

Kiss Péter¹

A pszichés megterhelés sajátosságai a civil, katonai és rendvédelmi egészségügyi ellátók körében

The Characteristics of Psychological Strain among Civilian, Military and Law Enforcement Healthcare Provider

Absztrakt

Az egészségügyi dolgozók pszichés kitettsége extrém magas értékeket mutat más pályán foglalkoztatottakhoz képest. A SARS-COV-2 (Covid-19) vírus által okozott járvány fokozta mindezt, és rávilágított bizonyos hiányosságokra is, valamint a pályaelhagyások egyik okozójává vált. Jelen tanulmány a civil, katonai és rendvédelmi ellátók mentális terhelésének sajátosságait hivatott bemutatni. Külön részben taglalja a katonai és rendvédelmi dolgozók speciális helyzetét. Szakirodalmi áttekintés és nemzetközi irodalmak, kutatási adatok feldolgozására alapoz. Az egyes pszichés jelenségek, mint a kiégés, poszttraumás stressz, szorongás magas az ellátók körében. Morális sérülések gyakran jelentkeznek a katonai és rendvédelmi egészségügyi területen dolgozóknál. A fentiek kialakulásának megelőzése multidiszciplináris szakértelmet kíván, amely tartalmazza a szellemi regenerációs lehetőséget és a szervezeti kultúra támogató gondoskodását is.

Kulcsszavak: pszichés megterhelés, kiégés, poszttraumás stressz, morális sérülés, egészségügyi dolgozók, katonai orvoslás, rendvédelem

¹ Doktori hallgató, Nemzeti Közszerológati Egyetem Hadtudományi Doktori Iskola.

Abstract

The psychological exposure of healthcare professionals is extremely high compared to individuals employed in other occupational fields. The Covid-19 pandemic further intensified this burden, highlighted several systemic shortcomings, and became one of the contributing factors to workforce attrition. The present study aims to describe the specific characteristics of mental strain among civilian, military, and law enforcement healthcare providers, with a separate focus on the unique circumstances of military and law enforcement personnel. The analysis is based on a review of the scientific literature and the synthesis of international studies and research data. Psychological conditions such as burnout, post-traumatic stress, and anxiety are highly prevalent among healthcare workers. Moral injury occurs frequently among professionals working in military and law enforcement healthcare settings. Preventing the development of these conditions requires multidisciplinary expertise, including opportunities for mental regeneration and a supportive organisational culture.

Keywords: *psychological exposure, burnout, post-traumatic stress, moral injury, health-care workers, military medicine, law enforcement*

Bevezetés

A tanulmány az egészségügyben gyakran használatos fogalmakra hivatkozik, amelyek előzetes tisztázása nagyban megkönnyíti értelmezésüket.

A stressz a WHO meghatározása szerint egy nehéz helyzet által kiváltott aggodalom vagy mentálisan feszült állapot. Természetes reakció, amely ösztönzőleg hat az emberekre, hogy szembenézzenek az életükben felmerülő kihívásokkal, fenyegetésekkel. A stresszt mindenki megtapasztalja valamilyen mértékben, a reakciók azonban nagyban befolyásolják általános jólétünket.²

A pszichotrauma pszichés terhelés eredménye, ahol az egyén a halállal, súlyos testi sérüléssel kapcsolatos eseményt él át, vagy annak szemtanúja, és ezek meghaladhatják a szokásos megküzdési stratégiáit tartós hatást gyakorolva ezzel érzelmi-kognitív viselkedésére.³

A poszttraumás stressz-szindróma egy pszichés tünetegyüttes. Traumatikus esemény átélése vagy az eseménynek való kitettség megélése után alakul ki. Az érintett a fenyegető halállal, súlyos testi sérüléssel szembesül, amely események tolatódó emlékek, rémálmok, emlékeztető ingerek formájában hatnak negatívan a gondolkodásra és hangulatra. Ezek a tünetek a definíció szerint minimum egy hónapon keresztül fennállnak.³

A kiegészítő foglalkoztatási jelenség, elhúzódó, nem megfelelően kezelt munkahelyi stressz következményében kialakuló tünet. Kimerültség és érzelmi kifáradás jellemzi

² Lásd: www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress

³ American Psychiatric Association 2013.

a betegeket, valamint a munkától való elszakadás, eltávolodás és a szakmai hatékonyság csökkenése.⁴

