

Kiégés és reziliencia (rugalmas ellenállás) a magyarországi orvosok körében

Gyórfy Zsuzsa dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Bevezetés: A gyógyítók kiégése mind a hazai, mind a nemzetközi kutatásokban kiemelt jelentőséggel bír.

Célkitűzés: A 2017-ben folytatott reprezentatív, hazai orvoskutatás (n = 5013) alapján bemutatni a kiégésmutatók alakulását, valamint e mutatók és a munkavégzés körülményei közötti összefüggéseket. Célul tűzzük ki továbbá a 2013. évi orvoskutatás eredményeivel való összevetést, valamint a kiégés és a reziliencia potenciális kapcsolatának vizsgálatát.

Módszer: Online, kvantitatív felmérés eredményeinek deskriptív és többváltozós elemzése. Logisztikus regressziós analízis segítségével vizsgáltuk meg a kiégés egyes dimenzióinak, valamint a rezilienciának a kapcsolatát.

Eredmények: A 2013. évi adatokkal való összevetésben az emocionális kimerülés és a teljesítményvesztés közepes és magas aránya megközelítőleg hasonlóan alakult (49% versus 49,9%, illetve 65,1% versus 68,9%). A deperszonalizáció esetében a 2013. évi adatokhoz képest (49%) csökkenést tapasztaltunk (40,2%). A fekvőbeteg-ellátásban dolgozók, a több munkahelyen helytállók és a rendszeresen ügyelők körében magasabb a kiégés. Többváltozós elemzésünk megmutatta, hogy a reziliencia hiánya fontos előrejelzője az emocionális kimerülésnek, a deperszonalizációnak és a teljesítménycsökkenésnek.

Következtetés: Eredményeink azt mutatják, hogy a kiégés alakulásában és visszaszorításában a belső erőforrásoknak, a rugalmas megküzdésnek és a rezilienciának kulcsszerepe van.

Orv Hetil. 2018; 160(3): 112–119.

Kulcsszavak: kiégés, orvosok, munkamegterhelés, reziliencia

Burnout and resilience among Hungarian physicians

Introduction: The burnout of healthcare workers is of outstanding significance in both national and international studies.

Aim: Based on a representative, national physician survey (n = 5013), the aim of this study was to describe burnout indicators and the correspondence between them and working conditions. Moreover, we were aiming to compare the results with our 2013 physician survey and to analyze the potential relationship between burnout and resilience.

Method: We analyzed the results of the online quantitative survey with multiple variables descriptively. The connection between the respective dimensions of burnout and resilience was studied with logistic regression.

Results: In comparison with data from 2013, the medium and high level proportions of depersonalization and personal accomplishment were similar (49% versus 49.9% and 65.1% versus 68.9%). Since 2013 (49%), we experienced a decrease in depersonalization (40.2%). Those working in in-patient care, at multiple workplaces and shift hours regularly have a higher chance of burnout. Our multivariable analysis has shown that the lack of resilience is an important predictor for the medium and high levels of emotional exhaustion, depersonalization and personal accomplishment.

Conclusion: Our results have shown that internal resources, coping strategies and resilience play a key role in burnout and its decrease.

Keywords: burnout, physicians, workload, resilience

Gyórfy Zs. [Burnout and resilience among Hungarian physicians]. Orv Hetil. 2018; 160(3): 112–119.

(Beérkezett: 2018. július 22.; elfogadva: 2018. szeptember 7.)

Rövidítések

DSM-V = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition; gyed = gyermekgondozási díj; gyes = gyermekgondozási segély; ICD = (International Classification of Diseases) Betegségek Nemzetközi Osztályozása; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; MBI = (Maslach Burnout Inventory) Maslach Kiegészítő Leltár; MOK = Magyar Orvosi Kamara; SD = standard deviáció; TUKEB = Tudományos és Kutatásügyi Bizottság; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

A gyógyítók kiegészének kutatása talán az utóbbi évtizedek egyik legdinamikusabban fejlődő területe. Az utóbbi évtizedben a legnagyobb orvosi témájú adatbázisokban (PubMed, Scopus) tízezres nagyságrendben láttak napvilágot a kiegészéssel kapcsolatos tudományos publikációk. Az *Orvosi Hetilap* hasábjain több ízben jelentettünk meg közleményt, melyekben a hazai gyógyítók kiegészének különböző aspektusait igyekeztünk körüljárni [1–3].

A kiegész testi, lelki és mentális kimerülés, amely krónikus stresszhelyzetek, nagy emocionális megterhelés következtében alakul ki [4]. *Maslach* a kiegész három meghatározó komponensét tárta fel: az érzelmi kimerültséget, a deperszonalizációt (cinizmust) és a teljesítménycsökkenés dimenzióját [5]. A kiegész tünetegyüttese máig nem része a pszichiátriai diagnózisok körének (a DSM-V-nek vagy az ICD-10-nek), azonban számos kísérlet történt a depressziótól és a krónikus fáradtság-szindrómától való elhatárolásra. A kiegész (burnoutot) ugyanis alapvetően külső hatások befolyásolják (például munkakörnyezet, munkamegterhelés, munkavégzés feletti kontroll), és fő prediktora a „másokkal” (betegekkel, kliensekkel) való intenzív érzelmi és fizikai kapcsolat, illetve a mindezekből fakadó interperszonális stressz [6].

A kiegész mind a gyógyítók, mind betegek egészségére, jóllétére hatással bír. Számtalan vizsgálat mutatta ki a kiegész szomatikus következményeit, és egyre több vizsgálat fókuszába kerül a kiegésznek a betegellátásra való negatív hatása [7]. A potenciális következmények között egyre nagyobb hangsúllyal jelennek meg a műhibákra és a szövődmények előfordulására vonatkozó vizsgálatok, amelyek mindegyike szoros összefüggést mutat ki a kiegész gyógyító és a komplikációk előfordulása között [8]. A kiegészel összefüggésben megjelenik a „diszruptív orvos” fogalma is, aki nem megfelelő kommunikációjával, korlátozott információátadásával és diszfunkcionális csapatmunkájával veszélyezteti a biztonságos betegellátást [9, 10].

