SZOCIÁLIS ÉS GYERMEKVÉDELMI FŐIGAZGATÓSÁG

KIÉGÉS PREVENCIÓ ÉS STRESSZKEZELÉS

AZ IDŐSELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ

SZAKEMBEREKNÉL

KIÉGÉS PREVENCIÓ ÉS STRESSZKEZELÉS AZ IDŐSELLÁTÁSBAN DOLGOZÓ SZAKEMBEREKNÉL

HALLGATÓI TANANYAG

Szerző

Dr. Billédi Katalin

A szöveggondozásban közreműködött

Katona Dóra

Rutkai Balázs

Seres Ildikó

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 Szociális humán erőforrás fejlesztése kiemelt projekt

Az EFOP-3.8.2-16-2016-00001 kiemelt projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.



A kiadvány a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

EFOP-3.8.2-16-2016-00001 számú

Szociális humán erőforrás fejlesztése című kiemelt projekt keretében készült

Előzmény: TÁMOP-5.4.10-12/1-2012-0001 Szociális képzések rendszerének modernizációja kiemelt projekt keretében elkészült tananyag;

szerző: Dr. Rózsa Györgyné Bánsági Melinda

cím: A kiégés (burnout) megelőzése konfliktuskezelési technikák alkalmazásával

Kiadja Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság

1132 Budapest, Visegrádi utca 49.

Telefon: +36 1 769 1704

www.szgyf.gov.hu

Felelős kiadó Bátori Zsolt főigazgató

Budapest, 2017

Tartalom

1 Idős személyek 6
1.1 Az időskor bio-pszicho-szociális jellemzői 7
1.1.1 Az időskor definíciója, kritériumai 7
1.1.2 Az idős emberek biológiai jellemzői 7
1.1.3 Az idős emberek pszichológiai jellemzői 9
1.1.4 Az idős emberek társas jellemzői 10
1.1.5 Az időskor krízise 11
1.2 Az idősödés folyamatának pozitív pszichológiai szemlélete 12
1.2.1 Személyközpontú gondolkodás 12
1.2.2 A pozitív pszichológiai megközelítés 13
1.2.3 Sikeres idősödés 14
1.3 A szociális munka szerepe az időskorúak fizikai, szellemi és szociális aktivitásának megőrzésében 15
1.3.1 Aktív időskor 15
1.3.2 Az intézménybe kerülés és a beilleszkedés lélektani kihívásai 17
2 Kiégés prevenció 19
2.1 A kiégés jelenségével kapcsolatos kezdeti beállítódás felmérése 19
2.2 A kiégés jelensége 20
2.2.1 Segítő hivatás és kiégés, a kiégés fogalma 20
2.2.2 A kiégés tünetei 20
2.2.3 A kiégés elméleti megközelítései 22
2.3 A kiégés kivédésének szervezeti lehetőségei 23
2.3.1 A kiégés szervezeti és társadalmi tényezői 23
2.3.2 Prevenció szervezeti és társadalmi szinten 24
2.4 A kiégés kezelésének személyes lehetőségei 25
2.4.1 A kiégés folyamata 25
2.4.2 A kiégés kezelése a kiégési folyamat fázisainak figyelembe vételével 26
2.4.3 A kiégés személyes tényezői 27
2.4.4. Prevenció, intervenció a személyes szinten 27
3 Stresszkezelés 29
3.1 Fogalom tisztázása, stresszkezelési alapvetések 29
3.1.1 A kiégés és a stressz összefüggése, a stressz fogalma, stresszt kiváltó tényezők 29
3.1.2 A szervezet válasza a stresszre, a stressz tünetei, stresszreakciók 31
3.2 Stresszfaktorok az idősellátásban 32
3.2.1 Az életszakaszhoz kapcsolódó nehézségek 32
3.2.2. A munkatevékenység jellemzőiből adódó nehézségek 33
3.2.3. Az időskori identitáskrízis megoldási lehetőségei 33
3.3 A stresszkezelés érzelemközpontú megoldásai 34
3.4 A stresszkezelés problémaközpontú megoldásai 35
3.4.1 Protektív tényezők a stresszhelyzetek kezelésében 37
4 A kiégés prevenció és stresszkezelés lehetőségeinek beépítése a szakmai munkába 38
4.1 Konfliktusmegoldási stratégiák a kiégés megelőzésének érdekében 38
4.1.1 Fogalmi tisztázás, a folyamat megértése 38
4.1.2 Egy konfliktuskezelési tipológia 39
4.2 Kommunikációs stratégiák a kiégés megelőzése érdekében 41
4.2.1 Segítő kapcsolat, segítő beszélgetés 41
4.2.2 Támogató verbális kommunikáció 42
4.2.3 Nem támogató verbális kommunikáció 43
4.2.4 Támogató nonverbális kommunikáció 45
4.2.5 Nem támogató nonverbális kommunikáció 47
4.2.6 A kommunikáció kongruenciája 47
5 Felhasznált irodalom 48

1 Idős személyek

Összefoglalás

Az idős személyekről szóló fejezet az időskor többféle szempontot figyelembe vevő meghatározásából indul ki, melyek mind hozzájárulnak az időskor és jellemzőinek megértéséhez. Az ember az idősödés folyamatában számos változáson meg keresztül. A fejezet áttekinti az idős emberek főbb biológiai, pszichológiai és társas jellemzőit, az időskori identitás kérdését.

Az időskor sokféle nehézséget és lehetőséget feltételez. A fejezet foglalkozik azzal, hogy miben segítheti a szakemberek munkáját a személyközpontú gondolkodás, az időskor pozitív pszichológiai megközelítése.

Cél

A fejezetben leírtak támogatják a segítő szakembereket az időskorú emberek fizikai, szellemi és szociális aktivitásának megőrzésében, illetve az intézménybe (pl. idősek otthonába) kerülés és a beilleszkedés megvalósításában.

Kulcsszavak

- Feel-age, Look-age, Do-age, Interest-age
- Vulnerabilitás
- Immobilitás, Inkompetencia, Inkontinencia, Impaired (károsodott) homeosztázis, Iatrogén zavarok
- Tolerancia, Optimizmus, Érzelmi stabilitás, Érzelmi intelligencia, Reziliencia
- Öndeterminációs, Flow, Bölcsesség
- Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció (SOC) modell, Optimalizáció elsődleges és másodlagos kontroll révén (OPS) modell, Asszimilációs és Akkomodációs (AA) modell
- Infokommunikációs technológia
- Kulturális kompetencia

Tanulást segítő kérdések

Milyen szempontok mentén definiálható az időskor?
Melyek az időskor fő biológiai, pszichológiai és társas jellemzői?
Hogyan segítheti a segítő szakember az idős ember identitáskrízisének megoldását?
Melyek a szociális kompetencia összetevői?
Milyen fogalmak kapnak hangsúlyos szerepet a pozitív pszichológiai gondolkodásban és kutatásban?
Mit hangsúlyoznak a sikeres idősödés pszichológiai modelljei?
Milyen lehetőségek vannak az idős emberek aktivitásának biztosítására?
Hogyan vonható be az idős emberek támogatásába az infokommunikációs technológia?
Hogyan segíthető az idős emberek intézménybe (pl. idősek otthonába) kerülésének és beilleszkedésének folyamata?

Magyar nyelvű ajánlott irodalom

Boga B. (2014): *Pillantás a dombról. Válogatott fejezetek az idősödés-tudomány területéről*. Budapest, United P.C. Kiadó

Carver, C. S. – Scheier, M. F. (2006): *Személyiségpszichológia*. Budapest, Osiris Kiadó

Csíkszentmihályi M. (2001): *Flow. Az áramlat: a tökéletes élmény pszichológiája.* Budapest, Akadémia Kiadó

Csürke J. – Vörös V. – Osváth P. – Árkovits A. (szerk.) (2014): *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve.* Budapest, Oriold és Társai Kiadó

Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

1.1 Az időskor bio-pszicho-szociális jellemzői

1.1.1 Az időskor definíciója, kritériumai

Hány éves kortól és milyen jellemzők alapján sorolható be az egyén az idősek csoportjába?
A fejlődéslélektan, a fejlődés perspektívájából megfogalmazott pszichológiai elméletek gyakran alkalmaznak életkori szakaszokat. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) a következő differenciálást javasolja, melyet Füzesi – Törőcsik – Lampek (2013) munkája alapján idézünk:

- 50-59 év: áthajlás kora
- 60-74 év: idősödés kora
- 75-89 év: időskor
- 90-99 év: aggkor
- 100 év felett: matuzsálemi kor

Ez a szakaszolás igazodik az átlagéletkor – modern társadalmakra jellemző – folyamatos növekedéséhez, az aktív, munkával töltött időszak kitolódásához.
Az életkor előrehaladtával a biológiai változások (pl. krónikus betegségek, érzékszervi és mozgásrendszeri megbetegedések) bekövetkezte tagadhatatlan, mégis, ezek mérhető paraméterei alapján nehéz lenne egyértelműen besorolni valakit az időskorba.
Az időskor életkori szakaszába való besorolást sokkal inkább meghatározza az a szubjektív élmény, hogy ki hogyan éli meg saját biológiai, pszichológiai, társas kapcsolati jellemzőit, illetve mit tart önmagával kapcsolatban ideálisnak. „Barak és Schiffman (1981) amerikai szociológusok az alábbi kategóriákat állították fel a korértékelés lehetőségeire, amelyek eltérőek a naptári évek kategóriáitól:

- *feel-age* (ki hány évesnek érzi magát)
- *look-age* (ki hány évesnek néz ki)
- *do-age* (bizonyos tevékenységek végzése vagy folytatása iránti indíttatás, involváltság, amely tevékenységek bizonyos életkorhoz köthetők, mint pl. egyes sportok űzése)
- *interest-age* (adott életkori csoportok érdeklődési köréhez való hasonlóság)”
  (Füzesi – Törőcsik – Lampek, 2013, 66-67. o.)

Az időskor szociológiai meghatározása társadalmi, családi, környezeti, egészségi állapotban bekövetkező változásokat vesz számba. Legjelentősebb változások e területeken: nyugdíjazás, jövedelemcsökkenés, a gyermekek elköltözése, unokák születése, társas kapcsolatok beszűkülése, az egészség megromlása, partner-, barátok halála.
A szociológiai megközelítéshez kapcsolható az életciklus alapján történő besorolás, ami azokat az élethelyzeteket veszi alapul, amelyek az idős személyek háztartására jellemző. Ilyen jellemzők pl.: a gyermekek már nem laknak a háztartásban, legalább az egyik fél nyugdíjas, az egészségi állapot egyre többet foglalkoztatja az egyéneket.
A XX. és XXI. század embere, akár idős, akár fiatal, nem szívesen néz szembe az idő múlásával. A társadalom szinte tudomásul sem akarja venni, hogy az idős emberek is „élnek”, érzésekkel, vágyakkal, célokkal teliek (Barabás, 2013).
A XX., XXI. században az idősödés tudományos megközelítése erősödik. Kialakult a gerontológia tudománya, amely az időskorral széles spektrumban (szomatikus, mentális, szociális vonatkozásokban) foglalkozik.
Az időskorról való gondolkodás társadalmilag, gazdaságilag és kulturálisan meghatározott.

1.1.2 Az idős emberek biológiai jellemzői

A kor előrehaladtával az élettani funkciók csökkennek, az élettani alkalmazkodási képességek beszűkülnek, melynek üteme egyénileg eltérő, illetve egyénen belül is az egyes működések (pl. érzékelési képességek, homeosztatikus funkciók) hanyatlása eltérő sebességgel következik be. A nyugalmi körülmények között még kielégítő működés mellett fokozott igénybevétel (pl. fizikai erőfeszítés, környezeti hatások) esetén korlátozott az adaptáció, a tartalék kapacitás csökkent. Ez sérülékennyé (vulnerábilissá) teszi az idősödő személyeket.

Több szervrendszer kapacitásának egyidejű beszűkülése súlyosbítja az állapotot, mert nincs kompenzációs folyamatra lehetőség.
Az idős emberek funkciózavarainak öt nagy kategóriája (öt „I"), amelyek az életminőség károsodásához vezetnek:

- Immobilitás (instabilitás)
- Inkompetencia (zavart intellektus, memória)
- Inkontinencia (vizelet-, széklettartási, -ürítési zavarok)
- Impaired (károsodott) homeosztázis (pl. hőháztartás)
- Iatrogén zavarok (többféle betegség egyidejű jelenlétéből és kezeléséből adódó zavarok) (Pétervári – Székely – Balaskó, 2013)

Táplálkozás, mozgás, fiziológiai változások
Az életkor előrehaladtával a testtömeg változik. A fiziológiai változások alultápláltsághoz vezethetnek. Ugyanakkor a kóros elhízás gyorsítja az öregedést. Az egészség fenntartásához az izomtömeg minél további megőrzésére, egyben a zsírtömeg növekedésének megakadályozására van szükség.
Az idős emberek táplálkozása gyakran elégtelen, ami többféle okra vezethető vissza:

- Szociális okok (pl. szegénység, segítség hiánya, elhanyagolt életvitel)
- Pszichológiai okok (pl. depresszió, demencia)
- Fizikai okok (pl. rossz fogazat, etetés szükségessége)
- Kóros állapotok (szív-, tüdőbetegségek, fertőzések)
- Időskori anorexia

Az aktív mozgás az egészség, az optimális élettani funkciók, a normális testtömeg megtartásának alapvető biztosítéka. A fizikai aktivitás a pszichés állapotra is pozitív hatást gyakorol. Mindezért nagyon fontos, hogy az idős ember életmódjába beépüljön és a lehető legtovább jellemezze azt a fizikai aktivitás. Számtalan betegség (csontritkulás, ízületi betegségek, elhízás stb.) akadályozza meg az aktív mozgást, illetve bizonyos esetekben (alsó végtagi bénulás, súlyos ízületi fájdalmak, súlyos krónikus betegségek stb.) elkerülhetetlen a krónikus immobilizáció, s ezek negatív következménye (Pétervári – Székely – Balaskó, 2013).

Hormonális és immunológiai változások
A szervezet bonyolult hormonális rendszere többféle módon módosulhat idős korban. Bizonyos hormonok termelődése csökken, más hormonok termelődése változatlan, de a napszak más időpontjában emelkedik meg, illetve egyes hormonok kiválasztása megnövekedik. Továbbá, az idős emberek szervei lassabban reagálnak a hormonális hatásokra. A felborult hormonműködéshez érzelmi és kognitív következmények társulnak.
Időskorban az immunrendszer is jelentősen megváltozik, hanyatlik, aminek következtében a kórokozókkal szembeni ellenállás csökken.
A pszichoneuroimmunológia tudománya egységben vizsgálja a pszichoszociális, neuroendokrin és immunológiai összefüggéseket. A pszichoszociális tényezők az idegrendszeri, hormonális és immunrendszerre gyakorolt hatáson keresztül vezetnek betegségekhez, illetve befolyásolják azok lefolyását (Kaszás – Tiringer, 2013b).

Mentális betegségek
Az időskorú emberek mentális betegségeivel foglalkozó tudományterület a gerontopszichiátria. A terület fontossága egyre nő, mivel a populáció létszáma a várható élettartam kitolódása eredményeként növekszik, illetve ebben az életkorban a pszichiátriai megbetegedések előfordulási gyakorisága magasabb.
A pszichés állapotra több tényező (pl. egészségi állapot, pszichológiai jellemzők, társas kapcsolatok, egyéni életesemények) gyakorol hatást. A korábbi pozitív életesemények védőfaktorként működnek, a fel nem dolgozott traumák, negatív élmények, kudarcok sebezhetőbbé teszik az egyént, kockázatot jelentenek a mentális betegségek megjelenése szempontjából. Az egészségi állapot romlása, a testi betegségek esetén szintén nagyobb az esély a pszichés zavarok megjelenésére (Kovács, 2013).
Az időskorra jellemző pszichés zavarok „közül a depresszió, a fokozott érzelmi megnyilvánulások, a testi panaszokra való beszűkülés (ami sokszor hipochondriás jellegű) és a szenzitív-paranoid beállítódás a

legfontosabb. A „nagy pszichiátriai kórképek” idősekben színtelenednek, és a személyiségzavarok is megváltoznak. Előtérbe kerül a szorongásos-depressziós tünetképzés és a szomatizálás, jellemző az állandó elégedetlenség és a konfliktusokra való hajlam.” (Kovács, 2013, 195. o.)

Az **organikus mentális zavarok** hátterében a központi idegrendszer vagy általános szervi betegség húzódik meg, de ez nem mindig igazolható. Az organikus betegség időben gyakran távol esik a pszichés zavar megjelenésétől. Pl. Alzheimer-betegségnél ez akár több évtized. A mentális zavar a szomatikus betegség függvényében változik, ha a szomatikus betegség romlik vagy javul, akkor a mentális zavarral is ugyanaz történik. Az organikus mentális zavarok közül némelyek (pl. demencia, delírium) hátterében csak szomatikus ok áll, a depressziós-szorongásos tünetek mögött testi, pszichológiai és szociális tényezők is állnak. Az organikus mentális zavarok kezelése a kiváltó tényezőkhöz kapcsolódóan inkább a neurológia és belgyógyászat, mint a pszichiátria területére tartozik, és az ilyen irányú kivizsgálás elengedhetetlen.

- A demencia hátterében számos betegség állhat, a tünetek szempontjából viszonylag hasonló következménnyel. A szellemi hanyatlás észrevétlenül kezdődik, és lassú haladás jellemzi. A korai stádium felismerése nem egyszerű. Figyelemfelkeltő jelek: lassult mentális tempó, szótalálási nehézség, koncentrációs zavar, új információk megjegyzésének zavara, sztereotip beszéd stb. A demencia globális kognitív zavar, egyes típusai (Alzheimer típusú demencia; vaszkuláris demenciák; frontális demenciák; Lewy-testes betegség) a pszichopatológiai és neurológiai tünetek mentén eltérnek.
- A delírium-szindróma esetén a kogníció globális zavara mellett tudatzavar, figyelemzavar, érzelmi zavarok és az alvás-ébrenlét ciklus zavara jellemző.
- Az organikus amnesztikus szindróma fő jellemzője az új ismeretek megtanulásának nehézsége, az anterográd és retrográd amnézia.
- Az organikus hallucinózisra a tiszta tudat mellett megjelenő valódi hallucináció jellemző.
- Az organikus paranoid zavar esetén többféle (meglopatásos, mérgeztetéses, üldöztetéses) téveszme figyelhető meg.

Az **időskori hangulatzavarok** kérdésköre szinte azonos az időskori depresszió jelenségével. A depresszió időskorban magas arányú, ugyanakkor gyakran nem ismerik fel, ennek következtében kezeletlen módon van jelen, ami további negatív következményekkel jár. Ilyen negatív következmények: az idős személy szenvedése, a családtagok és segítő szakemberek megterhelése, kialakuló függőségek, öngyilkosság. A depresszió kialakulásának hátterében sokféle ok áll. Az időskori depresszió jelentős hányada más betegség következtében alakul ki (Kovács, 2013).

1.1.3 Az idős emberek pszichológiai jellemzői

Kognitív változások

- **Érzékszervi változások, figyelmi teljesítmény**

A látás a szem szerkezetének és az agyi folyamatok változásának következtében romlik. A látássérülés vezető kóroka ebben az életkorban az időskori makuladegeneráció, ami a centrális látás elvesztésével jár, nagyon megnehezítve az érintett idős emberek önellátását. Gyakori ebben az életkorban a szürkehályog is, ami ma már jó operálható elváltozás, de a műtéttől való szorongás vagy információhiány miatt az idős személyek gyakran nem élnek ezzel a lehetőséggel. A hallás is romlik, a háttérzajok zavaróak, a beszéd észlelése megnehezedik. A szagok észlelése és megkülönböztetése, a szagok felidézése a 70. életév után hanyatlik. A sós és a keserű ízek kevésbé érezhetők. A térbeli vizuális figyelem megfelelő, a figyelmi detekció korral rosszabb, a zavaró ingerek kizárása nehezebb (Kerekes - Karádi, 2013).

- **Magasabb kognitív funkciók (nyelvi funkciók, memória, bizonyos intelligenciafunkciók)**

A nyelvi funkciókban vannak olyan elemek (pl. szódefiníció, szótalálás és megnevezés, implicit lexikális-szemantikus szófeldolgozás), amelyek nem mutatnak korfüggő különbséget, mások (explicit lexikális-szemantikus feldolgozás) esetében mérhetők korfüggő különbségek. 65 év felett nehezebb a kognitív térkép létrehozása, a mentális forgatás művelete. A memória hanyatlása eltérő mértékű, a rövidtávú emlékezet romlik, a hallás utáni tanulás nehézséget okoz. Az intelligencia azon része, amely az egyén új információk elsajátítására, megtartására és aktív alkalmazására, új problémák megoldására vonatkozó képességét foglalja magába (folyékony vagy fluid intelligencia), az életkorral csökken. Ennek mértéke viszont

aktivitással, gyakorlással befolyásolható, lassítható. Az intelligencia azon része, amely az egyén tudásmennyiségét jelöli (kikristályosodott intelligencia) stabil. A feldolgozási sebesség lassul (Kerekes - Karádi, 2013).

Személyiségjellemzők, érzelmek

Longitudinális kutatások során Antonio Terraciano és munkatársai megállapították, hogy a személyiségvonások „egyénen belül az életkorral stabilitást mutatnak, a platófázis 30 év felett kezdődik el." (Kerekes, 2013, 259. o.) A változatlanságot demográfiai jellemzők (nem, iskolázottság stb.) nem befolyásolták.

Az időskori személyiség alakulásával kapcsolatban az öt fő személyiségfaktort vizsgálva több összefüggést is megállapítottak. Az öt fő személyiségfaktor és jellemzőik (az ún. „Big Five") a következők (Carver - Scheier, 2006):

- extraverzió: magabiztosság, impulzusok szabad kifejezése, spontaneitás, önbizalom, szociabilitás, energikusság, szókimondás
- barátságosság: melegség, szeretetreméltóság, a kapcsolatok fenntartásának képessége, együttműködés, gondoskodás, érzelmi támogatás, empátia, figyelmesség
- lelkiismeretesség: szabályozottság, felelősségérzet, tervezés, kitartás, célokért való küzdelem, óvatosság, alaposság, szorgalom
- emocionalitás: érzelmi labilitás, érzelmi rendezetlenség, szubjektív szorongásélmény, idegeskedés, aggódás, nyugtalanság, feszültség
- intellektus: nyitottság a tapasztalatokra, rugalmas gondolkodás, képzeletgazdagság, gyors felfogás, kíváncsiság

Az időskorra jellemző összefüggések:

- Időskorban a felnőtt átlagértékhez képest az érzelmi labilitás csökken.
- Az extraverzió pozitív érzelmekkel jár együtt, a lelkiismeretesség és a barátságosság az érzelmi egyensúly kialakításában vesz részt.
- A lelkiismeretesség óvatosságra késztet, felelősségérzettel társul, ami pozitívan hat az egészség megőrzésére.
- Az idős emberek általában kevésbé nyitottak az új tapasztalatokra, mert azok nagyobb stresszt és igénybevételt jelentenek.
- A cselekvés-tervezésben jobb idős személyekre magas nyitottság, barátságosság és átlagos érzelmi rendezetlenség jellemző. A tapasztalatokkal, új információkkal, helyzetekkel szembeni nyitottság a sikeres idősödés egyik kulcsa.
- A magas érzelmi labilitás növeli a depresszió megjelenésének valószínűségét.
- A testi egészség (magas vérnyomás, szív-érrendszeri betegségek és stroke előfordulása) szintén az érzelmi labilitás függvénye (Kerekes, 2013).