A Covid-19-járvány hatásai

Az elmúlt évek során az egészségügyi dolgozókat különböző okok és események, szélsőséges, mostoha körülmények közötti munkavégzésre kényszerítették. A Covid-19-járvány érintette az egészségügy szinte minden résztvevőjét, legyen az állami egészségügy, magánegészségügy, rendvédelmi egészségügy vagy speciális mentés. A 21. században újszerűen jelentkező globális és magas halálozási arányt mutató járvány próbára tette a betegellátás aktív szereplőit, és a frontvonalra kényszerítette a legtöbb szakmabelit, akik a betegellátás során elkerülhetetlenül kontaktusba kerülhettek fertőzött személlyel. 2025-re a közegészségügyi-járványügyi teendőket illetően a járvány lezártnak tekinthető. Az emberek jelentős része rendelkezik védőoltással. A szervezetünk megismerte a kórokozót, megtanulta legyőzni azt, még ha időnként ez nem is tünetmentesen zajlik. A járványt társadalmi értelemben véve átvészeltük, a hatásai azonban nem múltak el maradéktalanul. Nem, itt nem a szervi tünetekre kell gondolnunk, mint az esetleges terhelésre jelentkező légszomj vagy az íz- és szagérzet csökkenése, hanem a „fronton szolgáló” egészségügyi szakdolgozók gránátsokkjára.⁵ A megváltozott, addig régen nem tapasztalt extrém igénybevétel, valamint a sokszor teljesíthetetlen elvárások különleges mentális tüneteket eredményeztek.

Az egészségügyi személyzet vizsgálata népszerű téma volt a közelmúltban. 2022-ben készült egy metaanalízis az egészségügyi dolgozók Covid-19 alatt kialakuló mentális zavarainak feltérképezéséről. A tanulmány szerint a leggyakoribb tünet az inszomnia (álmatlanság) volt, amelyet sorrendben a stressz, szorongás, poszttraumás stressz-zavar (PTSD), depresszió követett. Az említett tünetek az orvosok és ápolók esetében voltak a leggyakoribbak.⁶

A mentális problémák számszerűsítését Huang és munkatársai tették közzé egy 2024-es tanulmányban. Összesen 161 vizsgálatot vontak be az elemzésükbe, 49 ország 341 014 fő egészségügyi dolgozóját értékelték. A vizsgáltak kiégésben érintett aránya 47%, szorongást tapasztalt 38%, depressziót 34% és akut stresszt 30%. Az arányszámokból látható, hogy megközelítőleg minden harmadik vizsgált egészségügyi dolgozónál alakult ki valamilyen mentális zavar a SARS-Cov-2 (Covid-19) pandémiás időszaka alatt.⁷

A nagyságrendjében sem elhanyagolható és 9 400 962 fő vizsgálatából láthatjuk, hogy az egészségügyi dolgozók között a mentális problémák veszélyeztetettségi mértéke szélsőségesen magas. Egy ekkora méretű populációban a pszichotrauma tüneteit minden ötödik személy, míg a kiégés jeleit szinte minden második dolgozó produkálja.⁸

⁴ World Health Organization 2019.

⁵ Az első világháború idején az úgynevezett „gránátsokk” fogalmával illették azokat az állapotokat, amelyek az ágyútűz intenzív érzelmi átélésének következményei voltak. DETRENÉ URBÁN 2015.

⁶ GHARAMANI et al. 2023.

⁷ HUANG et al. 2024.

⁸ BOUCHER et al. 2025.

Ezek az arányok szignifikánsan magasabbak, mint más (nem egészségügyi) területen dolgozók esetében. Az Európai Parlament 2025-ös *Az egészségügyi munkaerő-válság az Európai Unióban* összefoglalójában az elmúlt időszak járványügyi helyzetére reflektált. A Covid-19-vírus még inkább rámutatott az egészségügyi rendszer hiányosságaira (eszközök, feltételek, szakemberek). A pandémia új egészségügyi kockázatra is rávilágított, amely a pályaelhagyások egyik fő tényezőjeként köszön vissza: a pszichés túlterheltségre.⁹

A jelenkor új kihívásai: Az egészségügyi ellátó személyzet pszichés állapotát befolyásoló tényezők

Az egészségügyi dolgozók mentális terheltségének emelkedése globális válságként azonosítható jelenség. A felgyorsult világ munkatempója ugyan nemcsak ezt a szegmenst érinti, de az emberi populáció folyamatos ütemű növekedése és a jóléti társadalom, a fejlődő orvostechikai eszközök egyenesen arányosak a várható élettartam növekedésével, ami a betegszámok emelkedését is eredményezi. A humán erőforrás hiánya megfigyelhető mind a hazai, mind a nemzetközi szinten. A munkaerőválság köszönhető a túlóráknak, a hosszú, gyakran 12-24 órás szolgálatoknak, a növekvő munkaterheléseknek és a nem megfelelő szakdolgozói létszámnak. A kevés szakdolgozó gyakran kénytelen túlszolgálatot, túlórát vállalni, ami egyfajta „ki nem mondott” elvárássá alakult a munkáltatói oldalról. A pihenőidők és szabadnapok emiatt redukálódnak.

