

A kiégés és a depresszió diagnosztizálásának elősegítése demográfiai és munkahelyi védő- és kockázati tényezőik feltárásával egészségügyi szakdolgozók körében

Ádám Szilvia dr.¹ ■ Nistor Anikó¹ ■ Nistor Katalin¹
Cserháti Zoltán dr.¹ ■ Mészáros Veronika dr.²

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ¹Magatartástudományi Intézet,
²Klinikai Pszichológiai Tanszék, Budapest

Bevezetés: A depresszió és a kiégés gyakran lép fel együtt egészségügyi szakdolgozók körében. Bár tüneteik hasonlóak, kezelésük eltérő, így mihamarabbi felismerésük rendkívül fontos. **Célkitűzés:** A kiégés és a depresszió demográfiai és munkahelyi rizikó-, valamint védőtényezőinek feltárása és diagnosztizálásuk elősegítése. **Módszer:** A depressziót a rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel, a kiégést a Maslach Kiégés Leltárral mértük 1713 egészségügyi szakdolgozó körében keresztmetszeti adatfelvétellel. A kockázati és védőtényezőket *t*-próbbával és varianciaanalízissel tártuk fel. **Eredmények:** A depresszió és a legalább közepes szintű kiégés prevalenciája egyenként 35,1% és 34–74% volt. A partner/gyermek megléte, a hosszabb, valamint a járóbeteg-ellátásban való munkaviszony a kiégés védőtényezőjének bizonyult. A partner hiánya és a férfi nem egyenként a depresszió és a deperszonalizáció kockázati tényezőjeként jelent meg. **Következtetések:** A depresszió és a kiégés magas prevalenciája egészségügyi szakdolgozók körében jelentős közegészségügyi probléma. A két tünetegyüttes kutatásunkban feltárt kockázati és védőtényezőinek ismerete megkönnyítheti időben történő diagnosztizálásukat és hatékony kezelésüket. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(32), 1288–1297.

Kulcsszavak: kiégés, depresszió, egészségügyi szakdolgozók, rizikótényezők, védőtényezők

Facilitating the diagnosis of depression and burnout by identifying demographic and work-related risk and protective factors among nurses

Introduction: Depression and burnout are frequent comorbidities among nurses. Despite similar symptoms, their management differ. Therefore, their timely diagnosis is essential. **Aim:** To identify demographic and work-related risk and protective factors of burnout and depression, and facilitate their diagnosis. **Method:** A cross-sectional study among 1,713 nurses was carried out. Depression and burnout were assessed by the shortened Beck Depression Questionnaire and Maclach Burnout Inventory, respectively. Risk and protective factors were explored using *t*-tests and analysis of variance. **Results:** The prevalence of depression and moderate-to-high burnout was 35.1% and 34–74%, respectively. Having a partner/child and longer employment in the outpatient setting protected from burnout. Lack of a partner and male sex emerged as risk factors of depression and depersonalisation, respectively. **Conclusions:** High prevalence of depression and burnout among nurses poses a significant public health issue. Familiarity with the disease-specific risk and protective factors identified in this research may facilitate timely diagnosis and effective disease management.

Keywords: burnout, depression, nurses, risk factors, protective factors

Ádám, Sz., Nistor, A., Nistor, K., Cserháti, Z., Mészáros, V. [Facilitating the diagnosis of depression and burnout by identifying demographic and work-related risk and protective factors among nurses]. *Orv. Hetil.*, 2015, 156(32), 1288–1297.

(Beérkezett: 2015. május 26.; elfogadva: 2015. június 25.)

A kiégés és a depresszió közötti kapcsolat már hosszú évtizedek óta a foglalkozás-egészségtan egyik legintenzívebben vizsgált kérdése külföldön [1, 2]. A kiégést több kutató a depresszió egyik korai (közvetett) indikátorként tartja számon [1, 3, 4, 5]. Az erőforrás-konzervációs elmélet (conservation of resources theory) szerint mind a kiégés, mind a depresszió megterhelő helyzetekre adott érzelmi válasz [3, 4]. Megterhelő helyzetekben az egyén eleinte képes aktívan küzdeni és szembenézni az őt fenyegető hatásokkal. A hosszan tartó aktív megküzdés azonban kimerítheti érzelmi energiáját és viselkedése távolságtartóvá válik, teljesítménye csökken. Ez a kiégés állapota. A kiégés jellemzője, hogy elsősorban a munkavégzéshez kapcsolódó energiatartalékok felemésztése történik. Ha a megterhelő helyzet krónikussá válik, az alacsony energetikai állapot nemcsak a munkára, hanem az élet minden területére kiterjedhet, ami pedig már depressziós tüneteket okozhat. E modell szerint a kiégés az úgynevezett másodlagos emberi erőforrások apadásához köthető, amelyeknek az egyén versenyképességében, növekedési potenciáljában van fontos szerepe (például a munkavégzés minősége). Ezzel szemben a depresszióban szenvedőknél az emberi lét elsődleges, alapvető erőforrásai (például biztonság, élelemszerzés képessége) merülnek ki. E modell tehát a kiégést enyhébb, a depressziót súlyosabb állapotként definiálja és elkülöníti a kiégésben nem szenvedő, a kiégésben szenvedő, valamint a depressziós állapotokat. Az erőforrás-konzervációs elméleten alapuló kiégés–depresszió folyamatot már számos empirikus vizsgálat alátámasztotta [1, 5].

A kiégés egyéni, interperszonális és önértékeléshez kapcsolódó dimenzióval jellemezhető. Egyéni aspektusa az *emocionális kimerültség*, amely a fizikai és érzelmi fáradtság állapota. Interperszonális jellemzője a *depersonalizáció*, azaz a másoktól való elidegenedés, amely közönyös, távolságtartó attitűddel jár. A *személyes teljesítményérzés hiánya* az önértékelési aspektus, amely csökkent kompetenciaérzéssel, a produktivitás alacsony szintjével írható le [6]. A kiégés két-, három-, négy-, illetve ötdimenziós modelljét is leírták. A magyar mintára a két-dimenziós modell jellemző, amely a három alskála összpontszáma mellett (az úgynevezett általános kiégés) a személyes teljesítményérzés hiányát tartja mérvadónak [7].

A depresszió – melankólia vagy búskomorság – olyan kedélybetegség, amelyre jellemző a tartós hangulatingadozás, a szomorúság, az érdeklődés és az öröm elvesztése, a bűntudat, az alacsony önértékelés, alvászavarok, étvágytalanság, a fáradtság és a gyenge koncentráció. A depresszió egyrészt lényegesen csökkenti az egyén képességét munkájának elvégzésére, másrészt megnehezíti azt, hogy az egyén megbirkózzon a mindennapi élet feladataival. A depresszió legsúlyosabb formájában igen gyakoriak az öngyilkossági gondolatok és maga az öngyilkossági kísérlet. A depresszió kialakulásában genetikai és környezeti tényezők játszanak szerepet [8]. A környezeti tényezők közül kiemelendő a magas munkahelyi

követelmény, a munka feletti alacsony kontroll és a társas támogatás hiánya, amelyek a depresszió kialakulásának veszélyét szignifikánsan növelik [9].