Normál öregedés esetén az érzelmek erőssége, kifejezése, a kapcsolódó fiziológiai válaszok csak kis mértékben változnak, az érzelmek szabályozása javul. Az érzelempreferenciák miatt az emlékezet szelektívvé válik.

1.1.4 Az idős emberek társas jellemzői

Társas élet változásai

A családi és párkapcsolati szerkezet átalakul az időskorban. A nukleáris családokból a gyermekek elköltözésével a pár magára marad, a kapcsolat fontossága növekszik, az egymásra utaltság nő. Pozitív kimenet esetén támaszt jelentenek egymásnak, más esetben az addig rejtett feszültségek, konfliktusok kerülnek felszínre.

Éppen e megnövekedett egymásrautaltság miatt nehéz élethelyzet, nagyobb veszteség a társ elvesztése, az özvegység. Az idős ember azt a személyt veszíti el, akire a legjobban tudott támaszkodni a veszteségek feldolgozásában. A magány egy distressz állapot, amely gyakran von maga után depressziót, a környezettel

szembeni közönyt, krónikus betegségeket, öngyilkossági gondolatokat, alkoholproblémát (Kerekes – Kállai, 2013).
A többgenerációs család, a családtagok közötti kapcsolatok, a családi integritás, a társas támasz egészségvédő hatású.
„Az Angliában kidolgozott *„Város az idősekért”* program keretében az alábbi tényezőket vették alapul az időseket támogató program kialakításában:

- jó családi, baráti és szomszédsági kapcsolatok
- az élettel kapcsolatos egyértelmű elvárások
- önkéntesen vállalt szociális tevékenység
- személyes hobbik gyakorlása, széles érdeklődési terület
- egészség és megfelelő testi és szellemi funkcióképesség
- kényelmes, biztonságos és szeretett otthon kialakítása, jó szomszédokkal körülvéve
- a lehetőségekhez szabott költekezés
- jó pszichológiai és érzelmi közérzet
- megfelelő jövedelem
- anyagi szempontból is megfelelő közlekedés és jóléti szolgáltatások
- átélése annak, hogy mások értékelik és respektálják őt.”
  (Kerekes – Kállai, 2013, 334-335. o.)

Sztereotípiák, előítéletek, diszkrimináció
Az idős emberekhez való viszonyulás gyakran sztereotip vagy előítéletes, a velük szembeni viselkedés diszkriminatív. A kor szerinti diszkriminációt age-izmusnak nevezik. Az idős emberekkel szembeni diszkrimináció – hasonlóan más csoportok tagjaival szembeni diszkriminációhoz – több formában is megnyilvánul:

- nyelvi diszkrimináció: megbélyegző megnevezések („tata”, „nyanya”), hangosabb és tagoltabb beszéd
- munkahelyi diszkrimináció: az idős embert nem alkalmazzák, vagy csak kevesebb bérért
- lakóhelyi diszkrimináció: nincs megfelelő közösségi tér, kiszolgálás nem megfelelő, bűncselekmények áldozatává válhatnak
- családon belüli diszkrimináció: családon belüli erőszak
- diszkrimináció a médiában: műsorok hiánya, negatív idősszerep ábrázolása
- gazdasági diszkrimináció: nincs hitellehetőség, drágább biztosítás, hátrányos életjáradék-rendszerek, csalások (pl. termékbemutatók)
- medikalizáció: a fiatalság fontosságának túlhangsúlyozásával az idősödés testi változásainak orvosi késleltetését (plasztikai sebészet, bizonyos hormonkezelések) ajánlja fel, ezzel is leértékelve az időskort és az azzal járó természetes folyamatokat (Barabás, 2013).

1.1.5 Az időskor krízise

A személyiségfejlődés időskori szakaszát a transzperszonális dimenzió kiteljesedése, az idődimenzió megváltozása jellemzi. A jövő egyre inkább rövidül és bizonytalan, a múlttal kapcsolatban pedig a „jól tettem-e” kérdés megválaszolása válik fontossá. A visszatekintés, a múlt pozitív értékelésének eredményeként érhető el az én-integritás. Az integrált idős ember elfogadja élete egyszeriségét és értelmet talál a világban. Ugyanakkor a visszatekintés kétségbeesést is okozhat abban az esetben, ha a teljesség érzése helyett életét értelmetlennek, elhibázottnak éli meg, és úgy érzi, már nincs idő a változtatásra, ami szorongást vált ki.
Az idő értelmes, élményekkel teli eltöltése hozzájárulhat az én-integritás élményéhez és a halálfélelem oldásához. Az én-integritás eléréséért sokat tehetünk a személyiségfejlődés korábbi szakaszaiban azzal, ha megoldjuk az életszakaszra jellemző, felmerülő problémákat. Időskorban, ha sikerül az idő végességét érzelmileg és gondolatilag is elfogadni, akkor lehet a funkciók megőrzésére és a veszteségek elfogadására, kompenzálására, az időskori aktivitás minél hosszabb idejű megtartására koncentrálni. Az időskori identitás stabilitása a veszteségekkel való megküzdés függvénye.

Az egyre szaporodó veszteségek feldolgozása komoly erőfeszítést igényel az idős ember részéről. Továbbá szembe kell néznie az identitását meghatározó tényezők negatív irányú változásaival.
A legjellegzetesebb időskori változások, amivel meg kell küzdeni: testi változások (ráncosodás, őszülés), testi erő csökkenése, mozgás lassulása, vegetatív funkciók változása, kognitív és emocionális változások, betegségek. Mindezek a változások felerősítik a tehetetlenségtől, kiszolgáltatottságtól való félelmet. A szociális kapcsolatokban is jelentős változások (pl. nyugdíjazás, családi szerkezet átalakulása) következnek be, a kapcsolatrendszer beszűkül.
Fontos, hogy az ember felkészüljön a változásokkal való szembesülésre, elfogadó módon tudjon szembenézni ezekkel, hogy ne kerüljön az identitáskrízis állapotába.
Az identitáskrízisben védekező mechanizmusok (pl. tagadás, kompenzáció) jelenhetnek meg, illetve a krízis befelé fordulást eredményezhet. Ezek a reakciók azonban megakadályozzák azt, hogy a krízis megoldására fordítsa az idős ember a figyelmét és energiáit, ami pedig az én-integritás hiányát eredményezi. Ez pszichés tünetekben (pl. reménytelenség, kétségbeesés, halálfélelem, depresszió, szorongás, öngyilkosság) jelenhet meg. Ezek kezelése csak tüneti terápiának tekinthető. A megoldás az identitás kialakítása és ennek támogatása (Osváth – Árkovits – Csürke, 2014).

1.2 Az idősödés folyamatának pozitív pszichológiai szemlélete

1.2.1 Személyközpontú gondolkodás

A személyközpontú megközelítés mind az idős ember megértésében, elfogadásában, mind a segítő szakember önmaga megértésében is segítségül szolgál, elméleti keretet nyújt.
Carl Rogers személyközpontú elméletének központi fogalma az „én” (szelf), amely a személlyel kapcsolatos élmények rendszerét jelenti, amely meghatározza, hogy az egyén hogyan észleli és értékeli önmagát, milyen az énképe. Az egyén kongruenciára törekszik, azaz arra, hogy viselkedése megfeleljen az önmagáról alkotott énképnek, illetve a személyes énkép összhangban legyen a mások róla kialakított képével. A segítő szakember tudatosan kontrollált, érett személyisége biztos alapja hivatása gyakorlásának.
Ha a reális én és szubjektív énkép között távolság van, akkor szükséges ennek felismerése, felszámolása. Ez a folyamat ellenséges, a szeretetet, elfogadást feltételekhez kötő környezetben nem, csak teljes, feltétel nélküli érzelmi elfogadás esetén lehet sikeres. A segítő szakember éppen ezt az elfogadást nyújtja kliensei számára. Emellett fontos az empatikus viszonyulás és az empátia által megragadott gondolatok, érzések, vágyak, indítékok visszatükrözése, amely által az egyén önmagáról kialakított énképe védekezések nélkül pontosítható.
A humanisztikus pszichológiai megközelítés szerint a felnőtt- és időskori testi és lelki egészség megőrzését az emberekhez való előítéletektől mentes, pozitív viszonyulás, és a szociális kompetenciajellemzők határozzák meg leginkább (Kállai, 2013).
A szociális kompetencia összetevői:

- Integrált identitás (öntudat, kapcsolatok, szerepek)
- Önszabályozás képessége (szándékok és célok megvalósítása, önmegvalósítás)
- Függetlenség (kapcsolatok, szabályok, függetlenség és függőség megértése, altruizmus)
- Bizalom (támogatás, segítség nyújtása és elfogadása, együttműködés)
- Realitásérzék, megbízhatóság, konstruktivitás (saját és mások szükségleteinek felismerése)
- Nyitottság az élményekre (feleslegessé téve a védekező mechanizmusokat)
- Támaszkodik saját értékítéletére (alkalmazkodó, spontán, toleráns viselkedés)
- Választásaiban szabad (kompetens, felelős)
- Kreatív (képes fizikai és szociális környezetét alakítani)
- Életcélja transzperszonális természetű (teljes jelenlétre törekszik az élményekben) (Kállai, 2013).

1.2.2 A pozitív pszichológiai megközelítés

A pozitív pszichológiai szemlélet fontos üzenetet hordoz az idősellátásban dolgozó szakemberek számára is. Az önmegvalósítás, a lehetőségek kitágítása, az aktív cselekvés megvalósítása célként tűzhető ki, tudván azt, hogy ez nem mindenki életében jelenti ugyanazt térben, időben, lehetőségekben.
„A pozitív pszichológia nem a testi és lelki nehézségektől, betegségektől mentes személy ideáltípusát kívánja megrajzolni, hanem utat mutat a személyes kiteljesedés, az önmegvalósítás és a kultúra fejlesztésében való aktív részvétel irányába." (Kállai, 2013, 224-225. o.)
A jóléti társadalmakat gyors természeti és kulturális változások, krízisek, stresszhatások jellemzik, amelyek kihatnak az egyének életpályájára. A pozitív pszichológia a kockázati tényezőkkel (inadaptív szokások, tévhitek, ellenségesség, impulzivitás, versengés), azok kutatásával szemben a pozitívumokat, a közösség és az érett személyiség szerepét emeli ki. A pozitív pszichológia azokat a tényezőket tárja fel, amelyek az egyének és közösségek jóllétét biztosítják. Fontosnak tartják az egyéni képességek kiaknázását az egészség, a jó életminőség megteremtésében. A pozitív pszichológiai gondolkodásban és kutatásban hangsúlyos szerepet kap(nak):

- a pozitív életszemlélet
- a pozitív érzelmek
- a pozitív személyiségvonások
    - tolerancia
    - optimizmus
    - érzelmi stabilitás
    - magas érzelmi intelligencia
    - reziliencia (lélektani edzettség, rugalmasság)
- a pozitív társas kapcsolatok.

A **pozitív életszemlélet,** segítségével képes lehet az ember a pszichológiai toxinok semlegesítésére. A pozitív látásmódot erősíti az értelem és az érzelem harmóniája, a személyes hatékonyság érzése, az önbizalom, a hatékony problémamegoldó készségek birtoklása és alkalmazása.
A **pozitív érzelmek** jótékony hatása többféle módon megmutatkozik: a) kiszélesítik a gondolkodási-cselekvési tendenciákat, b) semlegesítik a negatív érzelmeket, c) rugalmasságot, szívósságot biztosítanak, d) javítják az immunműködést.
A pozitív erőforrások megőrzésében a **pozitív személyiségjellemzők**, vonások játszanak szerepet. Az **érzelmi stabilitást** saját és mások érzelmeinek átélése, pontos beazonosítása, az érzelmi állapotok következményeinek felmérése, az érzelmek szabályozásának képessége, azaz a magas **érzelmi intelligencia** biztosítja. Ugyancsak az érzelmi intelligencia magas foka szükséges a társas kapcsolatok pozitív alakításához. A **reziliens**, lelkileg edzett személy képes gyors döntést hozni arról, hogy képes-e a problémát maga megoldani, vagy elkerüli azt, esetleg segítséget kér. Képes a helyzetnek megfelelő fiziológiai aktivitás mozgósítására, a szükséges energia ráfordítására, a felelősség vállalására, az időgazdálkodásra, a probléma kitartó megoldására.
A **pozitív társas kapcsolatok** lehetővé teszik a pozitív erőforrások felszínre hozását.
A **személyes életerő** értékek, tapasztalatok, alapelvek tudatos, koherens fenntartásán, működtetésén alapul, az érett személyiség sajátja. Az erőforrások ésszerű használata, fejlesztése biztosítja, hogy az egyén képes a lehetőségekkel élni. Az erőforrások használatának, működtetésének feladása az életerő csökkenéséhez vezet.
Az **öndeterminációó, önmeghatározás** lényege a szabad választáson, szabad döntésen alapuló cselekvés, erősítve a belső kontroll érzését. Az öndeterminációó az egyén számára koherenciaélményt biztosít, mely meghatározza önszabályozását, melyen döntései alapulnak. Az idős ember számára az önmeghatározás lehetőségét biztosítja, ha szerepei kielégítőek, ha van független élettere, referenciacsoportja és közössége (Kállai, 2013).
Csíkszentmihályi Mihály (2001) szerint az önszabályozás helyét időnként átveszi egy szabadon áramló, felfokozott érzelmi és intellektuális állapot, a **flow** élménye. A flow (áramlat) élménye akkor jön létre, amikor az egyén képességei maximálisan igénybe vettek, a helyzet elmélyülést és erőfeszítést igényel.

1.2.3 Sikeres idősödés

Az időskori személyiségfejlődés pozitív életminősége a bölcsesség

Sikeres idősödésről akkor beszélhetünk, ha az egyént aktív, tudatos, erőforrásokat mozgósító, használó viselkedés jellemez, mellyel biztosítja a bio-pszicho-szocio-kulturális fejlődést, illetve csökkenti a veszteségeket. A sikeres öregedést a személyiségfejlődés során a felnőtt személy célul tűzheti ki.

Erik H. Erikson pszichoszociális fejlődéselméletének nyolcadik, az időskorra vonatkozó szakaszának, krízisének pozitív kimenete az integritás megélése, a korábbi életszakaszokkal való elégedettség, elfogadás. Amennyiben az idős ember úgy érzi, hogy elvesztegette az életét, nem valósította meg céljait, elégedetlenség és kétségbeesés fogja jellemezni. E folyamat fontos eleme az az élmény, amivel az idős ember múltjára tekint, amiben nem a pozitív mérleg, hanem az integrált egész élménye a meghatározó (Kerekes, 2013).

Joan Erikson – Erik H. Erikson felesége – (1998, id. Kerekes, 2013) egy kilencedik szakasszal egészítette ki férje modelljét, amelynek fő jellemzője, feladata az időskor transzcendálása, miközben az idős ember szembenéz a test gyengeségével, az autonómia csökkenésével, az életminőség sérülékenységével.

E szakasz krízisei a megelőző nyolc szakasz jellemzői mentén írhatók le:

1. Az idős személy nem bízhat már korábban biztosnak hitt képességeiben.
2. A test feletti kontroll gyengülése szégyenérzetet válthat ki – ám a kontroll más helyzetekben gyakorolható, az alkalmazkodás szükségessége belátható.
3. Az idős ember nem tudja elhatározásait megvalósítani, ami bűntudatot kelthet benne – a reális célkitűzések, a kis lépésekben való haladással megtartható a kezdeményezőképesség élménye.
4. A teljesítőképesség változik, lelassul, a kompetenciaélmény csökken – a belátás, elfogadás lehetővé teszi a kompetenciaélmény, a bölcsesség megtartását.
5. A szerepek átértelmeződnek, nem kívánt szerepek jelennek meg, ami kihat az identitás megőrzésére – segít, ha az idős ember megtalálja az identitás folytonosságát biztosító elemeket.
6. A kapcsolattartás lehetőségei megváltoznak, az izoláltság veszélyeztet – a beszűkülést ellensúlyozhatja a kapcsolatok, kapcsolattartás átalakítása, az érdeklődés fókuszának megváltoztatása (pl. irodalom, művészet, zene).
7. Az alkotóképesség aktív érzése átalakulhat – a megélt érzelmek, azok elismerése és a fiataloknak átadása védheti meg az idős embert a stagnálás élményétől.
8. Az aggkor fizikailag kihívás, ami hatással lehet az időélményre és az érdeklődésre.

Daniel Levinson az időskort késő felnőttkornak nevezi. Cél a bölcsesség és az értékesség, az illúzióktól mentes, elégedett állapot kialakítása, egzisztenciális kérdések megválaszolása, az életkor elfogadása. Az időskort négy feladat mentén látja szerveződni:

- fiatalság-időskor (képesség önmaga idősként való meghatározására)
- alkotás-destrukció (alkotáshoz való hozzáállás)
- maszkulinitás-feminitás (a gondoskodás vágya kerül előtérbe mindkét nemnél)
- kapcsolat-szeparáció (kapcsolati változások megélése) (Kerekes, 2013).

A sikeres idősödés pszichológiai modellje

Az Idősügyi Nemzeti Stratégia (2009) szerint sikeres idősödésről akkor beszélünk, „amikor az egyén fizikai és szellemi képességeit és aktivitását az élet minden területén és minél tovább megőrzi, nem csupán a foglalkoztatás vonatkozásában, de társas, társadalmi kapcsolatait is megtartja”. (id. Kaszás – Tiringer, 2013a, 403. o.)

A sikeres idősödés fogalmát a pozitív pszichológia előfutárai alkották meg, mely megvalósításához a kor előrehaladtával a következményekkel szembe kell nézni, a veszteségekkel meg kell küzdeni. Ennek fontos mozzanata a rugalmasság és az alkalmazkodás képessége.

A sikeres idősödéssel foglalkozó elméletek arra keresik a választ, hogy milyen tényezők járulnak hozzá a veszteségek okozta negatív hatások csökkentéséhez.

Különböző modellek fogalmazódtak meg arra vonatkozóan, hogy hogyan lehet ellensúlyozni idős korban a veszteségeket.

A Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció (SOC) modell

Erőforrásaink korlátozottak. A *Szelekció-Optimalizáció-Kompenzáció modell* szerint a **szelekció**, a cél kiválasztásának lényege a rendelkezésre álló erőforrások hatékony hasznosítása. A szelekció veszteségen vagy választáson alapul. A veszteségen alapuló szelekció változtat a célokon, átalakítja a fontossági sorrendet, átcsoportosítja az erőforrásokat. Például csak a családdal töltött tevékenység kedvéért ez egyén feladja szabadidős tevékenységét. A választáson alapuló szelekció a célok veszteség nélküli elérésére törekszik. Az **optimalizáció** a célok eléréséhez szükséges eszközök megszerzését és alkalmazását, a szükséges képességek kialakítását és gyakorlását jelenti. A **kompenzáció** alternatív eszközök (például a veszteségek ellensúlyozására vagy a korábbi eszközök helyettesítésére alkalmas eszközök) segítségével biztosítja a célok elérését. Ilyen lehet: emlékeztető a teendőkről, gyógyszeradagoló, hallókészülék.

Optimalizáció elsődleges és másodlagos kontroll révén (OPS) modell

Az *Optimalizáció elsődleges és másodlagos kontroll révén modell* a sikeres idősödés kulcsát a szelekcióban és a kompenzációban látja. A szelekció a célokra fordított erőforrás-befektetésre utal, a kompenzáció a célok elérését biztosító segítő stratégiákra. A saját világunk irányításának, befolyásolásának, kontrolljának elsődleges módja a környezet megváltoztatása a célok elérése érdekében. A másodlagos kontroll saját magunk, lehetőségeink célhoz igazítását jelenti.

Az Asszimilációs és Akkomodációs (AA) modell

Az *Asszimilációs és Akkomodációs modell* az időskorral kapcsolatban definiálja az asszimiláció és akkomodáció fogalmát. Az asszimiláció során az egyén a személyes célok elérése érdekében a környezetet, körülményeket módosítja. Az akkomodáció rugalmas célválasztást takar olyan esetekben, ahol a személyes célok elérhetetlenek.

Mindhárom modell kiemeli, hogy megfelelő célok kiválasztásával lehetővé válik a sikeres idősödés a nehézségek ellenére is (Kaszás – Tiringer, 2013b).

A pozitív pszichológia fontos üzenete, hogy az idős korra ne csak hanyatlásként tekintsünk, vagyis mint egy olyan időszakra, amit csak betegség, magány jellemez, hanem inkább úgy, mint ahol még van életerő, lehetnek új célok és tevékenységek, és amit a bölcsesség jellemez. Ugyanakkor a pozitív pszichológia irányzat képviselői tisztában vannak azzal, hogy az időskor, az idősödés sokféle nehézséggel jár együtt, amelyhez azonban érdemes a lehető legnagyobb elfogadással és megküzdéssel viszonyulni.

1.3 A szociális munka szerepe az időskorúak fizikai, szellemi és szociális aktivitásának megőrzésében

1.3.1 Aktív időskor

Az időskorral kapcsolatos „szokásos” (ápolás, gondozás) feladatok mellett a segítő szakembernek fontos szerep jut az aktív, a világ fejlődésével lépést tartó időskor megvalósításában, az idős emberek bölcsességének kiaknázásában, megbecsülésében.

A segítő szakmák fontos célja az idős populációval kapcsolatban, hogy segítsék az élet minél teljesebb megélését, a diszfunkciók megelőzését, a sikeres öregedést, az egyénileg nagyon eltérő helyzetek minél konstruktívabb megoldását.

Az aktív időskor fogalmába beleértjük, hogy az emberek

a) optimalizálják lehetőségeiket, összeegyeztetik igényeiket, lehetőségeiket és képességeiket
b) megőrzik egészségüket, fenntartják fizikai teljesítőképességüket
c) megteremtik személyes biztonságukat
d) részt vesznek a társadalmi folyamatokban
e) megőrzik autonómiájukat és függetlenségüket
f) törekednek a szociális és mentális jóllét és a legjobb életminőség megteremtésére (Brettner – Mucsi, 2013).