A fentiekkel párhuzamosan megfigyelhető, hogy a gyógyítói jóllétre vonatkozó vizsgálatok nemzetközi trendjeiben egyre gyakrabban jelenik meg az a törekvés, hogy ne csupán a problémák és a patomechanizmusok hangsúlyozása álljon a középpontban, hanem annak leírása is, hogy milyen erőforrásokkal, megküzdési módokkal, stresszkezelési stratégiákkal maradhatnak egészségesek és kiegyensúlyozottak az orvosok [11].

Napjaink orvostudásainak körében is egyre hangsúlyosabban jelenik meg a salutogeneticus megközelítés [12]. Az Antonovsky nevéhez köthető elmélet központi eleme a koherenciaérzés, amely „a személynek saját magával és a világgal szemben tanúsított és átélt beállítódása, annak biztonsága, hogy a minket körülvevő és a bennünk megnyilvánuló világ kiszámítható, és az események nagy valószínűséggel befolyásolhatók” [13].

E terület vizsgálatában egyre növekszik azon kutatások száma, amelyek a gyógyítói rezilienciával kapcsolatosak. A rezilienciát rugalmas alkalmazkodóképességként definiálhatjuk, amely sikeres adaptációt jelent a kisebb stresszekkel és a nagyobb traumákkal szemben. Jelenti továbbá azt a képességünket, hogy gyorsan vissza tudjuk nyerni eredeti állapotunkat nehéz élethelyzetek átélése után [14]. Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy a reziliencia fogalma meglehetősen komplex, értelmezése, operacionalizálása még mindig az intenzív tudományos diskurzus része [15]. Az 1970-es évektől kezdődően indult meg e terület kutatása, elsősorban olyan longitudinális perspektívájú vizsgálatokra fókuszálva, amelyek a nehéz gyermekkori körülmények *versus* sikeres felnőttkor összefüggéseit igyekeztek feltárni. A kiegészkutatókhoz hasonlóan először a személyiségtényezők feltárára irányultak a vizsgálatok, majd egyre inkább előtérbe kerültek azok az elképzelések, amelyek a folyamat komplexitását hangsúlyozzák. A jelenlegi álláspont szerint a reziliencia multidimenzionális jelenség, amelyben a külső és belső faktorok dinamikus interakciója figyelhető meg [16].

Jelen vizsgálatunk célkitűzései a következőképpen határozhatók meg:

1. A 2017. évi reprezentatív orvostudás kiegészmutatóinak bemutatása és az adatok összevetése a 2013. évi, ugyancsak reprezentatív vizsgálat eredményeivel.
2. A magyarországi orvosok kiegészmutatóinak leírásán túl célul tűztük ki, hogy a kiegészmutatók és a munkavégzés körülményeit érintő legmeghatározóbb aspektusok (munkaórák, ügyeleti munkavégzés, több munkahelyen való helytállás) összefüggéseit bemutassuk.
3. Elsőként szeretnénk – reprezentatív adatok segítségével – leírni a hazai orvostársadalom rezilienciájának jellemzőit.
4. Egy- és többváltozós elemzés segítségével kívánjuk feltárni a kiegész és a reziliencia közötti lehetséges összefüggést, összefüggéseket.

Minta és módszer

Kvantitatív, online felmérésünk a magyarországi orvosokra (általános orvosokra és fogorvosokra) összpontosított. Az orvosi minta esetében alapsokaságnak a Magyar Orvosi Kamara adatbázisában megtalálható, érvényes e-mail-címmel rendelkező orvosokat tekintettük ($n = 40\,921$). Vizsgálatunk 2017. április 24. és október 5. között folyt, az anonim, önkéntes kérdőív linkjének küldése után két emlékeztető levél ösztönzésével. A vizs-

gálatot a MOK és a Semmelweis Egyetem Etikai Bizottságának engedélyével folytattuk le (a TUKEB-engedély száma: 284/2016).

A válaszadási arány 12,27%-os volt ($n = 5024$). Ez a válaszadási arány az online, orvosok körében folytatott kutatások részvételi hajlandósági adataihoz viszonyítva megfelelő [17].

A kutatás lezárása után az adatokon elvégeztük a szükséges adattisztítást. A felmérés adatain nem, kor és szak (orvos, fogorvos) szerinti korrekciós súlyozást végeztünk, az alapsokasági adatokat a Magyar Orvosi Kamara tagsági adatai szolgáltatták. A súlyozási eljárás után a minta elemszáma 5013 fő.

Jelen elemzésünkben csak az általános orvosokat ($n = 4204$) vizsgáljuk, és minden esetben csak az érvényes válaszok adatait elemezzük.

A kutatás témakörei

A vizsgálat fő témakörei a következők voltak:

1. Demográfiai adatok (életkor, lakóhely, családi állapot, gyerekszám).
2. Munkahelyre vonatkozó adatok (munkahelytípus, jelenlegi szak, szakvizsgák száma, ügyeletek száma, mellékállások, magánpraxisok, előző munkahelyek, a munkaidő mennyisége).
3. Az egészségi állapotra vonatkozó adatok (39 tételből álló betegségi lista).
4. Pszichológiai tényezők (kiégés, reziliencia, WHO-jólét, alvászavarok).
5. A munkával és munkavégzéssel kapcsolatos attitűdök.