A kiégés és a depresszió közötti kapcsolat feltárásához fontos megismerni a két kór állapot tüneteinek és patomechanizmusának hasonlóságait és különbségeit. A tünetek hasonlóságát tekintve megállapítható, hogy mindkét kór állapotra jellemző a mások problémáira adott érzelmi válaszok számának csökkenése, az empátiás kognícióról a nem empátiás kognícióra való átváltás [10, 11], a jelentős örömképtelenség, a szociális ingerektől való eltávolodás [12], az információk felidézésével, valamint a döntések meghozatalával kapcsolatos nehézségek [13]. Bár mindkét állapot alacsony alapaktivációs szinttel jár, az aktivációs szint csökkenése a kiégés esetében nem annyira markáns, mint a depresszió fennállásakor. A kiégésben szenvedő emberek vitálisabb benyomást keltenek, mint a depressziósok, ritkán veszítenek súlyukból és mutatnak pszichomotoros lassulást [3]. Az egyes helyzetekhez kapcsolódó saját felelősségről is realisabb elképzelésük van, emellett bűntudatuk is kisebb, mint a depresszióval küzdőké [14]. A tünetek különbözőségét tekintve fontos különbség az is, hogy a kiégésben szenvedők számára csak a munkahelyi kapcsolatokban megjelenő kölcsönösség érzése sérül, míg a depressziósok összes intim kapcsolatukban hiányolják a viszonyosság érzését [1]. Mindemellett elmondható az is, hogy a kiégés kifejezetten a munkahelyi környezethez kapcsolható, míg a depresszió kontextusfüggetlen és az élet minden területére – beleértve a munkahelyet is – kiterjed [10]. Összegezve a hasonlóságokat a tünetek tekintetében, a két jelenség rokonsága jól látható, a tüneti különbségek pedig rámutatnak arra, hogy a kiégés a depresszióhoz viszonyítottan visszafogottabb, kevésbé éles körvonalakkal jellemezhető. Megerősítő faktoranalízisek felhasználásával számos kutató jutott arra a következtetésre, hogy a két kór állapot tüneteit tekintve nem ugyanannak a jelenségnek a manifesztációja, vagyis két elkülönülő jelenség [1].

A két kór állapot rizikó- és védőtényezőinek, manifesztációjának és lefolyásának vizsgálata is komplex képet mutatott. Számos vizsgálat számolt be a biológiai nem lehetséges védő- vagy súlyosbító szerepéről. A depresszió – amelynek patogenezisében többek között a stressz és a hormonális rendszer változásai is szerepet játszanak – nagyobb arányban fordul elő nőknél, mint férfiaknál. Ennek egyik oka lehet, hogy a nők hajlamosabbak a ruminációra (örklődésre) – fokozott szintű hosszan tartó stresszállapot –, valamint szervezetük hormonális egyensúlya is labilisabb, főként menstruáció előtt, valamint menopauza idején [15, 16]. A kiégés nemi különbségei tekintetében a nők nagyobb valószínűséggel mutatnak emocionális kimerültséget, míg a férfiak hajlamosabbak a depersonalizációra. Ennek hátterében a két nem eltérő stresszmegküzdési stratégiái állhatnak. A nők könnyebben fejezik ki érzelmeiket, gyakrabban reagálnak stresszes szituációkra érzelmi bevonódással, ami hamarabb

vezethet érzelmi kimerüléshez, míg a férfiak inkább kivonják magukat a problematikus helyzetekből és ezért körükben a deperszonalizáció a gyakoribb [17].

Klinikai vizsgálatok eredményei szerint a házastárs vagy családtag megléte a depresszió egyértelmű védőtényezőjeként jelenik meg, ezek hiánya pedig rizikótényezőnek számít [18]. Míg a kiégés prevalenciáját és szintjét a házastárs és a gyermekek megléte ugyancsak csökkenti, a társ elvesztése – a depresszióval ellentétben – a kiégés szintjére és prevalenciájára nincs hatással [19, 20]. Kifejezetten a kiégésre jellemző védőtényező a munkahelyen eltöltött hosszabb idő. Ennek két magyarázata közül az első az úgynevezett „reality shock” (a valósággal való szembesülés okozta sokk) elmélet, amely szerint a fiatal munkavállaló már akkor lelkesedését veszti, amikor munkahellyel kapcsolatos elvárásai nincsenek összhangban az állás által kínált lehetőségekkel. A másik magyarázat szerint, az idősebb munkavállalók közül azok hajlamosabbak válaszolni az önkitalós tesztekre, akik rugalmasak, egészségesek – az úgynevezett „healthy worker effect” –, így mentális és egészségi mutatóik is kedvezőbbek fiatalabb kortársaikhoz viszonyítva [21]. A munkavállalás hosszából eredő megállapítások hozzájárulnak magukkal azt a feltételezést is, miszerint az idősebb munkavállalók kevésbé szenvednek kiégéstől [19]. Köztudott viszont, hogy a depresszió – a serdülőkor mellett – időskorban a leggyakoribb [16, 22], így a két jelenség ebben is megkülönböztethető egymástól. További vizsgálatok a szociodemográfiai és munkahelyi tényezők kiégéssel, valamint depresszióval való kapcsolatáról megerősítették azt a feltételezést, miszerint a két jelenségnek eltérő patogenetikai háttere van. A kiégés gyakoribb volt nők körében, azok között, akiknek hosszú munkaideje volt és fiatalabbak voltak, míg a depresszió olyan idősebb munkavállalók körében volt gyakoribb, akiket a munkatársak nem támogattak vagy segítettek [23].

A két kórállapot manifesztációjának és lefolyásának összehasonlítása számos figyelemre méltó eredményt hozott. Egy, ápolók körében végzett kutatás szerint a kiégés és a depressziós tünetek párhuzamosan, de egymástól függetlenül alakultak ki [24]. Több vizsgálat viszont azt sugallta, hogy a kiégés depresszióvá, a depresszió pedig kiégéssé fejlődhet [1, 2]. Ezen vizsgálatok eredményei részben alátámasztják az erőforrás-konzervációs elmélet feltevését, miszerint a kiégés a depresszió előfutára lehet. A kiégés vagy a depresszió tehát vagy önmagában, vagy egyidejűleg, de egymástól függetlenül is felléphet. Az esetek többségében azonban a két kórállapot összefonódik egymással, így tüneteik elkülönítése és ezáltal a kezelési stratégia kialakítása egy igazi klinikai kihívás.

Az Egészségügyi Világszervezet előrejelzése szerint a depresszió 2020-ra a második leggyakoribb munkaképesség-csökkenést okozó betegség lesz világviszonylatban. Magyarországon 1988 óta a klinikai szintű depresszió gyakorisága folyamatosan nő. A Hungarostudy vizsgálatokból tudjuk, hogy a magyar populációban 1988-ban 7,5%, 1995-ben 14,1% és 2002-ben 16,5%

volt a depresszióban szenvedők aránya [25]. Az önbeurólás módszerrel mérhető klinikai szintű depressziós tünetek az egészségügyben dolgozók 24–45%-a körében van jelen [26]. A nemzetközi szakirodalom már az 1980-as években rámutatott a munkahelyi stressz következtében kialakuló pszichés megbetegedések – köztük a kiégés – magas prevalenciájára egészségügyi szakdolgozók körében [6]. Magyarországi adatok alapján az ápolók 33,9%-a kiégésveszélyben van, 5,5%-a kiégésben szenved, 0,9%-a pedig a kiégés mellett súlyos pszichiátriai megbetegedéssel is jellemezhető [27]. Kisebb mintával dolgozó vizsgálatok hasonló – 40–50%-os – kiégési arányt publikálnak ebben a szakmában [28, 29].