Az autonómia az életesemények feletti kontrollt emeli ki. A függetlenség a tevékenységek és a társadalmi szerepek megvalósításában valósul meg.

Az **aktivitás** a tevékeny életet jelenti, ami nem ér véget a nyugdíjba vonulással. Az aktivitás a mindennapi életben, a családban, a különböző közösségekben, a fizetett és önkéntes munkában, a képzésekben, a kulturális és társadalmi eseményekben, az öngondoskodásban egyaránt jellemző maradhat, illetve ezeken a színtereken kell biztosítani.
Az aktív időskor megvalósításának egyik jelentős terepe az önkéntes tevékenység. Ennek során képességek fejlődnek, közös tanulásra, tapasztalatcserére van lehetőség, társas kapcsolatok, generációk közötti interakciók alakulnak ki, a valahova tartozás élménye erősödik, pozitív érzelmek keletkeznek.
Az aktív időskor talán egyik legnehezebb kérdése az intézményi élet és az autonómia, öngondoskodás konstruktív összehangolása. A bentlakásos idősellátásban különösen fontos az aktivitás dimenzió fókuszban tartása. Mindezek (a testi és lelki egészség, a függetlenség, az aktivitás stb.) együttes megvalósulását, színvonalát az **életminőség** fogalmával fedjük le (Brettner – Mucsi, 2013).

Az infokommunikációs technológia szerepe
A XXI. században az infokommunikációs technológia (IKT) mindenki számára fontos, nélkülözhetetlen eszköz mind a munkatevékenység, mind a szabadidő, mind a kommunikáció részeként. Egyben eszköz és lehetőség az idős emberek számára az aktivitás és önállóság megőrzésében. Például a mindennapi élet megszervezése, biztonsági funkciók ellátása, egészségi állapot ellenőrzése, kognitív képességek megőrzése, az érzékelés, emlékezés, mozgáskészségek romlásának kompenzálása, hivatalos ügyek intézése, szabadidő eltöltése.
Az infokommunikációs technológia biztosítja az aktív, független életvitelt, a tanulást, az ismeretek és társas kapcsolatok bővítését, a társadalmi integrációt, lehetővé teszi az online önkéntességet.
Az infokommunikációs technológia egyik fontos alkalmazási területét képezik az életvitel környezeti támogató rendszerei (Ambient Assisted Living, AAL), melyek az életminőség javítását teszik lehetővé. Ilyen rendszerek a testfelületre helyezhető műszerek, amelyek vitális jeleket mérik, és egy központba továbbítják, vagy a lakás különböző pontjain, illetve eszközeiben elhelyezett érzékelők. Ezek alkalmazásához szükséges a számítógép használata, az internetes kapcsolat megléte. Az életvitelt támogató infokommunikációs rendszerek alkalmazása lehetővé teszi, hogy az idős emberek saját otthonukban éljenek, ami megalapozza az aktivitást, autonómiát és függetlenséget (Brettner - Mucsi, 2013).
A mai Magyarországon az életvitelt segítő egészségügyi és szociális monitorozó és jelzőrendszerek még nem elterjedtek, de már megjelentek, s ezzel a jövőt vetítik elénk. A technológiai fejlődés rendkívül felgyorsult ütemét a mindennapi életünkben folyamatosan megtapasztaljuk, ez a fejlődés pedig az idősellátás szolgálatába is állítható.

Kulturális kompetenciák
„A kulturális kompetencia az idősekkel való foglalkozás egyik pillére, mely megalapozza az eltérő kulturális, etnikai, vallási háttérrel rendelkező kliensekkel végzett munkát. A különböző kultúrák megismerésén túl elengedhetetlen az egyéni értékek tisztelete.” (Brettner - Mucsi, 2013, 127. o.)
Az idős személyekkel végzett szociális munka, az értő kommunikáció alapfeltétele a személy értékeinek, gyökereinek, kapcsolatainak ismerete, elismerése. A kulturálisan kompetens szakmai tevékenység sztereotípiáktól, előítéletektől, diszkriminációtól mentes, az idős embereket nem tekinti homogén közösségnek, az egyéni jellemzőkre, szükségletekre, igényekre fókuszál. Az idős ember problémájának megértését segíti, ha a segítő szakember figyelembe veszi a kliens nemét, korát, személyiségét, vallási-, kulturális hovatartozását, a családi hátterét (Brettner - Mucsi, 2013).
A szociális munka feladata a változó körülményekhez való alkalmazkodás elősegítése, újfajta tevékenységek megvalósításának támogatása.
Az idős ember segítésének lényege – hasonlóan más korosztályokhoz tartozó személyek segítéséhez –, hogy az egyén maga határozza meg a változtatás irányát, maga legyen képes a változtatásra. Az idős személyek esetében is lényeges, hogy az őt érintő változásokban aktív lehessen, döntéseket hozhasson. A professzionális segítő szakembernek ebben az esetben az a feladata, hogy az idős személyeket megerősítse ebben az aktivitásban, motiválja erre őket, támogassa erőforrásaik mozgósításában. A segítő szakember ezt a feladatát kizárólag akkor tudja megvalósítani, ha az idős emberekkel empatikus, bizalommal teli, pozitív, elfogadó kapcsolatot tud kiépíteni, ápolni.

1.3.2 Az intézménybe kerülés és a beilleszkedés lélektani kihívásai

Boga Bálint (2014) könyvében a következő adatok olvashatók: hazánkban körülbelül kilencvenezer személy él tartós bentlakásos intézményben, ötvenezren az idősek otthonában, és további körülbelül kilencezren várnak elhelyezésre.
Amíg lehetséges és megoldható, az idős emberek életét, gondozását a saját otthonában lenne jó megvalósítani. Ez a szükséges eszközökkel, segítő családtagokkal és az otthonközeli ellátással, szolgáltatásokkal (házi segítségnyújtás, szociális étkeztetés, nappali ellátás) biztosítható.
Ugyanakkor az idős ember állapotából adódó (betegségek, mozgásképesség csökkenése) napi négy vagy annál több órányi gondozási szükséglet indokolttá teheti az intézményben történő gondozást.
Az intézménybe való bekerülés folyamata az intézménybekerülés lehetőségének felmerülésével kezdődik. Legtöbbször az idős ember környezetének tagjai (családtag, orvos, gondozó) veszik észre ennek szükségességét. Tapintat és empátia szükséges ennek közléséhez. Az idős embernek első lépésként ezzel a gondolattal kell megbarátkoznia, mérlegelnie kell a lehetőséget, el kell jutni a döntésig.
Az idősotthonba kerülés nagy változás az idős személyek életében, hiszen ezt megelőzően önállóan, saját környezetükben éltek, eltérő értékrenddel, szokásokkal, attitűdökkel rendelkező személyként. Az idősotthonba kerülés nem csupán nagy változás, hanem rendkívüli alkalmazkodóképességet megkövetelő helyzet. Már a gondolat is nagy stressz az idős ember számára, ami szorongást, depressziót, pánikszerű reakciót eredményezhet. Időbe telik, amíg a belátás, a helyzet elfogadása bekövetkezik. Van, hogy maga az idős ember kezdeményezi intézménybe való bekerülését, de ez önmagában nem könnyíti meg a folyamatot.
A bentlakásos intézménybe kerülést többféle negatív élmény kíséri, kísérheti. Az idős személyek gyakran akaratuk ellenére (kényszerítő külső körülmények, anyagi helyzet, lakhatási körülmények romlása, családi döntés, egészségi állapot romlása következtében) kerülnek idősek otthonába. Az új helyzetben az idős ember bizonytalannak érzi magát, bizalmatlansága fokozódik, fél az ismeretlentől. Feszültség, frusztráció, kirekesztettség élménye erősödik. A társadalomban elfoglalt státusza változik. Mindez gyakran szégyenérzetet kelt.
A döntés és hivatalos bejelentkezés után következik egy várakozási időszak, amíg az ügyintézés, az adminisztráció zajlik, az intézménybe való beköltözés lehetővé válik. Ez hazánkban gyakran hosszú idő, akár több év. Szükség esetén, áthidalásképpen átmeneti elhelyezést nyújtó intézményekbe kerülhet az idős ember. A várakozáshoz kapcsolódó negatív érzelmek valamelyest oldhatók azzal, ha az intézmény képviselője meglátogatja az idős embert, vagy ha az idős ember látogat el az intézménybe.
Az intézménybe való bekerülést követően három szakasz különíthető el:

1) megérkezés, elhelyezkedés
2) beilleszkedés
3) élet az intézményben.

A váltás, az új környezetbe való érkezés, az elhelyezkedés akut stresszként jelentkezhet. Fő stresszor tényező a megszokott környezetből való kiszakadás, az ismerős személyektől való elválás, az autonómia és a kontroll csökkenése. A fizikailag és szociálisan is új közegben kell tájékozódni.
Az idősek otthonában zajló életvitel szükségessé teszi a szoba- és lakótársakkal való együttélést, közös napirend betartását, új programokhoz való alkalmazkodást, esetenként a szabad mozgás korlátozásának tudomásul vételét, a magánélet jelentésének átértékelését.
Pontosan azokban éri az idős személyt „veszteség”, ami az aktív időskor fontos jellemzője, feltétele. Nem törvényszerűen, de csökken az autonómia, a függetlenség. Például a házirend önmagában az autonómiát korlátozó tényezőként jelenhet meg (Boga, 2014).
Éppen ezért nagyon fontos, hogy az idősek otthonába kerülés szakszerű támogatással történjen. Segítség kell a beilleszkedéshez. Az idős ember fogadásának milyensége, kedvessége nagyban hozzájárul a distressz oldásához (Boga, 2014; CSINI, 5. sztenderd).
Az új környezet megismerését a beilleszkedés követi, ami több módon is segíthető.

- Mind a beköltöző személy, mind a közösség előzetes felkészítésével.
- A korábbi családi és társas kapcsolatok megtartásával.
- Az új kapcsolatok kialakításával.

- A hely, a körülmények, a napirend megismertetésével.
- A megszokott tárgyi környezettel való kapcsolat lehetőségekhez mért fenntartásával (például saját tárgyak, bútorok bevitelével).
- Mindemellett a megszokott életmód közelítő megtartásával, a korábbi tevékenységek biztosításával.
- A megszokott, az érdeklődési körnek megfelelő programok biztosításával, egyben az intézmény életébe való bekapcsolással.
- A negatív élmények, érzések, veszteségek feldolgozásához lelki támasz nyújtásával, a konfliktusos kapcsolatok rendezéséhez szükséges segítség felajánlásával.
- Az autonómia megtartásával.
- Tájékoztatással, információkkal való ellátással.
- A vallási, kulturális igények kielégítésével.
- Az érdeklődési kör, értékrend, személyiségjellemzők figyelembe vételével a lakókörzetek, szobabeosztások kialakítása során.
- Mentálhigiénés gondozással.

Többnyire e tényezők hatására a beilleszkedés kielégítően megvalósul, kialakul egy megfelelő egyensúly, megtörténik az alkalmazkodás, és megtörténik a változás előnyeinek (kényelem, társas interakciók, ingergazdag környezet) felismerése, élvezete.

Természetesen az intézményi beilleszkedés folyamatát az idős ember személyisége, alkalmazkodási stratégiája is meghatározza. Reichars és munkatársai (Reichard, S. – Livson, F. - Peterson, P. G., 1962 in Boga, 2014) az idősödés során megfigyelhető alkalmazkodási stratégiák alapján öt típust írtak le. Az ötféle stratégia: konstruktivitás, függőség, védelembe vonulás, rosszindulat, öngyűlölet.

- A **konstruktív, kreatív** típus megkeresi, felfedezi azt a többletet (szellemi, fizikai, interperszonális szinten), ami a beilleszkedést és annak fenntartását biztosítja.
- A **függő, passzív** típusra jellemző elfogadás, az előnyök, lehetőségek élvezete megfelelő háttere a beilleszkedésnek.
- A **védelembe vonuló** típus hajlik önmaga szeparálására, de ez is elfogadható lehet, ha ez egybeesik az önmaga számára elfogadható megoldással, nyugalmat talál ebben.
- A **rosszindulatú, vádaskodó** típus mások felé gyűlölködéssel fordul, másokat és a körülményeket hibáztatja élete alakulásáért, másokban hibát lát, viselkedésüket kritizálja, konfliktusokba bonyolódik, ami a beilleszkedés akadályozója.
- Az **önhibáztató, önvádló** típus saját magával elégedetlen, önmagát hibáztatja, aminek gyakori következménye a depresszió, az öngyilkossági késztetés.

A beilleszkedés szempontjából az idős ember életútja is fontos, hatással van az alkalmazkodóképességre. A beilleszkedést segíti az idős emberek ellátásában résztvevő szakemberek támogató magatartása, illetve az egymással összehangolt munkája.

Az életvitelszerűen intézményben tartózkodás sikeres kialakítása egyrészt egyénenként nagyon eltérő, másrészt időben változó (pl. jól integrálódott személyek lelki egyensúlya felborulhat, vagy pl. a kezdeti idegenkedést hosszabb idő elteltével nyugalom válthatja fel). Az intézményben töltött hosszú évek – az ez alatt bekövetkező biológiai állapot romlása, monoton élet, külső kapcsolatok elszegényedése következményeként – elsivárosodáshoz, érzelmi beszűküléshez vezethet, ami megfelelő gondozói magatartással (törődés, egészségi állapot mérése, változatosság megteremtése) ellensúlyozható.

2 Kiégés prevenció

Összefoglalás
A kiégés prevencióról szóló fejezet körüljárja a kiégés jelenségét, kiemelten a segítő hivatások vonatkozásában. A fejezet összegzi, rendszerezi a kiégés tüneteit, elméleteit. A kiégés állapotát sokféle, egymással is kapcsolatban álló tényező okozza. A fejezet kitér a kiégés társadalmi, szervezeti és személyes okaira, bemutatja a kiégés folyamatát, annak tipikus állomásait. Mind az okok, mind a folyamat áttekintésére építve mutatja be a fejezet a kiégés társadalmi, szervezeti és egyéni szintű kezelési lehetőségeit.
Cél
A kiégés okainak, folyamatának és tüneteinek ismerete hozzájárul a kiégés felismeréséhez, ahhoz, hogy a cselekvés, a beavatkozás lehetősége minél hamarabb bekövetkezhessen. A fejezetben leírtak hozzájárulnak a kiégés gyakorlati kivédéséhez, illetve valószínűbb bekövetkeztéhez.
Kulcsszavak
- Kiégés
- Érzelmi kimerülés
- Deperszonalizáció
- Személyes hatékonyság
- Teljesítményértékelő rendszer
- Autonóm munkavégzés
- Szupervízió
- Lelkesedés, Stagnálás, Frusztráltság, Apátia
Tanulást segítő kérdések
Hogyan határozza meg Freudenberger a kiégés fogalmát?
Milyen tényezőket hangsúlyoznak a kiégés kialakulásában az elméletek és kutatások?
Milyen személyi és foglalkozási jellemzők járulhatnak hozzá a kiégéshez a segítő hivatásban?
Milyen fő tünetcsoportjai vannak a kiégésnek?
Milyen lehetőségek vannak a kiégés kivédésére szervezeti és társadalmi szinten?
Milyen lehetőségek vannak a kiégés kivédésére az egyén szintjén?
Magyar nyelvű ajánlott irodalom
Fekete S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és burnout jelenség. *Psychiátria Hungarica*, 1991. 1. sz. 17-29. o.
Petróczi E. (2007): *Kiégés - elkerülhetetlen?* Budapest, Eötvös József Könyvkiadó
Szilágyi K. – Váry A. (szerk.) (1997): *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burnout jelenség.* Gödöllő, Gödöllői Agrártudományi Egyetem

2.1 A kiégés jelenségével kapcsolatos kezdeti beállítódás felmérése

A segítő hivatást gyakorló szakemberek munkája megterhelő. Az idős emberek gondozásában résztvevő szakemberek munkája mind lelkileg, mind fizikailag nagy erőt, állóképességet kíván. A tartós, stabil segítségnyújtás érdekében a szakembereknek tisztában kell lenniük a kiégés jelenségével, tüneteivel, folyamatával a prevenció és intervenció érdekében.
A kiégés jelenségével való megismerkedést érdemes a személyes állapot felmérésével (a Maslach Burnout Inventory (MBI) kérdőív segítségével) kezdeni, a személyes érdeklődés felkeltése a téma iránt fontos faktora a megértésnek és a fejlődési elkötelezettségnek. Az MBI kérdőív dimenziói (emocionális – érzelmi — kimerülés, deperszonalizáció és személyes teljesítménycsökkenés) a kiégés fontos elemeire világítanak rá. Az idősellátás területén tapasztalt szakmai kihívások, a kérdőív által tárgyalt témák és az elmélet összekapcsolása szükséges ahhoz, hogy az egyén élménymegélése összefüggésbe kerüljön a munkahelyi szervezeti és társas kontextussal. Az érintett szakember személyiségével és képességeivel kapcsolatos tényezők, valamint a munkaszervezési tényezők egyaránt meghatározzák a kiégés alakulását, a kiégés

jelenségével kapcsolatos személyes beállítódást is befolyásolva (Nagy, 2007). A jelenség történetének, valamint belső jellemzőinek, lefolyásának ismerete hozzájárul a kiégés alaposabb megértéséhez, az aktuális állapot felmérése, a prevenciós és intervenciós lehetőségek számbavétele pedig a készségfejlődés hatékony útja lehet.

2.2 A kiégés jelensége

2.2.1 Segítő hivatás és kiégés, a kiégés fogalma

A kiégési (burnout) szindróma fogalmát Herbert Freudenberger pszichoanalitikus 1974-ben írta le.
„Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve a másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.” (Fekete, 1991, 17. o.)
Freudenberger a munkahelyi helyzeteket tekinti a kiégés szindróma kiváltójának. Kezdetben ezt a jelenséget egészségügyben, krízisintervencióban dolgozó szakembereknél írták le, majd más segítő foglalkozású szakemberekre, illetve intenzív érzelmi megterhelést jelentő foglalkozású szakemberekre (jogász, rendőr) is kiterjesztették (Fekete, 1991).
Cary Cherniss 1980-as definíciója szerint a kiégés „olyan folyamat, amelyben a stressz és a hajszolt munka hatására a hajdanában elkötelezett szakember eltávolodik a munkájától”. (Herr, 1992, 29. o .)
Ditsa Kafry 1981-ben megfogalmazott definíciójában a jelenséget a segítő foglalkozásokkal hozta kapcsolatba. „A kiégés tartós vagy ismételt emocionális terhelés eredménye más emberekért való hosszú távú, intenzív erőfeszítéssel összefüggésben.” (Ónody, 2001, 80. o.)
„Christina Maslach szerint a kiégés során az egyén a törődési szándékát veszíti el azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik, ennek hátterében pedig az érzelmi kapacitásának kimerülése húzódik meg, aminek következtében nem lesz képes pozitív érzéseket, tiszteletet, empátiát tanúsítani a kliens iránt.” (Kovács, 2006, 982. o.)
Maslach és Jackson a kiégés három dimenzióját állapították meg: az emocionális kimerültséget, a deperszonalizációt és a személyes hatékonyság, teljesítmény csökkenésének érzését. Az **érzelmi kimerülés** jelzi, hogy a személy érzelmi erőforrásai kiapadtak, nincs pszichés energiája, amit másoknak adhatna. A **deperszonalizáció** egy személytelen, negatív viszonyulás a kliensekkel, illetve a munkatársakkal szemben, akiket felelősnek tart állapotáért, s így viszonyulását jogosnak tekinti. A **személyes hatékonyság csökkenése**, a teljesítmény csökkenése az egyén azon érzése, hogy nem tudja megvalósítani azt, amit önmagától elvár, egyben önmagát negatívan értékeli. A kiégés mérésére megalkottak egy kérdőívet (Maslach Burnout Inventory, MBI), ami e három dimenzió mentén értékeli az egyén kiégését (Maslach - Jackson, 1982, id. Kovács, 2006).
A BNO-10 (Betegségek Nemzetközi Osztályozása 10. revíziója) szerint a kiégettség (Z73.0) a vitális kimerültség állapota, a XXI. főcsoport, ezen belül pedig az életirányítás nehézségeivel kapcsolatos problémák között szerepel.

2.2.2 A kiégés tünetei

Fáradtság, kimerültség: A fáradtság normál esetben egy jelzés a szervezet számára, hogy pihenésre, változásra van szükség. Ha ezt nem vesszük figyelembe, akkor károsodást szenvedhetünk. A folyamatos igénybevétel, fáradtság kimerültséghez vezet, a kiégés súlyosabbá válásával mind sűrűbben jelentkezik, krónikus fáradtsághoz vezet. Az alvásigény megnövekszik, de még a több alvás sem regenerál, az energiaszint alacsony marad. Az alvási zavarok, az álmatlanság tovább fokozza a kimerültséget. A kimerültség következményeként az egyén nagyobb valószínűséggel válik balesetek áldozatává.

Izomfeszültségek és testi megbetegedések: Az egyén feszültsége megmutatkozik az izomfeszültségben, melynek eredménye például nyakfájás, gerincfájás, migrénes fejfájások, derékfájás, vagy akár az egész

testre kiterjedő belső feszültség. Gyakori tünetek a gyomorbántalmak, vastagbélgyulladás, magas vérnyomás, remegés, fekélyek. Gyakori a magasvérnyomás-betegség. Csökken a szervezet ellenállóképessége. Az étkezési szokások megváltozásának következtében hiánybetegségek, táplálkozási zavarok alakulhatnak ki.

Negatív érzelmek:

1. A megrázó helyzetek gyakran az adott esemény tagadását, be nem ismerését eredményezik. A romló állapot magyarázatára is számos elhárító mechanizmus (tagadás, racionalizálás) lép tudattalanul működésbe.
2. A megterhelő munkatevékenység velejárója kiégés esetén az érzelmi kimerülés (túlhajszoltság, levertség, tehetetlenség, reménytelenség, elégedetlenség, pesszimizmus, szorongás, ingerlékenység).
3. A kiégés érzelmi velejárói a düh, kétségbeesés érzése, a depresszió. A frusztráció, düh másokon való levezetése pedig a lelkiismeret-furdalás, bűnösség érzését erősíti, ezáltal egy ördögi kört működtetve.
4. Az egyén nem hisz önmagában, lebecsüli önmagát, másokba vetett bizalma megrendül. Bizonytalansága, bizalmatlansága saját maga irreális védelmét, másokkal szembeni védekezést, gyanakvást eredményezi. Mindez a munkahelyi viszonyok romlásához, a kimerültség fokozódásához vezet.
5. Kiégés esetén, a megterhelő érzelmi kapcsolatok következményeként bekövetkezhet a kapcsolatvesztés, az elhidegülés, a kapcsolat elszemélytelenedése, dehumanizáció.

