.)

Állítások (Q sort)	1	
12. Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének.	2.12	1
29. A pszichés betegek elhelyezése és foglalkoztatása társadalmi szintű probléma, mely jelenleg általában a kórházi osztályokra helyez feleslegesen nagy terhet.	1.84	2
2. Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségeknél, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli.	1.38	4
11. A kórházi dolgozók többsége ellenzi a szegénység, vagy lakhatás miatt felvett betegek kórházi kezelését.	1.38	4
30. A pszichés betegek otthonaiban való minőségi szakmai ellátás javíthatja a betegek életminőségét, állapotát, csökkenti az újabb kórházi kezelés szükségességét.	1.32	5
23. Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben.	1.20	6
19. A pszichés betegség megelőzése fontosabb, mint a kialakult betegségek kezelése.	1.07	7
18. Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható.	0.99	8
16. Idős, demens betegek pszichiátriai kórházi kezelése érdemben nem változtat az állapotukon és életminőségükön.	0.93	10
28. A kórházi osztályon kezelt pszichiátriai betegeknek előnyt kellene biztosítani az idősek otthonában történő elhelyezésnél.	0.93	10
34. A betegek kórházfüggősége, közösségi jelenléte mindig segíti a gyógyulást, vagy jobb életminőséget biztosít hazabocsátás után.	- 0.86	31
13. Visszatérő, önsors rontó beteg kórházi beteg felvétele során, a beteg korábbi tapasztalataira támaszkodva, a kezelése során nagyobb esélyt látnak a dolgozók a gyógyulásra.	- 0.87	32
1. A pszichés zavar ránézésre megmutatkozik egy	-	33

embereken.	0.98	
20. Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára.	- 1.20	34
35. A pszichés betegek által elkövetett bűnözés többnyire megélhetési bűnözés, kevésbé, és ritkán függ össze betegségükkel.	- 1.40	35
4. A pszichés betegek szegényben élnek.	- 1.43	36
24. Idős, demens betegek esetében az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében.	- 1.60	37
33. Az orvosi és szakdolgozói vélemény mindig azonos a pszichiátriai kezelés szakmai indokait illetően.	- 1.66	38
25. A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak.	- 1.98	39

19. táblázat: Faktor értékek a 2. Faktorra, rangszámokkal (A 16 fő pszichiátrián dolgozó alkalmazott esete.)

Állítások (Q sort)	2	
20. Előnyt kellene biztosítani azon betegségek gyógyítására, melyek nagyobb anyagi és mentális terhet jelentenek a családtagok számára.	1.89	2
37. A pszichiátriai szakdolgozók mentális igénybevétele jelentősebb a fizikai leterheltségnél.	1.89	2
9. Mindenki felelős saját sorsának alakulásáért, a pszichés betegek nagy része is.	1.42	5
25. A több hónapra nyúló kórházi kezelések előnyösek a betegek számára, mert a kórházi környezetben biztonságban vannak.	1.42	5
38. A pszichés betegek otthonát érdekeltté kellene tenni abban, hogy általuk gondozottak minél ritkábban kerüljenek kórházba.	1.42	5

3. A pszichés betegek jelentős része hátrányos helyzetű, szegénységben él.	0.95	10
12. Kórházi ellátáshoz való hozzáférést az egészségügyi szükségleteknek kellene meghatározni, nem a szociális körülményeknek és a beteg gazdasági helyzetének.	0.95	10
19. A pszichés betegség megelőzése fontosabb, mint a kialakult betegségek kezelése.	0.95	10
28. A kórházi osztályon kezelt pszichiátriai betegeknek előnyt kellene biztosítani az idősök otthonában történő elhelyezésnél.	0.95	10
30. A pszichés betegek otthonaiban való minőségi szakmai ellátás javíthatja a betegek életminőségét, állapotát, csökkenti az újabb kórházi kezelés szükségességét.	0.95	10
1. A pszichés zavar ránézésre megmutatkozik egy embereken.	-0.95	34
2. Az emberek jóval nehezebben fogadják el a pszichés megbetegedést a testi betegségeknel, a pszichés betegeket a társadalom nagy része elítéli.	-0.95	34
7. A pszichés betegek nagy része önmaga tehet betegségéről.	-0.95	34
16. Idős, demens betegek pszichiátriai kórházi kezelése érdemben nem változtat az állapotukon és életminőségükön.	-0.95	34
18. Fiatalok kezelését az idősebbekkel szemben előnyben kellene részesíteni, mivel náluk nagyobb egészség-nyereség várható.	-0.95	34
21. Az egészségügyi dolgozók, a rendszeresen visszatérő betegek esetében is korábbi hasonló esélyt látnak a gyógyulásra.	-1.42	37
24. Idős, demens betegek esetében az életük végső stádiumát célszerűbb kórházban tölteni, mint családjuk körében.	-1.42	37

26. Az egészségügyi dolgozóktól elvárható, hogy minden beteget egyformán tudjanak elfogadni, mindig azonos módon nyilvánuljanak meg minden beteggel.	-1.42	37
10. A pszichiátrián dolgozók többnyire másként viszonyulnak azokhoz a szenvedélybetegekhez, akik önmaguk is tehetnek sorsukról.	-1.89	39
23. Demens betegek kezelése során a hozzátartozók indokolatlan és gyakran túlzott elvárásokat támasztanak a személyzettel és kezeléssel szemben.	-1.89	39

Összefoglalóan az alábbi 20. táblázat mutatja az egyes faktorokhoz tartozó pszichiátriai dolgozók attitűdjét és azokat a jellegzeteségeket, amik összekötik az egyes faktorokba tartozó kollégákat.

20. 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 környezeten, nem kórház politikai hanem társadalom politikai jellegűek.	Külvilág kevéssé számít, kórházon belül gondolkodik. A beteg álláspontja.	Szakmai elkötelezettség, optimizmus, empátia. Fiatalos elkötelezettség.	Tapasztalt és kipróbált emberek, kevesebb optimizmus, világos értékrend, mérsékelt enerváltság!
A faktroba egyértelműen besorolt személyek	Kamilla Szilvia Szabolcs Kálmán	Barbara	Borbála Ágota	Gina Mira Teréz Kincső Klementína

1. faktor . Társadalompolitikában gondolkodó

Kamilla (főnővér) Napi tevékenysége során irányító tevékenység miatt kevesebb a kapcsolata a betegekkel, mint a dolgozókkal. Az osztály gazdasági vezetése, adminisztratív feladatok végzése miatt hátrítja a személyes kapcsolatok erősítését. Kiemelkedik a dolgozók köréből, probléma esetén ritkán talál belső megoldást, kívül helyezkedik a dolgozók körén, ritkán vonódik be.

Szilvia (rezidens orvos): Kevés tapasztalattal rendelkezik, Erdélyből érkezett. Morális értékrendje határozza meg működését, személyes érintettség befolyásolja véleményét. Működésében gyakran keres döntéseihez megerősítést, visszajelzést.

Szabolcs értelmiségi, humán területen dolgozó személy, állt osztályunkon kezelés alatt. Kórház belső rendszerét kizárólag saját élmény szintjén ismeri, ez meghatározza állásfoglalásait.

Kálmán (ápoló) Szakdolgozói csoport meghatározó alakja, nagy gyakorlattal, gyakran megosztja a dolgozói csoportot, „játzmákat” jól felismeri, de nem tudja megfelelően kezelni. Saját szerepére többnyire nincs megfelelő belátása probléma esetén, belső rendszert jól átlátja „használja”.

2. faktor: A pszichiátria mint gondolkodási keret

Barbara családi háttér dinamikájához köthetően szociális indikációval visszatérően kezelt beteg. Személyiségére jellemző hospitalizációs ártalom, hogy huzamos ideig fennálló kezelés során szinte „beépül” a személyzetbe, csak kórházi keretekben gondolkodik. Igyekszik az ápolói normarendszerrel azonosulni, időszakosan fennálló önvádai mellett, miszerint vádolja magát helyzetének kialakulásáért. Társadalmi beilleszkedési próbálkozásai idáig kudarccal jártak. Párválasztási

kísérletei is kórházi kezeléseihez kötődnek, betegtársai közül választ, kórházon belül oldva meg minden kérdést.

3. faktor: Közvetlen szakmai empátia

Borbála az osztály legfiatalabb dolgozója, adminisztrátor, betegekkel nagyon kevés közvetlen kapcsolata van. Elvárásoknak nagyon igyekszik megfelelni, érdeklődő, van családi terheltsége. Optimista, saját személyiségstruktúrája sem lezárt még.

Ágota (középkorú ápoló) nagy gyakorlattal rendelkezik, ismeri az elvárásokat, viselkedése gyakran maniros, nem mutatkozik valódi érzése, énje. Szakmailag elkötelezett, feltételezhető személyes háttérben érintettség. Elvárásoknak igyekszik megfelelni, önmagából keveset nyújt érzelmileg, de szakmai elkötelezettsége van, „teljesít”, színpadias, nem vonódik be.

4. faktor: Rutin és némi enerváltság

Gina (egységvezető főnővér) nagy szakmai gyakorlattal, személyes és családi érintettséggel. „Kemény” személyiségű, kitartó, néha erőlteti a megoldást. Kerettartó, érzelmi bevonódása gyakran jelen van, „megmentő” típus. Szervez, aktív, de kiégés veszélyezteti. Megbízható a munkája, hiteles, elfogadja, hogy nem mindenki kedveli.