Az egészségügyi szakdolgozók körében a kiégésnek és a depresszióknak széles körű negatív hatásai vannak, amelyek nemcsak az egyén személyes és szakmai életét és kilátásait, hanem a betegellátás minőségét és az egészségügyi rendszer hatékonyságát is ronthatják [30]. Ezért a kiégés és a depresszió megelőzése és megfelelő kezelése az egészségügyi dolgozók körében kiemelkedően fontos. A két kórállapot felismerése és elkülönítése a gyakorlati orvoslásban azonban – a tünetek hasonlósága és a kórfolyamatok egymásba fonódása miatt – kihívásokkal teli. Ezt jól tükrözi az a tény, hogy a DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) magát a „kiégés” szót nem tartalmazza, tehát nem sorolja az önálló betegségek körébe, bár diagnosztikai kritériumok alapján beleillik a „pszichés egyensúly zavarai”-nak (mental adjustment disorders) kategóriájába. A kiégést azonban az ICD-10 (International Classification of Diseases) önálló betegségként könyveli el (Z73.0). Ezért jelen vizsgálatunk célja az volt, hogy segítsük a kiégés és a depresszió felismerését a két tünetegyüttes demográfiai és munkahelyi rizikó- és védőtényezőinek a feltárással egészségügyi szakdolgozók körében. A fent bemutatott tudományos eredmények alapján hipotéziseink a következők voltak:

H1: A korábbi pszichés megbetegedés a kiégés és a depresszió rizikótényezője.

H2: A nők körében a depresszió és a kiégés prevalenciája, valamint szintje magasabb, mint férfiaknál.

H3: A partner hiánya vagy elvesztése a depresszió rizikótényezője.

H4: A partner megléte a kiégés védőtényezője.

H5: A hosszabb egészségügyi munkaviszony a kiégés védőtényezője.

H6: Az életkor és a depresszió között egyenes arányú kapcsolat van.

Módszer

Minta

A vizsgálat keretében 2500 kérdőívet osztottunk szét a főváros 23 kerületében. A kérdőíveket a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK) területi szervezeteinek helyi vezetői juttatták el a szakdolgozókhoz.

A kiküldött kérdőívekből 1732 érkezett vissza, amelyből 19 hiányosan kitöltött volt. Így a vizsgálatban 1713 fő adatait elemeztük (68,5%-os válaszarány). Az 1713 egészségügyi szakdolgozó közül 79 férfi (4,6%) és 1634 nő (95,4%) volt. Átlagéletkoruk 44,0 év (minimum: 20 év; maximum: 78 év; SD = 10,0 év) volt. A kérdőívet kitöltők közül legtöbben 30-as (506 fő, 29,5%) és 40-es (546 fő, 31,9%) éveikben jártak. A minta a budapesti egészségügyi szakdolgozók körében reprezentatív az ellátási szint (alap, járó, fekvő, egyéb – például gyógyszer-tári asszisztensek, idősek otthonában dolgozók) tekintetében. Az 1. táblázatban összegeztük a vizsgálatban részt vevők demográfiai adatait

Mérőeszközök

Demográfiai változók

Rákérdeztünk a kitöltők nemére, életkorára, családi állapotára és gyermekeik, illetve az egészségügyben eltöltött évek számára, korábbi pszichiátriai kezelésére, valamint a betegellátás szintjére.

Kiegészítés

A kiegészítést a Maslach Kiegészítés Leltárral mértük (Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey – MBI-HSS), amelyet *Maslach és munkatársai* kifejezetten a human szolgáltatás szektorban dolgozók kiegészítésének vizsgálatára fejlesztették ki [31]. A kérdőív eredeti változata 22 tételt tartalmaz, a tételek megítélése 7 fokú skálán történik. A magyar változatban 21 tétel szerepel (a kérdőív összpontszáma a 4. tétel kiemelésével értelmezhető). A kiegészítés értelmezéséhez a 21 tétel összpontszáma mellett a személyes teljesítményérzés hiányát mérő skála átlagos pontszáma nyújt viszonyítási alapot a magyar mintán [32]. Előbbi vizsgálatunk 0,87, az utóbbi pedig 0,79 Cronbach-alfa-értékkel rendelkezett. A kérdőív másik két skálája az emocionális kimerültség és a deperszonalizáció magyar mintán nem hordoz többlet-információt, valamint magyar nyelvű standardjai sincsenek, ezért ezek mintában való eloszlását csak támpontként közöljük a kiegészítés gyakoriságának és eloszlásának szemléletesebb bemutatása érdekében [32].

Depresszió

A depresszió tüneteinek mérésére a 21 tételű Beck Depresszió Kérdőív [33, 34] 9 tételű rövidített változatát használtuk. A kérdőívet hazai mintán *Rózsa, Szádóczy és Füredi* érvényesítette [35]. A kérdőívbe a legmagasabb Cronbach-alfa-értékű 9 változó került be. Az egyes tételek a pesszimizmusra, elégedettség-örömképesség hiányára, önvádásra, szociális visszahúzóásra, döntésképtelenségre, munkaképtelenségre, alvászavarra, fáradékonyságra, illetve a testi tünetekre vonatkozó túlzott aggodalomra vonatkoznak [36]. A magasabb összpontszám súlyosabb depressziós tünetegyüttest jelez. A rövidített skála megbízhatósági koefficiense 0,83 [35], amit a vizsgálatunkban megerősítettünk: 0,82.

1. táblázat | A minta demográfiai jellemzői

Változók	N	(%)
Teljes minta	1713	100,0
Betegellátási szint		
Alapellátás	108	6,3
Járóbeteg-ellátás	501	29,2
Fekvőbeteg-ellátás	954	55,7
Egyéb	67	3,9
Hiányzó adat	83	4,9
Életkor		
18–29	131	7,7
30–39	506	29,5
40–49	546	31,9
50–59	367	21,4
≤60	79	4,6
Hiányzó adat	84	4,9
Partner		
Van	1035	60,4
Nincs	661	38,6
Hiányzó adat	17	1,0
Gyermek		
Nincs	479	27,9
Van	1206	70,4
1	483	40,0
2	562	46,6
3	142	11,8
≥4	19	1,6
Hiányzó adat	28	1,7
Egészségügyben töltött évek száma		
1–10	283	16,5
11–20	513	29,9
21–30	513	29,9
31–40	289	16,9
41 vagy több	46	2,7
Hiányzó adat	69	4,0

Statisztikai elemzés

Leíró statisztikai módszereket használtunk a minta leírásához (átlag, szórás, arány). A folytonos változók esetén a csoportok átlagai közötti különbségeket független mintás *t*-teszttel, illetve varianciaelemzéssel, a kategóriás változók esetén a csoportok arányai közötti különbségeket χ^2 -teszttel vizsgáltuk. Az adatok elemzését SPSS 20.0 szoftverrel végeztük. A szignifikancia szintjét $p < 0,05$ -ben állapítottuk meg.