Információfeldolgozási zavarok: Kiégés következtében romlik az egyén koncentrációs képessége, az információk túlterhelik, az információ feldolgozásban sok hiba csúszik, megnő a feledékenység, a gondatlanság. Jelentősen romlik a döntéshozatali képesség, az egyén nehezen hoz döntéseket, illetve a döntéshozatal felületessé válik. Érzelmileg nemtörődömség, félelem, nagyfokú bizonytalanság egyaránt jellemezheti, a felelősségvállalás nehezére esik. A gondolatok kontrollálásának képessége csökken.

Munkához való viszony: Egyrészt jellemző az elmerülés a munkában. A munka és a személyes élet határai elmosódnak, amely megnyilvánulhat a túlórázásban, a munka hazavitelében, a munkával kapcsolatos helyeken töltött túl sok időben, többletmunkákban, a kollégákkal munkaidőn kívül a munkáról folytatott beszélgetésekben. A munkáról való gondolkodás a munkahelyen kívül is rendszeressé válik.
Másrészről a munkával való elégedetlenség, a gyenge munkamorál, a romló információfeldolgozás, a szakmai érdeklődés hiánya, a célok elvesztése csökkenti a személy hatékonyságát, ami a munkateljesítmény (határidők betartása, munkából való hiányzás, a munka minősége és mennyisége) csökkenését eredményezi.

Szociális visszahúzódás: A személy kerüli a feszültségeket rejtő emberi kapcsolatokat, illetve kerüli mások társaságát, mert csak így tudja leplezni rossz hangulatát, érzéseit, gondolatait, kudarcélményeit. Továbbá nem folytat szakmai diskurzusokat, személyes gesztusokat sem tesz. Mind a munkatársi, mind a baráti kapcsolatok elkerülése megfigyelhető. A felületes kommunikáció következtében a pozitív visszajelzések észlelése, befogadása is korlátozott.

Családi kapcsolatok megromlása: a munkahelyen keletkező feszültségek levezetése gyakran a családi körben történik meg, aminek következtében a családi problémák súlyosbodnak.

Negatív viszonyulás, attitűd a munkához, másokhoz: Az érzelmi hullámzásra, frusztrációra, dühre adott válasz lehet a cinikus viszonyulás, gőgös, támadó megjegyzés, túlzott kritika, gúny, otromba viccek, rosszindulatú humor, az alapvető negatív beállítottság. Mindez mérgezi és tönkreteszi az emberi kapcsolatokat.

Merev attitűdök és makacs ellenállás a változással szemben: A kiégés során a személyiség merevvé, rugalmatlanná lesz. Javaslatok, új ötletek befogadására, az új feltételekre egyre kevésbé nyitott. A kiégés

végső fázisában már szinte minden fenyegetően hat az én-re. A fizikai kimerültség tünetei rendszeressé válnak, az önbizalom állandóan alacsony, a munka hatékonysága katasztrofális szinten van, a dolgozó értéke a szervezetben szimbolikus. A szociális kapcsolatok erőltetettek. A kiégett személy önmaga számára a visszavonulás, a munkaváltás, a terápia vagy sajnálatosan az öngyilkosság alternatíváját tekinti lehetségesnek.

Negatív önértékelés, önbecsülés csökkenése: A kudarcok, a biztonságérzet csökkenése, a tehetetlenség és reménytelenség érzése negatív önértékelést eredményez. Az inkompetencia érzése, az önvád egyre gyakoribb, a külső referencia, a társas támasz hiánya miatt mindez elhatalmasodó.

Negatív viselkedés: A kiégés következményeként az egyént önmagára vagy másokra ártalmas viselkedés jellemzi. Az alkohol és a drog használata a feszültségek, kudarcok előli menekülés eszköze. A frusztráció, düh következménye az agresszió valamely formájába futhat ki (Petróczi, 2007).

2.2.3 A kiégés elméleti megközelítései

A kiégési szindróma elméleteinek rendszerezése során beszélhetünk individuális, interperszonális, szervezeti és társadalmi megközelítésről (Bordás, 2010).

Individuális megközelítések
Az individuális megközelítések a kiégett személy tüneteire, tulajdonságaira helyezik a hangsúlyt. Véleményük szerint kiégéshez a kezdeti túl magas és be nem teljesült elvárások és törekvések vezetnek. Azokat az egyéneket, akik túlzottan nagy ideákkal közelítenek munkájukhoz, továbbá munkájukhoz nagy elköteleződéssel és lelkileg, érzelmileg túlzott bevonódással viszonyulnak, a kiégés veszélyezteti. Veszélyeztető tényező az autonómia érzésének elvesztése, a depresszióra hajlamos személyiség, a sebezhetőség, az erős célorientáltság, a környezeti inkongruencia megtapasztalása (Bordás, 2010).

Interperszonális megközelítések
Az interperszonális megközelítések az interperszonális kapcsolatokra fókuszálnak. A segítő személy és a megsegített személy közötti érzelmileg megterhelő interperszonális kapcsolatot tekintik veszélyeztető tényezőnek. Az aszimmetrikus viszonyok, kapcsolatok, kötelezettségek, vállalások (fizikai, pszichikai és emocionális támogatás, gondoskodás) vezetnek érzelmi kimerültséghez. Az interperszonális megközelítés veszélyeztető elemként kezeli a hatalom nélküli felelősséget, a kontroll hiányát.
A segítő kapcsolat erőteljesen igénybe veszi az empátiás kapacitást, ami e kapacitás kimerülését eredményezheti, aminek következménye a deperszonalizáció és a magasabb rendű személyiségfunkciók – kreativitás, bölcsesség, humor, végesség elfogadása – hanyatlása. Veszélyeztető tényezőnek tekintendő az is, ha a segítő szakember létezésének értelmét a segítő-kliens kapcsolatban látja, éli meg.
Az interperszonális megközelítés a kollégákkal, felettesekkel való kapcsolatban is lát kockázatot (pl. aszimmetrikus kapcsolatok, együttműködés hiánya, érzelmi fertőzés) (Bordás, 2010).

Szervezeti megközelítések
A szervezeti megközelítések a szervezeti struktúrában keresik a kiégés tényezőit. Ilyen tényező például az autonómia, a kontroll, az egyénnel szemben támasztott elvárások, a jutalmazás, elismerés módja, a szociális támogatás, méltányosság, a szervezet működésére jellemző stílus és kommunikáció, a szakmai szereppel való elégedettség. Ezen tényezők megléte vagy hiánya, korrekt vagy nem korrekt, reális vagy nem reális volta gyakorol hatást az egyének kiégésére (Bordás, 2010).

Társadalmi megközelítések
A társadalmi megközelítések a kiégés hátterében a szociális és kulturális jelenségeket vizsgálják. Veszélyeztető tényezőnek tekintik a hagyományok elsorvadását, a társadalmi támogató rendszerek hiányát vagy elutasítását, a kapcsolatok elszegényedését, az enervált, közönyös viszonyulást, a nyugtalanságot, kiábrándulást. Ez a megközelítés rendszerszemléletű nézőpontból vizsgálja a kérdést, az egyént a rendszer

aktív elemének tekinti, a kiégés létrejöttében vagy elkerülésében nem megkerülhető a személyes felelősség (Bordás, 2010).

2.3 A kiégés kivédésének szervezeti lehetőségei

2.3.1 A kiégés szervezeti és társadalmi tényezői

A kiégés elleni küzdelem szempontjából tisztában kell lenni azzal, hogy szervezeti és társadalmi szinten a kiégést milyen tényezők váltják ki, illetve milyen módokon lehet tenni ellene.
A kiégést kiváltó szervezeti és társadalmi tényezők elemzése során több tényezőt azonosítottak a téma kutatói.

A kiégés intézményi szintű okai
A kiégés legfőbb munkahelyi okaként a következő tényezők emelhetők ki (Pines et al., 1978, id. Fekete, 1991; Maslach, 1981, id. Fekete, 1991; Mándi - Fekete, 2014; Edelwich - Brodsky, 1980):

- a teljesítmény nehezen mérhető, illetve nincs megfelelő mérési, értékelési rendszer
- a jövedelem jellemzően alacsony
- a szűkös, rossz tárgyi feltételek, anyag- és eszközhiány
- a fizikailag, érzelmileg túlzott igénybevétel
- a nagy vagy éppen tisztázatlan felelősségi viszonyok
- az autonómia hiánya vagy éppen túlzott volta
- az alacsony részvételi arány a döntési folyamatokban
- az intézményi, vezetői támogatás, megbecsülés hiánya
- a kollégák megbecsülésének hiánya
- a visszajelzés hiánya vagy éppen csak a túlzott negatív kritika jelenléte
- a személyzet-kliens arány kedvezőtlen, sok páciens jut egy segítőre
- a munkaidő kedvezőtlen volta (túl hosszú munkaidő, több műszak, munkaórák és szabadidő aránya)
- a kliensekkel töltött idő magas aránya;
- a gyakori stábülések
- a túlzott adminisztrációs feladatok
- a kliensekkel szembeni, intézményi szinten megnyilvánuló negatív attitűd
- a karrier, előmeneteli lehetőség hiánya
- a társas támogatás hiánya, a nem megfelelő munkahelyi légkör
- a munkahelyi diszkrimináció (nem, életkor szerint)
- a munkakör ellátásához elégtelen vagy túl magas képzettség
- a munkaerőhiányból adódó túlmunka
- az elégtelen munkahelyi kommunikáció.

A kiégés főbb társadalmi szintű okai
A kiégés legfőbb társadalmi okaként a következő tényezők emelhetők ki (Pines et al., 1978, id. Fekete, 1991; Maslach, 1981, id. Fekete, 1991; Mándi - Fekete, 2014):

- a szemlélet, ami a szociális szférát, a segítő tevékenységet a gazdaság más, „hasznot hozó” szférájához képest kevésbé értékesnek tekinti
- a terület alulfinanszírozása, költségvetési megszorítások, ezáltal alacsonyabb jövedelmek
- a gyakran átláthatatlan, változó, elbizonytalanító törvényi szabályozás
- a segítő szakmák társadalmi megbecsülésének, elismerésének hiánya
- a konfliktusok (fenntartó intézményekkel, kormányzattal) a működés biztosítása vagy az érdekképviselet során
- a munkaerő-gazdálkodás jellemzői (munkaerőhiány)
- a bürokratikus szabályozás.

2.3.2 Prevenció szervezeti és társadalmi szinten

Milyen lépések tehetők társadalmi és szervezeti szinten a kiégés megelőzésére (Kahn, 1978, id. Fekete, 1991; Freudenberger, 1975, id. Fekete, 1991; Mándi - Fekete, 2014)?

Megelőzési és beavatkozási lehetőségek szervezeti szinten

- jól strukturált teljesítményértékelő rendszer bevezetése
- tárgyi feltételek javítása (szponzorok felkutatásával)
- felelősségi viszonyok rögzítése, felelősség megosztása
- autonóm munkavégzés megteremtése
- döntési folyamatok átláthatóvá tétele, megosztása
- vezetői támogatás, megbecsülés kifejezése
- kollegiális megbecsülés megteremtése, kifejezésének támogatása
- pozitív visszajelzés rendszeres gyakorlása
- személyzet-kliens arány szabályozása
- munkaidő és szabadidő arányának javítása
- kliensekkel töltött idő szabályozása
- támogató stábülések gyakorlása, az öncélú stábülések formális megbeszélések megszüntetése
- adminisztrációs feladatok racionalizálása
- szupervízió a kliensekkel szembeni negatív attitűd megváltoztatására
- szupervízió a szakmai személyiség építésére
- előmeneteli feltételek szabályozása
- diszkriminatív megnyilvánulások elleni intézkedések bevezetése
- munkakörök betöltése a képzettségnek megfelelően, illetve a munkakörnek megfelelő képzettség elősegítése
- munkahelyi kommunikáció javítása
- továbbképzések szervezése
- a tevékenység fontosságának elismerése
- munkatevékenységek rotálása, munkaterületek váltása
- terhelések csökkentése a kliensek kiválasztásával, elosztásával
- visszavonulási lehetőség biztosítása emocionálisan túlságosan megterhelő kliensek esetén
- szervezeti kultúra fejlesztése
- kollegiális kapcsolatok, együttműködés elősegítése, támogatása.

Megelőzési és beavatkozási lehetőségek társadalmi szinten

A kiégés kivédésének lehetőségei (Kahn, 1978, id. Fekete, 1991; Freudenberger, 1975 id. Fekete, 1991; Mándi - Fekete, 2014):

- a társadalmi értékrend átalakítása
- a terület megfelelő, igazságos finanszírozása, jövedelmek növelése
- az egyszerű, közérthető törvényi szabályozás megfogalmazása
- a segítő szakmák társadalmi megbecsülésének, elismerésének növelése
- asszertív viselkedés, megoldások a működés biztosítása vagy az érdekképviselet során
- a munkaerő-gazdálkodás átalakítása
- a bürokratikus szabályozás egyszerűsítése
- az egészséges élet kibontakoztatásának támogatása
- a képzések, továbbképzések szervezése, biztosítása a fiatalok, a szakemberek, a vezetők számára
- kutatások támogatása az intervenciók megtervezéséhez.

2.4 A kiégés kezelésének személyes lehetőségei

2.4.1 A kiégés folyamata

A kiégést több szerző állapotként, mások folyamatként értelmezik.
Jerry Edelwich és Archie Brodsky (1980) a kiégés ciklikus folyamatjellegét hangsúlyozzák, és a kiégés négy fázisát különítik el:

1. Lelkesedés: energikusság, idealizmus, nagy elvárások, bizonyítási vágy mozgatja, csak a munkájában él.
2. Stagnálás: munkáját már nem találja elég izgalmasnak, már nem elégíti ki őt, így a barátok, család felé fordul, személyes igényei támadnak.
3. Frusztráltság: munkájának értelmét, saját hatékonyságát nem látja, az egész megkérdőjeleződik, semmi értelme az egésznek, így veszélybe kerülnek céljai. Érzelmi, fizikai és viselkedésbeli tünetek jelentkeznek.
4. Apátia: elindul egy védekező folyamat, munkája frusztrálja, de szüksége van rá, így eltávolítja magától, és minimális energiabefektetéssel működik (csak a szükséges időt tölti munkahelyén, kerüli a kihívásokat, kerüli a klienseket).

Beavatkozással a ciklus bármely pontján megtörhető, bár az apátia szakaszában az eredmény elérése nehezebb, mint az előző szakaszokban.
A lelkesedés fázisa nem csak a kiégés ciklusa felé haladhat, hanem kialakulhat a realizmus is, azaz a helyzet reális megítélése és elfogadása, amit kiegyensúlyozott elköteleződés, együttműködés, felelősségvállalás és kezdeményezés jellemez.

Freudenberger és North (1992, id. Ónodi, 2001) a kiégés folyamatát 12 lépcsőben határozta meg, amely szakaszok között nincs éles határ.

1. A bizonyítani akarástól a bizonyításkényszerig: az egyén célja, hogy ideális segítővé váljon, amit a környezet meg is jutalmaz.
2. Fokozott erőfeszítés: a tökéletesség jegyében a segítő mindent kézben akar tartani, mindent kontrollálni akar, mindent maga csinál, ez fáradtsághoz és a teljesítmény csökkenéséhez vezet.
3. A személyes igények elhanyagolása: a személy életében eluralkodik a munka, otthon is ezzel foglalkozik, a személyes életét elhanyagolja, megfeledkezik az ezzel kapcsolatos dolgokról.
4. A személyes igények és konfliktusok elfojtása: a kimerültség fokozódik, amit környezete előtt titkol, túlteljesítéssel kompenzál, a fáradtság fokozódik.
5. Az értékrend megváltozása: a sok lemondás következtében az értékrend is megváltozik, a helyzetek percepciója, megítélése ennek megfelelően torzul, a baráti kapcsolatok elvesznek.
6. A fellépő problémák tagadása: a feladaton, teljesítésen kívül minden más megszűnik, teher, az érdeklődés beszűkül, a kapcsolatok megszakadnak.
7. Visszahúzódás: a környezet iránti érdeklődés megszűnik, az egyén elmagányosodik, amitől való félelem egyben szorongást vált ki.
8. Magatartás- és viselkedésváltozás: a környezet pozitív jelzéseit nem veszi, a negatív jelzésekre túlérzékeny, jelentősen módosul a személy viselkedése, szélsőségesség jellemzi.
9. Deperszonalizáció: az önérzékelő képesség elvész, idegennek érzi saját testét, veszélyérzet elvész.
10. Belső üresség: diagnosztizálható tünetek, pszichés zavarok alakulnak ki (például pánikroham, klausztrofóbia).
11. Depresszió: az egyén belső késztetése elfogy, nehéz bármit is csinálni, fáradtság és kétségbeesés jellemzi, az életet értelmetlennek tartja.
12. Teljes kiégettség: a szomatikus és a pszichés veszélyeztetettség egyidejűleg jelentkezik.

Spaniol és Caputo (1979, id. Petróczi, 2007) a kiégési tüneteket súlyosság szerint csoportosította. Elsőfokú kiégés esetén a tünetek időnként és rövid időre jelentkeznek. Másodfokú kiégésnél a tünetek gyakoribbak és elhúzódóak, a kimerülés tartóssá válik, a hatékonyság csökken. A harmadfokú kiégés szintjén a tünetek

állandósulnak, megnövekednek a fizikai és lelki problémák, depresszió, betegségek, önmagával kapcsolatos negatív érzések, szociális visszahúzódás jellemzi az egyént.

2.4.2 A kiégés kezelése a kiégési folyamat fázisainak figyelembe vételével

Pines (1981, id. Mándi – Fekete, 2014) a kiégés fázisai szerint összegzi a beavatkozás lehetőségét.

1. A lelkesedés fázisában a realitásra kell fókuszálni, a realitást kell erősíteni.
2. A stagnáció fázisában az egyén energiáinak mozgósítása, az érdeklődés felkeltése, a bevonódás felélesztése szükséges, ami képzésekkel, tréningekkel, együttműködési lehetőségekkel valósítható meg.
3. Frusztráció esetén a változtatás szükségességének felismerése, a pozitívumok láttatása, az energiák változás érdekében történő mozgósítása szükséges.
4. Az apátia fázisában az egyén támogatása szükséges az új, reális célok megfogalmazásában, a bevonódás felélesztésében.

Freudenberger-North (1992, id. Ónodi, 2001) 12 lépcsős modelljéhez illesztve megfogalmazhatók a beavatkozási lehetőségek is.

1. A bizonyítani akarástól a bizonyításkényszerig: fel kell ismerni, hogy a bizonyítási vágy, igény átalakult bizonyítási kényszerré. Megfelelő munka- és életritmus kialakítása szükséges.
2. Fokozott erőfeszítés: a megterhelést csökkenteni kell, a feladatokat meg kell osztani, illetve delegálni kell.
3. A személyes igények elhanyagolása: az életmódot, a pihenést rendszeressé, strukturálttá, megtervezetté kell tenni.
4. A személyes igények és konfliktusok elfojtása: a szervezet jelzéseire, a szükségletekre oda kell figyelni, rendszeres alvás és mozgás szükséges.
5. Az értékrend megváltozása: az értékrend őszinte felülvizsgálata, fontossági sorrend felállítása jelenthet megoldást.
6. A fellépő problémák tagadása: szembe kell nézni az eltagadott valósággal, fontos a dolgok megfogalmazása, kimondása, a segítő beszélgetés jó támasz ehhez.
7. Visszahúzódás: szembe kell nézni azzal, hogy az embernek szüksége van társas kapcsolatokra, segítségre, figyelemre, szeretetre, elfogadásra, megbecsülésre. A belátást segíti ezek megfogalmazása, kimondása, amihez a segítő beszélgetés jó támasz.
8. Magatartás- és viselkedésváltozás: magatartásunk megváltozását fel kell ismernünk, amihez a környezet visszajelzése segítség lehet, ha ez az egyén számára megfelelő formában – feltétel nélküli elfogadás mellett – érkezik (amit szakember segítsége biztosíthat), és nem vált ki elhárító reakciókat.
9. Deperszonalizáció: szakszerű orvosi, pszichológiai, pszichoterápiás segítség szükséges.
10. Belső üresség: szakszerű orvosi, pszichológiai, pszichoterápiás segítség szükséges.
11. Depresszió: szakszerű orvosi, pszichológiai, pszichoterápiás segítség szükséges.
12. Teljes kiégettség: szakszerű orvosi, pszichológiai, pszichoterápiás segítség szükséges.

Spaniol-Caputo (1979, id. Petróczi, 2007) nem csak a kiégés tüneteit csoportosította, de a beavatkozási lehetőségeket is hozzárendelte a kiégési szinthez. Az elsőfokú kiégés esetén a pihenés, kikapcsolódás (sport, hobbi) segíthet. A másodfokú kiégésnél az egyszerű pihenés, kikapcsolódás már nem segít. A problémák belátása, rendszeres egészségmegőrző tevékenységek bevezetése, életmódváltás szükséges. A harmadfokú kiégés szakszerű beavatkozás: mind az egyén, mind a helyzet jelentős mértékű megváltoztatása szükséges.

2.4.3 A kiégés személyes tényezői

A kiégés személyes tényezői közül a következő tényezők emelhetők ki, a kiégés létrejöttében szerepet játszik (Pines et al., 1978, id. Fekete, 1991; Maslach, 1981, id. Fekete 1991):

- az iskolai végzettség foka
- a vágy, hogy a munka legyen az önmegvalósítás terepe, és az ehhez kapcsolódó magas elvárások
- irreális elvárások és célok
- a pályán eltöltött idő
- a foglalkozásválasztás rejtett motivációi (például mások feletti kontroll vágya, önismeret vágya, öngyógyítás vágya)
- a saját élet megoldatlan problémáival való szembesülés
- a megmentő (misszionárius) attitűd
- a kudarc saját személyisége kudarcaként megélése
- a saját erő, teherbíró képesség túlbecsülése
- az elismerés magas igénye
- a klienssel való túlazonosulás
- a társas kapcsolatok munkahelyen történő pótlása.