Mira (részlegvezető ápoló) nagy szakmai gyakorlattal, együttműködő, információkat pontosan továbbítja, saját véleményét ritkán fogalmaz meg. Érzelmi bevonódása bizonyos csoportoknál előfordul, szociálisan érzékeny. Hiteles személyiség, kiszámítható és megbízható. Magánéletét védi.

Teréz (szoc. munkás) nagy tapasztalattal rendelkező, egyedülálló, magas szociális érzékenységgel, néha túl nyúlik saját feladatkörén nagyfokú empátiájából eredően. KISSÉ eltúlzott felelősségérzete. Enerváltság

előfordul. Magányosan él, hitelesen átadja gondolatait, elképzeléseit. (Saját életét kompenzálja gondoskodásával?)

Kincső (részlegvezető ápoló) nagy szakmai rutinnal, szociális érzékenységgel. Hiteles személyiség, érzékenyen reagál helyzetekben, véleményét vállalja, határaival tisztában van. Empátiás, fontos számára az elfogadás. Ritkán konfrontál, sosem dönt önkényesen, érdeklí mások véleménye. Kevésbé közösség ember.

Klementína (legidősebb adminisztrátor) nagy tapasztalattal, türelemmel, empátiával. Terhelhető, érdeklődik pszichés szakmai dolgok iránt, tisztában van feladatainak határaival, nagyon hitelesen kommunikál betegekkel, hozzátartozókkal.

5.5. Az eredmények diszkussziója a pszichiátriai osztály munkatársaival

A vizsgálat első fázisában résztvevőket beszélgetésre hívtuk meg, melyen a köszöntést egy rövid bemutatkozás követte. A jelenlevő csoport vegyes korcsoportot és foglalkozást képviselt. A beszélgetés elején a vizsgálat vezetői és bonyolítói (Prof. Kerekes S. és dr. Somoskövi Cs.) röviden összefoglalva tájékoztatták a jelenlevőket a vizsgálat motivációiról, céljáról és a módszerről. A beszélgetésről hangfelvételt készült, melynek készítéséhez a jelenlevő csoport tagjai beleegyezésüket adták. A résztvevők másolatban kézhez kapták a vizsgálatban felhasznált állításokat és az egy évvel ezelőtti válaszaikat áttekintésre. A vizsgálat eredményét ismertetve érdeklődve kérték, ismertessük az elemzés eredményeként kialakult csoportokat. Első csoportba tartoznak a jelenlevők közül Edina, Szilvia, Kálmán, Edina vélemény formálása részben áthajlik a 2. csoportba is, akik a pszichiátriai kórházi keretekben gondolkodnak, azonban szinte azonos súllyal csatlakozik az első csoporthoz, akik társadalompolitikai gondolkodók. A csoportból

jelenlevőket arra kérjük, próbálják végig gondolni és velünk megosztani, mely tényezők mentén látják maguk között a hasonlóságot, esetleg különbséget. Edina a legidősebb résztvevő, negyven éve van a pályán, mindvégig a pszichiátria területén. Ugyanakkor Szilvia az egyik legfiatalabb orvos az osztályon. Edina elmondja, mindig nagyon gyakran egy véleményen van Szilviával, közös bennük, hogy apró részletekig figyelnek a betegekre, nem csupán a pszichéjükre, hanem a testi betegségeket is szinte túlzottan szem előtt tartják „örökbe fogadják” a beteget, felelősnek érzik magukat érte, akkor is, ha nem szakmába vágó az adott probléma. Forszírozzák a testi, szervi kivizsgálásokat is, fontosnak tartják az alap paraméterek, vérnyomás, pulzus sűrű ellenőrzését. Felfogható gyakorlatias hozzáállásként is működésük. A csoport tagja Kálmán ápoló is, a vele való közös „tagságot” Edina meglepődve fogadja, hiszen gyakran vannak közöttük feszültségek is. Kálmán ápolóként szemléletében szintén hasonlít a két munkatársnőhöz, hiszen feladatköre a szoros kontroll, mégis Edina furcsának tartja összetartozásukat, mivel Kálmán előfordul, hogy erélyes, fizikai megjelenése fegyelmet, erőt sugároz. Kálmán is meglepett a hasonlóságon, de kiderül, a köztük levő korkülönbség ellenére céljaik gyakran azonosak a betegekkel kapcsolatosan, véleményüket más-más módon kommunikálják. Kálmán a „nyers erőt” képviseli jobban megjelenésével, Edina az anyai szelídséget, ennek ellenére betegekkel kapcsolatos vélemény és cél egyező, hamar fel is oldódik elmondásuk szerint az esetlegesen közöttük adódó feszültség. Mostani megnyilvánulásuk is hasonlóan egy anya és fia közötti civódásra, mint egy vélemény ellentétre. A helyzet szimbolikus értelmezése lehet, hogy Kálmán jelenléte egy agresszív beteggel szemben a személyzet és a többi beteg számára a biztonságot jelenti, mely Edina számára nehezen

elfogadható, de szükséges rossz. A 2. csoportba leghatározottabban Barbara sorolódik, de mellette Kamilla, Edina, Frida is részlegesen ebben a csoportban is jelen van, akik kórházi keretekben gondolkodnak. A beszélgetésen jelen levő Edina és Frida eltérő okokból súlyozódnak ide. Edina 40 éves pszichiátriai pályafutásához kötődően nem csupán pszichiátriai „szemüvegen át” látja a teljes társadalmat, de az intézményi keretek között töltött rengeteg idő miatt kórházi, illetve egészségügyi intézmény keretei között térképezi fel és kezeli gondjait és problémáit, ebben próbál megoldást is lelteni ezekre. A szakmai rutinhoz „mellékhatásként” társul, ha szemléletét a társadalomra is kivetíti. Valószínűleg Frida épp az ellenkezője, aki elmondja a beszélgetés során, ő az egyik legfiatalabb dolgozó az osztályon, kezdőként és első munkahelyként szociális munkásként kezdte, majd később betegfoglalkoztatóként folytatta tevékenységét. (Ő részben a 2. csoportba, részben a 4. csoportba sorolódott). Úgy vélem, ő kezdetben a betegek hivatalos, ügyes-bajos ügyeit intézve még közelebb állt a társadalmi közeghez és véleményhez, később került közelebb a pszichiátria világához, talán épp ennek következményeként akart foglalkoztatóként dolgozni a továbbiakban. A foglalkoztatók a betegekkel közelebbi kapcsolatban vannak, nem egy hivatalos tevékenység sokkal inkább érzelmi együttműködés a kezelés érdekében. Jóval személyesebb kapcsolatot és empátiát igényel és feltételez. Frida esetében a vélemény formálódása tükröz egy szakmai „érés folyamatot” akár, ahogy a betegek felé egyre fokozottabban fordul. Összefoglalva Edina esetében a hosszú évek gyakorlatahoz köthető, hogy pszichiátriai osztályban és társadalomban is gondolkodó, míg Frida esetében kezdetben társadalomban, majd a megszerzett tapasztalatokhoz kötődően már pszichiátriai keretekben, kórházi keretekben is gondolkodó. A 3.

csoportba tartozik Melinda, Borbála. Ágota időközben nyugdíjba vonult, nincs jelen a beszélgetésen. Melinda hosszú ideje, megbízhatóan dolgozó nővér, a fiatalabb korosztályhoz tartozik, Borbála fiatal adminisztrátor. A 3. csoport véleményére a közvetlen szakmai empátia a meghatározó. Munkájuk különböző, Borbála betegekkel kapcsolatos adminisztratív észlelése a betegek rögzítésével kapcsolatos dokumentáció intézése. Ő fiatal dolgozó az osztályon, de megérinti, ha valakit huzamos ideig rögzítésben kell tartani. Kicsit tart az érzelmi bevonódástól, de érzi, hogy nem kívülálló, érdeklik a szakmai döntések és történések. Melinda elmondja, Töröcskén, szocioterápiás részlegen dolgozik, néha vállal műszakot a központi telephelyen is, ahol korábban dolgozott. Néhány évvel idősebb Borbála, érdekesnek tartja egy csoportba kerülésük tényét. Melinda úgy látja, könnyebb kapcsolatot tartania azokkal a betegekkel akik a szocioterápiás részlegen már közelítenek a társadalmi beilleszkedéshez, noha előfordulnak betegek, akik elhelyezésre várnak, szociális hátterük bizonytalan, de jóval kevésbé veszi igénybe érzelmileg, mint a zárt osztályon kezelt betegek ellátása, szembesülni az esetleges agresszióval, támadással. Melindavolt ilyen élménye, mely nyilván meghatározó számára. Ő talán saját élményéhez köthetően nem csupán szánakozik a rögzítést igénylő beteg kapcsán, mint Borbála, hanem saját és embertársai védelmét is igényli. A 4. csoport képviseli magát legdominánsabban a beszélgetésen, a jelen van Teréz, Klementína, Gina. Teréz 21 éve dolgozik az osztályon szociális munkásként, elmondja, sokat változott az évek során, érzékeli a betegek problémáit, átlátja a hivatalok útvesztőit, sokat „keményítettek” rajta az évek. Nem idősnek, hanem tapasztaltnak érzi magát. Klementína és Gina megállapítják, hogy Teréz is beleértve, abszolút egy korcsoportoz tartoznak, sőt ide sorolható Mira és Kincső, és Kamilla is. Gina elmondja, korábban más