Az egészségügyi dolgozók 40%-a váltott műszakban teljesít szolgálatot. Ez azt jelenti, hogy a 8 órás munkanap is tartalmaz délutáni vagy esti műszakot, de nem ritka a 12 vagy akár 24 órás munkavégzés sem. Az éjszakai szolgálatok felborítják a normál alvás-ébrenlét egyensúlyt, a cirkadián ritmust (akkor történik ez, ha a belső óránk és külső időbeosztásunk eltér egymástól). A mindnyájunkban megtalálható biológiai óra az alvás-ébrenlét ciklusait hivatott vezérelni anyagcsere- és hormonális szabályozással. A pszichomotoros figyelem és éberségi tesztekkel bebizonyosodott, hogy az éjszakai műszak végén a dolgozók teljesítménye csökken. Az alvás minősége és mennyisége korrelál a csökkent figyelemmel és aluszékonysággal. A fizikai tünetek mellett fokozatos pszichés kimerülés is tapasztalható az érintettekben, ami az ellátások biztonságára is kihat. A váltott műszakban dolgozók összességében magasabb rizikófaktorral rendelkeznek az alvászavarok tekintetében, ami pszichés kimerülést eredményez.¹⁰

Megemlítenődik az egészségügyben ugyancsak sajátos másodlagos stresszfaktorok is. A poszttraumás stressz tüneteivel hasonló, összetett tünetegyüttesről van szó: segítségre szoruló, kiszolgáltatott, beteg emberek szenvedésének, traumáinak testközelbeli megéléséből származtatható. A kiváltó okok közül a legjelentősebb a betegek halálával való gyakori – egyes munkakörökben –, akár napi szinten való találkozás. Hajlamosító tényezőként fontos szerepet tölt be az apátia, a veszélyes munkakörülmények, mint

⁹ KUHLMANN 2025.

¹⁰ DI MUZIO 2020.

amilyen egy baleset felszámolásánál a prehospitális ellátók traumakitettsége, a kor és a nem is. A másodlagos stressz kifejezetten gyakori a sürgősségi vagy traumaellátásban szolgálatot teljesítőknél, ami hatást gyakorol a területen dolgozó ellátók érzelmi állapotára és a munkával való elégedettségi szintjére. Fontos nagy hangsúlyt fektetni a megelőzésre, valamint a pszichés támogatást elősegítő programokra, mint például az esetmegbeszélésekre, a sportolásra és az egészséges életmódra. Ezek nélkül a pályaelhagyás és a kiégés elkerülhetetlen.¹¹

A súlyos betegekkel foglalkozó ellátóknál a kimerültség és testi vagy lelki tünetek gyakrabban alakulnak ki. Azoknál, akik a haldoklással és halállal sűrűn találkoznak, viszik magukkal ezen események pszichés terheit. A halállal való találkozás súlyozottan negatív hatású a fiatal ellátókra és a nőkre, ez a pszichés sérülékenységet növeli. A kialakult állapotot az is fokozhatja, hogy a regenerációra nincs megfelelő figyelem, és a prevenció technikákkal csak későn, vagy egyáltalán nem, ismerkednek meg az érintettek. A krónikus stressz szorongást és depressziós állapotot eredményezhet, valamint szervi elváltozásokat is, mint amilyen a gyomor- vagy nyombélfekély. A konfliktushelyzetek a kollégákkal vagy akár a betegekkel ugyancsak extra pszichés terhet rónak az ellátókra. A segítő szakmában dolgozók önmaguk felé elhanyagolják, vagy csak kevés mértékben gyakorolnak empátiát, ami szintén a kimerülés és kiégés állapotának kedvez.¹²

Az együttérzésből eredő kifáradás (*compassion fatigue*) is szakmaspecifikus rizikófaktor, a betegek szenvedéséhez való empatikus kapcsolódásból eredeztethető. Dr. Pálfiné dr. Kegye Adrienne doktori disszertációjában a „gondoskodás ára” kifejezéssel illeti. Alapvetően mások sérüléseinek vagy betegségeinek az ellátó szemszögéből való újbóli beleéléséből származik. Tünetei között felsorakoztathatók: rémálmok, ingerlékenység, feszültség, harag, közöny, szorongás, depresszió és önelhanyagolás. A felsoroltak egyértelműen negatívan hatnak a munkavégzés minőségére. Hosszú távon ez a betegellátás romlását idézheti elő egy ellátó intézményben, illetve a fluktuáció is emelkedhet. Az együttérzésből eredő kifáradást a kiégéstől az különbözteti meg, hogy itt a betegellátó beteggel való kapcsolata kerül fókuszba, és nem a munkahelyi környezet. A két kórkép elkülöníthető egymástól a tünetek alapján, legtöbbször azonban a dolgozók egyszerre vannak kitéve a kiégésnek és az együttérzésből eredő kifáradásnak. A megelőzésben, megküzdésben, a tünetek enyhítésében segíthet a fokozottabb öngondoskodás, a tudatos jelenlét és asszertív technikák alkalmazása, valamint esetmegbeszélések beiktatása.¹³

A pályán dolgozók érzelmi megterhelésének fokozódása megfigyelhető (a halállal való napi kapcsolaton felül) a betegellátás alatt kialakuló agresszív, erőszakos helyzetek során és beavatkozások alatt elkövetett hibákon keresztül is. Ennek következtében a beavatkozó személyzet nemcsak fizikálisan, hanem lelkileg is traumatizálódhat. A dolgozóknál leggyakrabban kialakuló érzelmek: harag, büntudat, tehetetlenség, gyász és frusztráció. Ezek az érzelmek szakterülettől függetlenül a legtöbb betegellátásban részt vevő szereplőben megszületnek, létrehozva ezzel a „másodlagos

¹¹ ZACHARIAS–UPENDRA 2024.