2.4.4. Prevenció, intervenció a személyes szinten

A kiégés személyes színtéren való megvalósításának lehetőségei (Pines et al., 1978, id. Fekete, 1991; Maslach, 1981, id. Fekete 1991; Roehlke, 1988 és Watkins, 1983, id. Mándi és Fekete, 2014):

- az iskolai végzettség és a betöltött munkakör illesztése
- az önmegvalósítás céljainak kitágítása, az élet munkán kívüli területeihez kötése
- a munkakör, a tevékenység reális megítélése, reális célok kitűzése
- a foglalkozás választás rejtett motivációinak feltárása, az attitűdök tisztázása, az önismeret fejlesztése, reális énkép kialakítása, pozitív önértékelés, érett segítő identitás kialakítása
- problémamegoldó készségek, stresszcsökkentő technikák elsajátítása, alkalmazása
- a reális kép kialakítása a hivatásról, kliensről, elfogadható terhelésről, illetve ezek időről időre való felülvizsgálata
- a szakmai tevékenység elméleti kereteinek megteremtése, ésszerű elköteleződés mellette
- a saját élet megoldatlan problémáival való szembenézés, megoldásuk
- a tevékenység sikerességének definiálása, a saját hatókör belátása
- a felelősségi körök tisztázása
- a saját erő, teherbíró képesség reális felmérése
- a siker, az elismerés más forrásainak felkutatása
- a klienssel való viszony szabályozása, elköteleződés túlazonosulás nélkül
- a munkahelyen kívüli társas kapcsolatok kiépítése, működtetése, egészséges személyekkel való barátkozás, családi, baráti kapcsolat erősítése
- a támogató munkahelyi kapcsolatok kialakítása, elkötelezett kollégákkal való kapcsolatkeresés
- a kiégés kockázati tényezőinek, tüneteinek tudatosítása
- időszakonkénti részvétel képzéseken, továbbképzéseken, tréningeken, szupervízión
- az egészséges életmód megvalósítása, a szervezet jelzéseire való odafigyelés
- az aktív szabadidő megteremtése, tartalékolása
- az élménylehetőségek felkutatása, átélése
- a környezeti stresszténye zők megváltoztatása.

Thomas M. H. Bergner (2010) a kiégés megelőzésére 12 szintű programot javasol, amelyek a kiégést kiváltó okokat célozzák meg:

1. szint: A valóság elfogadása, annak megvizsgálása, hogy valóban fennáll-e a kiégés, a tünetek a kiégés jelei-e, annak megállapítása, hogy változtatás szükséges.
2. szint: Erőforrásgyűjtés. Fel kell fedezni, újra tudatosítani kell a rendelkezésre álló, mozgósítható erőforrásokat.
3. szint: Önmegértés. Önmagunk és helyzetünk reális felmérése, tudatos szembenézés, önismeret szükséges.
4. szint: Az időtől való függetlenség. Ki kell alakítani egy hatékony időgazdálkodást, még inkább egy hatékony határidő-kezelési módot.
5. szint: Az önbizonyosság. Vissza kell szerezni a kontroll élményét, azt, hogy hatást tudunk gyakorolni az eseményekre.
6. szint: Tartós elégedettség. Biztosítani kell a tartós elégedettséget a célok, elvárások teljesítésével és a biztonság megteremtésével, ami a reális önértékelés függvénye.
7. szint: Stressztolerancia. Fontos a stresszforrások megszüntetése mellett a feszültségek elviselése, kezelése is.
8. szint: Kettős kompetencia. Mind az érzelmi kompetenciánkat (önérzékelés, önirányítás, önmotiváció), mind a szociális kompetenciánkat működésbe kell hozni.
9. szint: Helyzettolerancia. Fel kell készülni az elviselhetetlen, megváltoztathatatlan helyzetek sikeres kezelésére.
10. szint: Szerepbiztonság. A szerepbiztonság a kívánt szerepek kiválasztását, elsajátítását és megvalósítását jelenti.
11. szint: Célfelismerés. Mind a szakmai, mind a magánéleti célokat meg kell vizsgálni, tudatosítani, és tervet kell készíteni megvalósításukra.
12. szint: Célmegközelítés. Saját életünk értelmének megtalálása a cél.

3 Stresszkezelés

Összefoglalás

A kiégés és stresszkezelés témáról szóló fejezet elemzi a kiégés és a stressz fogalmának, jelenségének kapcsolatát. A két jelenség összefüggése indokolttá teszi a stressz jelenségének körüljárását. A fejezet összefoglalja a stresszt kiváltó helyzeteket, azok jellemzőit, a krónikus stresszállapot tüneteit. A fejezet megvizsgálja az idősellátásban különösen jellemző stresszfaktorokat. A segítő szakembereket nagyon megterhelik mind az idős emberek állapotához, mind a velük való munka jellegéhez kapcsolódó tényezők, amelyek jelentős stresszfaktornak bizonyulnak. A fejezet összefoglalja azoknak a lehetőségeknek a sorát, amelyek lehetővé teszik a stresszhelyzetekkel való megküzdést, illetve bemutatja azokat a protektív tényezőket, amelyek pozitívan befolyásolják a megküzdés folyamatát.

Cél

Mind az érzelemközpontú, mind a problémaközpontú megküzdési módok pozitív változatainak elsajátítása, a protektív faktorok erősítése hozzájárul a stressz hatékony kezeléséhez, ezáltal a kiégés veszélyének csökkentéséhez.

Kulcsszavak

- Eustressz, Distressz, Stresszt kiváltó események, Stresszreakciók
- Érzelemközpontú megküzdés, Viselkedéses pozitív és negatív stratégiák, kognitív pozitív és negatív stratégiák, Problémaközpontú megküzdés
- Protektív faktorok, Kontrollképesség, Tanult leleményesség, „Keményen helytálló” személyiség, Diszpozicionális optimizmus, Koherencia érzék, Éntudatosság

Tanulást segítő kérdések

Hogyan határozhatjuk meg a stressz fogalmát?
Milyen tényezők befolyásolják egy esemény stresszkeltő jellegét?
Melyek a tartós stressz tünetei?
Hogyan befolyásolja az egészséget a stressz?
Milyen sajátos nehézségekkel kell megküzdenie annak a szakembereknek, akik idős emberekkel dolgoznak?
Melyek a stresszel való megküzdés hatékony érzelemközpontú stratégiái?
Melyek a stresszel való megküzdés hatékony problémaközpontú stratégiái?

Magyar nyelvű ajánlott irodalom

Atkinson, R. C. et al. (2005): *Pszichológia.* Budapest, Osiris Kiadó
Csürke J. – Vörös V. - Osváth P. – Árkovits A. (szerk.) (2014): *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve.* Budapest, Oriold és Társai Kiadó
Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

3.1 Fogalom tisztázása, stresszkezelési alapvetések

3.1.1 A kiégés és a stressz összefüggése, a stressz fogalma, stresszt kiváltó tényezők

A kiégés egy komplex, elsősorban érzelmileg, egyben szociálisan és fizikailag is tartósan megterhelő munkatevékenységre adott reakció. Az érzelmi megterhelés – ami az intenzív empatikus igénybevételtől kezdve, az együttérzésen át a különböző helyzetekből származó frusztrációkig és konfliktusokig tart –, összekapcsolódik, átfedést mutat a stressz fogalmával, jelenségével. A kiégés prevenciójához szorosan kapcsolódik a stressz témaköre.

A kiégés megelőzésében segítséget jelent a segítő szakembernek, ha tisztában van a stresszt kiváltó helyzetekkel, jellemzőkkel, a stressz okozta tünetekkel és a stresszoldás lehetőségeivel.

A stresszállapot olyan helyzetekben jön létre, amikor az emberek azzal szembesülnek, hogy fizikai és pszichológiai jólétük veszélyeztetve van. A kiváltó eseményeket stresszoroknak, az emberek erre adott válaszait stresszreakcióknak nevezik.

Ugyanakkor – a hétköznapi gondolkodással ellentétben – a stressz élménye önmagában nem jó vagy rossz, a meghatározó tényezők a körülmények és a stresszre adott válaszok. Eustressznek nevezik azt az állapotot, amikor az egyén képes a stresszhelyzettel megbirkózni, megküzdeni, s amely az egyén személyiségének megerősödését, fejlődését, gyarapodását eredményezi. Distressznek pedig azt nevezzük, amikor az egyén nem képes megbirkózni a stresszt okozó helyzettel, ami frusztrációval, kudarcélménnyel, a sikertelenség érzésével jár együtt (Selye, 1976).

Milyen események okoznak stresszt? A stresszt kiváltó eseményeket jellemzőik alapján az alábbiak szerint csoportosítják (Atkinson et al., 1994; Atkinson et al., 2005):

1. Traumatikus események, amelyek ritkán előforduló, rendkívüli események. Ilyenek: a természeti és az ember okozta katasztrófák (árvíz, földrengés, háború, nukleáris baleset); végzetes szerencsétlenségek (gépkocsi- vagy repülőgép-baleset); a testi épséget veszélyeztető támadások (bántalmazás, erőszak, emberölés).
2. A befolyásolhatatlan események jelentős stresszforrások. Az ember alapvető motivációs jellemzője, hogy fontos számára az események kontrollálása. A befolyásolhatatlan esemény is lehet súlyosabb (szeretett személy elvesztése, betegség, munkahely elvesztése), és lehet kevésbé súlyos (valami elvesztése, más hibájából lemaradunk egy programról, mindennapi bosszúságok).
3. A megjósolhatatlan események jelentős stresszforrások. Egy előre látható negatív esemény kevesebb stressz okoz, mint amit egy előre nem látható, ahol nem lehet számítani, felkészülni a helyzetre. Ez még akkor is igaz, ha a helyzet befolyásolhatatlan. Ez tehát azt jelenti, hogy kevésbé stresszes, ha egy jelzés alapján fel lehet készülni az eseményre, illetve „pihenni” lehet addig, amíg a jelzést meg nem kapjuk. Vannak foglalkozások (tűzoltók), ahol a megjósolhatatlanság okoz nagyfokú megterhelést.
4. Az egyéni képességeket próbára tevő helyzetek stresszkeltőek. Sok helyzet befolyásolható és bejósolható, mégis stressz forrása, mert amit a helyzet megoldása igényel, az meghaladja az egyén képességeit, ez pedig negatív hatást gyakorol az egyén énképére.
5. Az egyéni élet során bekövetkező események, változások is okozhatnak stresszt. Az életkörülmények változása (költözés, házasság, válás, állásváltoztatás, betegség) erőteljesen igénybe veszi az embert, még akkor is, ha pozitív jellegűek. Thomas Holmes és Richard Rahe 1967-ben (id Atkinson et al., 2005) összeállított egy skálát, amely olyan életeseményeket tartalmaz, amelyek jelentős alkalmazkodást igényelnek, s amelyek ezáltal stresszt okoznak. A skála elgondolkodtató és még ma is informatív, de meg kell jegyezni, hogy a negatív események, érzelmek nagyobb hatást gyakorolnak a testi, lelki működésre, mint a pozitívak, és az egyéni reakciók (életkorhoz, kulturális háttérhez köthetően) nagy eltérést mutatnak.
6. A stressz belső konfliktusokból is fakadhat. Akár tudatos, akár tudattalan módon, az összeegyeztethetetlen célok, a döntési kényszer, belső szükségletek, motívumok összeütközése belső konfliktushoz vezet. A nyugati társadalmakban a legtöbb belső konfliktus az alábbi dilemmákhoz köthető:
    - Függetlenségre vágyunk, de nem mindig valósíthatjuk meg, úgy, ahogy szeretnénk.
    - Intimitásra, intim kapcsolatra vágyunk, de félünk attól, hogy túlságosan kiadjuk magunkat.
    - Gyakran versengésre szocializálódunk, ugyanakkor szükségünk van az együttműködésre.
    - Gyakran korlátok nélkül szeretnénk impulzusainkat kiélni (például agresszió), de az erkölcsi szabályok megszegése bűntudatot kelt bennünk.

3.1.2 A szervezet válasza a stresszre, a stressz tünetei, stresszreakciók

Milyen reakciók következnek be stressz esetén?
Stressz esetén a szervezet felkészül a cselekvésre, a „harcolj vagy menekülj”, a „küzdj vagy fuss” ősi mintázata szerint. A stresszre adott fiziológiai válaszok ezt a célt szolgálják.

- a máj többletcukrot termel → izmokhoz, energia
- hormonok felszabadulnak → zsír és fehérje cukorrá alakulását segíti
- anyagcsere nő → energia
- szívritmus, vérnyomás, légzésszám, izomfeszültség nő → "harcolj vagy menekülj"
- nélkülözhető aktivitások csökkennek → pl. emésztés
- nyáltermelés, orrnyálkahártya váladéktermelése csökken → növeli a tüdőbe vezető légutakat
- endorfinok szabadulnak fel → természetes fájdalomcsillapító
- felületi vérerek összehúzódnak → vérzés csökkentése
- lépből vörösvérsejt kerül a keringésbe → oxigénszállítás jobb
- csontvelőből több fehérvérsejt → fertőzés ellen

Ez mindaddig megfelelő, míg az egyén számára lehetőség van a cselekvésre, a keletkezett feszültség levezethető, a fiziológiai reakciók lecsengenek. Problémát az jelent, ha ez nem következik be, a szervezet fiziológiai vészreakciója tartósan fennáll, s ez a szervezet pszichoszomatikus megbetegedéséhez vezet.
Érzelmi reakciók közül a stressz leggyakrabban a szorongást váltja ki. A stresszhelyzetek gyakran a frusztráció élményével járnak együtt, aminek további érzelmi következménye a harag. A frusztrációs élmény ugyanakkor fásultságot is eredményezhet.

Milyen tüneteket okoz a túlzott és tartósan fennálló stressz?
A tartósan fennálló stressz következtében számtalan testi tünet figyelhető meg. Az egyént álmatlanság gyötri, fejfájás, kimerültség, remegés jellemzi. Gyakori az emésztési zavar, étvágytalanság, bőrkiütés, szájszárazság, mozgászavar.
A stressz tartós fennállása esetén a megjelenő érzelmi állapotok bármelyike megjelenhet, illetve bármelyikbe visszacsúszhatunk. A szorongás, harag, fásultság mellett gyakori a tartósan jelen lévő nyugtalanság, aggodalom, pánik, düh. Jellemző a hangulatváltozás, a másokkal szembeni ellenségesség vagy bizalmatlanság.
Intenzív, tartós stressz állapot kognitív szinten is rontja a hatékonyságot. Jellemző a figyelmetlenség, összpontosítás hiánya, feledékenység, múltba tekintés, elfogultság, csökkent kreativitás.
A tartós stressz hatása viselkedéses szinten is megfigyelhető. Jellemző lehet az agresszió vagy éppen a visszahúzódás, cselekvéshiány, döntésképtelenség. Gyakoriak az egészségre káros hatású szokások (túlzott dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás), az öngyilkossági hajlam.

Hogyan befolyásolja az egészséget a stressz?

- A folyamatos, krónikus fiziológiai és érzelmi stresszválaszok pszichoszomatikus betegségekhez (gyomorfekély, magas vérnyomás, szívbetegség, vastagbélgyulladás, asztma, reuma) és az immunrendszer gyengüléséhez, ezáltal további betegségekhez vezetnek. „Az immunrendszernek a passzivitás, szorongás, szomorúság, reménytelenség és pesszimizmus az ellensége, míg a derű, bizakodás, reménység az éltetője”. (Bagdy, 1997, 20. o.)
- A sérülékenység-stressz modell az interakciót hangsúlyozza a stressz, a személyiség és egy betegségre való biológiai fogékonyság között.
- A stressz az életmód megváltozásán keresztül is kifejti hatását. A stressz rendszertelen alváshoz, nem megfelelő táplálkozáshoz, iváshoz, dohányzáshoz, ellustuláshoz vezet, ezen keresztül fokozva az egészségromlást. A kialakult betegségek lefolyását az egészségre káros viselkedések tovább rontják.
- A stressz okozta kellemetlen tünetek, kialakult betegségek orvosi ellátást igényelnek, ami kialakít, illetve erősít egyfajta betegségtudatot, ami akár önmagát fenntartó folyamattá alakulhat, annál is inkább, mert a betegségbe, kezelésekbe való menekülés jó ürügy a stresszorok elkerülésére (Atkinson et al., 2005).

3.2 Stresszfaktorok az idősellátásban

3.2.1 Az életszakaszhoz kapcsolódó nehézségek

A segítő szakemberek munkája lelkileg, sőt gyakran fizikailag is megterhelő tevékenység. A segítő szakember feladata – saját maga és kliensei érdekében –, hogy tisztában legyen munkatevékenységének jellemzőivel, veszélyeivel, s ezáltal lehetősége legyen ezek negatív következményeinek kivédésére.
Az idősellátásban dolgozó szakemberek érzelmi megterhelése gyakran fakad a haldoklás, halál, elmúlás, gyász világából. Az idős embert foglalkoztatja az elmúlás, az életútösszegzés, a búcsúzás kérdése. Bár a szociális munka a jelenre fókuszál, az idős személyek esetében tekintetbe kell venni, hogy számukra fontos a múlt felé fordulás, az emlékek felidézése, és a szakember a múlton keresztül teremthet kapcsolatot az idős emberrel (Brettner - Mucsi, 2013).

Gyász
A gyász a mindennapokban többféle tartalmat is lefed, jelenti a veszteség fájdalmát, a veszteségre adott reakciót és a veszteség feldolgozásának folyamatát is. Freud 1917-ben (id. Horti - Ábrahám, 2014) a szeretett személy elvesztésére adott reakcióként határozza meg a gyászt, aminek jellemzője a fájdalom és a környezet iránti érdeklődés elvesztése. A gyász dinamikus, aktív jellegének leírására pedig a „gyászmunka” fogalmat vezeti be.
Lindemann 1944-ben (id. Horti - Ábrahám, 2014, 240. o.) összegezte az akut gyász jellemzőit:

- „az akut gyász pszichés és szomatikus tünetekkel leírható tünetegyüttes,
- lehet azonnali, de késleltetett is; lehet túlzottan erős, vagy akár rejtett,
- a tünetek igen eltérőek vagy akár kórosak is lehetnek,
- ezek azonban a megfelelő terápiás eszközökkel „normális gyásszá” alakíthatók.”

A gyászmunkához időre van szükség, amit a gyászoló személyt segítő szakembernek is figyelembe kell vennie. A gyászban eltöltött idő bizonytalan hosszúságú, ami szorongást kelt. Ugyancsak szorongást kelt az azzal való szembesülés, hogy életünk, időnk véges, amellyel nem csak a gyászoló kliens, hanem a segítő szakember is szembesül. A gyászmunkához hosszabb idő szükséges, amelyet a „gyászév” kifejezés is jelez, hiszen minden eseményt, ünnepet meg kell élni az elvesztett személy nélkül.
A gyász folyamatát többen szakaszokra osztották. Valójában a gyászfolyamat inkább hullámtermészetű, nincsenek szigorúan egymást követő szakaszok, nincsenek éles szakaszhatárok. Ugyanakkor a szakaszok, jellemzőik leírása segítségére lehet a segítő szakembernek a gyász folyamatában való eligazodásban. A különböző elképzelések 3-5 szakaszt különítenek el.
A fő szakaszok tekintetében egybecsengés tapasztalható:

1) érzelmi sokk
2) a veszteség tudatosulása
3) felépülés
4) újraszerveződés.

A középső szakasz több további szakaszra bontható a jellemző érzelmek alapján.
A gyász folyamatát leginkább segítő tényező az emberi kapcsolatokban rejlik. Mind a gyászoló személy környezetében lévő személyek, mind a segítő szakember részéről a „jelenlevés”, illetve a kapcsolat lehetősége a segítés maga. Fontos, hogy a gyászoló személy érezze, hogy környezete jelen van, érzelmileg elérhető, támogató. Ez az elfogadó környezet teszi lehetővé a gyászoló személynek, hogy megtalálja a gyászoláshoz saját eszközeit (Horti - Ábrahám, 2014).
„A gyászolókkal való munka intenzív, de türelmes jelenlétet kíván a segítőtől. A hangsúly az együttlevésen, az érzelmi elérhetőségen, a közös jelentéskeresésen van.” (Horti - Ábrahám, 2014, 246. o.)

Terminális állapotban lévő emberek ellátása
A terminális állapotban lévő betegek ellátása érzelmileg megterhelő, etikai dilemmákkal terhes feladat.
Az orvosetikai alapelvek (autonómia tisztelete, „jótékonyság”, „ne árts”, igazságosság) rávilágítanak arra, hogy milyen nehéz és megterhelő ezeknek az alapelveknek maradéktalanul megfelelni.

Az autonómia tisztelete azt jelenti, hogy lehetővé tesszük, hogy a kliens autonóm módon dönthessen sorsáról, amihez megfelelő információk nyújtásával járulunk hozzá, illetve azzal, hogy a döntést, akár a kezelés mellőzésére vonatkozó kívánságát, tiszteletben tartjuk.
A jótékonyság elve, a „tegyél jót” és a „ne árts” gondos mérlegelést igényel, fel kell mérni egy kezelés előnyeit és kockázatait, vagy akár hiábavaló, haszontalan voltát. A „tegyél jót” elvet néha azért nehéz megvalósítani, mert nehéz megmondani, hogy mi szolgálja a beteg érdekét. A „ne árts” elv megvalósításának nehézsége pedig a kezelések mellékhatásainak negatív következményeiből adódik. A „ne árts” dilemmát érinti a „megmondás” kérdése, hiszen ha nem megfelelő a közlés, azzal ártani is lehet.
Az igazságosság elve a kezelésekhez való hozzáférés igazságosságát jelenti. A betegség súlyossága, a kor szerinti diszkrimináció ellentétes az igazságosság elvével (Hegedűs, 2013).
Az etikai dilemmák mellett komoly érzelmi megterhelést jelent a segítő szakember számára a rossz prognózisról való beszélgetés.

3.2.2. A munkatevékenység jellemzőiből adódó nehézségek

Kliensjellemzők
Az idős emberekkel – akiknek állapotára a szellemi hanyatlás, demencia jellemző – való kapcsolattartás rendkívül megterhelő akár a családtagoknak, akár a segítő szakembereknek. A feledékenység, koncentrációs zavarok, a meglassult mentális tempó, szótalálási nehézség, a sztereotip beszéd és viselkedés kimeríti a velük kapcsolatban álló egyéneket. Időnyomás alatt, kellő türelem hiányában a környezet nem veszi tekintetbe a kognitív zavart, a megváltozott kognitív képességeket. Gyakran szándékos bosszantásként értelmezik az idős ember részéről.
Az idős embereket gondozó szakemberek és családtagok számára még inkább megterhelő a tudatzavarral, hallucinációval, paranoid téveszmékkel együttjáró állapotok. A beteg gyakran kiszámíthatatlan, esetleg agresszív, így a vele való munka sok bizonytalanságot, veszélyt rejt magában.
Az időskori depresszió, az ezzel járó negatív következmények (a testi tünetekhez kapcsolódó folyamatos panaszkodás, az erőteljes negatív emóciók, megjelenő függőségek, öngyilkossági hajlam veszélye) érzelmileg mindenki számára rendkívül megterhelő.