2. táblázat | A kiégés és a depressziós tünetek prevalenciája egészségügyi szakdolgozók körében (N = 1713)

Mért változó	Súlyos/magas szintű	Közepesen súlyos/ közepes szintű	Enyhe/alacsony szintű	Normál tartomány	Hiányzó adat
Depressziós tünetek, N (%)	85 (5,0)	126 (7,3)	375 (21,9)	1082 (63,2)	45 (2,6)
Kiégés, N (%)					
Emocionális kimerültség	349 (20,3)	361 (21,1)	902 (52,7)		101 (5,9)
Deperszonalizáció	264 (15,4)	303 (17,7)	1035 (60,4)		111 (6,5)
Személyes teljesítményérzés hiánya	759 (44,3)	382 (22,3)	404 (23,6)		168 (9,8)

3. táblázat | A kiégés és a depressziós tünetek prevalenciája azon egészségügyi szakdolgozók körében, akiket életük során már kezeltek pszichés megbetegedéssel (N = 166)

Mért változó	Súlyos/magas szintű	Közepesen súlyos/ közepes szintű	Enyhe/alacsony szintű	Normál tartomány	Hiányzó adat
Depressziós tünetek, N (%)	22 (13,3)	19 (11,4)	37 (22,3)	87 (52,4)	1 (0,6)
Kiégés, N (%)					
Emocionális kimerültség	48 (28,9)	46 (27,7)	65 (39,2)		7 (4,2)
Deperszonalizáció	99 (59,6)	36 (21,7)	22 (13,3)		9 (5,4)
Személyes teljesítményérzés hiánya	84 (50,6)	45 (27,1)	28 (16,9)		9 (5,4)

Eredmények

Magas a kiégés és a depressziós tünetek prevalenciája az egészségügyi szakdolgozók körében

Mivel az MBI-HSS-nek nincsenek magyar mintán leírt határértékei, ezért a *Maslach, Jackson és Leiter* [31] által közölt, amerikai mintán meghatározott határértékeket használtuk az alacsony, közepes és magas szintű kiégésben szenvedők arányának a megállapításához. Bár magyar mintán a kiégés három dimenzió elért összpontszáma és a személyes teljesítmény dimenzió értéke a mérvadó, jelen elemzésünk kitért az emocionális kimerültség és a deperszonalizáció dimenziók elemzésére is. Ennek célja az, hogy elősegítsük az eredmények összehasonlíthatóságát más vizsgálatokkal.

A 2. táblázatból látható, hogy az általunk vizsgált egészségügyi szakdolgozók közül 5,1% küzd súlyos depressziós tünetekkel és körülbelül egyharmaduknak (35,1%) van legalább enyhe szintű depressziós tünete. A vizsgálatban részt vevők közül 20,3%, 15,4% és 44,3% számolt be egyenként magas szintű emocionális kimerültségről, deperszonalizációról és a teljesítményérzés hiányáról. A szakdolgozók több mint felére jellemző a legalább közepes szintű emocionális kimerültség és a deperszonalizáció, továbbá közel háromnegyede tapasztalt legalább közepes mértékű teljesítményérzés-hiányt (66,6%). Mivel magyar mintán az emocionális kimerüléssel és a deperszonalizációval szemben a személyes teljesítményérzés hiányának fontos prediktív szerepe lehet [30], a kiégés rizikó- és védőtényezőinek további vizsgálatához ezt a dimenziót vettük figyelembe.

A korábbi pszichés megbetegedés a kiégés és a depresszió rizikótényezője

Vizsgálatunk figyelemre méltó eredménye, hogy azok között a szakdolgozók között, akiket életük során már kezeltek pszichés megbetegedésekkel (N = 166), a magas szintű emocionális kimerültség, a deperszonalizáció és a súlyos depressziós tünetek prevalenciája többszöröse emelkedett (3. táblázat) azokhoz képest, akiket nem kezeltek pszichés megbetegedéssel (4. táblázat). Az emelkedés a súlyos depressziós tüneteket jelentők körében volt a legmagasabb (közel négyszeres). Első hipotézisünk tehát beigazolódott. Érdekes adat, hogy a magas szintű teljesítményérzés hiányának prevalenciáját a korábbi pszichiátriai megbetegedés jelenléte nem befolyásolta (3. és 4. táblázat).

Hasonló a depressziós tünetek prevalenciája és szintje a férfi és női egészségügyi dolgozók körében

Második hipotézisünk értelmében a nőknél magasabb értéket vártunk a depressziós tünetek gyakoriságában és szintjében a férfiakéhoz képest. A depressziós tünetek szintjének nemi összehasonlítására az egyszempontos varianciaanalízis robosztus változatát használtuk (mely figyelembe veszi a nők túlnyomó arányát a mintában), a prevalencia különbségeinek tesztelésére khi-négyzet-próbát alkalmaztunk. A depresszió egyes szintjeit, valamint a klinikai szintű depresszióként aposztrofált közepes és súlyos depressziót is vizsgáltuk nemi bontásban. Eredményeink azt mutatták, hogy a nők és a férfiak kö-

4. táblázat | A kiégés és a depressziós tünetek prevalenciája azon egészségügyi szakdolgozók körében, akiket életük során soha nem kezeltek pszichés megbetegedéssel (N = 1433)

Mért változó	Súlyos/magas szintű	Közepesen súlyos/ közepes szintű	Enyhe/alacsony szintű	Normál tartomány	Hiányzó adat
Depressziós tünetek, N (%)	59 (4,1)	98 (6,8)	309 (21,6)	927 (64,7)	40 (2,8)
Kiégés, N (%)					
Emocionális kimerültség	274 (19,1)	294 (20,5)	782 (54,6)		83 (5,8)
Deperszonalizáció	221 (15,4)	246 (17,2)	878 (61,3)		88 (6,1)
Személyes teljesítményérzés hiánya	633 (44,2)	316 (22,0)	345 (24,1)		139 (9,7)

zött a depresszió prevalenciájában nincs szignifikáns különbség sem a klinikai szintű depressziót tekintve, sem pedig a depresszió egyes szintjein (5. táblázat). A depressziós tünetek szintjét illetően sem találtunk nemi különbséget a nők és a férfiak között (egyenként 9,8 [SD 8,5] és 8,8 [SD 8,8], $t(df) = -0,1, p = 1,0$), ami enyhe szintű depressziós tüneteket jelez. Második hipotézisünk a depressziós tünetek prevalenciájának és szintjének nemi különbségeiről tehát nem igazolódott be.