¹² HEGEDŰS 2012.

¹³ PÁLFINÉ KEGYE 2021.

(áldozat) traumatizáció”¹⁴ szerepkört. Az érzelmi megterhelést tovább fokozza, hogy a dolgozók hallgatnak az őket ért traumáról. A legtöbb szervezeti kultúra ritkán motíválja arra az alkalmazottait, hogy hangot adjanak érzéseiknek. Az emberi kapcsolatok, a megértés, meghallgatás, elismerés és együttérzés képesek azonban enyhíteni ezt a megterhelést, ami ugyan elkerülhetetlen azok körében, akik ezt a pályát választják, de abszolút kezelhető, ha emberközpontú támogatásra és a mentális regeneráció biztosítására is berendezkedik a munkaadó.¹⁵

Döntés életről, halálról és a döntési fáradtság

Az egészségügyi dolgozók az életminőség megtartása melletti gyógyításra hivatottak a halál lehetőség szerinti késleltetésével. Napi szinten kerülnek azonban olyan döntéshozatali helyzetbe, ahol felelősséget kell vállalniuk emberi életéért. A szakma szabályainak való megfelelés mellett a döntések terhei erkölcsi és mentális terhet is rónak a szakemberekre. Nem könnyíti a helyzetet az a tény sem, hogy egy ilyen döntés meghozatalánál legtöbbször a korlátozott idő mint kényszerítő tényező van jelen. Az időhiány félelmet, szorongást eredményezhet. A segítő szakmában dolgozók jellemzően magas empátiás készségekkel rendelkeznek, ugyanakkor az állandó döntéskényszer az együttérzésből eredő kifáradáshoz vezet. Kerülhetnek olyan helyzetbe, amikor abba kell hagyniuk, nem folytathatnak bizonyos kezeléseket vagy beavatkozásokat, mert nincs megalapozott esélye a javulásnak. Ez fokozott stresszhelyzet, mivel a beteget vagy a hozzátartozót is tájékoztatniuk kell a döntésükről. A döntésért rendszerint egy személy vállal felelősséget, akkor is, ha azt egy háttérteam hozta meg. Ez a kollégáktól való érzelmi elszigetelődést eredményezheti a döntéshozóban, ami hozzájárulhat a krónikus stressz állapotának a kialakulásához. Mindez alvászavarokkal, fáradtságérzettel, koncentrációcsökkenéssel járhat, és kockáztathatja az adekvát döntéshozatalt. A növekvő adminisztrációs terhek, sokszor kettős könyvelés (elektronikus és papíralapú) szintén stresszként jelentkeznek, mivel a pontos kitöltés elengedhetetlen és rengeteg időt emészt fel, ami akár effektív betegellátásra is fordítható lenne.

Sok döntés meghozása az úgynevezett döntési fáradtság jelenségét eredményezi. Az időnyomás alatt hozott élet-halál döntések tekintetében ez hatványozottan jelentkezik.¹⁶ Kifejezetten a sürgősségi ellátásban tevékenykedőkre igaz, hogy nagyon rövid idő alatt kell nagy felelősséggel járó, váratlanul kialakuló helyzetekre is reagálni. A rövid idő alatt meghozandó döntések következtében a döntéshozói kapacitás mentális erőforrásai merülnek ki. A műszakok hossza és a betegek számának növekedése egyenesen arányosan növeli a döntési fáradtságot. Hosszabb műszak egyenlő több beteg. Több beteg egyenlő több döntés. Több döntés egyenlő döntési fáradtság. Kezelési lehetőségként szóba jön a döntések megosztása, a pihenőidők meghosszabbítása és a cserélődő döntéshozói szerepek, amennyiben ez lehetséges.

¹⁴ A fogalmat Charles R. Figley és Albert Wu alkotta meg, szerintük a beteget helyezhetjük az elsődleges áldozat szerepébe a kiszolgáltatottsága és betegsége miatt (elsődleges traumatizáció), de egy váratlan, nem kiszámítható esemény az ellátóját is traumatizálja lelkileg, így válik ő másodlagos áldozattá.

¹⁵ SCHRØDER – ASSING HVIDT 2023.

¹⁶ SHANAFELT–NOSEWORTHY 2017.