Munkajellemzők
Az idős, beteg emberekkel való munka fizikai megterhelést jelent. Fizikai megterhelést jelent az idős személy gyengébb fizikumából adódó feladatok (bevásárlás, cipekedés, takarítás) ellátása. A beteg, mozgásában korlátozott személy mozgásának támogatása vagy mozgatása (emelése, fordítása) folyamatos erőfeszítést igényel.
Az ápolás, gondozás feladata gyakran rutinszerű, ismétlődő feladatokból áll, amin kívül más tevékenységre idő sem adódik, így a munka gyakran monotonná válik.
Azokban az esetekben, ahol a beteg személy állapotában nem várható javulás, a körülményein, nehézségein a szakember sem tud segíteni, ez erősíti a tevékenység értelmetlenségének érzését.
Külön felkészültséget igényel a hozzátartozókkal való kapcsolattartás. Az idős ember családtagjai sokféle elvárást támasztanak a segítő szakemberrel szemben, amit esetenként nehéz elviselni, nehéz reagálni rá, illetve nehéz megfelelően kezelni vagy visszautasítani.

3.2.3. Az időskori identitáskrízis megoldási lehetőségei

Az idősödő személynek négy területen kell megőriznie önértékelését:
1) Az önértékelést függetlenné kell tenni az aktuális szerepektől.
2) Az aktivitás megőrzése mellett el kell fogadni az idősödés folyamatát.
3) A célokat és elvárásokat át kell értékelni.
4) A múlt, a sikerek és kudarcok reális, objektív értékelése szükséges (Morgan, id. Boga, 2014).
Jelentősége van annak, hogy az idős ember hogyan éli meg múltját, a múlt jelenhez való viszonyát. Az ún. narratív identitás – az elbeszélés folyamatában önmagunkról kialakított, megjelenített kép – ezen alapul.

Az idő múlásának megélése, az idő múlásához való viszony hatással van az életélményre. A lineáris idő (születéstől a halálig) a halál közeledtére, a ciklikus időélmény (napi, évszaki ciklusok) az örömteli eseményekkel való újabb találkozás lehetőségére irányítja a fókuszt (Boga, 2014).
Az időskori identitáskrízis megoldása többféle úton lehetséges. Fontos a sorstársakkal való együttlét, de fontos a fiatalokkal való kapcsolattartás is, mert ez oldja igazán a lélektani izolációt, és jelzi az élet folytonosságát. Szükség van valódi, funkcionáló családi kapcsolatokra is. Az idős embereknek lényeges függetlenségük megtartása, amit a környezet támogatása övez. Amire igazán szüksége van az idős embernek, az a szeretet és elfogadás érzése és kifejezése.
Identitásteremtő és integritásmegőrző az alkotó munka, az aktív, tevékeny élet gyakorlása.
Hogyan segítheti az idős ember identitáskrízisének megoldását a segítő szakember? Gyakran elég a környezeti támogatás, mert az idős emberek a támogató környezetben tudják mobilizálni megküzdő képességeiket, ellenkező esetben terápiás kapcsolat működtetésére van szükség (Osváth - Árkovits - Csürke, 2014).

3.3 A stresszkezelés érzelemközpontú megoldásai

A megküzdés (coping) az a folyamat, melynek során a személy megpróbál szembeszállni a stresszel.
Az érzelemközpontú megküzdés során az egyén a negatív érzelmek elhatalmasodását igyekszik megakadályozni. A negatív érzelmek és azok hatásának csökkentése, a feszültség enyhítése, egyrészt lehetővé teszi, hogy a későbbiekben a problémára, a probléma megoldására fókuszáljunk, illetve biztosítja a szervezet tehermentesítését olyan esetekben is, amelyekben nincs lehetőség cselekvésre, problémamegoldásra, amikor a helyzet befolyásolhatatlan, az érzelmek elviselhetetlenek, önmagunkra vonatkozó tapasztalatok kellemetlenek. Habár ez utóbbiak felismerése, az érzelmi válaszok tudatos alakítása is tekinthető adott esetben problémamegoldásnak.
A negatív érzelmek elhatalmasodását az egyén többféleképpen szabályozhatja, viselkedéses vagy kognitív stratégia segítségével, illetve pozitív, az egyén számára megfelelő, a feszültséget csökkentő, de újabb negatív érzelmeket nem teremtő, illetve az egészséget nem veszélyeztető módon. Ugyanakkor mind a viselkedéses, mind a kognitív stratégiák között van olyan, melynek alkalmazása a feszültség csökkentése mellett újabb negatív érzelmeket kelt, illetve az egészséget veszélyezteti.
Viselkedéses, pozitív stratégiák: kellemes tevékenységek; testmozgás, sport, fizikai erőfeszítés; relaxáció, meditáció; szórakozás, mozi, játék (barátokkal, családtagokkal, gyermekkel); érzelmi támasz keresése a barátoknál, a stresszkeltő helyzetekről való beszélgetés; a helyzet, illetve a hozzá kapcsolódó érzelmek leírása; társasági események; biztonságot nyújtó rituálék; művészeti tevékenységek, önkifejezés; természet felé fordulás; vallásos hit gyakorlása.
Viselkedéses, negatív stratégiák: olyan tevékenységek, amelyek elterelik a figyelmet, de veszélyes dolgok, és fokozzák a rossz hangulatot, erős ivás; önveszélyes viselkedés; dühkitörés, mások agresszív zaklatása.
Kognitív, pozitív stratégiák: a probléma időleges félretétele; a helyzet újraértékelése, átkeretezése; humor, önirónia alkalmazása; pozitív dolgokra való fókuszálás; sikerek tudatos észrevétele, pozitív személyiségjegyeink kiemelése.
Kognitív, negatív stratégiák: azon való rágódás, hogy milyen rosszul érezzük magunkat (kérődzés); fantáziába menekülés, önvád; tagadás, illetve elhárító mechanizmusok (olyan tudattalan stratégiák, amelyek azon módosítanak, ahogy a személy a helyzetről gondolkodik, vagy ahogyan észleli azt) működnek.
Az érzelemközpontú megküzdés pozitív stratégiái káros hatások nélkül

- csillapítják az aggódás és a szorongás érzését
- ellensúlyozzák a stressz biokémiai következményeit
- fokozzák az immunrendszer működését
- megerősítik a személyt
- növelik a kontroll érzését
- elterelik a figyelmet
- „levegőhöz” juttatnak

- a „lereagálás” társadalmilag elfogadható formáját nyújtják
- javítják az állóképességet
- csökkentik a pszichológiai megbetegedéseket
- érzelmi támaszt nyújtanak
- lehetővé teszik a helyzet észlelésének megváltozását.

(Atkinson et al., 2005; Oláh, 2005; Norfolk, 1997; Bagdy, 1997; Tandari – Kovács, 2011; Lazányi, 2012)

3.4 A stresszkezelés problémaközpontú megoldásai

A megküzdés (coping) az a folyamat, melynek során a személy megpróbál szembeszállni a stresszel.
A problémaközpontú megküzdés során az egyén a helyzet elkerülésére vagy megváltoztatására törekszik.
A helyzet elkerülését vagy megváltoztatását biztosító problémamegoldó stratégiák közé sorolható:

A cél átalakítása

- alternatív forrás a vágykielégítésre
- reális célok választása
    - legyen világos, konkrét, megvalósítható
    - saját magunknak, saját tempóban
    - rangsoroljunk
    - kedvezőtlen feltételek mellett ne akarjunk kiválóan teljesíteni
    - igyekezzünk azt csinálni, amiben jók vagyunk.

A helyzet és a körülmények átalakítása

- iktassuk ki a zavaró tényezőket a fizikai környezetből
    - zsúfoltság, zaj, hőmérséklet optimalizálása
- szerezzük be a szükséges információkat
- egyéb lehetséges megoldások átgondolása
- vonjuk ellenőrzésünk, kontrollunk alá a helyzetet
- tanuljunk meg elvonulni
    - pihenés, szünet, jó éjszakai alvás, szabadság.

Önmagunk átalakítása

- hozzáállás megváltoztatása
    - a görcsös erőlködés árt a teljesítménynek
    - a kudarc természetes velejárója az életnek
    - vállaljunk felelősséget
- tanuljunk meg elfogadni
    - elégedetlenség helyett fogadjuk el önmagunkat, az elkerülhetetlent
- igényszint módosítása
- érzelmek kezelése, kontrollja
    - fejezzük ki az indulatainkat
- legyünk nyitottak az újra, a tapasztalatokra
    - tapasztalat és jártasság kell
- mélyebb önismeretre kell szert tenni
    - fel kell mérni képességeinket (erősségeinket) és korlátainkat (gyengeségeinket)
    - tisztázni kell a céljainkat, mit akarunk elérni az életben
    - fel kell ismerni a stressz kiváltóit, ez már önmagában gyógyító
    - legyünk tisztában a stressz tüneteivel
    - tudni, hogy melyik stresszkezelési technika mikor a megfelelő
- alkalmazkodjunk az élet változásaihoz
    - tegyük ki magunkat apróbb változásoknak

    - készüljünk fel a változásra, tervezzük meg
    - legyenek stabil területeink
- növeljük biztonságérzetünket
    - tanuljunk meg a kevésből is kijönni
    - legyen tartalékmegoldásunk
    - tartsunk több vasat a tűzben
    - tanuljunk meg kockázatot vállalni.

Új készségek, ismeretek elsajátítása

- fejlesszük kreativitásunkat
- tanuljunk meg kikapcsolódni
    - relaxációs technikák, laza testhelyzet, nyújtózkodás
- ne hajszoljuk túl magunkat
    - tanuljunk meg nemet mondani
    - napjainkat ne zsúfoljuk tele feladatokkal
    - tanuljuk meg a feladatokat és a felelősségeket átadni
    - készítsünk feladatlistát és rangsoroljunk, a kellemetlen feladaton gyorsan legyünk túl
    - egyszerre egy napra koncentráljunk
    - felfrissíthet, ha más feladatba kezdünk
    - aki örömét leli a munkában, ritkán szenved túlhajszoltságtól
- csökkentsük az idővel kapcsolatos stresszt
    - ne nézzük állandóan az órát
    - dolgozzunk saját tempóban
    - tervezzük meg az időt, és csináljuk, ne csak vágyakozzunk
    - programok közé iktassunk „elmélkedési” időket
    - éljünk a mában
    - gyakoroljuk az összpontosítást
- tanuljunk meg jól és gyorsan dönteni
    - csak akkor kapunk helyes választ, ha helyes kérdést teszünk fel
    - csak a lényeges kérdésekkel foglalkozzunk
    - a módszeres döntés négy lépése
        - pontosan mi a probléma
        - lehetséges megoldások
        - értékeljük ezeket
        - válasszuk ki a legjobbat
    - előkészítést írásban végezzük
    - szerezzünk be minél több információt, ötletbörze után javaslatok értékelése
    - kerüljük az indokolatlan halogatást
    - ne rágódjunk utólag a dolgokon, ne tegyünk magunknak szemrehányást, tanuljunk a hibáinkból
- győzzük le a félelmeinket
    - a rágódásra fordított idő megfelelő felhasználás esetén elég lenne ahhoz, hogy megoldjuk a jelen problémáit
    - tanuljunk meg spontánul viselkedni, nem kell mindig mindent részletében elemezni
    - cselekedjünk, mert aki fél, hogy hibát vét, az egyáltalán nem fog cselekedni
    - maradjunk higgadtak, a nyitott egykedvűség hatékony ellenszere a stressznek
    - mindennek keressük a jó oldalát.

Az interperszonális kapcsolatok és kommunikáció átalakítása

- tanuljuk meg a konfliktusokat kezelni
    - igyekezzünk a másik szemszögéből is látni a dolgokat
    - legyünk tapintatosak és udvariasak

    - teremtsük meg a kölcsönös bizalom légkörét
    - dicsérjünk gyakran (megalapozottan, tényszerűen), dorgáljunk ritkán (körültekintően, tárgyilagosan)
    - magatartásunk tükrözzön jó szándékot és nyugodt derűt, a heves viták kockázatosak
    - alkalmazzunk feszültségcsökkentő kommunikációt
    - tanuljunk meg kulturáltan vitázni
        - a vitát a problémás ügyre koncentráljuk
        - ne hozakodjunk elő régi sérelmekkel
        - töröljük a te mindig, te sose kifejezéseket
        - a tettet, és ne a személyt támadjuk
- kérjünk segítséget a probléma megoldásához.

A problémaközpontú megküldés stratégiái lehetővé teszik, hogy a stressz forrása megszűnjön, növeli az önbecsülés, énhatékonyság, kontroll érzését (Atkinson et al., 2005; Oláh, 2005; Norfolk, 1997; Bagdy, 1997).

3.4.1 Protektív tényezők a stresszhelyzetek kezelésében

A stresszel való megküzdés nem csak az alkalmazott stratégián múlik. A kutatók a személyiségjegyek szerepét is kiemelik, ezzel együtt a figyelem a védelmet biztosító (protektív) személyiségjegyek feltárására irányult. A védelmet biztosító legjelentősebb vonások: a kontrollképesség, a tanult leleményesség, a „keményen helytálló" személyiség, a diszpozicionális optimizmus (Oláh, 2005).

A **kontrollképesség**, a környezet és önmagunk kontrollálása alapvető motívumai az embernek. A kutatók a kontroll különböző típusait írták le. Averill (1973, id. Oláh 2005) felosztása szerint: a *viselkedéskontroll* a környezetre irányuló közvetlen cselekvéses válasz, a *kognitív kontroll* a helyzetről, folyamatról való tudás, információ megléte, a *döntési kontroll* pedig a választás lehetősége. A kontroll élménye attól is függ, hogy a személy kezelhetőnek vagy kezelhetetlennek értékeli a helyzetet. Ennek nyomán az *elsődleges kontroll*, ha az egyén hisz abban, hogy a helyzet megváltoztatható, s ennek érdekében konkrét lépéseket tesz. A *másodlagos kontroll* esetén nem érzi az egyén a kontroll lehetőségét, csak a következmények érdekében cselekszik. A kontrollba vetett hit személyiségdimenziója a külső kontroll (az eseményeket külső tényezők határozzák meg, például sors, hatalom, szerencse) végponttól a belső kontroll (az események önmaga által irányított) végpontig tart.

A „**tanult leleményesség** képességek és a kognitív elvárások azon készletét integráló személyiségrepertoár, amely révén az individuum az aktuálisan zajló viselkedés gördülékenységét garantáló belső folyamatait szabályozza" (Rosenbaum, 1988, id. Oláh, 2005, 79. o.).

A **„keményen helytálló" személyiség** a lelkileg edzett, küzdőképes személyiséget jelenti. Az egyén értékesnek tartja önmagát és cselekedeteit, elköteleződik iránta, hisz abban, hogy ésszerű szinten kontrollálni tudja az eseményeket, a változásokat kihívásként élik meg.

A **diszpozicionális optimizmus** a pozitív, jó dolgok elvárása, amely nehéz helyzetekben is befolyásolja az egyén hozzáállását a helyzethez és annak következményeihez. Újabb kutatások bizonyítják, hogy az optimizmus jelentős tényező az egészség megőrzése szempontjából.

A **koherencia érzék** az összefüggések megértésének képessége, hit abban, hogy az események bejósolhatóak, az elvárhatónak megfelelően következnek be. A koherencia érzék magában foglalja a helyzetek differenciált észlelését, megértését és megítélését, a források felkutatásának, felhasználásának képességét és azt, hogy az egyén a maga számára értelmes célokat talál.

Az **éntudatosság** része a személyes éntudatosság, ami a belső folyamatok (érzések, motívumok) követését, a bennük való elmélyedést jelenti, és része a társas éntudatosság, ami énünk társas vonatkozásait, hatásait monitorozza.

Oláh (2005) indokoltnak tartja a hatásmechanizmusuk hasonlósága okán a fenti protektív dimenziók egységbe rendezését, amit pszichológiai immunrendszerként definiál.

4 A kiégés prevenció és stresszkezelés lehetőségeinek beépítése a szakmai munkába

Összefoglalás

A kiégés prevenció és stresszkezelés lehetőségeinek beépítése a szakmai munkába című fejezet a stresszel való megküzdés problémaközpontú stratégiái közül két olyan témára fókuszál, amely jelentős az idősekkel való segítő foglalkozások szempontjából. A konfliktushelyzetek eredményes kezelése és a hatékony kommunikáció jelentős mértékben hozzájárul a feszült helyzetek kezeléséhez, a tartós feszültség csökkentéséhez, ezáltal a kiégés veszélyének csökkentéséhez. A hatékony konfliktuskezelés alapja a helyzet jellemzőinek, a résztvevők szándékainak feltárása, melyhez igazítható a viselkedéses és kommunikációs stratégia. Mind a konfliktushelyzetekben, mind a segítő beszélgetésekben kiemelt fontossága van a hatékony kommunikációnak, ezért a fejezet kitér a segítő kapcsolatot támogató verbális és nonverbális kommunikációs eszközök összegzésére is.

Cél

Az idős emberekkel való segítő kapcsolat hatékony alakítása érdekében a konfliktuskezelési készség és a kommunikációs készség fejlesztése meghatározó elem a kiégés kivédése szempontjából. Az érzelmileg megterhelő helyzetek negatív hatása e készségek segítségével csökkenthető.

Kulcsszavak

- Intraperszonális konfliktus, Interperszonális konfliktus
- Kapcsolati konfliktus, Értékkonfliktus, Strukturális konfliktus, Információs eredetű konfliktus, Érdekkonfliktus
- Versengés, Elkerülés, Alkalmazkodás, Kompromisszumkeresés, Kölcsönös együttműködés (problémamegoldás)
- Segítő beszélgetés
- Támogató verbális kommunikáció, Támogató nonverbális kommunikáció

Tanulást segítő kérdések

Mit nevezhetünk konfliktushelyzetnek?
Hogyan csoportosíthatók a konfliktust kiváltó okok?
Melyek a konfliktusok megoldásának fő stratégiái?
A verbális kommunikáció milyen fordulatai támogatóak a segítő kapcsolatokban?
A nonverbális kommunikáció milyen fordulatai támogatóak a segítő kapcsolatokban?

Magyar nyelvű ajánlott irodalom

Fonyó I. – Pajor A. (szerk.) (2000). *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből*. Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar
Gordon, T. (1997): *A tanári hatékonyság fejlesztése.* Budapest, Assertiv Kiadó
Gordon, T. (2001): *Emberi kapcsolatok.* Budapest, Assertiv Kiadó
Hall, E. T. (1996): *Rejtett dimenziók*. Budapest, Háttér Kiadó

4.1 Konfliktusmegoldási stratégiák a kiégés megelőzésének érdekében

4.1.1 Fogalmi tisztázás, a folyamat megértése

A stresszel szembeni problémaközpontú megküzdés egyik hangsúlyos lehetősége a konfliktuskezelési készség fejlesztése. Ez a készség lehetővé teszi, hogy a konfliktus megoldódjon, a probléma megszűnjön, a feszültség csökkenjen.

A konfliktus latin eredetű szó, fegyveres összeütközést jelent. Általában véve jelentése azonosítható az összeütközés szóval. Kiterjedtebben értelmezve a fogalom magában foglalja az egymásnak ellentmondó erők, érdekek harcát, nézeteltérést, küzdelmet (Bakos, 1989).

Konfliktus kialakulhat egyének, csoportok, országok között is.
Intraperszonális konfliktus az egyén céljai, motivációi közötti ütközés során jön létre. Iránya és formája szerint több fajtája különböztethető meg.
A közelítés-közelítési konfliktus akkor jön létre, ha a személyre két pozitív, egymást kizáró késztetés, cél hat. Az egyik megközelítése a másiktól való távolodással jár együtt.
A közelítés-kerülési konfliktus egy pozitív és egy negatív célkitűzésre vonatkozó konfliktus. Ilyenkor konfliktus abban az esetben keletkezik, amikor a pozitív ingerhez való közelítés egyben annak az ingernek a megközelítésével is jár, amire az elkerülési tendencia vonatkozik, tehát ugyanaz a cél vonzó, de egyben taszító is. Tehát valami pozitív dolog bekövetkeztéhez valami kellemetlent is el kell viselni.
A kerülés-kerülési konfliktus esetén két egyidejűleg jelentkező negatív célról van szó, bármelyikhez való közelítés kerülési tendenciát vált ki.
Az interperszonális konfliktus személyek között érdekeik, vágyaik, szükségleteik összeütközése miatt létrejövő konfliktus.
Csoportközi konfliktus esetén a célok észlelt összeférhetetlensége azt jelenti, hogy amit az egyik fél akar, azt a másik fél saját érdekeivel ellentétesnek látja, céljaikat összeférhetetlennek észleli. Ilyenkor könnyen beindul a konfliktusos felek között egymás hibáztatása. A konfliktus következménye lehet egymás elutasítása, lekicsinylése, becsmérlése, pereskedés, háborúzás.

Keletkezésének lehetnek egyéni okai, származhat a másokkal való kapcsolatból, de oka lehet valami korábbi, levezetetlen bosszúság, feszültség. A konfliktusok különböznek erejük, tartalmuk és tartósságuk tekintetében.
Cristopher Moore (1992, id. Klein, 2005) szerint a konfliktusokat kiváltó okok öt kategóriába sorolhatók.

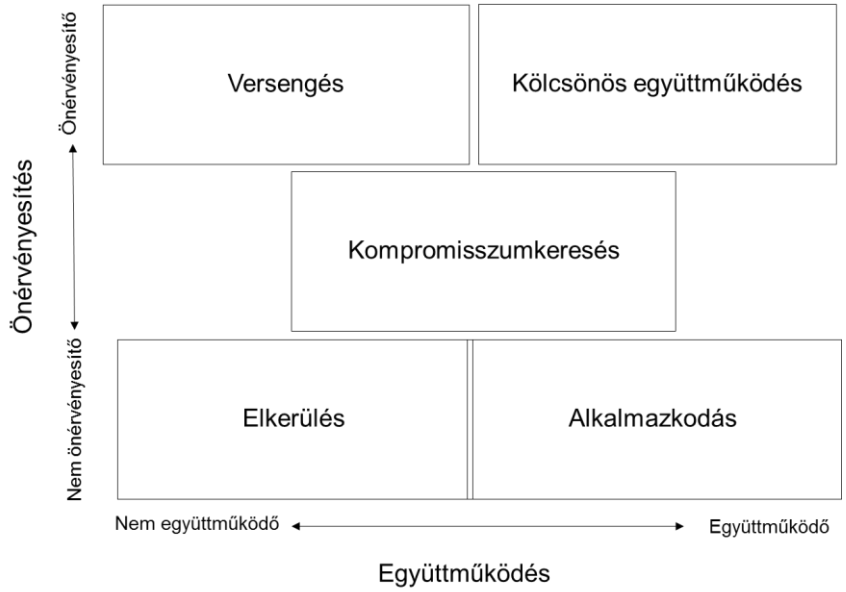
1. **Kapcsolati konfliktusok:** amelyeket erős érzelmek, sztereotip viszonyulás, félreértések, a másik viselkedésének hibás észlelése okoz. Például egy félreértett megjegyzés vagy pletyka miatt az idős ember megharagszik szobatársára.
2. **Értékkonfliktusok:** amelyeket az értékekben, célokban, életfelfogásban, világnézetben megmutatkozó különbségek okoznak. Például azon vesznek össze az otthon lakói, hogy a természetgyógyászat vagy az orvoslás a megoldás egy problémára.
3. **Strukturális konfliktusok:** amelyeket az egyenlőtlenségek okoznak (erőforrások egyenlőtlen elosztása, egyenlőtlen kontroll, hatalom, együttműködés). Például az otthon egyik épülete jobban felszerelt, mint a másik.
4. **Információs eredetű konfliktusok:** amelyeket hiányos vagy téves információk, illetve az információ fontosságának megítélésében, értelmezésében megmutatkozó különbségek okoznak. Például az idős ember nem akar valakivel egy szobába kerülni, mert azt hallotta, hogy összeférhetetlen az illető.
5. **Érdekkonfliktusok:** az egymással ténylegesen szembenálló vagy a szereplők felfogása szerint ellentétben álló érdekek. Például amikor a szobatársak egyike egész nap szeretné hallgatni a rádiót, a másik pedig csendet akar a szobában.