Jelen tanulmányunk fókuszában a munkavégzéssel, a kiégéssel és a rezilienciával kapcsolatos adatok elemzése áll.

Mérőeszközök

A szociodemográfiai adatok elemzésekor az életkort 4 kategóriában vizsgáltuk: 35 éves kor alatt, 36–50 éves életkor között, 51–65 éves életkor között és 65 év felett. Vizsgáltuk a partnerkapcsolat meglétét és a megszületett gyerekek számát. Kétkategóriás változóként vizsgáltuk az orvos házastárs/partner meglétét („Partnere orvos/fogorvos?” – Igen/Nem). Jelen elemzésünkben a munkahelytípust az alapellátási, szakellátási, fekvőbeteg-ellátási és egyéb (magánegészségügyi intézmény, nonprofit szféra, oktatás stb.) dimenziókban tekintettük át. Vizsgáltuk a munkahelyek számát (folyamatos változóként), az ügyeleti munkavégzést, valamint a munkaidő alakulását.

A *kiégés* mérésére a Maslach Burnout Inventort (MBI) használtuk [18, 19]. Az MBI egy 22 tételből álló kérdőív, mely a kiégést három dimenzióban méri (emocionális kimerülés, deperszonalizáció és teljesítményvesztés). A résztvevők hétfokozatú Likert-skálán (0-tól 6-ig terjedően) jelzik, hogy egyes, a munkájukkal kapcsolatos érzéseiket milyen gyakran észlelik.

Az MBI 22 állítást tartalmaz, amelyben kilenc állítás vonatkozik az emocionális kimerülésre („kifacsart vagyok a munkanap végén”; „már akkor is fáradt vagyok, amikor reggel felkelek, és egy új munkanappal nézek szembe”; „úgy érzem, mintha utolsó erő tartalékaimat élném fel”; stb.). A deperszonalizációt öt állítás méri („úgy érzem, hogy az embereket személytelen tárgyként kezelem”; „úgy érzem, hogy munkám érzelmileg megkeményít”; „valójában nem érdekelnek azok az emberek, akikkel foglalkoznom kell”; stb.). A teljesítményvesztést nyolc állítás méri („úgy érzem, hogy munkámon keresztül pozitívan tudom befolyásolni más emberek életét”; „hatékonyan tudok foglalkozni a hozzám forduló emberek problémáival”; „tele vagyok energiával”, stb.).

Az egyes faktorokon belüli összpontszám harmadolásával három osztályt alakítottak ki a mérőeszköz kidolgozói (1. alacsony, 2. közepes, 3. magas). Az orvosok körében a magas fokú kiégést a következő értékek jelzik: emocionális kimerülés: >27 pont; deperszonalizáció: >10 pont; teljesítménycsökkenés: <33 pont. Vizsgálatunkban az emocionális kimerülés Cronbach-alfa-értéke: 0,894, a deperszonalizáció Cronbach-alfa-értéke: 0,815, a teljesítményvesztés Cronbach-alfa-értéke pedig 0,810.

A *reziliencia* mérésére a 10 tételű Connor–Davidson Reziliencia Skála hazai, validált változatát használtuk. A válaszadók ötfokú Likert-skálán (0 – egyáltalán nem igaz, 4 – szinte mindig igaz) értékelik az egyes tételket. A kérdőív az alábbi tételket tartalmazza:

1. Képes vagyok arra, hogy alkalmazkodjak a változásokhoz.
2. A stresszel való megküzdés megerősít.
3. Mindig a legnagyobb erőbedobással cselekszem, mindegy, hogy miről van szó.
4. Amikor a dolgok reménytelennek tűnnek, akkor sem adom fel.
5. Tisztán gondolkodom és koncentrálok, amikor nyomás alatt vagyok.
6. Erős emberként gondolok magamra.
7. A megérzéseim alapján kell cselekednem.
8. Nagyon céltudatos vagyok.
9. Úgy érzem, én irányítom az életemet.
10. Dolgozom azért, hogy elérjem a céljaimat [20, 21].

A nemzetközi ajánlásoknak megfelelően a kérdőív itemjeinek összegzése után átlagpontszámot számítottunk, majd az eredmények alapján „átlag alatti” és „átlag feletti” reziliencia-pontszámokat alakítottunk ki [20]. A reziliencia-kérdőív Cronbach-alfa-értéke vizsgálatunkban: 0,870.

Statisztikai módszerek

A kvantitatív vizsgálat során deskriptív elemzést végeztünk, amelynek során gyakoriságokat, átlagokat és százalékos megoszlást vizsgáltunk. A kiégést és különböző korrelátumait (szociodemográfiai, munkával kapcsolatos változók, valamint a reziliencia) egyváltozós elemzés –

Pearson-féle khi-négyzet (χ^2)-próba; szignifikanciaszint: $p < 0,05$ – segítségével hasonlítottuk össze. Többváltozós analízisünkben bináris logisztikus regressziós modellt alkalmaztunk. Logisztikus regressziós elemzés segítségével vizsgáltuk meg a kiégés egyes dimenzióinak, valamint a rezilienciának a kapcsolatát. A többváltozós elemzés esetében a függő változó a kiégés két kategóriás (kiégés alacsony/közepes, illetve magas) változója volt. A kontrollváltozók a következők voltak: nem (férfi/nő), kor (4 kategóriában: 35 éves kor alatt, 36–50 év között, 51–65 év között és 65 év felett), munkahelytípus (4 kategóriában: fekvőbeteg-ellátás, szakellátás, alapellátás, egyéb), a munkahelyek száma (folytonos változó), ügyeleti munkavégzés (igen/nem), gyerekszám (van/nincs gyermeke). A modellbe utolsóként léptettük be a reziliencia két kategóriás változóját (átlag alatti/átlag feletti reziliencia).