Betegbiztonsági szempontból ezek mindenképpen előnyösek, hiszen egy, a döntési fáradtság állapotában meghozott döntés klinikai következményekkel járhat.¹⁷

Speciális környezet: A katonai és rendvédelmi egészségügyi szereplők sajátos kockázatai

A hivatásos állományokban (katonaság, rendvédelem) dolgozó egészségügyi személyzet szélsőséges környezetben végzi munkáját. A szakma gyakorlása olyan operatív környezetben zajlik, amely magában foglalja a fizikai veszélyt, elvárja a gyors döntéseket, és ami erkölcsi dilemmákat eredményez. Pszichés megingáshoz vezet az ellenséges, fegyveres, instabil környezet, ami a hagyományos egészségügyi ellátás terhei mellett (például felelősség a betegért és további sorsáért) jelentkezik az ellátókban. Az egészségügyi pályán dolgozók körében magas a kiegészi arány a többi szakmához képest. Ezt fokozza a műveleti környezet, ahol az erőforrások és környezeti feltételek nem ideálisak a szakma professzionális gyakorlásához.¹⁸

Ezek a területek rendszerint anyag- és erőforráshiány jelentkezik. Sokszor fordul elő olyan harci esemény, amelyben több érintett is sérül. Az ilyen helyzetekben az egészségügyi személyzet elkezd a *triage* (osztályozás) protokollját, miközben a helyszín legkevesbé sem alkalmas ezeknek az eljárásrendeknek a teljes körű szakmai végigfuttatására. Az így kialakuló dilemmák erősítik a morális stresszt, ami hozzájárul a kimerüléshez és a depresszióhoz. A műveleti területen dolgozó egészségügyi ellátók körében is megkülönböztethetünk úgynevezett hajlamosító tényezőket, mint amilyenek az alacsony iskolázottság, beosztás, a női nem, a szolgálati idő és az anamnézisben szereplő korábbi pszichés betegségek. Ezek a tényezők emelik a poszttraumás zavarok kialakulását.¹⁹

A katonai vagy rendvédelmi szerv egészségügyi alkalmazottja kettős szerepet tölt be egy művelet során. Egyrészt az állomány tagjaként funkcionál, nem várt esemény folyamán elvárják tőle a megfelelő reagálást, másrészt egészségügyi dolgozóként a kompetenciáinak megfelelő beavatkozási körrel társai életéért és testi épségéért is felel. A harci események által okozott traumák ugyanúgy hatással vannak az egészségügyi szolgálatot teljesítőkre, mint az állomány minden más tagjára is, emellett a sérültek ellátása extra pszichés teherként jelentkezik náluk.²⁰

Egy katonai orvostanhallgatókat szimulációs környezetben vizsgáló tanulmányban azt kutatták, hogy a résztvevők hogyan reagálnak az előidézett stresszhelyzetekre. A résztvevők két osztályba sorolták a stresszélményüket. Az első kategória a motiváció változása és bizonytalanság, míg a második a hiányos felszerelés és környezeti ártalmak. A bizonytalanság (nem tudja a következő feladatot) és a rossz környezeti feltételek (hideg, rossz és kevés alvás) közrejátszottak a hallgatók stresszérzetének emelkedésében – még szituációs környezetben is.²¹

¹⁷ LEE et al. 2009.

¹⁸ ADLER et al. 2017.

¹⁹ CHEN et al. 2015.

²⁰ PETERSON et al. 2019.

²¹ COLE-BRONSTEIN 2023.

Morális kihívások

A hivatásos szolgálatoknál a munkakörökből fakadóan a morális értékek, mint az erkölcs, tisztesség és etika, gyakran sérülhetnek. Nem azért, mert ezeknek az embereknek nincs képességük felmérni és különbséget tenni a jó és a rossz cselekedetek között, hanem mert sokszor nincs rá lehetőségük. Ez morális sérülést okoz bennük, amelynek súlya teherként nehezedik a vállukra. Az Amerikai Veteránügyi Minisztérium egy 20 ezer fő katonát²² bevonó metaanalitikus vizsgálatban azt fogalmazza meg, hogy morális sérülések akkor alakulnak ki, ha az elszenvedője a saját vagy a közvetlen környezetében lévőket tetteit önmaga erkölcsi meggyőződéseivel nem tudja összeegyeztetni, aminek következtében bizalomhiány, büntudat és szégyen lép fel. Ezek a tünetek korrelálnak a poszttraumás stresszrel, depresszióval és szorongással, amely szimptómák összefüggenek a szerhasználattal és az öngyilkossági gondolatokkal vagy szándékokkal. Általánosságban a hivatásos szervek dolgozóit érintette ez a problémakör, de újabban arra lettek figyelmesek, hogy az egészségügyben foglalkoztatottak körében is megjelent a morális sérülés mint tünetegyüttes, annak fent részletezett jellemzőivel együtt, kifejezetten a Covid-19-pandémia után.²³