4.1.2 Egy konfliktuskezelési tipológia

A megfelelő konfliktuskezelési stratégia megválasztásához tisztában kell lenni a helyzet jellemzőivel, a szereplők szándékaival, szándékuk fontosságával, az idői lehetőségekkel.

Kenneth W. Thomas és Ralph H. Kilmann 1974-ben létrehozott egy konfliktuskezelési modellt, amely segít megérteni a konfliktus létrejöttében szerepet játszó legfontosabb tényezőket. A modell segítségével elemezhetők a konfliktushelyzetek megoldásának különböző lehetőségei, esélyei. Modelljüket interperszonális konfliktushelyzetekre dolgozták ki, ám a csoportközi konfliktusok értelmezéséhez is jó keretet nyújt. (Thomas - Kilmann, 2007, id. Billédi, 2007; Gazdag, 1994)
A szerzők két dimenziót, az együttműködés és az önérvényesítés dimenzióját találták meghatározónak. Különböző élethelyzetek elemeztek és a válaszok alapján a következő konfliktuskezelési módokat

azonosították: versengés, kölcsönös együttműködés (problémamegoldás), kompromisszumkeresés, elkerülés, alkalmazkodás, melyek az önérvényesítés és az együttműködés alacsony, illetve magas mértékéhez társíthatók.



Forrás: Thomas - Kilmann, 2007, 7. o.

Milyen viselkedés jellemzi a fentebb felsorolt konfliktuskezelési módokat? Milyen helyzetben van szükség rájuk? Mikor melyik tekinthető hasznosnak?

Versengés: A versengő magatartásra jellemző, hogy az egyén a saját érdekeit akarja érvényesíteni, domináns, nem együttműködő. Gyakran lehengerli ellenfeleit a cél érdekében.

A versengő magatartás hasznos lehet vészhelyzetekben, olyankor, amikor gyors intézkedésekre van szükség, és olyankor, amikor a partner önző, agresszív, aki a másik együttműködési késztetését ki akarja használni, s így akarja személyes érdekeit megvalósítani. Például nemet kell mondani annak az embernek, aki gátlástalanul, rendszeresen kölcsönkér attól az idős embertől, aki maga is alig tudja beosztani nyugdíját.

Kölcsönös együttműködés (problémamegoldás): Kölcsönös együttműködés (problémamegoldás) esetén a személyek együttműködnek egymással, hajlandóak a konfliktus elemzésére, figyelembe veszik a másik álláspontját, fontos nekik, hogy mindkét fél nyerjen a konfliktus megoldásával.

A kölcsönös együttműködésre, problémamegoldásra való törekvés olyan helyzetekben szükséges, ahol a kompromisszumos megállapodás nem elég, mindkét fél érdeke fontos, a partnerek motiváltak a megoldás létrehozásában, s kellő idő áll a felek rendelkezésére a mindkét fél számára kielégítő megoldás kidolgozásához. Például annak kialakítása, hogy hogyan tartsák rendben és tisztán a közös szobát, vagy melyik szabadidős program mikor legyen.

Kompromisszumkeresés: A kompromisszumkereső magatartásra jellemző, hogy részben domináns, részben együttműködő, mindkét fél számára elfogadható megoldás a cél, ezért minkét fél tesz kölcsönös engedményeket.

Kompromisszumra való törekvés kevésbé fontos célok esetén hasznos, továbbá olyankor, ha egy bonyolult probléma ideiglenes megoldásaként jön létre, illetve időnyomás mellett, amikor nincs idő jobb megoldás kidolgozására. Például annak eldöntése, hogy milyen filmet nézzenek meg közösen az esti szabadidőben.

Elkerülés: Az elkerülő magatartásra jellemző, hogy ebben az esetben a személy magatartása nem domináns és nem is együttműködő, kikerüli a konfliktushelyzetet. Vagy fontolóra veszi, vagy többnyire csak abban reménykedik, hogy idővel majd elmúlik, megszűnik a konfliktus.

Az elkerülő magatartás jelentéktelen problémák esetén lehet hasznos, vagy ha a helyzetben maradás esetén nagyobb a kár, mint a haszon, illetve olyan esetekben, amikor az információgyűjtés fontosabb, mint a gyors döntés. Például amikor láthatóan nagy fájdalmai miatt veszekszik mindenkivel az idős ember.

Alkalmazkodás: Az alkalmazkodó magatartásra jellemző, hogy az egyén békülékeny, saját érdekeit háttérbe szorítja, enged a másik javára.
Az alkalmazkodó magatartás abban az esetben szükséges, ha az egyén tévedett, vagy olyankor, ha a vitatott kérdés a partnernek fontosabb, továbbá, ha maga az együttműködés a fontos. Például a közös program aszerint alakul, amit az egyik fél nagyon szeretne.
Mindenki használja ezeket a konfliktusmegoldási módokat. Sokakra jellemző, hogy melyik az a két-három mód, amit leggyakrabban használnak, ami jellemző rájuk konfliktushelyzetben. A három, a személyre legjellemzőbb konfliktuskezelési módot érdemes átgondolni.
Thomas és Kilmann elemzése szerint a konfliktuskezelésnek vannak tipikus mintázatai, változatai. Ezek a következők:
Versengő – Kompromisszumkereső – Kölcsönösen együttműködő (problémamegoldó): A személynek nagyon fontos az önérvényesítés, a saját célok, érdekek megvalósítása, amiből nem tud engedni, de képes az együttműködésre.
Alkalmazkodó – Kompromisszumkereső – Elkerülő: Az egyén önfeláldozó, együttműködésre minden szinten képes, közepesnél magasabb önérvényesítésre nem is készül, e nélkül ér el eredményeket. A „családanya" prototípusa.
Elkerülő – Kompromisszumkereső – Versengő: A személyben alacsony szintű az együttműködés képessége, fontos hogy ne zavarják meg, mert akkor konfliktus van, illetve a finomhangolást a saját szándék adja.
Kölcsönösen együttműködő (problémamegoldó) – Kompromisszumkereső – Alkalmazkodó: Az egyénben erős az együttműködési készség, felértékeli az együttműködést, annak fontosságát, amelynek érdekében adott esetben feladja önérvényesítését (Thomas - Kilmann, 2007, id. Billédi, 2007; Gazdag, 1994).

4.2 Kommunikációs stratégiák a kiégés megelőzése érdekében

4.2.1 Segítő kapcsolat, segítő beszélgetés

A közvetlen interperszonális kommunikáció dinamikus, kétirányú folyamat, az üzenet küldése mellett a kommunikációs partnerre is figyel a közlő. A személyközi kommunikáció a „feladó" és a „vevő" közös társas, társadalmi ismeretein nyugszik, a kommunikációs partnerek között nagyon sok közös tudást feltételez (Forgács, 1994).
„Tudom, hogy úgy véled, érted, amit szerinted én mondtam, de abban nem vagyok biztos, hogy ráébredtél-e arra: amit te hallottál, az nem az, ahogyan én értettem." Wismer (1978, id. Barlai, 1997, 90. o.) ezzel a mondattal hívja fel a figyelmet arra, hogy az üzenetek rendszerint két elemből állnak, tartalomból és érzésekből. Gyakori azonban, hogy az emberek félreértik egymás üzeneteit, mert a szavakban rejlő jelentéseken túl nem veszik figyelembe az érzésekről szóló üzeneteket. Az elfogadás közlése döntő a kapcsolatok kialakítása és fenntartása tekintetében.
A segítő kapcsolat intenzív érzelmi igénybevétele, továbbá a munkatevékenységet övező feszültségek, konfliktusok kezelésének elsődleges kulcsa a kapcsolat alakításában, a hatékony kommunikációban rejlik. Az empatikus, támogató viselkedés és kommunikáció hatékony eszköze mind a kliensekkel való pozitív kapcsolat fenntartásának, mind a segítő személy belső feszültségei kezelésének. A szándékok megvalósulása, a kapcsolatok alakulása, a feszültségek csökkentése, a konfliktusok megoldása végső soron az odafigyelő, másokat meghallgató, önmagát kifejező, hiteles, kongruens kommunikáción múlik.
Az idős emberekkel való kommunikáció különös figyelmet igényel. Fontos megtartani a tiszteletet, partneri viszonyt, megértést kifejező kommunikációt. Hasonló viszonyulás és kommunikáció szükséges az idős emberek családtagjaihoz is.
A segítő kapcsolatokat támogató kommunikáció, illetve a hatékony kommunikációt gátló tényezőket sok kutató összegezte, rendszerezte (Okun, 1987, id. Fonyó – Pajor, 2000; Ivey és Downing, 1990; Ivey – Pedersen – Ivey, 2007a; Ivey – Pedersen – Ivey, 2007b; Gordon, 1997; Gordon, 2001).

4.2.2 Támogató verbális kommunikáció

A segített személyt nevén vagy ”Ön”-nek szólítja: Az interperszonális kapcsolat felvételének első lépése a megszólítás, amit explicit kulturális szabályok határoznak meg. Sok európai nyelvben a megszólításra létezik egy formális (Ön) és egy informális lehetőség (te). Sok (pl. ázsiai) nyelvben a megszólítások lehetővé teszik a státusbeli különbségek leképezését. Megfigyelhető, hogy a megszólítás formáját két norma szabályozza. A státus (hatalom) normája értelmében az alacsonyabb státuszú személyek megszólítása informális formában történik, és formális megszólítást kell alkalmazni a magasabb státuszú személyekkel szemben. A szolidaritási norma a megszólítás meghatározójaként a kapcsolat intimitását veszi alapul, ahol informális a megszólítás intim kapcsolat esetén (Brown, 1960, id. Forgács, 1994). Az idős emberek megszólítása tiszteletet kell, hogy kifejezzen. A megszólítást a kapcsolat felvételénél tisztázni szükséges, a kliens igényét figyelembe kell venni.

Érthető szavakat használ: A nyelvi relativitás elmélete érvényes a kultúrán belüli csoportok nyelvhasználatára is. A társadalmi osztályok vonatkozásában Bernstein (1970, id. Forgács, 1994) megállapítása szerint a munkásosztályhoz tartozó emberek ún. korlátozott nyelvi kódot használnak, amelyre a konkrét fogalmak használata jellemző, szemben a középosztálybeli személyekre jellemző ún. kidolgozott nyelvi kóddal, amelyre a kidolgozott, absztrakt fogalmak használata a jellemző. Ez az elmélet felhívja a figyelmet arra, hogy eltérő nyelvi kódok léteznek, és a hatékony kommunikáció, megértés szempontjából ezekkel számolni kell. A kliensekkel való kapcsolat a kölcsönös megértésen alapul. Az idős emberekkel való kommunikáció során az érthetőség szempontjából figyelembe kell venni a személy iskolázottságából, kulturális jellemzőiből adódó szempontokat. E mellett segít a kapcsolat alakításában, ha olyan szavakat használ a segítő szakember, amelyeket az idős ember is szívesen használ, amelyek illeszkednek az idős ember saját gondolatmenetéhez, képi világához, figyelmét jobban megragadják.

A klienshez intézi szavait, megfelelő módon ad információt: Egymást ismerő emberek, csoporttagok között a kommunikáció gyakran csak jelzésszerű, az üzenet egy része nem hangzik el, csak utalások történnek. A kommunikáció épít a közös tudásra, így a kommunikáció gazdaságossá válik. Ez nem csak a kommunikáció gazdaságosságát biztosítja, hanem a csoportba, csoporthoz való tartozás kifejezésére is alkalmas. Ez gyakran jellemzi szakmai csoportok kommunikációját. Ugyanakkor ez veszélyeket is rejt magában, mert ami egyik oldalról megértés és összetartás, az a másik oldalról meg nem értés és kizárás. Éppen ezért tudatosan kell figyelnie a segítő szakembereknek arra, hogy klienseikhez, az idős emberekhez és családtagjaikhoz ne így beszéljenek, illetve minden esetben hozzájuk beszéljenek, és ne a „fejük felett”. Segítő kapcsolatban nem állhat elő olyan helyzet, ahol a kliens a kommunikációból, annak megértéséből kizárt.
Az információ adásának fontos szabálya, hogy itt is a kliens igénye az elsődleges. Az információadás helyének, idejének, formájának, mennyiségének és minőségének kialakítása során tekintettel kell lenni az idős emberek figyelmére, felfogóképességére, érzelmi állapotára, igényeire, a téma intimitására. Az információ adása sokféle tartalmat magába foglal (pl. tájékoztatás a napirendről, javaslat egy kezeléssel vagy táplálkozással kapcsolatban, biztatás egy megkezdett tevékenység folytatására). Nagyon fontos, hogy az információnyújtást a segítő szakember ne keverje össze azzal, hogy megmondja, mit csináljon, hogyan döntsön kliense.

A beszélgetést az empátia, megértés jellemzi: „Az empátia *folyamat*, amely azzal jár, hogy „az ember belehelyezkedik a másik személyes, perceptuális világába és abban teljesen otthonossá válik. Ez olyan szenzitivitást feltételez, amely … észleli a másik személyben zajló jelentésváltozásokat, … átmenetileg benne él az életében, abban mozog, anélkül, hogy bármiben is ítélkeznék, *ráérez olyan jelentésekre, amelyeknek a másik maga is alig van tudatában*. … Azt jelenti, hogy kommunikálja, visszajelzi világának általa, friss szemmel érzékelt jegyeit, *miközben nem fél e világnak azoktól az elemeitől, amelyek a személyben félelmet keltenek*. Azt jelenti, hogy újra és újra egyezteti vele, pontosak-e észleletei, és a kapott válaszok vezetik tovább. … Együtt lenni valakivel ezen a módon azt jelenti, hogy az adott pillanatban

félretesszük saját nézeteinket és értékeinket annak érdekében, hogy előítélet nélkül léphessünk egy másik világba." (Rogers, 1975, id. Kulcsár, 1998, 161-162. o.)
Amikor az empatikus meghallgatás megvalósul, akkor a segítő szakember a beszélőre fókuszál, nem más személyre, problémára, nem változtat váratlanul témát, nem szakít félbe, a gondolatokra és az érzésekre figyel. Elfogadásával megkönnyíti a másik önkifejezését, önvizsgálatát. Tudatos figyelmet igényel, hogy az idős emberrel való beszélgetés során „vele tartsunk", igazodjunk az ő problémájához, az őt foglalkoztató kérdéshez, és annak megértésére törekedjünk.

Alkalmazza az empatikus viszonyulást elősegítő kommunikációs készségeket: A segítő szakember empátiáját, megértését többféle kommunikációs eszközzel fejezheti ki. Néhány szó megismétlésével, rövidke reagálásokkal („hm", „értem", „igen") ösztönzi a gondolat, érzés kifejtését. (A csendben hallgatás, a „közbe nem vágás" bátorító hatású, de csak bizonyos fokú elfogadást közvetít.) A kérdések alkalmasak az érdeklődés kifejezésére, a beszélgetés elindítására, a segítő szakember kérdéseivel, nyitott mondatok használatával elősegíti az eszmecserét és a megértést. Kellően nyitott kérdések az elakadásokon is tovább lendíthetik a beszélőt. A segítő szakember visszatükrözi és tisztázza a segített személy kijelentéseit. Fokozott megértéssel van a kliens kijelentései iránt. A lényeg megismétlésével ellenőrzi megértését, az elhangzottak megfogalmazásával, újrafogalmazásával visszajelez. Az érzelem-visszatükrözés eszközével segít az érzelmek pontos megfogalmazásában, differenciált kifejezésében, az érzelmek megfogalmazásával visszajelez. Összegzéseket alkalmaz, összegez a kliens számára, egybefoglalja a tartalmakat, érzéseket. A segítő szakember saját érzelmeinek, attitűdjeinek időnkénti, rövid megosztásával, oly módon, hogy a fókusz ne kerüljön el a segített személyről, segíti az önfeltárást (Ivey – Downing 1990; Gordon 1997).
Mindez megértést, elfogadást közvetít, kialakul a bizalom, megteremti a nyílt kommunikációs légkört, pozitív interperszonális kapcsolat épül, előmozdítja a problémák megoldását, segíti a stresszel való megküzdést. Thomas Gordon (1997) kifejezésével ez az „aktív hallgatás" az a kommunikációs mód, amely által érezhető a gondolatok és érzések tiszteletben tartása, a személy megértése, elfogadása. Megkönnyíti a beszélgetést, a valódi probléma feltárását, feloldja a beszélő feszültségét. Mindeközben a segítő szakember nem ítélkezik, saját problémáit félreteszi, szükség esetén válaszol a saját személyére vonatkozó kérdésekre, humort alkalmaz a feszültség csökkentésére.

4.2.3 Nem támogató verbális kommunikáció

Alapvetően nem támogató magatartásként értelmezhetjük, ha nem a támogató kommunikációhoz leírtak szerint járunk el. Azaz:

- ha nem a nevén szólítjuk a klienst vagy családtagját (hanem nénikének, ketteskének, kedves anyukának)
- ha a kliens számára nem érthető szavakat használunk
- ha nem az idős emberrel kommunikálunk, hanem számára követhetetlen módon, a feje felett
- ha a viszonyulás nem empatikus
- ha az empatikus kommunikációhoz kapcsolódó kommunikációs készségeket nem, vagy nem megfelelően alkalmazza:
    - túlzott puhatolózás és kérdezgetés, főként a „miért" kérdések használata,
    - eltérés, eltérítés a témától,
    - túl sok beszéd saját magáról,
    - a „helyes" viselkedés és gondolkodásmód irányába igyekszik terelni a beszélőt,
    - szavaival manipulálja a kliens érzelmeit („Ha nem tartja be az utasítást, annak súlyos következményei lesznek." „A sors majd megbünteti, ha nem viselkedik helyesen."),
    - türelmetlenséget, sürgetést fejez ki.

Thomas Gordon (1997) alapos elemzés eredményeképpen munkáiban összegzi az interperszonális kommunikációt nehezítő, gátló tényezőket. Érdemes ezeket a tényezőket a segítő-kliens kapcsolat, illetve általában az emberi kapcsolatok viszonylatában is átgondolni.

Utasítás: „Szedje már össze magát!” „Hagyja abba az önsajnálatot / zokogást!" Az ilyen és ehhez hasonló utasítások azt az érzést keltik az egyénben, hogy az ő problémái, igényei nem fontosak. Ellenállás, sértődés, düh az, amit ez a kommunikációs stílus kivált.
Fenyegetés: „Jobb, ha többet nem kószál el, mert különben…" „Figyelmeztetem, ha nem tartja be a házirendet, akkor…" "Jobban tenné, ha nem pletykálna, különben…” Az ilyen utasítás már az ellenszegülést is elővételezi, és fenyegetéssel akarja elejét venni. Ebben a várható elutasítás és düh még erősebb.
Prédikálás: „Ha nem tudja megcsinálni, akkor csengetnie kellene.” „Időben el kellene kezdeni az öltözést, hogy kész legyen, amikorra kell.” „Önnek kellene belátóbbnak lennie." E kijelentések azt sugallják az egyénnek, hogy a másik személy nem bízik meg ítélőképességükben, nem hiszi, hogy képesek véleményt, ítéletet alkotni.
Konkrét megoldások javaslata: „Szerintem bocsánatot kellene kérnie." „Az lenne a legjobb a néninek, ha…" „Én az Ön helyében levelet írnék a húgomnak, és megkérdezném, hogy miért nem látogat meg.” „Azt tanácsolom, hogy tegyen / ne tegyen panaszt ellene." A konkrét megoldási javaslatok, tanácsok adása azt mutatják az egyén számára, hogy a másik nem feltételezi, hogy képes azt saját maga megoldani. Továbbá a tanács felsőbbrendű magatartást sejtet, amellett pedig olyan érzést is kelt a személyekben, hogy nem értette meg őket a másik, különben nem adna használhatatlan javaslatot. Semmiképpen sem szabad összetéveszteni a megfelelő felvilágosítás vagy információ adásával.
Kioktatás: „A tények amellett szólnak, hogy…" „Tudatában van annak, hogy…?" „A tény az, hogy…" Ezek a mondatok, ez a hozzáállás azt sejteti, hogy az egyént a másik rá akarja venni valami olyasmire, ami szerinte a helyes. A logikával és a „tényekkel" bebizonyítják, hogy a másik tévedett. Ez gyakran okoz megbántottságot, védekező magatartást, mert az ilyen kijelentések azt is sugallják, hogy az egyén logikátlan, tudatlan.
Kritizálás, helytelenítés: – „Nem tetszik jól gondolni.” „Nincs igaza." „Butaság azt mondani, hogy van elég ereje ehhez." „Nem jól tette, hogy egyedül ment bevásárolni." Az ilyen közlések azt sugallják, hogy az egyén, akinek mondják, buta, alkalmatlan, rosszul látja a dolgokat. Ezek a negatív értékelések aláássák az önbecsülést, kisebbrendűségi érzést váltanak ki, ellenállást és haragot szítanak. Mindezt fokozza, ha az ilyen kritikák, hibáztatások gyakoriak, rendszeresek.
Megbélyegzés, megszégyenítés: „Úgy beszél, mint egy vénasszony.” „Mindent elügyetlenkedik." „Ne viselkedjen olyan gyerekesen!" A megbélyegzés, kifigurázás lényegében a negatív értékelésnek, kritizálásnak bizonyos formája. Negatív hatása vitathatatlan.
Hízelgés: „Általában jól gondolod, de…" „Nagyon okos vagy." „Az egész a kisujjadban van." A dicsérő mondatok sem mindig pozitív hatásúak. A túlzó, gyakran általános kijelentések mögött nem érzékelhető a valódi odafigyelés, megértés, így valódi dicséretnek sem tekinthető. Ha az állítás tartalma nem esik egybe a személy önmagáról alkotott véleményével, abban az esetben akár negatív hatása is lehet. A nyilvánosság előtt kapott dicséret gyakran kellemetlen is lehet.
Értelmezés, elemzés, diagnosztizálás: „Most csak azért mond ilyeneket, mert mérges." "Önnek arra van szüksége, hogy mindenki Öntől kérjen tanácsot." „Mindenkivel csak baja van a bácsinak." „A néni ezt csak azért csinálja, hogy figyelmet kapjon." Az ilyen kijelentések mindig veszélyesek. Ha az elemzés helyes, rátapint egy gyenge pontra, akkor az egyén védtelennek érezheti magát, ha az elemzés téves, akkor alaptalan vádaskodás, ami ellenérzést szül. Ezek a kijelentések inkább felsőbbrendűséget jeleznek, s bezárkózást váltanak ki.
Biztatás, bagatellizálás: „Holnapra már jobb lesz." „A dolgok jobbra fordulnak." „Tessék elhinni, minden rendben lesz." „Felesleges ezen aggódnia." „Nem lehet ez olyan nehéz." Ezek a látszólag segítő, bátorító mondatok inkább a probléma meg nem értéséről tanúskodnak. A vigasztaló személy kényelmetlennek érzi a másik erős érzéseit, amit azért szeretne megváltoztatni, hogy saját feszültségét ne kelljen éreznie. Továbbá ezek a kijelentések azt is sugallják, hogy az egyén eltúlozva látja a dolgokat.
Kikérdezés, faggatózás: „Miért tette ezt?" „Kért valakitől segítséget?" „Mit tett a megoldás érdekében?" „Ki találta ezt ki?" Az ilyen és ehhez hasonló kérdések bizalmatlanságot, kétségeket tükröznek. Gyakran még fenyegetőnek is tűnnek.
Figyelemelterelés, kizökkentés: „Tegyük inkább a dolgunkat, és felejtsük el az egészet." „Próbáljon nem gondolni rá!" „Erről az jut eszembe, amikor…" Az ilyen reakciók azt közvetítik, hogy a közlő nem tartja fontosnak a másik személy problémáját, nem tiszteli érzéseit.