jellegű osztályon dolgozott (intenzív osztályon. majd neurológián, mindkettő szomatikus osztály), Klementínához hasonlóan, aki belgyógyászatban dolgozott korábban, de már nem menne más jellegű osztályra dolgozni. Gina érdekesnek találja, hogy egy csoportba került Mira, Kincsővel, mindannyian egység és részlegvezetőként, Kamilla pedig főnővérként dolgozik. Jelentős szakmai tapasztalattal rendelkeznek, és ahogy Gina fogalmazza, nem a jelenlegi érásban képződtek, úgy gondolja, a fiatalabbaknál elkötelezettebbek, nagyobb elvárásokat támasztottak irányukban. Gina úgy érzi, az idősebbek kissé bele is fáradtak az „önzetlenségbe”, mely a fiatalabb generációra kevésbé jellemző. A fiatalabbak „csak” munkahelynek tekintik a pszichiátriát, kisebb bevonódással. Alátámasztja véleményét a 4. csoportra jellemző enerváltság, kiégés is, mint következményes állapot. A tapasztaltabb, idősebb korcsoportból kiemelkedő egységvezetők egyik oldalról kiemeltebb felelősséggel tartoznak a betegek ellátásával kapcsolatosan a pszichiátrián, egyidejűleg a betegek számára előírt egyéb vizsgálatok szervezésében és bonyolításában több a kapcsolatuk a többi gyógyító osztály dolgozóival. A 4. csoportba is faktorsúllyal bír Szidónia, akiről említettük az 1. csoport kapcsán felelősségérzetét a betegek egyéb testi kivizsgálása vonatkozásában. Ezen a ponton csatlakozhat a 4. csoport vezetőihez, akik jelentik és szervezik a betegek egyéb vizsgálatait. Felelősségtudat, több feladat, ehhez kapcsolódóan a rutin mellett enerváltság jellemző a csoport tagjaira. A megbeszélésen „szakma öregjeként” nyilatkozott Gina.

A beszélgetés 60 percig tartott, a résztvevők mindvégig érdeklődők és aktívak voltak. Vállalták önmagukat, véleményüket. Keresték a kapcsolatot egymás között, a korábban végzett vizsgálat eredményeit várakozással ellentétben nem helyezték középpontba.

Hangsúlyosabban egymással kapcsolatos gondolataikat, egymáshoz fűződő viszonyukat elemezgették múltjukat is bevonva ebbe, megerősítést, visszajelzést várva. Érzékelhető működésükön a csoportozás szakmai rutinja. A vizsgálat módszere is érdeklődést keltett bennük, hozzászóltak az eredmények felhasználhatóságához, értékéhez is. A beszélgetés jó hangulatban telt, nem volt szorongással, vagy elvárással terhelt. A résztvevők vezetőjeként is kellemesen éreztem magam, hitelesnek, őszintének éreztem az elhangzott véleményeket, megtiszteltek aktivitásukkal, együttműködésükkel.

6. A kutató véleménye a szakma „árnyékában” (Következtetések, javaslatok)

A vizsgálat folyamatában és elemzése közben több alkalommal belemerültem, hol lehet az én helyem a rendszerben, vajon én melyik csoporthoz kapcsolódnék a véleményemmel. A vizsgálatban résztvevők mindannyian önként vállalták véleményüket, a pszichiátrián dolgozó team főorvosaként és a vizsgálat vezetőjeként úgy érzem elvárható, hogy beszámoljak saját gondolataimról és érzéseimről a vizsgálatról és az állításokkal kapcsolatosan. Nem mellőzhető véleményem megfogalmazása a társadalmi attitűddel és elvárásokkal kapcsolatosan. A vizsgálat előtt az a szándék fogalmazódott meg bennem, a jelenlevő hiányos humán erőforrás szakmailag hatékonyabb működése érdekében, a belső feszültség enyhítésére fontos lenne az egyéb, szakmailag indokolatlan betegellátás „leválasztása”, mellőzése. Kezdetben erre irányult az érdeklődésem. Felkészülésem során egyre több benyomás és élmény erősített meg abban, hogy jóval nagyobb perspektívában, az orvostársadalom és a teljes társadalmi elvárás szintjén kell gondolkodnom a szakmai feladatokról és a dolgozók feladatairól, ehhez való viszonyulásukról. A választott módszer lehetőséget nyújtott erre, azonban az állítások megfogalmazása, szelektálása során már éreztem magamban is a kettősséget, feszültséget, mennyire nehéz magyarázkodás nélkül véleményt formálni egy-egy erősen megosztó állítás esetén. Az állításokat megelőző „gyűjtőmunka” során kívülállók, orvoskollégákkal beszélgetve próbáltam azokat a sarkalatos pontokat feltérképezni, amelyek feltételezhetően a szakmai munka és normarendszer mentén megoszthatja az embereket. Nem zárhattam ki azt a tényt, hogy dolgozóként utasításoknak megfelelően, egyénileg milyen érzések és gondolatok egyezhetnek és miben különbözhetnek a

kívülállókhoz képest. Feltételeztem, ez okozhat időnként belső konfliktust, feszültséget, hiszen ezt én magam is érzem időnként. (A szakma árnyéka) Megpróbálom néhány konkrét példával kézzel foghatóvá tenni a fentieket.

A XX. század elején Freud elméletének és munkásságának, C.G. Jungnak köszönhetően a pszichiátria láthatatlanul kettévált. Egyik ága maradt az organikus orvoslás irányában, gyógyszerekkel, néha drasztikusabb módszerekkel (elektroshock kezelés, agy műtéti csonkítása), külvilágtól szinte hermetikusan elzárva kezelte a nagy pszichiátriai kórképeket, skizofréniát, tudatzavarokat. A másik ágazat, pszichoterápiával, gyógyító beszélgetés tudományával kezelte a hisztériásokat, neurotikusokat, akik a többnyire a módosabb rétegekből kerültek ki. A múlt század első felében a pszichiátria egy része, az első csoportot képviselve a társadalom és politika „ledobójává”, süllyesztővé vált. A másik ágazat többnyire járóbeteg ellátásban foglalkozott a kisebb kórképekkel. A pszichiátriai betegségek diagnózisának felállítása is többnyire a szubjektív tünetek észlelésén és időben való elhúzódsán alapul, így nem véletlen, hogy a társadalmi kényszerű szerepek elkerülésére is szolgált pszichiátriai betegségek szimulációja. (Gondoljunk a katonaság elkerülésére, Hasek hősére Svejkre például). A másik fontos tény, hogy a pszichiátriai betegek nagyrésze csak szinten tartható, nem gyógyítható, betegség belátása többnyire abszolút hiányzik. Egy másik csoport, a személyiségzavarosok csoportja jellemzően nem szenved a saját bajától, annál jobban szenved tőle a környezete és a társadalom. Gyakran kriminalizálódnak, összetűzésbe kerülnek a karhatalmi szervekkel, igazságszolgáltatással. A XX. század vége felé a gyógyszeripar jelentős fejlődésével az organikus szemlélet újra előre tört, ugyanakkor a pszichoterápiás ágak elsősorban magánpraxisban

működnek, a megfelelő feltételeket biztosítva annak a rétegnek, aki képes finanszírozni ezt. A tudatzavarral küzdő beteg, vagy az önmagára, környezetére veszélyeztető beteg korlátozása és „bezárása” erőszakkal, akarata ellenére, kizárólag a pszichiátria jogköre, napjainkban bírósági felügyelet és felülvizsgálat mellett. A bíróság jelenléte is felügyelete részben mentesít a felelősség egy része alól, ugyanakkor képviseli az erőszakot és a társadalmi elvárásokat, igényt is. A nagy pszichiátriai kórképek esetében (például a skizofrénia) egyértelmű, hogy a betegnek tünetei felett nincs kontrollja, tudatzavara miatt nem beszámítható (nem is büntethető), elfogadjuk, 10-20 éveken át kísérik életét, időnként több hónapig tartó kórházi kezeléssel, időnként járóbetegként gondozva, vagy egy-egy alkalommal rendőrség által kísérve, bilincs verve, mentővel egy-egy újabb epizód kapcsán. Elfogadjuk betegségét, kezeljük az összes rendelkezésre álló eszközzel, próbáljuk az életéből a legjobbat kihozni. Nyilván a családi és lakóhely környezete egyre nehezebben viseli az ilyen betegek látványát és jelenlétét, elkönnyvelik, leírják, könnyen minősítik. Kezelésük komoly empátiát és odafigyelést igényel, szinte „örökbe fogadjuk” őket, társadalmi deklasszációjuk viszont gyakran ahhoz vezet, hogy kórházi ellátással oldjuk meg kivonódásukat a társadalomból, elhelyezésüket, jövedelmük, járandóságuk biztosítását is többnyire a kórházi ellátás során szervezzük. Nem szakmai feladat, jelentős szakmai kapacitást von el. Ugyan előre lépésnek tekinthető, hogy az elmúlt néhány évben már csak ritkán fordult elő egy éven túli ápolás, 7-8 évvel ezelőtt nem volt ritka a 3-4 évig tartó ápolás, szociális indokból. Az önsorsrontó betegek és személyiségzavaros betegek többnyire „használják” az ellátórendszert, változtatni nem kívánnak életmódjukon. Rendőrségi, bírósági eljárás elől gyakran „bekerülnek” az osztályra, többnyire önként, a változtatás formális igényével. A kórházi