Érdemes különbséget tenni a morális sérülések és a poszttraumás stressz-szindróma között, mert ugyan vannak hasonlóságai tüneti szempontból, a két jelenség elkülöníthető egymástól. Abban megegyeznek, hogy kiváltásukhoz traumatikus élmény társul. Azonban míg a poszttraumás stressznél a testi és lelki integritás sérülése, szubjektív fenyegetettségérzés a vezető tényező, addig a morális sérülésnél az erkölcsi integritás szenved kárt, társulva a büntudattal és szégyenérzettel. Az elsónél fontos az alany biztonságtudata, a másodiknál a bizalom megingása következik be a szervezet és a vezetők felé. Militáris közegben a társak és parancsnokok viselkedése, ha szembe megy az egyes katona által képviselt értékekkel, azt árulásként élheti meg. Ilyen környezetben az értékrend stabil fenntartása kritikus fontosságú. Azonban, ha az erőforrások hiányossága miatt egy feladat végrehajtása nem lehetséges maradéktalanul akár támogatói, logisztikai szinten, az morális sérüléshez vezethet. Tovább fokozza a kialakulás veszélyét, ha a katona vezetőjével szemben támasztott elvárásai sérülnek, mert a parancsnok nem az elvárt morális értékek szerint cselekszik. Ez a történés pusztítóbb hatással van a pszichére, mint a valós fizikai veszély. Ha ezenfelül olyan parancs végrehajtására kötelezik, amelynek erőforrásai nem állnak rendelkezésre, az leépíti az önmagába vetett hitelesség képét. Összességében a katona harcértékének csökkenése tapasztalható morális sérülés esetén.²⁴

A védelmi szektorban dolgozó egészségügyi ellátók pszichés megterhelése nemcsak a gyakori kitettség miatt erős, hanem az állandó, személyesen megélt döntések súlyából fakadóan is.²⁵ A morális sérülés a dolgozóknál gyakran abból alakul ki, hogy az ellátó tudja, mi lenne a szakmailag helyes eljárásrend, beavatkozás, de különböző okok (szervezeti, erőforrás, műveleti) miatt nem képes azt végrehajtani.²⁶ A hierarchikus,

²² 2001. szeptember 11-ei terrortámadás után felszerelt (veterán) katona.

²³ BEECH et al. 2024.

²⁴ MARKOVICS 2024.

²⁵ PETERSON et al. 2019.

²⁶ BEECH et al. 2024.

parancsuralmi rendszer erősíti a morális kihívásokat. Ilyen struktúrájú szervezeteknél az egészségügyi ellátó nem minden esetben tud autonóm döntéshozóként funkcionálni. Ilyenkor végrehajtóként vesz részt, és ez erkölcsileg megterhelő számára.²⁷ A morális sérülés önálló jelenséggé is definiálható, mivel a fent említett integritási diszfunkcióból eredeteztethető.²⁸ A tartós, kezeletlen morális kihívások, megfelelő szervezeti támogatás hiányában hozzájárulnak a pályaelhagyáshoz és a betegellátás minőségi romlásához.²⁹

A veszteségélmény és a gyász feldolgozása

A veszteségek megélése a hon- és rendvédelmi szerveknél összetett folyamat. Az egyéni gyászfolyamatok mellett megjelenik a közösségi, bajtársias gyász is mint attitűd. Nemcsak a család és a közvetlen hozzátartozók, hanem a munkakörnyezet is gyászol. A közvetlen kollégák sokszor kénytelenek elhárító mechanizmusokhoz fordulni annak érdekében, hogy a küldetésüket folytatni tudják. Ez akadályozza a gyász megélését, és a feldolgozás idejét hosszabbítja. Egy társ erőszakos halála rendkívüli veszteségélménnyel társul. A szervezetnek kiemelt feladata van a veszteségélmény gyógyulási dinamikájában, ellenkező esetben ez potenciális kiegészítő faktor. A folyamat gyakran elhárítással és tudomásul nem vétellel kezdődik. A vezetőknek tudatosítaniuk kell magukban, hogy ez a gyász fázisának kezdeti része, majd a megfelelő időszakban, amikor az érintett segítséget kér, szükséges adekvátan reagálni és támogatni őt.³⁰

A normális gyászfolyamattól eltérően erős az azonosulás, az „akár velem is megtörténhet” érzete. A stresszt fokozza a média túlzó jelenléte egy-egy „felkapott” ügy esetén, és a vizsgálatok, az eljárások sokasága a körülmények felderítésének érdekében. A közvetlen kollégák körében sokszor jelenik meg álomszerű érzés: „ez nem történhetett meg”. A hozzátartozók, kiskorúak (koruknak megfelelő) tájékoztatása különösen fontos egy ilyen rendkívüli halálesetnél.³¹

A katonák özvegyei fokozottan igénybe veszik a mentálhigiénés ellátásokat a halálesemény utáni első két évben. Ebből arra következtethetünk, hogy a mentális problémák fokozottan nőnek a hozzátartozókban egy szerettük szolgálatteljesítés közbeni halála után. A fiatalabb korcsoport extrém veszélyeztetett, mivel rendszerint kisgyermekes édesanyák, akiknek a finansziális, szociális hálójuk meggyengül, hosszú távú mentális egészségügyi kockázatot alakítva ki ezzel.³²

A pszichés megterhelést fokozza a védelmi szektorban dolgozó egészségügyi személyzetnél, hogy ebben a közegben a veszteségélmény nemcsak személyes, a kollektív bajtársi kapcsolatok, a szolgálati identitás miatt érzelmi teherként is jelentkezik. Nehezítő körülmény a feldolgozásban, hogy a szolgálatteljesítés közbeni halálesetek ellenére a szervezeti működés folytonos fenntartása alapvető szükséglet. Ezekben

²⁷ MARKOVICS 2024.