A modellben a függő változót befolyásoló független változókat kizárásos lépéskénti regresszióval (backward stepwise logistic regression) választottuk ki. Az egyes változókhoz tartozó regressziós koefficiensek szignifikanciáját a Wald-próba p-értékével jellemeztük, és a $p < 0,10$ változókat tartottuk bent a végső modellben.

A jelen tanulmányban a súlyozás utáni minta általános orvosokra vonatkozó válaszait elemezzük ($n = 4204$), és minden esetben az érvényes válaszok arányait vizsgáljuk. Az adatok statisztikai elemzése az SPSS 22.0 programmal (IBM, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) történt.

Eredmények

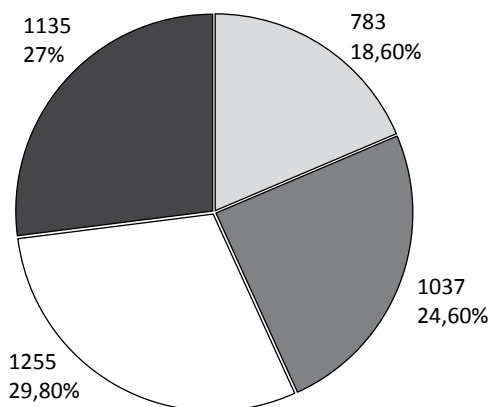
A szociodemográfiai mutatók alakulása

A vizsgálatban 1968 fő a férfiak és 2242 a nők száma, vagyis a férfiak aránya 46,6 százalék, a nőké 53,4 százalék. A válaszadók átlagéletkora 53,86 év. A minta kor megoszlása az 1. ábrán látható.

A válaszadók több mint kétharmada házas (63,6%), a kapcsolatban élők aránya 16%, 7,5%-uk elvált, 7,9%-uk egyedül él, és 5%-uk özvegy.

Mintánkban 27,7%-nyian vannak azok, akiknek a partnere orvos. A fogorvos vagy gyógyszerész partnerek aránya 1,3, illetve 1,9%, és több, mint 8,9%-uk partnere egészségügyi szakdolgozó. Elmondható tehát, hogy a válaszadók közel 40%-ának párja az egészségügy területén dolgozik. A megkérdezettek 39,2%-ának 2 gyermeke van, 21,4% a gyermektelenek és 17,9% az egygyermekesek aránya; 15,2, illetve 4,7%-uknak van 3, illetve 4 gyermeke.

A felmérésben részt vevő, betegellátásban dolgozók közel fele, 49,8%-uk szakorvosként dolgozik, 13,9%-uk rezidens, 15,8%-uk nyugdíjas orvosként dolgozik. További jelentős létszámú csoport (15,4%-os aránnyal) a vállalkozó orvosoké; 2,3, illetve 0,5% az egyetemi oktatók, illetve kutatók aránya, 0,9%-uk pedig gyeseen vagy gyeden van.



1. ábra | A minta kor megoszlása (elemszám, %)

A munkahelytípust tekintve a válaszadók 43,9%-a dolgozik a fekvőbeteg-ellátásban, 11,9%-uk a járóbeteg-szakellátásban, 23,7%-uk az alapellátásban és 20,5%-uk egyéb munkahelyeken (civil szervezet, államigazgatás, magánszféra). A megkérdezett orvosok 4,6%-ának nincs állása, 50,4%-nyian egy munkahelyen dolgoznak, több mint egynegyedük (26,7%) 2, 12,8%-uk 3 munkahelyen dolgozik. A minta 4,8%-a pedig egy időben négy vagy több helyen dolgozik. Válaszadóink állásainak száma átlagosan 2,67.

A megkérdezettek átlagosan 1,38 szakvizsgával rendelkeznek. A legtöbben (38,7%) 1 szakvizsgával, 31,7% 2, közel 10,5% 3 szakvizsgával rendelkezik. A válaszadók 16%-ának nincs szakvizsgája. Az 1. táblázat mutatja, hogy milyen szakvizsgát szereztek először.

Az ügyeleti beosztást feltérképező kérdésünkre a válaszadók közel fele (48,1%) válaszolta, hogy nem ügyel, közel 29,7%-uk ügyel, majdnem 13,4%-nyian ügyelet és készenlét formájában ügyelnek, 7,1% a készenléti beosztásban dolgozók aránya, 4,2% dolgozik műszakos munkarendben (a szintén több válasz megjelölését lehetővé tevő kérdőív alapján). A mintában szereplő orvosok 39,9%-a számára kötelező az ügyeleti munka vállalása.

Arra is rákérdeztünk, hogy az orvosok *hetente átlagosan* mennyi időt dolgoznak főállásban, másodállásban, ügyeletben, illetve mennyi időt töltenek munkához kapcsolódó utazással. Orvos válaszadóink átlagosan *heti* 35,71 órát főállásban, 11,93 órát másodállásban dolgoznak, 13,69 órát ügyelnek, és 5,1 órát töltenek munkához kapcsolódó utazással, ingázással.