A férfiak körében szignifikánsan magasabb a deperszonalizáció (kiégés) szintje és prevalenciája a nőkhöz képest

Második hipotézisünk felvetette a kiégés prevalenciájának és szintjének nemi különbségét. Mindössze a deperszonalizáció szintjében találtunk nemi különbséget. A többi dimenzióban, valamint a kiégés összpontszámában mindkét nem hasonló szintű kiégést mutatott (6. táblázat). A kiégés prevalenciáját illetően azt találtuk, hogy a férfiak – alacsony elemszámuk ellenére – szignifikánsan gyakrabban számoltak be legalább közepes, illetve magas szintű deperszonalizációról, mint a nők (7. táblázat). Eredményeink alapján második hipotézisünk (a kiégés és depresszió nők körében magasabb prevalenciájáról és szintjéről a férfiakéhoz képest) nem igazolódott be.

A partner és a gyermek megléte, a hosszabb, valamint a járóbeteg-ellátásban való munkaviszony a kiégés védőtényezői, míg a partner hiánya a depressziós tünetek kockázati tényezője

A kiégés és a depressziós tünetek lehetséges védő- és rizikótényezőinek feltárásához a kiégés összpontszámának és a személyes teljesítmény, valamint a depressziós tünetek pontszámának átlagértékeiben megfigyelt változásokat elemeztük a demográfiai és munkahelyi tényezők függvényében (8. táblázat). Varianciaanalíziseink eredményei azt mutatták, hogy a kiégés szempontjából a legjobb helyzetben azok vannak, akiknek van partnere, szemben azokkal, akiknek nincs. A partnerkapcsolatban

élők ritkábban jelentenek depressziós tüneteket, azonban a depressziós panaszok száma azoknál a legmagasabb, akik elvesztették partnerüket, vagy elváltak. Kevésbé számolnak be kiégésről és hatékonyabbnak érzik magukat azok, akiknek van gyermeke, azokhoz képest, akiknek nincs. Depressziós tünetek szempontjából azonban nincs jelentősége a gyermekek számának. Így harmadik és negyedik hipotézisünk teljes mértékben beigazolódott. Ötödik hipotézisünkben feltételeztük azt is, hogy

5. táblázat | Nemi különbségek a depressziós tünetek prevalenciájában egészségügyi szakdolgozók körében (N=1713)

	Nők N = 1634	Férfiak N = 79	Különbözőségi teszt (df)
Mért változó	Gyakoriság (%)	Gyakoriság (%)	
Depressziós tünetek			
Közepesen súlyos és súlyos együtt	198 (12,1)	9 (11,4)	Nsz
Enyhe szintű	349 (21,4)	18 (22,8)	Nsz
Közepesen súlyos szintű	121 (7,4)	4 (5,1)	Nsz
Súlyos szintű	77 (4,7)	5 (6,3)	Nsz

Nsz: Nem szignifikáns.

6. táblázat | Nemi különbségek a kiégés szintjében egészségügyi szakdolgozók körében

Mért változó	Nők, átlag (SD)	Férfiak, átlag (SD)	Különbözőségi teszt (df)
Kiégés	37,3 (19,0)	40,5 (22,8)	$t = 1,2 (75)^a$
Személyes teljesítmény-csökkenés (N = 1540)	32,8 (8,9)	31,8 (10,7)	$t = -0,8 (77)^a$
Érzelmi kimerülés (N = 1612)	18,1 (12,1)	18,1 (12,1)	$t = 0,1 (76)^a$
Deperszonalizáció (N = 1602)	4,7 (5,1)	7,1 (6,6)	$t = 3,0 (77)^{**}$

** $p < 0,01$

^aNem szignifikáns.

7. táblázat | Nemi különbségek a kiégés gyakoriságában egészségügyi szakdolgozók körében

Kiégés	Nők, N = 1634 Gyakoriság (%)	Férfiak, N = 79 Gyakoriság (%)	Különböző- ségi teszt (df)
Emocionális kimerültség			
Közepes és magas szintű együtt	670 (41,0)	33 (41,8)	$\chi^2 = 0,1 (1)^a$
Alacsony szintű	852 (52,1)	39 (49,4)	
Közepes szintű	343 (21,0)	17 (21,5)	
Magas szintű	327 (20,0)	16 (20,2)	$\chi^2 = 0,2 (1)^a$
Deperszonalizáció			
Közepes és magas szintű együtt	520 (31,8)	37 (46,8)	$\chi^2 = 7,5 (1)^{**}$
Alacsony szintű	991 (60,6)	37 (46,8)	
Közepes szintű	284 (17,4)	15 (19,0)	
Magas szintű	236 (14,4)	22 (27,8)	$\chi^2 = 10,3 (1)^{***}$
Személyes teljesítményérzés hiánya			
Közepes és magas szintű együtt	1075 (65,8)	51 (64,6)	$\chi^2 = 0,6 (1)^a$
Alacsony szintű	379 (23,2)	22 (27,9)	
Közepes szintű	367 (22,5)	12 (15,2)	
Magas szintű	708 (43,3)	39 (49,4)	$\chi^2 = 0,6 (1)^a$

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ ^aNem szignifikáns.

a kiégés szintje alacsonyabb azok körében, akiknek hosszabb egészségügyi munkaviszonyuk van. Eredményeink alátámasztják ezt a feltevésünket. A több mint harminc éve az egészségügyben dolgozók kiégettsége szignifikánsan alacsonyabb a kevesebb ideje ott dolgozókhöz képest. Hatodik hipotézisünkben az életkor és a depressziós tünetek közötti egyenes arányú kapcsolatot tételeztük fel, azonban a magasabb életkor nem járt több depressziós tünettől. Érdekes eredmény, hogy a magasabb életkorúak (ötven év fölöttiek) alacsonyabb szintű kiégettségre számolnak be. Eredményeink azt is mutatják, hogy a fekvő- és a járóbeteg-ellátásban dolgozók között van a legnagyobb különbség a kiégés szintjében. A fekvőbeteg-ellátásban dolgozók magasabb kiégettséget és alacsonyabb személyes teljesítményérzést jeleztek, mint a járóbeteg-ellátásban dolgozó szakemberek. Érdekes azonban, hogy depressziós tünetek tekintetében viszont a járóbetegkezelőket mutatnak magasabb szintet, bár depressziós tüneteik mértéke mindössze az egészségügy egyéb területein (például gyógyszerári asszisztensek, otthon ápolással foglalkozók) dolgozókhöz képest szignifikáns (8. táblázat).

8. táblázat | A depressziós tünetek és kiégés manifesztációja egészségügyi szakdolgozók körében a munkahelyi és demográfiai változók függvényében