²⁸ PAPAOGLOU, K. et al. 2019.

²⁹ ADLER et al. 2017.

³⁰ ZELENÁ 2022.

³¹ MILLER 2007.

³² COZZA et al. 2019.

az esetekben az érzelmek elfojtódnak, a gyászfolyamat megélése késleltetődik. A feldolgozatlan, elhúzódó gyászreakció krónikus stresszállapotot idéz elő, ami hosszú távon kiégést, szorongásos zavarokat és depresszív tüneteket eredményez. Az ismétlődő veszteségélmény kumulálódik az egészségügyi személyzetben, különösen a halállal való rendszeres találkozás esetén.³³

Összegzés

Az egészségügyi területeken dolgozó, betegellátásban részt vevő szakemberek, szakterületüktől függetlenül magasabb stresszhatásnak vannak kitéve, mint a más területeken dolgozók. A SARS-Cov-2 (Covid-19) vírus extrém helyzetet teremtett, amihez alkalmazkodniuk kellett. Az ismeretlen és pánikszerű helyzetben az egyénben gyümölcsöző feszültség a döntések meghozatalára negatívan hat. Az erőforrások miatti nem professzionális és nem szakmai elveknek megfelelő kompromisszumos ellátások – tudja, hogy mit kellene tennie, megvan rá a kompetenciája is, de például eszköze nincs – az önbecsülést és szakmaiságot kérdőjelezi meg az ellátókban, ami kiégéshez és fluktuációhoz vezet.

A szakdolgozók azon csoportja, akik a halállal sokat, akár napi szinten találkoznak, kimerülnek az együttérzéstől. A munkahelyi miliőben ezt rossz közérzet és szorongás kíséri, ami mérgező közeget képes teremteni. Fokozottan veszélyeztetettek a fiatal munkavállalók.

A katonai és rendvédelmi területen dolgozók a fenti stresszorokon kívül találkoznak egyéb nehezítő körülményekkel is, mint a veszélyes környezetben végrehajtandó beavatkozások. A műveleti területen való kettős megfelelés: egyrészt az egység (fegyveres) tagja, másrészt egészségügyi ellátója. Ez a speciális környezet morális kihívásoknak teszi ki az ellátót. Sokszor kényszerül a kompromisszumos medicina elveinek gyakorlására, ami annyit tesz, hogy az erőforrásoknak megfelelően, csak azokba az ellátásokba kezd bele, amelyeket véghez is tud vinni a rendelkezésére álló eszközökkel.

A morális kihívásoknak és sérüléseknek a rendvédelmi vagy katonai egészségügyi szakember ugyanúgy ki van téve, mint a szakasztársai. Amennyiben az értékrendjének nem megfelelő történeteket él át, vagy szemtanúja ilyen helyzeteknek, az demoralizálja pszichésen, ami a harcértékére is rossz hatással van.

A megnövekedett pszichés terhelés és mentális problémák kialakulása nemcsak közvetlenül az egészségügyi ellátó élettartamára vagy életminőségére hat, hanem a munkája minőségére, vagyis a betegellátás milyenségére is. Látható tehát, hogy a szakemberek lelki állapota közvetetten az egészségügyi ellátást igénybe vevőkre (betegekre) is hatással van. A dolgozók mentális egészségügyi állapotára a munkáltatónak figyelmet kell szentelnie, lehetnek ezek a segítő-támogató légkör megteremtésére vonatkozó intézkedések, mentális egészséggel foglalkozó szakemberek alkalmazása,

³³ ZELENÁ 2022.

esetmegbeszélésekre való idő és hely biztosítása. Ez elengedhetetlen a hosszú távú minőségi munkavégzés fenntartásához.