A kiégés és korrelátumainak alakulása az orvosi mintában

Válaszadóink körében az érzelmi kimerülés alskálájának átlagpontszáma 19,48 (SD = 12,77), a deperszonalizációs alskáláé 5,9 (SD = 6,23), míg a teljesítményvesztési alskála átlagpontszáma 33,73 (SD = 9,29) pont körül

1. táblázat | A leggyakrabban előforduló szakvizsgák megoszlása

	Elemsszám	Százalék (%)
Aneszteziológia és intenzív terápia	207	5,3
Belgyógyászat	687	17,4
Bőrgyógyászat	64	1,6
Csecsemő- és gyermekgyógyászat	427	10,8
Fül-orr-gége gyógyászat	85	2,2
Háziorvostan	371	9,4
Honvédervostan, katasztrófa-orvostan	4	0,1
Idegsebészet	1	0,0
Igazságügyi orvostan	11	0,3
Infektológia	17	0,4
Kardiológia	11	0,3
Konzerváló fogászat és fogpótlástán	373	9,5
Megelőző orvostan és népegészségstan	36	0,9
Neurológia	112	2,8
Nukleáris medicina	7	0,2
Ortopédia és traumatológia	74	1,9
Orvosi laboratóriumi diagnosztika	89	2,2
Orvosi mikrobiológia	7	0,2
Oxiológia és sürgősségi orvostan	33	0,8
Patológia	70	1,8
Pszichiátria	110	2,8
Radiológia	112	2,8
Reumatológia	63	1,6
Sebészet	269	6,8
Szemészet	96	2,4
Szülészet-nőgyógyászat	213	5,4
Tüdőgyógyászat	102	2,6
Urológia	50	1,3

alakult. Az érzelmi kimerülés alacsony övezetében a válaszadók 47%-a, közepes övezetében a 29,2%-uk, míg magas övezetében a 23,2%-uk tartozott. A deperszonalizáció esetében a minta 59,8%-a tartozott az alacsony övezetbe, 22,1% a közepes, míg 18,1% a magas tartományba. A teljesítménycsökkenési alsó kategóriát végigtekintve megállapíthatjuk, hogy a válaszadók 30,3%-a az alacsony övezetbe, 27,7%-a a közepes és 42%-a a magas övezetbe tartozott (2. táblázat).

A kiégés nemek szerinti különbségeit végigtekintve elmondható, hogy az emocionális kimerülés közepes és magas komponense szignifikánsan gyakrabban fordul elő a nőknél (48,6% *versus* 41,9%, $p < 0,001$). A deperszonalizáció közepes és magas aránya a férfiaknál fordul elő gyakrabban: 45,3% *versus* 51,4%, $p < 0,043$. A két nem között a teljesítménycsökkenés vonatkozásában nem találtunk jelentős különbséget (47,7% *versus* 51,3%).

A kiégés mindhárom dimenzióját áttekintve elmondható, hogy a fiatal orvosoknál – elsősorban a 35 évesnél

fiatalabbaknál – igen magas értékek mutatkoznak (3. táblázat).

Ha adatainkat munkahelytípus szerint értelmezzük, látható, hogy a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók a kiégés mindhárom dimenziójában jelentősen magasabb értéket mutatnak, mint a más munkahelytípusban dolgozók ($p < 0,001$) (3. táblázat).

A kiégés különböző dimenzióit tekintve a munkahelyek száma meghatározó faktor. Az emocionális kimerülés (39,3% *versus* 52,4%, $p < 0,001$) és a deperszonalizáció (33,3% *versus* 41%, $p < 0,020$) is szignifikánsan nagyobb arányban jelenik meg a több munkahelyen helytállóknál. A teljesítménycsökkenés esetében nem találtunk szignifikáns különbséget a munkahelyek számával való összefüggésben (3. táblázat).

A munkahelyek számához hasonlóan az ügyeleti munka is jelentős összefüggést mutat a kiégéssel. Azok között, akiknek kötelező ügyeleti munkát vállalniuk, mind az emocionális kimerülés (42,6% *versus* 63,2%, $p < 0,001$), mind a deperszonalizáció (36,4% *versus* 63,5%, $p < 0,001$), mind pedig a teljesítménycsökkenés (66,1% *versus* 74,9%, $p < 0,001$) szignifikánsan nagyobb arányú. A rezidensek körében mind az emocionális kimerülés (67,6% *versus* 48,3%, $p < 0,001$), mind a deperszonalizáció (51,9% *versus* 41,2%, $p < 0,001$), mind pedig a teljesítménycsökkenés dimenziója (80,1% *versus* 68%, $p < 0,001$) jelentősen nagyobb arányú a szakorvosokhoz képest.

A gyerekszám is befolyásolja a kiégés alakulását: a gyermektelenek a kiégés mindhárom dimenziójában szignifikánsan nagyobb arányban voltak jelen (3. táblázat).

A reziliencia alakulása a vizsgált mintában

Vizsgált mintánkban a reziliencia átlagpontszáma 26,88 (SD = 6,64). Átlag alatti reziliencia-pontszámmal a válaszadó orvosok 49,6%-a (2068 fő) jellemezhető, míg átlag feletti értéket 50,2% (2081 fő) mutatott.

Megvizsgáltuk a reziliencia lehetséges korrelátumait mind a demográfiai (nem, kor, családi állapot, gyerekszám), mind pedig a munkával kapcsolatos mutatókkal (munkahelytípus, a munkahelyek száma, ügyeleti munka végzése), ám egyetlen esetben sem találtunk szignifikáns kapcsolatot a fenti változók és a reziliencia között.

A kiégés és a reziliencia összefüggéseiről elmondható, hogy az alacsonyabb reziliencia-pontszám mind az emocionális kimerülés (60,9% *versus* 41,3%, $p < 0,001$), mind

2. táblázat | A kiégés három dimenziójának alakulása a vizsgált mintában

	Emocionális kimerülés %	Deperszonalizáció %	Teljesítménycsökkenés %
Alacsony	47	59,8	30,3
Közepes	29,2	22,1	27,7
Magas	23,2	18,1	42