ellátás során a gyógyszerfüggő beteg hozzájut gyógyszeréhez (illetve annak egy részéhez), lakhatást, szállodaszolgáltatást kap (melyet ki is követel magának többnyire), érdemi változás nélkül. Az önkéntes felvétel mellett kötelezhető a hosszmetzeti életkép alapján, azonban gyakran kiderül időközben a háttérben folyamatban levő büntető eljárás, bírósági eljárás. A társadalom és az eljáró hatóságok fellelegezhetnek, az érintett „biztos helyen van”, gyakran felfüggesztik az eljárást a „kezelés időtartamára”, vagy más esetben nem szükséges az érintett előállítás, az osztályra jönnek kihallgatni, vagy tárgyalást lefolytatni. Ez a beteg csoport is ismert visszatérő és eredménytelen kezeléseik sorával a személyzet szemében. Gyakori a kérdés: „miért kell megint felvenni?”..”már megint itt van?”. Orvos szakmai döntés a felvétel kérdése, nyilván nem áll módunkban a beteg panaszait, rossz érzéseit kétségbe vonni, még akkor sem, ha érzésünk szerint nem motivált az érdemi kezelésre. Előfordul, hogy kezelésüket követően rögtön a büntetés végrehajtáshoz kerülnek. Jelentős kiadások, sok-sok kudarc élmény a személyzet számára, a beteg motivációjához hasonlóan, a személyzet szakmai motivációja is megcsappan a hasonló esetek kapcsán. A személyiségzavarral küzdő beteg többnyire beszámítható, felelős a kár okozásért és tetteiért. Társadalmi szinten kérdéses a betegség mivolta, természetesen állunk rendelkezésre, ha az illető valóban motivált a változásokra, évekig tartó terápiát igényel. Könnyít a helyzeten, hogy az ilyen jellegű betegek körében ezer közül egy vállalja ezt. A leépült, demens betegek (akik nem csupán korukból eredően lehetnek leépültek) szintén frusztrálják a környezetet ápolási igényükkel, zavartságukkal, nyilván korlátozott betegség belátással. Zajongva zavarják a lakóközösséget, nem engedik be a segítőköt. Szervi egyéb betegségeik is okozhatják, vagy fokozhatják zavartságukat,

nyugtalanóságuk miatt gyakran kerülnek a pszichiátriai osztályra. A család gyakran nem tudja vállalni felügyeletét, ápolását. A társadalmi igény az ápolás, megőrzés, elhelyezés, szintén „konténer funkció”. Pszichiátriai tüneteik enyhítésére gyógyszeres lehetőségünk van, egy-két hét alatt konszolidálható a helyzet, más szervi osztály gyakran elzárkózik a szervi kezelésektől a pszichiátriai előzményekre, esetleges zavartságra hivatkozva. Hónapokig elnyúlva, osztályos keretek köréből intézzük a gondnokság alá helyezést (komoly adminisztratív terhekkel), az ápolást, vagy elhelyezést. A kezelés és ápolás során gyakran szembesülünk a családtagok, hozzátartozók irreális elvárásaival, követeléseivel, próbáljuk kivédeni a jogsértő végrendelkezéseket, okirat gyártásokat, mely nem szakmai feladat, mégis egy-egy ingatlan vagy ingóság örökösödési perében gyakran kell bírósági eljárásban tanúskodni, szakvéleményt írni évekkel később a beteg állapotáról. Újra a társadalmi igény és elvárás lép a képbe. Mindez nem tartozik a szakmai ellátás feladatkörébe, az indulatok kereszt tüzében nem bocsáthatunk el beteget anélkül, hogy biztosítva legyen az ellátása, nem veszélyeztethetjük ezáltal. Az ápolással és kezeléssel kapcsolatos dokumentáció mellett tetemes adminisztratív feladatot jelent a betegekkel kapcsolatos gyámügyi, bírósági levelezés és ügymenet, néha hónapokkal, évekkal a betegek ellátását követően. Nyilván nem a kezelések elhárításáról van szó, egyre nagyobb az igény a pszichiátriai ellátásra, minden formában. Rátérnék az egészségügy, illetve más osztályok elképzelésire a pszichiátriai ellátásra vonatkozóan. Úgy vélem, épp a társadalmi viszonyulás és igény jól jellemzi azt a kettősséget is, ami az egészségügyben pozicionálja a pszichiátria szakterületét, a teljesség igénye nélkül. (Tisztelet a kivételnek.) Alapellátás (házi orvos) szintjén gyakori beutaló indok az agresszivitás, garázda viselkedés, törés-zúzás otthonában, vagy károkozás más helyen.

A beutaló szűkszavú, többnyire egy szó például „agresszivitás”, a kliens alkoholos vagy droghatás alatt, vagy anélkül. A segítségre kikerkező karhatalom (többnyire rendőrség) tisztában van a garázdaság tényével, azonban sokkal egyértelműbb, véleményük szerint „biztonságosabb”, ha mentővel a pszichiátriára hozzák a delikvenst, nem a fogdára, akkor is ha tudatzavar nem áll fenn. (Társadalmi igény, szakmai indok nem áll fenn). 24 óra megfigyelés után, józanodást követően „természetesen” elengedjük, nem áll módunkban korlátozni és miért is tennénk. Hasonló a kör abban az esetben is, ha a Sürgősségi Ambulanciára érkezik a beteg, megfigyelése gyakran osztályunkon történik. Sürgősségi Ambulanciára vagy más szervi osztályra kerülő beteg komoly hátránnyal indul, ha kórelőzményében bármi okból pszichiátriai kezelés szerepel. Gyakran előbb kéri pszichiátriai kontroll véleményezését, mielőtt bármilyen egyéb vizsgálat megtörténne. Véleményem szerint egyértelmű az egészségügy területén a stigmatizáció, ami nagyjából megfelel a társadalmi szintnek. Sebészeti szakmák felől gyakori az igény beszámíthatóság véleményezésére, ha egy beteg elutasítja a beavatkozást, vagy kezelést. A beszámíthatóság véleményezése igazságügyi szakértői kompetencia, azonban a konzílium kereteket nyújt a beteg és az orvos felvilágosítására egyaránt: jogában van elutasítani a beavatkozást, azonban praktikus megfelelően, az ő értelmi képességeinek megfelelően felvilágosítani, viszont vitális indikáció esetén nem szükséges a beleegyezése. Ez utóbbi mondat szinte rutinszerűen szerepel minden konzílium véleményezésében. Hasonló az eset belgyógyászati jellegű osztályokon, ahol az alapbetegséghez köthetően gyakori a zavartság, nyugtalanság, esetleg agresszivitás. Kollegális attitűddel, többnyire gyógyszeres javaslattal (fizikai és/vagy kémiai rögzítés javaslatával) próbáljuk áthidalni a helyzetet, bár többnyire komoly pressziót él át a

pszichiáter a beteg átvételére, zárt részes elhelyezésére. Az alapbetegség kivizsgálása és kezelése azonban ilyen esetben vagy leáll, vagy ennek minden vonzatával, szervezésével és költségével a pszichiátriára hárul. A beteg pszichés állapotának rendezése után a későbbiekben igyekeznek járóbetegként kezelni. Tapasztalataim szerint – bár jó kapcsolatot ápolok minden más osztállyal – a szervi osztályok képviselik az abszolút organikus részt az egészségügyben, a pszichiátria kilóg a sorból, marginális, elkülönül, talán kevésbé omnipotens. Feladatnak tartom, hogy a beteget partnerként kezeljük, a megfelelő kommunikációt előtérbe helyezve. Az orvostudomány nagy technikai fejlődésével érzésem szerint a humán attitűd jelentősen sorvad a pár óra alatt kapott diagnózis mellett. Futószalag ellátás, a technikai vívmányok igénybe vételével, mind kevesebb kommunikációval. A Sürgősségi Osztály és Ambulancia a leggyakoribb konzílium kérő. A Sürgősségi Ambulancia műszakvezető orvosa intézményi protokoll szerint a kért vizsgálatok eredményei alapján dönt a beteg további elhelyezéséről, kezeléséről, sorsáról. A téli időszakban dömpingszerűen bekerülő hajléktalanok ellátásában, a fűtés nélkül szenvedő, vagy tisztátalan, élőködőkkel fertőzött betegek esetében komoly az esély a pszichiátriai „véleményezésre”, hiszen a „beteg” jelenlegi sorsában önmagára veszélyeztető. Nehéz megértetni, hogy emberbaráti gesztusként nyílhat lehetőség kezelésére, ha az alap vizsgálatait elvégzik az egyéb belgyógyászati problémák kizárására, de csupán abban az esetben, ha a beteg önként kéri ezt. Tudatzavar hiányában nem áll módunkban korlátozni szabadságában. A betegek jelentős része elutasítja a kezelést, és jelentősen frusztrálja a Sürgősségi Ambulancia személyzetét gyakori és újabb megjelenésével. Ha mégis beleegyezik a beteg kezelésébe, vajon miért éppen a pszichiátria jön szóba? Tolerancia kérdése, vagy más osztályon erősebb az elutasítás?