Gúnyolódás, humorizálás: „Ne fusson olyan gyorsan azzal a bottal.” Az ilyen fajta ugratás, a gúnyolódás sértő, elutasításnak értékelhető. Nem tévesztendő össze a humornak azzal a válfajával, ami mindkét fél feszültségét oldja, felszabadítóan hat.
Összességében elmondható, hogy ezek a reakciók azt az érzés keltik a beszélőben, hogy ahogy ő érez, ahogy ő látja a világot, az nem elfogadható. Ha az egyén az elfogadás hiányát érzi, akkor védekezővé válik, ellenáll vagy elhallgat.

4.2.4 Támogató nonverbális kommunikáció

A szóbeli közlések az interperszonális kommunikációnak csak egy részét alkotják. A kijelentéseket a nonverbális jelek kísérik, amelyek alátámasztják, módosítják, vagy akár teljesen felváltják, helyettesítik a verbális tartalmat. A nonverbális kommunikációs képesség, azaz az üzenetek helyes küldése és vétele jelentős szerepet tölt be a sikeres szociális interakciók megvalósításában.
A nonverbális kommunikációnak, mint kommunikációs rendszernek a nyelvtől jelentősen eltérő tulajdonságai vannak. A nonverbális üzenet dekódolása és a rájuk adott reakciók jó része automatikusabb módon, a tudatos kontroll, elemzés jelenléte nélkül megy végbe, a szóbeli közlésekhez képest kevésbé követjük tudatos figyelemmel.
A nonverbális jelzések olyan üzenetek közlésére használhatók, amelyek a nyelv segítségével nem fejezhetők ki könnyen. Az adott kultúra szabályozza, hogy melyek azok a dolgok, amelyek szavakba öntve is kifejezhetők. Az érzelmeinket, véleményünket gyakran nem szavakkal, hanem nonverbális jelzésekkel fejezzük ki. Éppen ezért előfordul, hogy az ember az érzelmeket verbálisan nem elég pontosan címkézi (pl. „ideges vagyok”), vagy összetett, ambivalens érzelmeinek elemeit nem tudja beazonosítani.

Ahogyan a szóbeli, úgy a nonverbális megerősítő reagálások is az odafigyelést jelzik, és elősegítik a gondolatok további kifejtését.
A nonverbális üzenetek sokféle csatornán juthatnak el a küldőtől a befogadóig. Az üzenetek küldésében szerepet játszik a tekintet, arckifejezés, testtarás, gesztus, a térközszabályozó viselkedés és a hangminőség. E csatornákon érkező információ egymással és a szóbeli közléssel is többnyire összehangolt (Forgács, 1994).
Paralingvisztikai jelzések: a hangokkal kifejezett nonverbális üzenetek. A szóbeli üzenet az, amit mond, a paralingvisztikai üzenet pedig az, ahogyan mondja a személy. A segítő kapcsolat alakításában támogatóan hat, ha a beszéd tempója nyugodt, mérsékelt, a hangerő, a beszéd ritmusa az idős ember szükségletéhez igazított.
Szemkontaktus: a leggyakoribb és legerőteljesebb nonverbális jelzés. A szem, a tekintet kiemelkedő jelentőséggel bír. A tekintettel kifejezhető a koncentrált érdeklődés, figyelem. A kommunikáció során az is szabályozott, hogy ki, kire, mikor és mennyit nézhet. Ezt a kommunikációs partnerek neme, státusa, kapcsolata, az interakció jellege és az interakcióban elfoglalt helyzet határozza meg. E szabályok felborítása az interakció kudarcához vezet. Pozitív, ha a segítő szakember jó szemkontaktust tart fenn, azaz a kliens érzi, hogy igénye szerint létesíthet szemkontaktust vele.
Mimika: alapvetően tükrözi a beszélő érzelmi állapotát. A segítő kapcsolatban az arcjáték lehetőséget nyújt a figyelem, a bátorítás, az együttérzés és a kliensben lejátszódó érzelmek követésének (nem túlzó) kifejezésére.
Testtartás és testhelyzet: azaz az ún. poszturális közlések és a mozgás stílusa (kinezika) jelzik az egymás iránti érdeklődést, a partnerek közötti összhangot, de akár a lelki állapotot is. A gesztusok a testmozgások különleges osztálya, melyek használata szintén erősen kultúrához kötött. Az interakció során az egész test kommunikál. A kapcsolatot, kommunikációt támogató jelzések a bólintás, a nyugodt gesztikuláció (pl. a mondandó hangsúlyozására, nyomatékosítására) a test kliens felé hajlása.
Térbeli távolság: az ún. proxemikai jelek szintén fontos része a társas érintkezésnek. Hall (1987) szerint a társas környezet jól elkülöníthető területekre osztható, melyekre eltérő normák, elvárások és viselkedés a jellemző. Az interakcióban felvett távolság függ az ismerősség fokától, jelzi az intimitást, illetve a partnerek egymáshoz viszonyított státusát. A térközszabályozásnak kulturális különbségei is vannak. A segítő

kapcsolatban lehetővé kell tenni, hogy a térbeli távolság kényelmes legyen, az idős ember igényeihez igazodjon.
Érintés: egy nagyon fontos és a szülő-csecsemő kapcsolatban gyakran alkalmazott nonverbális jelzés az élet korai szakaszában. A felnőttek közötti érintés lehetőségét azonban nagyon szigorú kulturális szabályok irányítják, és határozott korlátai vannak annak, hogy ki, kit, mikor, hol és hogyan érinthet meg. Az érintés leggyakrabban valamilyen rituálé formájában jelenik meg. Az érintés jelezheti a kapcsolat milyenségét, az intimitás fokát, elkötelezettséget, de alkalmas a felsőbbségesség, dominancia vagy éppenséggel a "tulajdonosi jogok" kifejezésére is. A segítő beszélgetés során is eleget kell tenni e kulturális szabályoknak. Mind a térbeli távolság, mind az érintés szabályait speciális helyzetek, mint pl. az egészségügyi ellátás, gondozás helyzetei felülírják, illetve külön szabályozás jön létre e helyzetekre vonatkozóan, melyben a résztvevők szerepe meghatározó.
A nonverbális jelzések egymással összhangban való működését jeleníti meg az ún. intimitás-egyensúly elmélet. Az interakciókban az intimitás különböző szintjeit kommunikálják az emberek a személyek, a téma és a helyszín függvényében. Az intimitás-egyensúly elmélete szerint, ha a jelzett intimitás az egyik modalitásban megnő (például közelebb kerülnek egymáshoz), akkor egy másik modalitásban csökkenni fog, például csökken a szemkontaktus (Argyle – Dean, 1965, id. Forgács, 1994).

A nonverbális jelzések funkciói

A nonverbális jelzéseknek öt fő funkciója van:

1. a társas helyzet kezelése
2. énmegjelenítés
3. az érzelmi állapotok közlése
4. attitűdök kommunikációja
5. csatorna-ellenőrzés (Argyle, 1969, 1972, id. Forgács, 1994).

A társas helyzet kezelése: A beszélgetés zökkenőmentes megkezdése, folytatása és befejezése érdekében folyamatosan szükség van nonverbális jelzésekre, például az érdeklődés jelzésére a beszélgetés közben, finom jelzésekre, hogy szeretnénk bekapcsolódni egy beszélgetésbe, vagy éppen szeretnénk befejezni azt. A segítő szakembernek érzékenységet kell mutatnia, ha az idős ember fáradtságát, érdeklődésének elvesztését ily módon fejezi ki.
Énmegjelenítés: Az én bemutatása, saját magunkról alkotott kép kialakítása másokban. A nyugati kultúrák tiltják az ilyen tartalmak szóbeli közlését („Jó megjelenésű, kedves, intelligens, megbízható ember vagyok"). A nonverbális jelzések, kiegészítve a külső megjelenéssel, különböző jelvényekkel alkalmasak az én bemutatására. Jó, ha az idős emberek énmegjelenítését a segítő szakember észleli, támogatja.
Az érzelmi állapotok közlése: A nonverbális jelzések, főként a mimika az érzelmek kifejezésének eszköze. Az alapvető érzelmek esetén ezek a kifejezések kulturálisan egyetemesek.
Attitűdök kommunikációja: Az emberek attitűdjeiket mind verbálisan, mind nonverbálisan is kifejezhetik. A nonverbális jelzések mélyítik a verbálisan is megjelenő információt, illetve ott is előfordulnak, ahol az attitűd szóban nincs megjelenítve, összességében pedig a verbális jelzéseket meghaladó súlyuk van.
Csatorna-ellenőrzés: A csatornavezérlés annak szabályozását jelenti, hogy ki, mikor, mennyit beszéljen, ki mikor, hogyan szólalhat meg, hogyan jelezheti, hogy befejezte mondandóját, vagy átengedi a szót másnak. Különösen alkalmas erre a funkcióra a hanglejtés, a tekintet. A segítő szakember intenzíven figyeli az idős ember jelzéseit.

4.2.5 Nem támogató nonverbális kommunikáció

Ahogyan a verbális kommunikációnál, úgy a nonverbális kommunikációnál is alapvetően nem támogató magatartásként értelmezhetjük, ha nem a támogató kommunikációhoz leírtak szerint járunk el. Azaz:

- ha a beszéd tempója túl gyors vagy túl lassú, a hangerő, hangszín kellemetlen, nem az idős ember szükségletéhez igazított
- ha nincs lehetőség szemkontaktusra, a segítő nem néz a kliensre, ha gyakori a szemlehunyás, vagy túlzott, „bámuló" hatást vált ki a tekintet
- ha a mimika nincs szinkronban a helyzettel, a témával, ha sematikus, ha nem oda illő (pl. differenciálatlan mosoly vagy „merev", sajnálkozó mimika, gúnyos mosoly, grimaszok, összezárt száj, mogorva arckifejezés, szemöldökráncolás)
- ha hiányzik a megerősítő bólintás, ha a gesztikuláció túlzott, hadonászó, figyelemelterelő, vagy éppen merev, mozdulatlan, nem fordul a kliens felé, kioktatóan rázza az ujját
- ha túl távol vagy túl közel ül a segítő a klienstől
- ha túlzott intimitást vagy lekezelő viszonyulást kifejező érintést alkalmaz
- ha a beszélő „vége" nonverbális jelzéseit nem veszi.

Ezekben a jelzésekben a meg nem értés, félreértés, elfogadás hiánya érződik, hatásukra a védekezés, ellenállás erősödik, az érzések igazolására késztet, a beszélőben bizalmatlanság alakul ki, elhallgatást eredményez.

4.2.6 A kommunikáció kongruenciája

A verbális és nonverbális jelzések többnyire összhangban (kongruensen) nyilvánulnak meg, ezáltal biztosítva a kommunikáció sikerét. Ugyanakkor felléphet össze nem illés (inkongruencia). Ilyen esetben, ellentmondó közlések esetén a nonverbális jelzések információira hagyatkozunk, mert ezek a csatornák tudatosan kevésbé kontrollálhatók. Ilyen esetben a nonverbális jelzések olyasmiről is tájékoztatják az embert, amit a másik fél nem feltétlenül szeretne tudatni. Például a nonverbális információk árulkodhatnak a személy ki nem mondott érzelmeiről, attitűdjeiről, arról, hogy igazat mond-e. A perifériás nonverbális jelzések (test, kar, láb) kevésbé kontrolláltak, mint a központi nonverbális jelzések, fej, arc, tekintet (Ekman - Friesen, 1974, id. Forgács, 1994).

Az emberek pontosan tudják, hogy a másik valóban érdeklődik iránta, valóban együtt érez vele, valóban kedves, megértő, vagy csak úgy csinál. Az idős emberek is el tudják dönteni, hogy hihetnek-e egy olyan kijelentésnek, mint például „Szívesen megcsinálom Önnek." vagy pl. „Tessék csak mesélni, figyelek."

5 Felhasznált irodalom

Atkinson R. L. et al. (1994): *Pszichológia.* Budapest, Osiris Kiadó

Atkinson R. L. et al. (2005): *Pszichológia.* Budapest, Osiris Kiadó

Bagdy E. (1997): *Pszichofitness.* Budapest, Animula Kiadó

Bakos, F. (szerk.) (1989): *Idegen szavak és kifejezések szótára.* Budapest, Akadémiai Kiadó

Barabás K. (2013): Az időskor kultúrantropológiája. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Barlai R. (1997): Egyéni hatékonyság. In: Barlai R. – Szatmáriné Balogh M. (szerk.) (1997): *Önismeret, kommunikáció, csoportjelenségek dióhéjban. Budapest,* Külkereskedelmi Főiskola

Bergner, T. M. H. (2010): *Burnout. A kiégés megelőzése 12 lépésben*. Miskolc, Z-Press

Billédi K. (2007): Konfliktuskezelés – Elméleti ismeretek. In: Billédi K. - Csákvári J. (szerk.) (2007). *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 1. Felkészülés a rehabilitációs tevékenységre. Budapest,* ELTE BGGYFK. 121-138. o.

BNO-10 zsebkönyv. DSM-IV-TRTM meghatározásokkal. Budapest, Animula Kiadó (2002)

Boga B. (2014): *Pillantás a dombról. Válogatott fejezetek az idősödés-tudomány területéről. Budapest,* United P.C. Kiadó

Bordás A. (2010): A kiégés-szindróma a külföldi és hazai szakirodalomban. *Educatio*, 4. sz. 666-672. o.

Brettner Zs. – Mucsi G. (2013): A szociális munka szerepe az időskorúak fizikai, szellemi és szociális aktivitásának megőrzésében. In: Kállai J. - Kaszás B. -Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Carver, C. S. – Scheier, M. F. (2006): *Személyiségpszichológia.* Budapest, Osiris Kiadó

Család-, Ifjúság- és Népesedéspolitikai Intézet: TÁMOP 5.4.1-08. /I. pillér - Szabályozás/ Bentlakásos idősellátás: 5. sztenderd: Mentálhigiénés támogatás
http://www.ncsszi.hu/tamop-5_4_1-08_/i_-piller---szabalyozas/bentlakasos-idosellatas

Csíkszentmihályi M. (2001): *Flow. Az áramlat: a tökéletes élmény pszichológiája.* Budapest, Akadémia Kiadó

Edelwich, J. – Brodsky, A. (1980): A kiégés fogalma. In: Szilágyi K.– Váry A. (szerk.) (1997): *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burnout jelenség.* Gödöllő, Gödöllői Agrártudományi Egyetem

Fekete S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és burnout jelenség. *Psychiátria Hungarica*, 1991. 1. sz. 17-29. o.

Fonyó I. – Pajor A. (szerk.) (2000). *Fejezetek a konzultáció pszichológiájának témaköréből.* Budapest, Eötvös Loránd Tudományegyetem Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar

Forgács J. (1994): *A társas érintkezés pszichológiája. Budapest,* Gondolat Könyvkiadó

Füzesi Zs. – Törőcsik M. - Lampek K. (2013): Az időskor egészségpszichológiája: tények és trendek. InKállai J. - Kaszás B. - Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Gazdag M. (1994): *Vezetéslélektan. Budapest,* Tankönyvkiadó

Gordon, T. (1997): *A tanári hatékonyság fejlesztése. Budapest,* Assertiv Kiadó

Gordon, T. (2001): *Emberi kapcsolatok. Budapest,* Assertiv Kiadó

Hall, E. T. (1987): *Rejtett dimenziók. Budapest,* Háttér Kiadó

Hegedűs K. (2013): A terminális állapotban lévő emberek ellátásának etikai alapelvei. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Herr, E. L. (1992): Kiégés. In: Szilágyi K. – Váry A. (szerk.) (1997): *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burnout jelenség.* Gödöllő, Gödöllői Agrártudományi Egyetem

Horti M. - Ábrahám I. (2014): Gyász és krízis. In: Csürke J. – Vörös V. – Osváth P. – Árkovits A. (szerk.) (2014): *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve.* Budapest, Oriold és Társai Kiadó

Ivey, A. E. – Downing, L. S. (1990):*Tanácsadás és pszichoterápia technikai alapjai.* Budapest, Orvostovábbképző Egyetem

Ivey, A. E. – Pedersen, P. B. – Ivey, M. B. (2007a): Odafigyelő magatartás. A meghallgatás készségének alapja. In: Billédi K. – Csákvári J. (szerk.) (2007): *Látássérült személyek elemi rehabilitációja 1. Felkészülés a rehabilitációs tevékenységre.* Budapest, ELTE BGGYFK

Ivey, A. E. – Pedersen, P. B. – Ivey, M. B. (2007b): A személyközi ráhatás készségei és stratégiái, első rész. Odafigyelés, értelmezés-átkeretezés, az énfeltárás alkalmazása és visszajelzések adása. In: Billédi K. – Csákvári J. (szerk.) (2007): *Látássérült személyek elemi rehabilitációja VI. Rehabilitáció és pszichológia, készségfejlesztés.* Budapest, ELTE BGGYFK

Kállai J. (2013): Az idősödés folyamatának pozitív pszichológiai szemlélete. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Kaszás B. – Tiringer I. (2013a): A sikeres idősödés pszichológiai modelljei. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Kaszás B. - Tiringer I. (2013b): Időskori hormonális és immunológiai változások és azok pszichológiai vonatkozásai. InKállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Kerekes Zs. (2013): Idősödő személyiség és fejlődés. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Kerekes Zs. – Karádi K. (2013): Időskori kognitív változások összefüggései a mindennapi életvezetéssel. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Kerekes Zs. – Kállai J. (2013): Társas támogatás, szociális integráció, magány és intimitás időskorban. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Klein S. (2005): *Vezetés- és szervezetpszichológia. Budapest,* Edge 2000 Kiadó

Kovács A. (2013): Mentális betegségek időskorban. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó

Kovács M. (2006): A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *LAM (Lege ArtisMedicinae)* 2016; 16(11) http://www.elitmed.hu/upload/pdf/a_kieges_jelensege_a_kutatasi_eredmenyek_tukreben-527.pdf

Kulcsár Zs.: (1998). *Egészségpszichológia.* Budapest, ELTE Eötvös Kiadó

Lazányi K. (2012): *Stressz és társas támogatás a felsőoktatásban.* Budapest, Óbudai Egyetem, Keleti Károly Gazdasági Kar, Szervezési és Vezetési Intézet
http://kgk.uni-obuda.hu/sites/default/files/12_Lazanyi_Kornelia.pdf
Mándi N. – Fekete S. (2014): A segítő krízise. In: Csürke et al. (szerk.) (2014): *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve. Budapest,* Oriold és Társai Kiadó
Nagy E. (2007): *Egy segítő foglalkozás képviselőinek pályaképe a kiégés szempontjából.* Doktori (PhD) értekezés, Debrecen, Debreceni Egyetem
Norfolk, D. (1997): *Stresszkalauz.* Budapest, Bagolyvár Könyvkiadó
Oláh A. (2005): *Érzelmek, megküzdés és optimális élmény. Belső világunk megismerésének módszerei.* Budapest, Trefort Kiadó
Ónody S. (2001): Kiégési tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Új Pedagógiai Szemle*, 2001/05. http://epa.oszk.hu/00000/00035/00049/2001-05-ta-Onody-Kiegesi.html
Osváth P. – Árkovits A. – Csürke J. (2014): A „korfüggő krízisek" – az életközépi és az időskori krízis. In: Csürke et al. (szerk.) (2014): *Mindennapi kríziseink. A lélektani krízis és a krízisintervenció kézikönyve.* Budapest, Oriold és Társai Kiadó
Pétervári E. – Székely M. – Balaskó M. (2013): Az idősödő szervezet: táplálkozás, mozgás és fiziológiás változások. In: Kállai J. – Kaszás B. – Tiringer I. (szerk.) (2013): *Az időskorúak egészségpszichológiája.* Budapest, Medicina Könyvkiadó
Petróczi E. (2007): *Kiégés – elkerülhetetlen?* Budapest, Eötvös József Könyvkiadó
Selye J. (1976): *Stressz distressz nélkül.* Budapest, Akadémiai Kiadó
Szilágyi K. – Váry A. (szerk.) (1997): *A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burnout jelenség.* Gödöllő, Gödöllői Agrártudományi Egyetem
Tandari-Kovács M. (2011): *Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében.* Doktori értekezés. Budapest, Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola
http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/tandarikovacsmariann.m.pdf
Thomas, K. W. – Kilmann, R. H. (2007): *Thomas-Kilmann Conflict Mode Instrument.* Mountain View, CA, CPP Inc.


SZÉCHENYI 2020
MAGYARORSZÁG KORMÁNYA
Európai Unió
Európai Szociális Alap
BEFEKTETÉS A JÖVŐBE