3. táblázat | A kiégés különböző korrelátumainak összefüggései

	Emocionális kimerülés közepes/magas % (n)	Deperszonalizáció közepes/magas % (n)	Teljesítménycsökkenés közepes/magas % (n)
<i>Kor</i>			
35 éves kor alatt	67,4% (522)	61,7% (476)	80,3% (621)
36–50 éves	61,7% (634)	48,5% (497)	71,6% (736)
51–65 éves	53,5% (666)	37,5% (466)	66,2% (824)
65+ éves	25,0% (258)	18,6% (187)	63,9% (661)
<i>Munkahelytípus</i>			
Fekvőbeteg-ellátás	61,4% (1071)	49,5% (861)	75,8% (1325)
Szakellátás	45,5% (214)	34,6% (160)	66,4% (312)
Alapellátás	43,7% (411)	32,8% (307)	62,7% (589)
Egyéb ellátás	42,3% (338)	33,0% (262)	65,5% (521)
<i>Gyerekszám</i>			
0 gyerek	64,0% (548)	56,2% (480)	78,8% (674)
1 gyerek	52,2% (361)	38,5% (265)	67,1% (465)
2 gyerek	46,8% (718)	34,7% (525)	68,3% (1044)
3 vagy több gyerek	45,3% (452)	35,9% (356)	65,7% (659)

a deperszonalizáció (49,7% *versus* 31%, $p < 0,001$), mind pedig a teljesítménycsökkenés (85,5% *versus* 55,2%, $p < 0,001$) esetében szignifikáns összefüggést mutatott a kiégés közepes és magas arányú előfordulásával.

A reziliencia és a kiégés alakulása többváltozós modellben

Többváltozós elemzésben is megvizsgáltuk az emocionális kimerülés, a deperszonalizáció és a teljesítménycsökkenés kapcsolatát a reziliencia alakulásával. A 'Statistikai módszerek' részben ismertett kontrollváltozók beléptetése után úgy találtuk, hogy a kiégés mindhárom dimenziójának esetében a reziliencia átlag alatti értéke fontos magyarázó tényezőnek bizonyult (a táblázatokban csak a modell szignifikáns elemeit mutatjuk be) (4–6. táblázat).

Megbeszélés

Vizsgálatunkban a hazai orvosok kiégésmutatóinak, azok háttértényezőinek, valamint a kiégés és a reziliencia kapcsolatának feltárását helyeztük a középpontba. Kutatási eredményeink alapján elmondható, hogy a 2013. évi adatokkal való összevetésben az emocionális kimerülés és a teljesítménycsökkenés közepes és magas aránya megközelítőleg hasonlóan alakult (49% *versus* 49,9%, illetve 65,1% *versus* 68,9%). A deperszonalizáció esetében a 2013. évi adatokhoz képest (49%) csökkenést tapasztaltunk (38,9%). A korábbi felmérés adataihoz hasonlóan alakul a kiégés egyes dimenzióinak nemek közötti megoszlása:

a nők az emocionális kimerülés, a férfiak pedig a deperszonalizáció dimenziójában mutatnak többletet. A teljesítménycsökkenés komponense a nemek között nem mutat különbséget. Továbbra is jellemző, hogy a legfiatalabb orvosi korosztály (<35) és a rezidensek a legérzékenyebbek a kiégés minden aspektusát tekintve, azonban 2017-ben az is trendként rajzolódik ki, hogy a kiégés az életkori csoportok szerint csökken. Ezen adataink némileg ellentmondanak a nemzetközi tendenciáknak: az amerikai orvostársaság legfrissebb kiégésfelmérése sze-

4. táblázat | Az emocionális kimerülés magyarázó tényezői többváltozós modellben ($R^2 = 0,191$)

Kontrollváltozók	Wald	Sig.	Exp (B)	95% CI for EXP (B)	
				Lower	Upper
Kor (35 év alattiak)	84,777	0,000	3,911	2,925	5,228
Munkahelytípus (fekvőbeteg-ellátás)	17,982	0,000	1,491	1,210	1,837
Ügyeleti munka (igen)	18,091	0,000	1,447	1,222	1,715
Reziliencia (átlag alatti pontszám)	134,013	0,000	2,469	2,118	2,881

CI = konfidenciaintervallum

5. táblázat | A deperszonalizáció magyarázó tényezői többváltozós modellben ($R^2 = 0,204$)

Kontrollváltozók	Wald	Sig.	Exp (B)	95% CI for EXP (B)	
				Lower	Upper
Férfiak	33,606	0,000	1,580	1,353	1,844
Kor (35 év alattiak)	136,252	0,000	6,109	4,503	8,279
Ügyeleti munka (igen)	14,809	0,000	1,404	1,180	1,669
Reziliencia (átlag alatti pontszám)	130,663	0,000	2,433	2,092	2,832

CI = konfidenciaintervallum

6. táblázat | A teljesítménycsökkenés magyarázó tényezői többváltozós modellben ($R^2 = 0,198$)

Kontrollváltozók	Wald	Sig.	Exp (B)	95% CI for EXP (B)	
				Lower	Upper
Férfiak	10,503	0,001	1,310	1,112	1,542
Kor (35 év alattiak)	11,821	0,002	1,734	1,267	2,373
Fekvőbeteg-ellátás	5,315	0,021	1,303	1,040	1,631
Reziliencia (átlag alatti pontszám)	308,946	0,000	5,882	7,142	4,830

CI = konfidenciaintervallum

rint például a 45–55 éves korosztály messze kiemelkedik a kiégés magas arányát tekintve [22]. A kiégés munkával való összefüggéseiben nincs jelentős változás a korábbi felmérés adataihoz képest: a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók, a több munkahelyen helytállók és a rendszeresen ügyelők körében magasabb a kiégés.