Felhasznált irodalom

- ADLER, Amy B. et al. (2017): Professional Stress and Burnout in U.S. Military Medical Personnel Deployed to Afghanistan. *Military Medicine*, 182(3–4), e1669–e1676. Online: <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00154>
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5. kiadás. Arlington: American Psychiatric Publishing. Online: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- BEECH, Elizabeth H. et al. (2024): *Moral Injury and Mental Health Among US Military Service Members and Veterans: A Systematic Review and Evidence Overview*. Washington DC: U.S. Department of Veterans Affairs.
- BOUCHER, Vincent Gosselin et al. (2025): An Umbrella Review and Meta-Analysis of 87 Meta-Analyses Examining Healthcare Workers' Mental Health During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Affective Disorders*, 375, 423–436. Online: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.109>
- CHEN, Xue et al. (2015): A Meta-Analysis of Risk Factors for Combat-Related PTSD Among Military Personnel and Veterans. *PLoS ONE*, 10(3). Online: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120270>
- COLE, Rebekah – BRONSTEIN, Michael V. (2023): Stress and Resilience Among Military Medical Students Completing a High-Fidelity Military Medical Simulation. *Journal of the Health Sciences*, 5(2), 1–9. Online: <https://doi.org/10.54531/bhtx8590>
- COZZA, Stephen J. et al. (2019): Mental Health Conditions in Bereaved Military Service Widows: A Prospective, Case-Controlled, and Longitudinal Study. *Depression and Anxiety*, 37, 45–53. Online: <https://doi.org/10.1002/da.22971>
- DETRÉNÉ URBÁN Nóra (2015): *A stressz-rezisztencia és a pszichológiai reziliencia fejlesztésének és fenntartásának szükségessége a védelmi szektorban*. PhD-disszertáció. Budapest: Nemzeti Köszolgálati Egyetem Hadtudományi Doktori Iskola. Online: <https://doi.org/10.17625/NKE.2016.10>
- DI MUZIO, Marco et al. (2020): Nurses and Night Shifts: Poor Sleep Quality Exacerbates Psychomotor Performance. *Frontiers in Neuroscience*, 14. Online: <https://doi.org/10.3389/fnins.2020.579938>
- GHAHRAMANI, Sulmaz et al. (2023): Health Care Workers' Mental Health in the Face of COVID-19: A Systematic Review and Meta-analysis. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(2), 208–217. Online: <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2101927>
- HEGEDŰS, Katalin (2012): Health Protection of Health Care Personnel Working With Seriously Ill Patients. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13(2), 243–252. Online: <https://doi.org/10.1556/Mental.13.2012.2.8>
- HUANG, Jia et al. (2024): Mental Health Status and Related Factors Influencing Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic. *PLoS ONE*, 19(1). Online: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289454>

- KUHLMANN, Ellen (2025): *The Health Workforce Crisis in the European Union. Policy Options for Improving the Sustainability of Healthcare Systems and Employment and Working Conditions in the Healthcare Sector*. European Parliament. Online: [www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772481/ECTI_BRI\(2025\)772481_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2025/772481/ECTI_BRI(2025)772481_EN.pdf)
- LEE, Mark C. et al. (2009): Familial Bilateral Osteochondritis Dissecans of the Femoral Head. *The Journal of Bone & Joint Surgery*, 91(11), 2700–2707. Online: <https://doi.org/10.2106/JBJS.H.00924>
- MARKOVICS, Milán Mór (2024): Morális reziliencia mint a katona harcértékét meghatározó elem. *Hadtudományi Szemle*, 17(3), 99–112. Online: <https://doi.org/10.35926/HSZ.2024.3.8>
- MILLER, Laurence (2007): Line-Of-Duty Death: Psychological Treatment of Traumatic Bereavement in Law Enforcement. *International Journal of Emergency Mental Health*, 9(1), 13–23. Online: https://ovc.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh226/files/media/document/imp_line_of_duty_death-508.pdf
- PÁLFINÉ KEGYE Adrienne (2021): *Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota: A hazai hospice-palliatív ellátásban dolgozók jóllétének vizsgálata, különös tekintettel az elégedettségre*. Doktori disszertáció. Budapest: Semmelweis Egyetem. Online: <https://doi.org/10.14753/SE.2021.2489>
- PAPAZOGLU, Konstantinos et al. (2019): Exploring the Roles of Moral Injury and Personality in Police Traumatization. *Crisis, Stress, and Human Resilience*, 1(1), 32–56.
- PETERSON, Alan L. et al. (2019): Deployed Military Medical Personnel: Impact of Combat and Healthcare Trauma Exposure. *Military Medicine*, 184(1–2), e133–e142. Online: <https://doi.org/10.1093/milmed/usy147>
- SCHRØDER, Katja – ASSING HVIDT, Elisabeth (2023): Emotional Responses and Support Needs of Healthcare Professionals After Adverse or Traumatic Experiences in Healthcare — Evidence From Seminars on Peer Support. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9), 5749. Online: <https://doi.org/10.3390/ijerph20095749>
- SHANAFELT, Tait D. – NOSEWORTHY, John H. (2017): Executive Leadership and Physician Well-Being. Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 92(1), 129–146. Online: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
- World Health Organization (2019): *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. 11. rev. (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization. Online: www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases
- ZACHARIAS, Betsy Sara – UPENDRA, Sheela (2024): Healing the Healers: A Systematic Review on the Burden of Secondary Traumatic Stress Among Healthcare Providers. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 466. Online: https://doi.org/10.4103/jehp_218_24
- ZELENA András (2022): Gyász- és veszteségfeldolgozás a rendvédelmi szervek kötelességében. *Belügyi Szemle*, 72(12), 2365–2373. Online: <https://doi.org/10.38146/bsz-ajia.2024.v72.i12.pp2365-2373>