Demográfiai/munkahelyi tényezők	Kiégés, átlag (szórás)	Személyes teljesítményérzés hiánya, átlag (szórás)	Depressziós tünetek, átlag (szórás)
Betegellátás formája			
Alap	33,4 (18,8)	34,4 (8,4)	8,1 (8,8)
Járó	36,1 (19,9)	33,2 (8,9)	9,6 (9,6)
Fekvő	39,3 (18,9)	32,0 (9,1)	8,8 (7,9)
Egyéb	31,6 (18,1)	34,3 (9,5)	6,3 (7,0)
F-érték	6,8*	4,2**	3,7**
Családi állapot			
Hajadon	41,1 (21,3)	31,2 (9,1)	8,89 (8,4)
Van partnere	36,2 (18,6)	33,0 (8,9)	8,3 (8,1)
Elvesztette partnerét (válás, halál)	38,5 (19,2)	33,1 (9,3)	10,4 (9,3)
F-érték	6,9**	4,4**	8,0***
Gyermekek száma			
Nincs gyermek	40,3 (20,0)	31,3 (9,4)	8,7 (8,2)
Egy gyermek	37,5 (19,0)	32,4 (9,3)	9,2 (8,8)
Két gyermek	35,6 (19,1)	33,8 (8,6)	8,8 (8,6)
Három vagy több gyermek	33,3 (17,4)	34,1 (8,3)	8,1 (8,6)
F-érték	8,1***	7,3***	0,8 ^a
Életkor			
Húszas éveiben jár	39,0 (18,0)	32,4 (8,2)	7,7 (7,2)
Harmincas éveiben jár	40,3 (20,1)	31,5 (8,9)	8,8 (8,8)
Negyvenes éveiben jár	39,4 (19,6)	32,0 (9,1)	9,3 (8,9)
Ötvenes éveiben jár	32,6 (16,4)	34,8 (8,9)	9,0 (8,0)
Hatvanas, hetvenes éveiben jár	27,5 (18,1)	37,7 (7,4)	8,6 (8,4)
F-érték	13,9***	13,1***	1,0 ^a
Egészségügyben töltött évek száma			
1–10	38,7 (18,6)	32,2 (8,8)	8,4 (8,0)
11–20	39,4 (20,3)	31,96 (8,9)	8,7 (9,0)
21–30	38,6 (19,4)	32,1 (9,2)	9,4 (8,7)
31–40	33,1 (16,1)	34,8 (8,5)	9,1 (7,7)
41 vagy a feletti	28,1 (19,4)	36,8 (7,8)	7,4 (7,9)
F-érték	7,3***	6,8***	1,1 ^a

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ ^aNem szignifikáns.

Megbeszélés

A klinikai gyakorlatban elméletileg találkozhatunk a kiégés és a depresszió tiszta, izolált formájával, de az esetek túlnyomó többségében a két kórállapot határvonalai

nem különülnek el világosan, és diagnosztizálásuk nehézségbe ütközik. Vegyünk példaként egy olyan embert, akinek nagy a felelősségtudata és perfekcionista. Munkáját magas színvonalon ellátja, így egyre több munkatársa és felettese kér tőle segítséget és számít rá a feladatok gyors és precíz megoldásában. Előbb-utóbb a munkahelyi követelmények meghaladják az egyén erőforrásait, és kialakul a kiégés állapota. Azt váránk, hogy ha elküldjük betegszabadságra a munkából, akkor megszűnik a stressz és a kiégés elmúlik. Azonban az egyén személyes kudarcként éli át a helyzetet, mert úgy érzi, hogy cserbenhagyta munkatársait és feletteseit. Az inkompetencia érzése reaktív és rosszabb esetben klinikai depresszióhoz vezethet. Ez a példa jól szemlélteti a gyakorló orvos vagy pszichológus diagnosztikus és terápiás kihívásait.

Jelen tanulmányunk elsődleges célja az volt, hogy a gyakorló szakemberek számára elősegítsük a kiégés és a depresszió mihamarabbi felismerését a két kórállapot demográfiai és munkahelyi védő- és rizikótényezőinek a feltárásával. Eredményeink azt mutatják, hogy a depressziós tünetek nagyobb valószínűséggel fordulnak elő azoknál, akiknek volt korábban pszichés megbetegedése és akiknek nincs partnerük. A kiégés prevalenciája nagyobb volt azon férfiak körében, akiknek korábban pszichés betegségük volt. A kiégés védőtényezőinek bizonyultak a partner és a gyermek megléte, a hosszabb munkaviszony és a járóbeteg-ellátásban való foglalkoztatottság.

Vizsgálatunkban magas szintű pszichés morbiditást találtunk az egészségügyi dolgozók körében. Közel egyharmaduknak (35,1%) volt legalább enyhe szintű depressziós tünete. Ezek az eredmények összhangban vannak azon hazai kutatásokkal, amelyek igazolják: az egészségügyben dolgozók 24–45%-a éri el az önbeszámoló tesztel mérhető depresszió szintjét [26]. A Hungarostudy 2002 eredményei azt mutatják, hogy a mentális egészség tekintetében a terminális betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók vannak a legrosszabb helyzetben, több közöttük az egyedülálló, a depressziós, valamint öngyilkossági gondolataik is gyakoribbak [37]. A terminális betegekkel dolgozók mellett az onkológián, a pszichiátrián, valamint a mozgásszervi rehabilitációval, fiatal, traumatizált betegek kezelésével foglalkozók körében a legmagasabb a depressziósok aránya [38, 39]. Egy nemrég végzett vizsgálat azt mutatta, hogy a depressziós tünetek prevalenciája amerikai kórházi ápolók körében 18% volt, ami duplája a normatív populációban mértnek [40]. Az ápolók körében a depresszió a munkahelyi elégedettség, a betegségek számával és a pszichés jólléttel volt szoros kapcsolatban. Ezek az eredmények alátámasztják a stressz és más pszichés morbiditás lehetséges szerepét a depresszió patogenezisében. Mivel a magyar egészségügyi szakdolgozók körében magas a stressz prevalenciája, feltételezhető, hogy a magas depresszió hátterében is ez állhat [7].

Eredményeink azt mutatják, hogy a szakdolgozók több mint felére jellemző a legalább közepes szintű emocionális kimerültség és a deperszonalizáció, továbbá közel háromnegyede tapasztalt legalább közepes mértékű teljesítményérzés-hiányt (73,8%). Jelen eredményeink megegyeznek az orvosok körében megfigyelt személyes teljesítményérzés hiányának kiemelten magas prevalenciájával [30], és megerősítik azt a hipotézist, miszerint a magyar egészségügyi dolgozók között a kiégés kialakulásában a személyes teljesítményérzés hiánya – a másik két dimenzió mellett vagy helyett – fontos szerepet tölthet be [32]. A magyar egészségügyi szakdolgozók körében a kiégés jelen vizsgálatunkban leírt prevalenciája más országokban dolgozó szakdolgozókhoz képest is magas. Ezek a nemzetközi tanulmányok 30–80%-os prevalenciáról számoltak be [41]. A kiégés nemzetközi összehasonlításban is magas prevalenciájának hátterében a magyar szakdolgozók magasabb munkahelyi stressz-szintje húzódnak meg. A magasabb stressz okát a magas munkahelyi követelményekben, az alacsony kontrollban és a társas támogatás hiányában kell keresnünk, amihez az aránytalanul alacsony anyagi kompenzáció társul. Ezeket a hipotéziseket további vizsgálatokkal kell megerősíteni.