A rezilienciával kapcsolatos eredményeink a kutatásokban használt eltérő mérőeszközök miatt nehezen vehető össze a nemzetközi trendekkel [23]. Vizsgálatunkban az átlag alatti és feletti mutatók közel azonos eloszlásúak, és a reziliencia nem mutat sem a szociodemográfiai, sem pedig a munkával kapcsolatos tényezőkkel szignifikáns kapcsolatot. Ugyanakkor a kiégés mindhárom dimenziója és az átlag alatti reziliencia-pontszám egyértelmű, szignifikáns összefüggésben áll. Többváltozós elemzésünk azt is megmutatta, hogy a reziliencia hiánya – a hagyományos rizikótényezők mellett – fontos prediktor az emocionális kimerülés, a deperszonalizáció és a teljesítménycsökkenés közepes és magas előfordulásában.

A reziliencia és a kiégés összefüggéseinek vizsgálata számos kutatás tárgyául szolgált [24–26]. *Vetter és mtsai* onkológusok körében folytatott friss, 2018. évi kutatásukban – jelen vizsgálatunk eredményeihez hasonlóan – úgy találták, hogy a reziliencia hiánya szoros összefüggést mutat a kiégés magasabb arányával [27]. E vizsgálatok megerősítik azt a feltevést, hogy a munkakörnyezet és a személyiségtényezők kölcsönös egymásra hatásának nagy szerepe van a kiégés alakulásában. Más vizsgálatok is alátámasztják, hogy a reziliencia hiánya vagy alacsony szintje szoros kapcsolatot mutat a pszichés zavarokkal és a maladaptív megküzdési (coping) stratégiákkal [28]. Mindezek az eredmények ismét felhívják a figyelmet az orvosképzés (és -továbbképzés) egyik fontos kérdésére, az önismeret és a stresszkezelő képesség fejlesztésére [29]. Annak okai, hogy egyes gyógyítók reziliensek tudnak maradni, mások pedig a burnout „áldozataivá” válnak, multidimenzionálisak [30]: mind a személyiségtényezők, mind a kollegiális támogatás, mind pedig a munkakörülmények – és ezek interakciói – meghatározó szerepűek lehetnek [31–33]. A kiégésre hajlamosító személyiségtényezők közül a nemzetközi vizsgálatok kiemelik a neuroticizmust, a szorongást és a perfekcionizmust [34–36]. Ugyanakkor a vizsgálatok tanúsága szerint a reziliencia a kiégés egyik kulcsmotívuma: a megelőzés és az intervenció mind szervezeti, mind pedig egyéni szinten kiemelt fontosságú [37, 38].

Waddimba és mtsai vizsgálatukban úgy találták, hogy a nagyobb rezilienciával jellemezhető orvosok bizonytalanságtűrése magasabb, elégedettebbek a munkájukkal és kollegiális támogatásukkal. Jelen vizsgálatunk eredményeihez hasonlóan, a demográfiai faktoroknak és a munkakörnyezet jellemzőinek nem volt kimutatható hatása a reziliencia alakulására [39].

Vizsgálatunk számos limitációval és erősséggel rendelkezik. Tudomásunk szerint vizsgálatunk az első olyan felmérés, amelyben reprezentatív orvosi mintán, validált

mérőeszköz segítségével mutatjuk be a reziliencia mutatóinak alakulását, valamint a reziliencia és a kiégés különböző dimenzióinak összefüggéseit. További fontos erősség, hogy lehetőségünk nyílt mind 2013-ban, mind pedig 2017-ben reprezentatív minta segítségével körüljárni a hazai gyógyítók kiégésének hátterében álló legfontosabb tényezőket. Korlátozó tényező ugyanakkor a viszonylag alacsony válaszadási ráta, ennek hatásait azonban háromdimenziós súlyozással mérsékeljük.

A reziliensebb orvosok betegeinek kedvezőbb a gyógyulási kimenetele, ezen gyógyítók körében a kiégés és a stressztünetek alacsonyabbak [40, 41]. Az elkövetkező kutatásokban kiemelt figyelmet kell fordítanunk a reziliencia – nemzetközi szakirodalom által jól dokumentált – tényezőire, a társas támogatásra, a pozitív munkahelyi légkörre és a munkavégzés feletti kontroll kérdésére is.

Anyagi támogatás: A 2017-ben folytatott orvostudományi kutatást a Magyar Orvosi Kamara támogatta.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Irodalom

- [1] Gyórfy Zs, Girasek E. Burnout among Hungarian physicians. Who are the most jeopardized? [Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek?] *Orv Hetil.* 2015; 156: 564–570. [Hungarian]
- [2] Gyórfy Zs, Ádám Sz. Somatic and mental morbidity of young female physicians. Does emotional exhaustion constitute the missing link? [Fiatal orvosnők testi-lelki egészsége. Az emocionális kimerülés a hiányzó láncszem?] *Orv Hetil.* 2013; 154: 20–27. [Hungarian]
- [3] Ádám Sz, Torzsa P, Gyórfy Zs, et al. Frequent occurrence of level burnout among general practitioners and residents. [Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében.] *Orv Hetil.* 2009; 150: 317–323. [Hungarian]
- [4] Freudenberger HJ. Staff burn-out. *J Social Issues* 1974; 30: 159–165.
- [5] Maslach C. A multidimensional theory of burn-out. In: Cooper CL. (ed.) *Theories of organizational stress.* Oxford University Press, New York, NY, 1998; pp. 68–85.
- [6] Muheim F. Burnout: history of phenomenon. In: Bährer-Köhler S. (ed.) *Burnout for Experts.* Springer, New York, NY, 2013; pp. 37–46.
- [7] Prins JT, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE, et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med.* 2009; 14: 654–666.
- [8] Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, et al. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control.* 2012; 40: 486–490.
- [9] Rosenstein AH. Disruptive and unprofessional behaviors. In: Brower KJ, Riba MB. (eds.) *Physician mental-health and well-being.* Springer, New York, NY, 2017; pp. 61–85.
- [10] Vukmir RB. *Disruptive healthcare provider behavior: an evidence-based guide.* Springer, New York, NY, 2016.
- [11] Molnár R, Gyórfy Zs. Opportunities for further progress of sociological studies about doctors and medical students. [Az orvo-