(Társadalom kontra egészségügy?) Öngyilkosság és mérgezéses esetekben a méregtelenítés szakmai előírások szerint a Sürgősségi Ambulancia feladata, az ellátó többnyire a beteg állapotának stabilizálása előtt jóval kér pszichiátriai véleményt, így a vélemény kérése úgy néz ki, mintha éjszakai órákban kellene interjúolni a beteget élete problémáiról. Tisztában vagyok a Sürgősségi Ambulancia ügymenetével, azonban pszichiátriai szempontból, például egy osztályon fekvő beteget sem keltek fel éjszaka kettőkor, hogy elbeszélgessek vele az életvezetéséről. Úgy fogalmaznék, nem életszerű, a beteg ellátása „szalagszerű”, meg kell történnie a vizsgálatnak mielőbb, hogy dönthessenek felőle. Ésszel értem, de vajon mennyit számít, hogy a beteg is ember, a pszichiáter is ember? A zavart betegek bekerülése esetén fontos tisztázni, mennyire új a tünet. Fontos a környezet véleménye, mielőtt a beteget korlátozzuk, van-e friss romlás állapotában, vagy kivizsgált eset ápolási problémákkal. Pszichiáterként gyakran érzem konzílium során, hogy az asztal másik oldalán ülök, nehéz megértetnem, innen, erről az oldalról másképp látszanak dolgok. Ennek kifejtésétől többnyire azért tartózkodom, mert nem szeretném a szakmákra vetülő stigmát ezzel erősíteni. Bizonyos esetekben találkoztam lekezelő megnyilvánulásokkal, mégis örültem később, ha saját, vagy környezetben adódó probléma esetén bizalommal kértek tőlem segítséget. Ezt a másságot a szakma „árnyékaként” élhetem meg, ami a kor előre haladtával egyre nagyobb és megnyúlnak az árnyak, egyre nehezebb átlépni rajta és értékként tekinteni eredményeinkre, sikereinkre. Bizonytalanná válik, melyek emberi értékeink, melyekkel a társadalmi körökben küzdünk és mozgunk, illetve szakmai kvalitásaink, melyek személyiségünk nélkül csak töredékekben érvényesülhet. Az organikus osztályokon jóval kisebb a szerepe, sokkal hangsúlyosabb a racionális tudomány, a kézzel fogható leletek és kezelések. Jó

kapcsolatot ápolok a többi osztály dolgozóival és vezetőivel, a fenti negatív tapasztalatok úgy vélem képviselik az átlagos társadalmi igényt szakmánk irányában, cseppet sem érzem annál nyomasztóbbnak. Tapasztalataim csak megerősítették bennem az igényt a vizsgálat kiterjesztésére, más osztályok dolgozóit bevonva. A vizsgálat során szembeötlött az állításokat rangsorolva, hogy más osztályok dolgozói mennyire nincsenek tisztában a pszichiátrián zajló „élettel”, problémákkal. Ennek ellenére pozitív eredménynek tekintem, hogy többnyire vállalták a részvételt a vizsgálatban.

A vizsgálatról alkotott saját szerepem és véleményem, nem egyszerű állást foglalni a felvetett kérdésekben, kezdetben voltak fenntartásaim a dolgozók bevonódásával kapcsolatban. Talán épp a saját belső aggályaimat tükrözte ez a gondolat, nehéz a szakmai elvárásoknak megfelelni, ugyanakkor saját belső érzéseinket is vállalni a kritikus kérdésekben. Az én szerepem vezetőként egy szakmai értékrendet és attitűdöt kialakítani az osztályon, emberi vonásokat és értékeket megerősítve, megőrizve. Levenni a dolgozókról időnként a döntés felelősségét, elvárni egy előírt működést adminisztrációt. Fontosnak érzem a dolgozók viselkedését, kommunikációját, emberi problémáit is követni, hiszen befolyásolja működésüket, munkájukat. Fontosnak tartom a többi osztállyal a megfelelő kommunikációt, kapcsolattartást, hogy a több közös szál és kapcsolat eredményeként halványuljon a stigma érzése, tudják megtapasztalni szakmánk szépségét és értékeit egy-egy tréning során. Az előzőekben részletezettek kapcsán érzékelhetők a feladatok, melyek csak részben kötődnek a szakmai ellátáshoz. Az osztály image, a finanszírozás és annak anomáliái mit engednek meg, mi várható el. A dolgozók munkaképessége, igénybevétele, mentális és fizikai sérülései az ellátás kapcsán. A bírósági és egyéb intézményen

kívüli procedúrák hálózata. Mindez összefügg szakmánk társadalmi helyzetével, a szakmai feladatokkal egyaránt. Szakmai munkánkra háruló igény erősíthetné identitásunkat, mégis gyakran érzem a kihasználtság érzését, kevésbé a szakmai sikerek ízét. A társadalmi attitűd nyilván komoly kihatással van önértékelésünkre, beleértve a többi dolgozót.

A vizsgálatot manuálisan végeztem, úgy éreztem, aki vállalja a részvételt, jelenlétemmel támogatom elképzelésem fontosságát, úgy éreztem, számomra is fontos a velük töltött külön idő. Érezlek, együtt vagyunk ebben a szakmai milióban. Örömmel fogadtam aktív részvételüket, kíváncsiságukat. Az együttműködésüket alapjában értéknek tekintem. Kezdetől fogva úgy gondoltam, a vizsgálat eredményét és elemzését meg szeretném osztani a résztvevőkkel. A résztvevők szakmai múltjának és körülményeinek ismerete fontos volt a vizsgálat elemzése során, egyúttal azzal is tisztában vagyok, munkájuk milyen komoly kihatással van életvezetésükre és életkilátásaikra is. Szakmai pályafutásom során mindig teamben dolgoztam, idegennek érzem a magányos hős szerepét. Tisztában vagyok saját életem irányvektorára, mely erre a pályára vezetett. Szakmánkban értéknek tekinthető, hogy nem kell mindenkinek megfelelni, vállalnunk kell reális önmagunkat. A megfelelni vágyás csak egy része az elhivatottságnak, fontos, hogy a megfelelő realitáskontroll is a szerepkörünkhöz tartozik, a betegek irányában mi képviseljük a külvilágot és annak értékrendjét. Az évek során saját környezetemben és kapcsolataimban is megtapasztalhattam, ha kiderül, pszichiáter vagyok, feltételezik, hogy mindenkit elemzek, mindenkin átlátok. Komoly hátrányt jelent, ha felszínre kerül egy társaságban vagy csoportban. Egy részük kíváncsian érdeklődik, csodabogárnak tart, más részük elhúzódik. Kedves kollégám és barátom úgy minősít emberileg és szakmailag: „azért delegálom

hozzád az ismerősöket, családtagokat, akik segítséget igényelnek, mert rajtad látszik legkevésbé, hogy pszichiáter vagy”. Orvos gyerekem, aki abszolút elfogadta hivatásomat, egy alkalommal kérdésekkel állt elő: „Sok barátod kérdezi meg, hogy ugye ő normális? Van olyan kapcsolatot vagy barátod aminek nincs köze a munkádhoz?” Nem, nincs. E pontnál fogalmazódott meg bennem, nem tudom külön választani a pszichiátert önmagamtól, észrevétlenül hozzám nőtt, mint egy kabát, ami néha melegít, néha szorít. Az évek során, észrevétlenül a bőrrömmé vált. Bizonyára számomra is fontos a környezet visszajelző és védő szerepe, mely tapasztalatom szerint gyakran motiváló, facilitáló lehet. A vizsgálat második fázisának eredménye alátámasztotta elképzelésem, a pszichiátrián konkrét beteg ellátásban dolgozók domináns külön csoportot képeztek a többiekhez képest. Nyilván az itt és most-ban nehéz elemezni egyénileg mely fókusz határozta meg pályafutásukat és véleményüket, de a szakmában eltöltött idő egyértelműen kihatással van a szakmai és egyéni véleményükre. Nem egyértelmű, melyik volt előbb, a tyúk vagy a tojás, az egyéni értékrendet befolyásolta a szakmai bevonódás, vagy a szakmai munka milyen későbbi kihatással az egyéni életükre, ez önállóan nem elemezhető. Az eredmény önmagáért beszél, hogy egy eltelt szakmai együttműködés után megváltozik másokhoz képest az értékítéletünk, és ebben összetartozunk. A közös beszélgetés (interjú) során is megélhettem érdeklődésüket, nyitottságukat. Bízom benne, hogy a vizsgálat eredményeként észlelt kohézió közös erőt képvisel, ami mindenki javára válik, nem a stigma összetartó ereje. Az elemzett állítások is ezt támasztják alá. Saját életemhez hasonló élmények más dolgozó emlékezéseiben is felsejlenek. Aki a rendszeren belül van, már nem képes kizárólag kívülről tekintve gondolkodni.

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 kihatnak életminőségükre. A hipotézst elvetettem.
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, és 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 tagos vizsgálatban, 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 „Barbara” helyzete, aki külön csoportot alkot véleményével a 16 tagos csoportban.