Vizsgálatunk egyik fontos eredménye az volt, hogy azok között a szakdolgozók között, akiket életük során már kezeltek pszichés megbetegedésekkel, a magas szintű kiégés (emocionális kimerültség és a deperszonalizáció), valamint a súlyos depressziós tünetek prevalenciája a többszöröse volt azokhoz képest, akiket nem kezeltek pszichés megbetegedéssel. Ez az eredmény két fontos hipotézist vet fel. Az egyik az, hogy a már meglévő pszichés megbetegedés hajlamosít a kiégés és depresszió fellépésére és szintjének súlyosbítására, a másik pedig az, hogy a kiégés és depresszió tünetegyüttese egymással egyidejűleg lép fel és változik. Ez utóbbi megfigyelés azt jelentheti, hogy a kiégés és a depresszió ugyanannak a jelenségnek a manifesztációja, vagyis a kiégés „munkahelyi depresszió” tekinthető. Ezt a felvetést támogatja *Abola és munkatársainak* nem régi (2014) longitudinális, a tünetek dinamizmusát nyomon követő tanulmánya, amelyben azt figyelték meg, hogy a kiégés és a depresszió tünetei az évek folyamán egyidejűleg és egyformán változnak, valamint alakulnak ki [2]. Vizsgálatunkban a kiégés személyes teljesítményérzés hiányát mutató értéke magas maradt a már pszichés betegségekkel kezelt és nem kezelt csoportban. Ez a megfigyelés és korábbi kutatási adataink a személyes teljesítmény értékelésének kiemelten fontos – a másik két dimenziótól független – szerepére utalhat a kiégés patomechanizmusában [30].

Vizsgálatunkban – hipotézisünkkel ellentétben – nem találtunk nemi különbséget a depresszió prevalenciájában és szintjében, annak ellenére, hogy a nők depressziópontszáma magasabb volt a férfiakéhoz képest. Ez ellentétben áll a hazai és nemzetközi szakirodalommal, miszerint a depresszió nagyobb arányban fordul elő nőknél, mint férfiaknál [15, 16]. Ennek oka kereshető az elemszámok, illetve a válaszadási hajlandóság különbsé-

geiben, valamint a depresszió növekvő gyakoriságában férfiak körében [42]. Eredményeink a férfiak szignifikánsan magasabb szintű deperszonalizációjáról megerősítik azt az általánosan elfogadott nézetet, miszerint a férfiak stresszkezelő stratégiái előnyben részesítik a helyzetekből való kivonódást, ami gyakran deperszonalizációhoz vezet [17].

Kutatásunk során beigazolódott, hogy azok az egészségügyi dolgozók, akiknek partnere és gyermeke van, alacsonyabb kiégéspontszámot mutatnak. A partner elvesztése viszont nem befolyásolja a kiégést. Ellenben azok, akik elvesztették partnerüket (válás/halálet) több depresszív tünetről számolnak be. Eredményeink megegyeznek azokkal a nemzetközi szakirodalmi adatokkal, amelyek arra utalnak, hogy a depresszió lényeges kiváltó tényezője lehet a házastárs vagy családtag elvesztése [18, 43]. Adataink megerősítik azokat a vizsgálati eredményeket, amelyek azt mutatják, hogy azok a munkavállalók, akiknek házastársa, gyermeke van, kevésbé szenvednek kiégéstől [19, 20].

Az orvosokhoz hasonlóan, az egészségügyi szakdolgozók kiégését és depresszióját a munkahelyi tényezők nagymértékben befolyásolják. Eredményeink azt mutatják, hogy aki hosszabb egészségügyi munkavisztonnal rendelkezik, ritkábban szenved kiégéstől ahhoz képest, aki rövidebb munkavisztonnal bír. A depresszió esetében nem találtunk kapcsolatot az idősebb életkor és a depressziós tünetek megemelkedett szintje között. Ennek valószínűleg az az oka, hogy azok a vizsgálatok, amelyek szerint a depresszió idősebb korban gyakoribb, elsősorban epidemiológiai vizsgálatok, amelyek a populáció egészére vonatkozó reprezentatív mintából vonnak le következtetéseket [16, 22]. Fontos megemlíteni, hogy ennek hátterében állhat a már említett „healthy worker effect” [21], miszerint az idősebbek közül azok vesznek szívesebben részt önkéntes vizsgálatokban, akik mentálisan egészségesebbek, s ez magyarázhatja azt is, hogy alacsonyabb körükben a kiégés és a depresszió prevalenciája. Vizsgálatunk eredményei azt mutatják, hogy a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók magasabb kiégésről és alacsonyabb személyes teljesítményérzésről számolnak be, mint a járóbeteg-ellátásban dolgozó szakemberek. A járóbeteg-ellátásban való munkaviszton azonban a depresszió rizikótényezője lehet. Ezt az eredményt további vizsgálatokkal szükséges megerősíteni. Eredményeink igazolják azokat a magyarországi adatokat, miszerint az akut, fekvőbeteg-ellátásban dolgozó nővérek – például a sürgősségi és intenzív osztályon dolgozók – körében a kiégés prevalenciája magasabb, mint a krónikus vagy járóbeteg-ellátásban dolgozóké [38, 39].

Kutatásunk egyik gyenge pontja az, hogy keresztmetszeti vizsgálat, így ok-okozati visztonyokat nem lehet felállítani. A tényleges ok-okozati összefüggések kimutatásához longitudinális vizsgálatra lenne szükség. További korlátot jelent, hogy vizsgálatunk nem reprezentatív az egészségügyi szakdolgozókra nézve, mivel az adatfelvétel központja Budapest volt, ezért a vizsgálatban részt-

vevők többsége a fővárosban, illetve a fővároshoz közeli településeken él. A gyengeségek mellett számos erősség is jellemzi tanulmányunkat. Magyar visztonyban elsőként számolunk be a depresszió és a kiégés közötti kapcsolat vizsgálatáról, és kutatásunk számos érdekes hipotézist vet fel a két kórállapot esetleges azonosságáról. A vizsgálat további előnye a minta nagy száma.

Következtetések

Elmondható, hogy a vizsgálatunkban feltárt betegség-specifikus védő- és rizikótényezők ismerete elősegítheti a kiégés és a depresszió diagnosztizálását egészségügyi szakdolgozók körében, ami javíthatja a kezelés hatásosságát és az egészségügyi szakdolgozók pszichés jóllétét, valamint közvetve a betegellátás hatékonyságát.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: Á. Sz.: Az alapkoncepció kidolgozása, a kézirat megírása, javítása, megbeszélés. N. A.: A kézirat szerkesztése, szövegezése. N. K.: A kézirat szövegezése, az irodalom összeállítása. Cs. Z.: A kézirat szövegezése, adatgyűjtés. M. V.: A módszertan kidolgozása, statisztikai elemzés. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Demerouti, E., et al.: Using equity theory to examine the difference between burnout and depression. *Anxiety Stress Coping*, 2000, 13, 247–268.
- [2] Abola, K., Hakanen, J., Perhoniemi, R., et al.: Relationship between burnout and depressive symptoms: a study using the person-centred approach. *Burn. Res.*, 2014, 1(1), 29–37.
- [3] Shirom, A., Ezrachi, Y.: On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the burnout measure. *Anxiety Stress Coping*, 2003, 16(1), 83–97.
- [4] Shirom, A., Melamed, S., Toker, S., et al.: Burnout, mental and physical health: A review of the evidence and a proposed explanatory model. *Int. Rev. Ind. Organ. Psychol.*, 2005, 20, 269–309.
- [5] Glass, D. C., McKnight, J. D., Valdimarsdottir, H.: Depression, burnout, and perceptions of control in hospital nurses. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1993, 61(1), 147–155.
- [6] Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P.: Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 2001, 52(1), 397–422.
- [7] Mészáros, V., Cserháti, Z., Oláh, A., et al.: Coping with work-related stress in health care professionals – strategies for prevention of burnout and depression. [A munkahelyi stresszel való megküzdés egészségügyi szakdolgozók körében – lehetőségek a kiégés és depresszió megelőzésének szolgálatában.] *Orv. Hetil.*, 2013, 154(12), 449–454. [Hungarian]
- [8] Hidaka, B. H.: Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *J. Affect. Disorders*, 2012, 140(3), 205–214.
- [9] Bonde, J. P.: Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occup. Environ. Med.*, 2008, 65(7), 438–445.