- sokkal, orvostanhallgatókkal kapcsolatos vizsgálatok távlatai.] *Orv Hetil.* 2012; 153: 1738–1744. [Hungarian]
- [12] Bringsén A, Andersson HI, Ejlertsson G, et al. Exploring workplace related health resources from a salutogenic perspective. Results from a focus group study among healthcare workers in Sweden. *Work* 2012; 42: 403–414.
- [13] Skarbski Á, Kopp M, Rózsa S, et al. Sense of coherence as an important determinant of mental and physical health. [A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2004; 5: 7–25. [Hungarian]
- [14] Carver CS. Resilience and thriving: issues, models, and linkages. *J Soc Issues* 1998; 54: 245–266.
- [15] Szabó DF. Possibilities of interpretation of resilience: challenges and difficulties. [A reziliencia értelmezésének lehetőségei: kihívások és nehézségek.] *Magy Pszichol Szle.* 2017; 72: 247–262. [Hungarian]
- [16] Masten AS. Ordinary magic: resilience processes in development. *Am Psychol.* 2001; 56: 227–238.
- [17] Cunningham CT, Quan H, Hemmelgarn B, et al. Exploring physician specialist response rates to web-based surveys. *BMC Med Res Methodol.* 2015; 15: 32.
- [18] Maslach C, Jackson SE, Leiter M, et al. *Maslach Burnout Inventory Manual.* Consulting Psychologist Press, Palo Alto, CA, 1996.
- [19] Ádám Sz, Mészáros V. Psychometric properties and health correlates of the Hungarian Version of the Maslach Burn-out Inventory – Human Services Survey (MBI-HSS) among physicians. [A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében.] *Mentálhig Pszichoszom.* 2012; 13: 127–143. [Hungarian]
- [20] Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003; 18: 76–82.
- [21] Járai R, Vajda D, Hargitai R, et al. Characteristics of the 10-item Connor–Davidson Resilience Scale. [A Connor–Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változatának jellemzői.] *Alkalm Pszichol.* 2015; 15: 129–136. [Hungarian]
- [22] Medscape National Physician Burnout & Depression Report 2018. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2018-lifestyle-burnout-depression-6009235> [accessed: July 20, 2018].
- [23] Robertson HD, Elliott AM, Burton C, et al. Resilience of primary healthcare professionals: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2016; 66: e423–e433.
- [24] Choi BS, Kim JS, Lee DW, et al. Factors associated with emotional exhaustion in South Korean nurses: a cross-sectional study. *Psychiatry Investig.* 2018; 15: 670–676.
- [25] Edward KL. The phenomenon of resilience in crisis care mental health clinicians. *Int J Ment Health Nurs.* 2005; 14: 142–148.
- [26] Howard S, Johnson B. Resilient teachers: resisting stress and burnout. *Soc Psychol Educ.* 2004; 7: 399–420.
- [27] Vetter MH, Vetter MK, Fowler J. Resilience, hope and flourishing are inversely associated with burnout among members of the Society for Gynecologic Oncology. *Gynecol Oncol Rep.* 2018; 25: 52–55.
- [28] Thompson G, McBride RB, Hosford CC, et al. Resilience among medical students: the role of coping style and social support. *Teach Learn Med.* 2016; 28: 174–182.
- [29] Werneburg BL, Jenkins SM, Friend JL, et al. Improving resilience in healthcare employees. *Am J Health Behav.* 2018; 42: 39–50.
- [30] Taku K. Relationships among perceived psychological growth, resilience and burnout in physicians. *Pers Individ Dif.* 2014; 59: 120–123.
- [31] Epstein RM, Krasner MS. Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. *Acad Med.* 2013; 88: 301–303.
- [32] McCann CM, Beddoe E, McCormick K, et al. Resilience in the health professions. A review of recent literature. *Int J Wellbeing* 2013; 3: 60–81.
- [33] Hu YY, Fix ML, Hevelone ND, et al. Physicians’ needs in coping with emotional stressors: the case for peer support. *Arch Surg.* 2012; 147: 212–217.
- [34] Van der Wal RA, Bux MJ, Hendriks JC, et al. Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: a survey. *Eur J Anaesthesiol.* 2016; 33: 179–186.
- [35] Zhou J, Yang Y, Qiu X, et al. Relationship between anxiety and burnout among Chinese physicians: a moderated mediation model. *PLoS ONE* 2016; 11: e0157013.
- [36] Kljajic K, Gaudreau P, Franche V. An investigation of the 2 × 2 model of perfectionism with burnout, engagement, self-regulation, and academic burnout. *Learn Individ Differ.* 2017; 57: 103–113.
- [37] Rutter M. Annual research review: resilience – clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry* 2013; 54: 474–487.
- [38] Card AJ. Physician burnout: resilience training is only part of the solution. *Ann Fam Med.* 2018; 16: 267–270.
- [39] Waddimba AC, Scribani M, Hasbrouck MA, et al. Resilience among employed physicians and mid-level practitioners in upstate New York. *Health Serv Res.* 2016; 51: 1706–1734.
- [40] Keeton K, Fenner DE, Johnson TR, et al. Predictors of physician career satisfaction, work-life balance, and burnout. *Obstet Gynecol.* 2007; 109: 949–955.
- [41] Cora-Bramble D, Zhang K, Castillo-Page L. Minority faculty members’ resilience and academic productivity: are they related? *Acad Med.* 2010; 85: 1492–1498.

(Gyórfy Zsuzsa dr.,
Budapest, Nagyvárad tér 4., 1089
e-mail: gyorffy.zsuzsanna@med.semmelweis-univ.hu)