6. A Q-módszer alkalmasnak bizonyult eltérő véleménycsoportok 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 ismertetett eredményt elgondolkodtatónak, hasznosnak ítélték mindennapos működésükben. Az eltérő vélemények és közbeszéd ismerete és faktorok szerinti értelmezése mentén esetleges másságuk pozitív értelmet nyert.

8. Összefoglalás

Kutatásom alapját képezte pszichiátriai szakterületen végzett gyógyító tevékenységem és társadalom szemléletem, melyet nyitottság jellemez. Az egészség és jólét, lehetőségek szerint a minél jobb életminőség elérése alapvető emberi igény. Az irodalmi és történeti áttekintés megfelelően körüljárta 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 közdelmekkel 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 mindez a kettősség belső feszültséget okozhat, mely fokozza munkahelyi terheltségüket. A vizsgálat célja az eltérő véleménycsoportok 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.

9. Summary

My research was based on my medical activities – curing patients – and on my open-minded views on society. Health, welfare and having a relatively good life quality are basic human needs. My literature and historical overview surveyed the targets of psychiatry and the views of the society connected to it. However, reaching the acceptable life quality and welfare for the members of society might be in conflict with the interests of the patients and this may even result in inner conflicts for psychiatry staff. The views of the members of the society on psychiatric illnesses and treatments are controversial and this controversy might deteriorate the conditions of treatment. This ambivalence may result in an inner tension for workers which increases their workload. The research aimed at examining the different opinion groups and the analysis can contribute to understanding the motivations between activities and opinions. The formation of factor groups does not necessarily mean identical motivations behind the opinions.

The novel findings of the research

1. Several examinations have been carried out on health care workers' life quality and health on the basis of international and Hungarian literature. Results show that health care workers' life quality and health are far below those of average population. The reason is not only of financial; they have worse results than others in their age group regarding their social relationships and mental conditions, too.
2. Both stages of the examination proved that the attitudes of psychiatry workers are different from those of the workers in other areas. Regarding the evaluation of the statements, belonging

to the same factor was primarily indicated by professional aspects and experiences: I consider it as a significant finding that group formation was not based on statements related to stigmatization.

3. The research has proved that the attitudes to psychiatric patients and their treatments changes along with life experience and professional experience. The older workers formed a separate group in both examination stages not only in direct patient care.
4. According to the results of the survey including 16 respondents working in psychiatry, a clearly separate group was formed from those who work directly at hospital beds as they regard it as a larger burden to treat patients with conditions that are not professionally justified to be treated at hospitals.
5. Patients' attitudes to and their insight into their psychiatric illnesses are clearly different from workers' opinions. This is shown by "Barbara's" situation who forms a separate group on her own within the 16 respondents.
6. The Q-method proved to be a suitable tool to reveal and analyse different opinion groups. The evaluation of the results from the two examination stages proved that the Q-method is appropriate and efficient to be used in this area, too.

The respondents of the research regard their participation as beneficial and effective and they consider the research findings to be thought-provoking and useful for their daily work. By examining varying views in public discourse and by analysing them along the factors, their eventual differences turn out to be of positive value.

10. Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozom Prof. Dr. Kerekes Sándor professzor úrnak, a Kaposvári Egyetem Gazdaságtudományi Kar Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola volt vezetőjének, hogy kutatási törekvéseimet mindvégig támogatta, lehetővé tette számomra a doktori iskola keretein belül egy más szakmai szemléletmód elsajátítását.

Köszönöm Prof. Dr. Fertő Imre professzor úrnak, a Kaposvári Egyetem Gazdaságtudományi Kar Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskola vezetőjének támogató együttműködését tanulmányaimban és kutatásomban az elmúlt évek során.

Prof. Dr. Repa Imre professzor úrnak hálával, köszönettel tartozom, hogy témavezetőként és munkatársként egyaránt segítette tanulmányaimat a doktori iskolában töltött évek során, tapasztalataival, tanácsaival támogatta vizsgálataimat. Dr. Moizs Mariann PhD főigazgatónőnek köszönöm, hogy lehetővé tette és támogatta intézményünkben a kutatást.

Hálával tartozom szakmai elődömnek Dr. Boldizsár Ferenc főorvos úrnak társadalomszociológiai és szociálpszichiátriai érdeklődéséért és gondolataiért, melyeket velem megosztva elindított ezen az úton.

Minden közvetlen munkatársamnak és résztvevőnek megköszönöm az aktív részvételt és visszajelzést a vizsgálattal kapcsolatosan.

Laczkó Lórándnének, a doktori iskola referensének köszönöm a precíz tájékoztatást, türelmet, segítőkészséget, naprakész információkat.

Hálás vagyok csoport társaimnak, elsősorban Horváth Szilárdnak és Privóczi Zoltán Istvánnak, akikkel egymást segítve és támogatva jutottunk fel a doktori iskola lépcsőfokain.

Családomnak köszönöm a türelmet, lányomnak köszönöm az aktív, részvételt, segítséget kutatásomban.

Köszönöm mindenkinek, aki segített és támogatott abban, hogy tanulmányaimat sikeresen lezárjam a doktori iskolában, aki bízott kutatásom sikerében és támogatott vizsgálataimban. Örömmel tölt el, ha sikerült előmozdítanom szakmám és munkatársaim megítélését, és ha értekezésem révén sikerült kívülállóok számára értehtővé tenni szakmám szépségét és dilemmáit.

11. Felhasznált irodalom

1. Alkire, S.(2002): Dimensions of Human Development, World Development, 30/2, pp. 181-255.
2. Anorbála R.(2006): Bevezetés a szociológiába. Osiris kiadó, 2006.
3. Ádám, E. (2011): Az egészségügyi ágazat normatív megközelítése. Erdei Ferenc IV. Tudományos Konferencia, Kecskemét, III.kötet, 18-22pp.
4. ÁEEK Egészségtudományi Fogalomtár: Quality of life
5. Ágoston és mtsai (2007): Az életminőség fogalmán túl. Demos Magyarország Alapítvány, Budapest.
6. Babarczy, B., Gyenes, P., Imre, L., (2015): A Homogén Betegségcsoportok és a hozzá kapcsolódó finanszírozási rendszer elmúlt 25 éve. Orvosi Hetilap, 2015.156(29), 1155
7. Bajnóczy Zoltán, Lengyel Imre, Málovics György (szerk.) 2012. Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság. JATE Press, Szeged, 303-317.old.
8. Baker, R., Thompson, C., & Mannion, R. (2006). Q methodology in health economics. Journal of Health Services Research & Policy, 11(1), 38–45.
9. Baker, R., Thompson, C., & Mannion, R. (2006). Q methodology in health economics. Journal of Health Services Research & Policy, 11(1), 38–45.
10. Baran, B., Bitter, I., Ungvári, G. S., Nagy, Z., & Gazdag, G. (2008). Biológiai terápia születése Magyarországon: Meduna László" első" görcskezelt betegének története. Psychiatria Hungarica: A Magyar Pszichiátriai Társaság Tudományos Folyóirata, 23(5), 366–375.

11. Bidwell, P.- Humphries, N.-Dicker, P.- Thomas, S.- Normand, C. – Brugh, R. (2013): The national and international implications of a decade of doctor migration in the Irish context. *Health Policy*, Vol. 110. No.1. 29-39.
12. Boromisza P./2.(2019): Milyen fejlesztésekre lenne szüksége a pszichiátriának? (*Interjú dr. Németh Attilával, a Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet főigazgató főorvosával*), IME, XVIII. évf. Pszichiátria különszám, 2-3.o.
13. Boromisza P/1.(2019): Gyermek- és ifjúságpszichiátria: befektetés a jövőbe (*Interjú dr. Pászthy Bea egyetemi docenssel*), IME, XVIII.évf. január, Pszichiátria különszám, 4-8.o.
14. Brown, S. R. (1993). A primer on Q methodology. *Operant Subjectivity*, 16(3/4), 91–138.
15. Bugarszki Zs.(2013): A mentális problémák felépülés alapú megközelítése, *ESÉLY* folyóirat, 5:68-86.2013.
16. Cierpka, M., Kast, V., Henningsen, P.(2013):Everything burnout, what else? *Psychotherapeut* (2013)Vol 58:109.
17. Comrey, A. L., Lee, H. B., & Lee, H. B. (2013). *A First Course in Factor Analysis*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315827506>
18. Csíkszentmihályi M., Hunter J.: Happiness in Everyday Life: The Uses of Experience Sampling In: *Journal of Happiness Studies* volume 4 , pages185-199 (2003)
19. Dasgupta, P. (2001): *Human Well-Being and the Natural Environment*. Oxford University Press, Oxford
20. Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55(1), 34–43. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
21. Diener, ED (1995): A value based index for measuring national quality of life. *Social Indicators Research* 36 (2). 27-107

22. Dr. Gyökér Irén - Dr. Finna Henrietta - Krajcsák Zoltán - Daruka Eszter: Emberierőforrás-menedzsment, oktatási segédanyag, BME, 2014.
23. Durkheim, E. (1897). *Le suicide: Étude de sociologie*. Alcan.
24. Durkheim, E: *Az öngyilkosság*, Osiris Kiadó, 2003.
25. Easterlin, R.A.(2005). Feeling the illusion of growth and happiness: A reply to Hagerty and Verhoven. *Social Indicators Research*, 74(3), 429-443.
26. Eke Edit – Girasek Edmond – Szócska Miklós (2011): From melting pot to laboratory of change in central Europe. Hungary and health workforce migration. *Megjelent: Wissmar és szerzőtársai (2011) 13. fejezet, 365-394.o.*
27. Eke Edit,- Girasek Edmond., Szócska Miklós.(2009): A migráció a magyar orvosok körében, *Statisztikai Szemle, 87.évf. 7-8.szám, 795-827.old.*
28. Engel, GI.(1980): Clinical application of the biopsychosocial model, *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535-44.
29. Fazekas, E. (2017): „Méltányosabb és fenntartható egészségügyet” – A budapesti WHO ülés összefoglalója, *IME, XVI, évf. 10.szám,18-21.o.*
30. Füredi J., Buda, B. (1980): A pszichiátria önállósodásának problémája Magyarországon, *Orvosi Hetilap* 121:1115, 1980.
31. Füredi János, Németh Attila (szerk.) (2015): *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Medicina
32. Füredi, Janos, & Mérei, F. (1979). The effect of the leader-therapist's style on the therapeutic community's large group. *Group*, 3(4), 229–235.
33. Füredi, János, & Németh, A. (2003). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó.