- [10] *Leiter, M. P., Durup, J.*: The discriminant validity of burnout and depression: a confirmatory factor analytic study. *Anxiety Stress Coping*, 1994, 7(4), 357–373.
- [11] *Kulcsár, Z.*: Health psychology. [Egészségpszichológia.] ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 1998. [Hungarian]
- [12] *Houkes, I., Winants, Y. H., Twellaar, M.*: Specific determinants of burnout among male and female general practitioners: A cross-lagged panel analysis. *J. Occup. Organ. Psychol.*, 2008, 81(2), 249–276.
- [13] *Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Hernández, E. G., et al.*: Terminal versus non-terminal care in physician burnout: the role of decision-making processes and attitudes to death. *Salud Mental*, 2008, 31(2), 93–101.
- [14] *Brenninkmeyer, V., Van Yperen, N. W., Buunk, B. P.*: Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers. Individ. Dif.*, 2001, 30(5), 873–880.
- [15] *Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., Grayson, C.*: Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 1999, 77(5), 1061–1072.
- [16] *Culbertson, F. M.*: Depression and gender: an international review. *Am. Psychol.*, 1997, 52(1), 25–31.
- [17] *Purvanova, R. K., Muros, J. P.*: Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J. Vocat. Behav.*, 2010, 77(2), 168–185.
- [18] *Paykel, E. S.*: Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, 2003, 108(S418), 61–66.
- [19] *Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., et al.*: Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology*, 2009, 18(5), 543–548.
- [20] *Dickinson-Bannack, M. E., González-Salinas, C., Fernández-Ortega, M. A., et al.*: Burnout syndrome among Mexican primary care physicians. *Arch. Med. Fam.*, 2007, 9(2), 75–79.
- [21] *Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., et al.*: Burnout in the general population. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, 2006, 41(1), 11–17.
- [22] *Purebl, Gy., Kovács, M.*: The association between depressive symptoms and physical illnesses, its impact on quality of life. In: Kopp, M., Kovács, M. E. (eds.): *Quality of life of the Hungarian population at the turn of the millennium. [A depressziós tünetegyüttes kapcsolata a testi betegségekkel, hatása az életminőségre.]* In: Kopp, M., Kovács, M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006. [Hungarian]
- [23] *Martin, F., Poyen, D., Boudierlique, E., et al.*: Depression and burnout in hospital health care professionals. *Int. J. Occup. Environ. Health*, 1997, 3(3), 204–209.
- [24] *McKnight, J. D., Glass, D. C.*: Perceptions of control, burnout, and depressive symptomatology: a replication and extension. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 1995, 63(3), 490–494.
- [25] *Dégi, Cs. L., Balogh, P., Kopp, M., et al.*: Depressive symptoms, negative life events and incidence of lifetime treatment of cancer in the Hungarian population. *J. Cogn. Behav. Psychother.*, 2010, 10(1), 39–57.
- [26] *Weborvos: The nurse is also in need of nursing care. [Az ápoló is ápolásra szorul.]* 2010. http://www.weborvos.hu/egeszsegpolitika/apolo_is_apolasra_szorul/159916/ [Hungarian]
- [27] *Palfi, I., Nemeth, K., Kerekes, Zs., et al.*: The role of burnout among Hungarian nurses. *Int. J. Nurs. Pract.*, 2008, 14(1), 19–25.
- [28] *Bencés, I.*: Nurses and burnout. [Az ápolók és a kiégés.] *Nővér*, 2006, 19(3), 10–16. [Hungarian]
- [29] *Köbli, M., Nagy, L. Pálfiné Szabó, I.*: Investigation of burnout syndrome among nurses. [Kiegés szindróma vizsgálata az ápolók körében.] *Nővér*, 2008, 21(6), 11–20. [Hungarian]
- [30] *Ádám, Sz., Györffy, Zs., Susánszky, É.*: Physician burnout in Hungary: a potential role for work-family conflict. *J. Health. Psychol.*, 2008, 13(7), 847–856.
- [31] *Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P.*: *Maslach burnout inventory manual.* 3rd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1996.
- [32] *Mészáros, V., Ádám, Sz., Szabó, M., et al.*: The bifactor model of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) – An alternative measurement model of burnout. *Stress Health*, 2014, 30(1), 82–88.
- [33] *Beck, A. T., Beck, R. W.*: Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgrad. Med.*, 1972, 52(6), 81–85.
- [34] *Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., et al.*: An inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1961, 4(6), 561–571.
- [35] *Rózsa, S., Szádóczy, E., Füredi, J.*: Psychometric properties of the Hungarian version of the shortened Beck Depression Inventory. [A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.] *Psychiatr. Hung.*, 2001, 16(4), 384–402. [Hungarian]
- [36] *Kopp, M., Szedmák S., Lóke, J., et al.*: The prevalence of depressive symptoms and its medical significance in the Hungarian population. [A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében.] *Lege Artis Medicinae*, 1997, 7(3), 136–144. [Hungarian]
- [37] *Hegedűs, K., Riskó, Á.*: Physical and mental health of healthcare workers working with severely ill patients. In: Kopp, M., Kovács, M. E. (eds.): *Quality of life of the Hungarian population at the turn of the millennium. [Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota.]* In: Kopp, M., Kovács, M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006. [Hungarian]
- [38] *Hegedűs, K., Szabó, N., Szabó, G., et al.*: Are healthcare workers healthier? A comparative study (2002–2006). [Egészségesebbek-e az egészségügyben dolgozók? Összehasonlító vizsgálat (2002–2006).] *Nővér*, 2008, 21(1), 3–9. [Hungarian]
- [39] *Hegedűs, K., Riskó, Á., Mészáros, E.*: Physical and mental health of healthcare workers working with severely ill patients. [A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota.] *Lege Artis Medicinae*, 2004, 14(11), 786–793. [Hungarian]
- [40] *Letvak, S., Ruhm, C. J., McCoy, T.*: Depression in hospital-employed nurses. *Clin. Nurse Spec.*, 2012, 26(3), 177–182.
- [41] *Tay, W. Y., Earnest, A., Tan, S. Y., et al.*: Prevalence of burnout among nurses in a community hospital in Singapore: A cross-sectional study. *Proc. Singapore Healthc.*, 2014, 23(2), 93–99.
- [42] *Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., et al.*: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005, 62(6), 617–627.
- [43] *Finlay-Jones, R., Brown, G. W.*: Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychol. Med.*, 1981, 11(4), 803–815.

(Ádám Szilvia dr.,
Budapest, Nagyvárad tér 4., 1089
e-mail: adamszilvia@hotmail.com)