34. Gébert J.: A jólét mérésének elméleti alapja és problémái In: Bajnóczy Z., Lengyel I., Málovics Gy. (szerk.) 2012: Regionális innovációs képesség, versenyképesség és fenntarthatóság. JATE Press, Szeged, 303-317.o.
35. George, E., & Engel, L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137(5), 535–544.
36. Giddens A.(2008): Szociológia. Osiris Kiadó,2008.
37. Giddens, J. B. (2008). Critical incident stress debriefing/psychological debriefing: A critical review of the literature. ProQuest.
38. Glinos, I.A. (2014): Going beyond numbers: A typology of health professional mobility inside and outside the European Union. *Policy and Society*, Vol.33.No.I. 25-37.o.
39. Grignon, M. -Owusu, Y.-Sweetman, A. (2012): The International Migration of Health Professionals. IZA Discussion Paper, No.6517.
40. Gulácsi, L. (2003): Egészség-gazdaságtani irányelvek, IME II.évf.8.24-29.2003.
41. Gulácsi, L., Péntek, M., & Hajdu, O. (2011). Gyakorló orvosok egészségnyereség társadalmi elosztásával kapcsolatos attitűdje – a Q-vizsgálat. *Statisztikai Szemle*, 89(9), 980–1006.
42. Gyórfy Zs., Szél Zsuzsanna, Gircsek Eduard: Nyugdíjas orvosok helyzete Magyarországon, *Orvosi Hetilap*, 2016, 157(43), 1729-1736.
43. Gyórfy, Z., Ádám, Sz., Csoboth, C., Kopp, M.,(2005):Az öngyilkossági gondolatok előfordulás és pszichoszociális háttértényezői az orvostársadalomban. *Psychiatria Hungarica*,20(5), 370-379.
44. Harmat, P. (1987). Psychoanalysis in Hungary since 1933. *International Review of Psycho-Analysis*, 14, 503–508.

45. Hausmann, D.M., McPherson, M.S. (1997): Economic analysis and moral philosophy. Cambridge University Press, Cambridge.
46. Hegedűs, M. (2013): Paradigmaváltás szükségessége az egészségügyi szektorban. Act Sci Soc 38 (2013).109-209.
47. JÁNOS, F., & ATTILA, N. (2016). A pszichiátria magyar kézikönyve, Budapest. Medicina.
48. Jenkins, J. H. (2007). Textbook of Cultural Psychiatry. New York: Cambridge University Press.
49. Jenkins, JH (2007): Anthropology and psychiatry: the contemporary convergence. In: Textbook of Cultural Psychiatry. Dinesh Bhugra, Kamaldeep Bhui (eds). Cambridge University Press, 2007
50. Jones, M. (1966). Therapeutic community practice. American Journal of Psychiatry, 122(11), 1275–1279.
51. Júlia, V., & Zsolt, B. (n.d.). Légmán Anna.
52. Kapronczay, K. (1989). Centenary of the death of Ferenc Schwartzer. Orvosi Hetilap, 130(28), 1501.
53. Kopp M. Skrabski Á. és mtsai (2006): az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarystudy 2002 vizsgálat alapján. In: Kopp M., Kovács M.E. (2006): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 84-105. old.
54. Krémer B.(2010): Kutatáselőkészítő szakértői anyag 2010. A társadalmi kirekesztés által különösen veszélyeztetett csoportok (romák, fogyatékosokkal élők – megváltozott munkaképességűek) empirikus kutatás elé. Szociális és Munkaügyi Intézet 2010.
55. KSH (2015): A születéskor várható élettartam területi különbségei IV. évfolyam 115. szám. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/varhatoelet10.pdf> [letöltve: 2020. április 10.]

56. Lalonde M. (1974): A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
57. Landreth, H.. (1976): History of economic theory. Houghton Mifflin Company, Boston.
58. Légmán Anna (2016): „Az örültek helye a 21. századi magyar társadalomban” MTA, www.mta.hu
59. Lin YK, Lin CD, Lin BY, Chen DY(2019): Medical students’ resilience: a protective role on stress and quality of life in clerkship. *Medical Education* 2019.Dec.27.19(1) 473)
60. Luda, S. (2012). Vidékfejlesztés integrált szemléletben. Agrárvállalkozói életutak és értékrendek= An integrated approach to rural development. Profiles and values of agricultural entrepreneurs [PhD Thesis]. Budapesti Corvinus Egyetem.
61. Lykken, D. and A. Tellegen: 1996, ‘Happiness is a stochastic phenomenon’, *Psychological Science* 7, pp. 186–189.
62. Mac Suibhne, S. (2011). Erving Goffman’s Asylums 50 years on. *The British Journal of Psychiatry*, 198(1), 1–2.
63. Merton R.K. (2006): *Sociology of Science and Sociology as Science*. Columbia University Press NewYork 2006. In: Füredi J., Németh A.(szerk) : *A magyar pszichiátria kézikönyve 2015*.
64. Merton, R. K. (1938). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3(5), 672–682.
65. Mihályi, P. (2008):*Miért beteg a magyar gazdaság*, HVG Kiadó, 2008.
66. Németh Attila, Baran Barbaratta, Somlai Zsuzsanna, Szilárd János (2015): *A pszichiátria rövid története és helye a medicinában*. In: *A pszichiátria magyar kézikönyve*, Medicina. 4-10.o.

67. Németh Tamás (2008): Az ápolók pszichés terhelése, a stressz hatása a mindennapi feladatokra. *Nővér*, 21.évf.1.szám. 26-32.o.
68. Nussbaum, M. (2000): Capacities and social justice. *International Studies rewview*, 4/2, öpp. 123-135.
69. Orosz Éva, (2011) *Egészségpolitika*, (Hallgatói kézikönyv) ELTE, TáTK 1-77.old.
70. Pál E.(2004): Talcott Parsons: Rendszerelmélet és organicizmus. In: *Kötőjelek 2003.* szerk: Némédi D.,Szabari V., ELTE Társadalomtudományi Kar, 2004.
71. Papp, É., Gazdag, G. (2019): Pszichiátriai osztályon kezelt betegek szociális intézménybe történő elhelyezésének nehézségei. *IME, XVIII. évf. Pszichiátria Különszám*, 9-12.o.
72. Parsons, T. (1975). The sick role and the role of the physician reconsidered. *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 257–278.
73. Pisztor, F. (2009): Fontosabb pszichiátriai irányzatok Magyarországon a 19. század második és 20.század első felében. In: *A pszichiátria magyar kézikönyve.* Füredi J., Németh A., Tariska P., (szerk.) 2009.
74. Rawls, J.(1997):*Az igazságosság elmélete.* Osiris, Budapest
75. Rudolf, A., & János, G. (2006). *Bevezetés a szociológiába.*
76. Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
77. Schellenberg, J. A. (1978). *Masters of social psychology: Freud, Mead, Lewin, and Skinner.* Oxford U Press.
78. Sen, A.K. (1995):*Inequality Reexamined.* University Press, Cambridge.pp. 73.

79. Shanafelt T.D. et al. (2012) :Fast jeder zweite Arzt hat Burn-out-Symptome, *MMW-Fortschritte der Medizin*, Springer, Vol.154, page 6.
80. Siegrist, J. (2013): Burn-out und Arbeitswelt. *Psychotherapeut*, March 2013. Vol.58, Issue 2, pp.110-116.
81. State of Health in the EU, Magyarország, Egészségügyi Országprofil (2019) Eurostat adatbázis
82. Stephenson, W. (1953). *The study of behavior; Q-technique and its methodology*. University of Chicago Press.
83. Stephenson, W. (1953). *The study of behavior; Q-technique and its methodology*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
84. Suibhne, SM.(2011): Erwing Goffman's Asylums 50 years on. *The British Journal of Psychiatry* 198:1-2, 2011.
85. Szabó Nóra, Dr. Hegedűs Katalin Ph.D., Szabó Gábor, Dr. Kopp Mária MD. Ph.D (2008): Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága, *Nővér*, 21.évf. No.1. 10-17.o.
86. Szántó Zsuzsa, Susánszky Éva, Berényi Zoltán, Sipos Flórián, Murányi István: A jól-lét megfogalmazásának értelmezése az európai szakirodalomban (2009-2014) In: *Metszetek* Vol.5. (2016) No.1. 16-25. ISSN 2063-6415
87. Szerényi, Z., Ágnes, Z., & Anna, S. (2011). Consumer behaviour and lifestyle patterns of Hungarian students with regard to environmental awareness. *Society and Economy*, 33(1), 89–109.
88. Thomas, D. B., & Baas, L. R. (1992). The issue of generalization in Q methodology: "Reliable schematics" revisited. *Operant Subjectivity*, 16(1), 18–36.
89. Tringer, L. (1986). A depressziók kognitív szemlélete. *Psychiatria Hungarica*, 1(1), 29–38.

90. Van Exel, J., & De Graaf, G. (2005). Q methodology: A sneak preview. Retrieved January, 24, 2009.
91. Varga Júlia. Hova lettek az orvosok? Közgazdasági Szemle. LXIII. évf., 2016. január (1—26. o.), DOI: 10.18414/KSZ.2016.1.1, Tanulmány. Letöltés (PDF formátum, 1638.62 kB)
92. Veenhoven (2007):Quality of life research. In:Bryant, C.D.,Peck,D.L. 21st. Century Sociology, A Reference Handbook’ Sage, Tousand Oaks, California USA 2007. ISBN 978-1-4129-1608-0. Volume 2, Chapter 7,pp 54-62.
93. WHO Egészséget befolyásoló tényezők (Forrás:Az egészség fogalma és determinánsai - Pro-Qualy,2015) -1.ábra
94. WHO: Health in times of global economic crisis: Implications for the WHO European Region, 2009.).

Internetes hivatkozások:

KSH, Statisztikai Tükör 2010

https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html

[letöltve: 2020. április 17.]

Születéskor várható élettartam megyénként, Forrás: napi.hu

https://www.napi.hu/magyar_gazdasag/meddig_elnek_hol_halnak_a_legtobben_magyarorszagon_mutatjuk.655716.html

[letöltve: 2020. április 17.]

Beszámoló az egészségügyi ágazati humánerőforrás 2018. évi helyzetéről

https://www.enkk.hu/hmr/documents/beszamolok/HR_beszamolo_2018.pdf [letöltve: 2020. április 12.]

<https://doi.org/10.1007/s15006-012-1035-x> [*Letöltve: 2020.04.14.]

<https://doi.org/10.1007/s00278-013-0967-7> [Letöltve:2020.04.14.]

<https://novekedes.hu/mag/kuti-zsolt-sisak-balazs-felezzuk-meg-a-gdp-es-a-gni-kozotti-kulonbseget> [Letöltve: 2020.05.05]

12.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 humán erőforrás 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.

13.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: „Évés – 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.

14. Szakmai önéletrajz

Dr. Somoskövi Csilla, 1962. november 21-én született Kaposváron.

1987-ben a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán szerzett orvosi diplomát.

1987. október 1.-től 1992 szeptember 31-ig Dombóvári Városi Kórház Neurológiai Osztályán dolgozott segédorvosként, majd szakorvosként.

1992. október 1-től 1998. december 31-ig Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai Osztályán részlegvezető szakorvosként gyógyított.

1999. január 1-től 2007. szeptemberéig Dombóvári Szent Lukács Eü. Kht. Neurológiai Osztályán dolgozott osztályvezető főorvosként.

2007. szeptember 1-től 2008. május 31-ig S. október 1-től 1998. december 31-ig Kaposi Mór Oktató Kórház, Pszichiátriai Osztályán részlegvezető szakorvosként tevékenykedett.

1999. január 1-től 2007. szeptemberéig Dombóvári Szent Lukács Eü. Kht. Neurológiai Osztályán dolgozott osztályvezető főorvosként.

2007. szeptember 1-től 2008. május 31-ig Sachsische Krankenhause, Psychiatrische und Neurologische Klinik, Grossschweidnitz, Németországban tevékenykedett pszichiátriai ambulancia vezető főorvosként.

2008 június 1-től 2009 december 31-ig Dombóvári Szent Lukács Eü. Kft. Neurológiai (Mátrix osztály) vezető főorvosaként gyógyításban tevékenykedett.

2010. január 1-től Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum részlegvezető főorvosaként vett részt fekvőbeteg és járóbeteg ellátásban egyaránt.

2010. október 18-tól Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház Pszichiátriai és Addiktológiai Centrum megbízott vezetőjeként, majd

2011. augusztus 1-től napjainkig a Centrum vezető főorvosaként tevékenykedik.

1991-ben szakképesítést szerzett neurológiából, 1994-ben pszichiátriából, pszichoterápiás szakvizsgát abszolvált 1996-ban, 2014-ben addiktológiából szakvizsgázott eredményesen, majd 2015-ben orvosi rehabilitációs pszichiátria területén.

Német középfokú, „C” típusú nyelvvizsgálóval, angol nyelvből szintén „C” típusú nyelvvizsgálóval rendelkezik.

2011. márciusától pszichiátria területén Somogy megye szakfelügyelő főorvosa.

1999-2005-ig, majd 2012-től jelenleg is óraadó oktató a Kaposvári Egyetem Gyógypedagógiai Karán.

2010. szeptemberétől 2019 szeptemberéig a Pécsi Tudomány Egyetem Egészségtudományi Karának óraadójaként oktatói tevékenységet folytatott.

2011-től a Pannónia Pszichiátriai Egyesület vezetőségi tagja.

2017. szeptember 1-től 2019. február 28-ig Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) alkalmazásában pszichiátriai szakmai szakértőként működött közre az EFOP 1.8.0. pályázati projekt „Lakossági mentális egészség fejlesztés” munkacsoportjában.

2015-ben felvételt nyert a Kaposvári Egyetem Gazdálkodás- és Szervezéstudományi Doktori Iskolájába, ahol 2018. július 3-án „Summa cum laude” eredménnyel abszolvált.

Táblázatjegyzék

1. táblázat: Területek és indikátorok.....	20
2. táblázat: Magyarországon a születéskor várható élettartam	35
3. táblázat: Tárgyév december 31. napján az alapnyilvántartásban szereplő személyek száma	52
4. táblázat:Az orvosok leggyakoribb szakvizsgálatainak vonatkozásában az érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok száma tárgyév december 31. napján	56
5. táblázat: A megkérdezett kórházi dolgozók demográfiai adatai.....	83
6. táblázat: A korrelációs mátrix, a 24 értékelő személyére vonatkozóan	87
7. táblázat:Faktorsúlyok és a varianciák %-a (24 fő, kórházi dolgozó esete)	88
8. táblázat: A faktorelemzés statisztikai jellemzői.....	89
9. táblázat:Faktor értékek az 1. Faktorra, rangszámokkal (A 24 kórházi dolgozó esete.)	90
10. táblázat: Faktor értékek a 2. Faktorra, rangszámokkal (A 24 kórházi dolgozó esete.)	93
11. táblázat: Faktor értékek a 3. Faktorra, rangszámokkal (A 24 kórházi dolgozó esete.)	95
12. táblázat: Táblázat Az 1. faktorba tartozók legmagasabb faktorértékei	98
13. táblázat: Az 1. faktorbba tartozók a legkevésbé értenek egyet ezekkel az állításokkal.....	98
14. táblázat: A kórházi dolgozó munkatársak esetén azonosított faktorok és jellemzésük	105
15. táblázat:Korrelációs mátrix (A 16 fő pszichiátrián dolgozó alkalmazott esete).....	106
16. táblázat:Faktorsúlyok és a varianciák %-a (A 16 fő, pszichiátrián dolgozó esete)	107
17. táblázat: A faktorelemzés statisztikai jellemzői (16 tagos vizsgálat)	108
18. táblázat:Faktor értékek az 1. Faktorra, rangszámokkal (A 16 fő pszichiátrián dolgozó alkalmazott esete.)	122
19. táblázat:Faktor értékek a 2. Faktorra, rangszámokkal (A 16 fő pszichiátrián dolgozó alkalmazott esete.)	123
20. táblázat: A pszichiátrián dolgozó munkatársak esetén azonosított faktorok és jellemzésük.....	126

Ábrajegyzék

1. ábra: WHO Egészséget befolyásoló tényezők	10
2. ábra: A fenntarthatóság és jólét fogalmának egymáshoz való viszonya	14
3. ábra: A nők születéskor várható élettartama.....	36
4. ábra: A férfiak születéskor várható élettartama	36
5. ábra: Magyarország kevesebbet költ egészségügyi ellátásra, mint a legtöbb uniós ország statisztikái	41
6. ábra: Az érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok földrajzi megoszlása (fő) 2018. december 31-én.....	54
7. ábra: Az érvényes működési nyilvántartással rendelkező orvosok száma 10 000 lakosra vetítve megyénként (fő) 2018. december 31-én..	54
8. ábra: A faktorelemzés két típusa: az R és a Q módszer.....	73
9. ábra: A Q módszer alkalmazásának lépései.....	75
10. ábra: A Q módszer elveinek és az elvégzett elemzés lépéseinek az áttekintése Baker és társai ábrája alapján.....	76
11. ábra: Az értékelés végző személy elhelyezi az állításokat.....	84
12. ábra:A háromszög, aminek a celláiban kellett a válaszadóknak elhelyezni a 39 állítást.....	85