

Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek?

Győrffy Zsuzsa dr.¹ ■ Girasek Edmond dr.²

Semmelweis Egyetem, ¹Általános Orvostudományi Kar, Magartartástudományi Intézet,

²Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

Bevezetés: A kiégés a XXI. század orvoslásának egyik legnagyobb kihívást jelentő kérdése. **Célkitűzés:** A szerzők célul tűzték ki a magyarországi orvosok (n = 4784) kiégésmutatóinak felmérését, valamint e mutatók és a munkavégzés körülményeit érintő legmeghatározóbb aspektusok (munkaórák, ügyeleti munkavégzés, több munkahelyen való helytállás) összefüggéseinek elemzését. **Módszer:** Orvosok körében végzett országos, reprezentatív, online kvantitatív felmérés eredményeinek deskriptív elemzése. **Eredmények:** A vizsgálat azt mutatta, hogy hazai orvosok körében a teljesítményvesztés dimenziója a legmagasabb arányú, ezt követi az emocionális kimerülés, majd a deperszonalizáció faktora. A fiatal életkor (<35 év), a fekvőbeteg-ellátásban való munkavégzés, az ügyeleti munka, valamint a több munkahelyen való egyidejű helytállás a kiégés mindhárom dimenziójának meghatározó kockázati tényezője. Az orvos partner megléte a deperszonalizációt növeli, míg a gyerekszám protektív mindhárom aspektus esetében. Ugyanakkor a munka-család konfliktus a kiégést egyértelműen növelő tényező. **Következtetések:** A betegellátásra, a lakosság egészségi állapotának alakulására nézve jelentős hatású a kiégés. Az eredmények fényében a prevenció és az intervenció kulcsszerepű. *Orv. Hetil., 2015, 156(14), 564–570.*

Kulcsszavak: kiégés, orvosok, munkamegterhelés, munka-család konfliktus

Burnout among Hungarian physicians. Who are the most jeopardized?

Introduction: Burnout is one of the most challenging questions of the healthcare systems in the 21st century. **Aim:** The aim of this study was to analyze the Hungarian physicians' burnout and its associations with workload factors (work hours, shift work, multiple workplaces). **Method:** Data of this representative, cross-sectional, online epidemiological study was obtained from online questionnaires completed by 4784 physicians. **Results:** Medium or high level personal accomplishment was present in 75.9% and emotional exhaustion in 58% among physicians, while medium or high level of depersonalization subscale was 53%. All of the 3 dimensions showed association with young ages (<35 years), work in in-patient care, shift hours and multiple workplaces. The physician partner increased the risk of depersonalization, however, children were protective factors. The work-home interface was associated with higher burnout scores. **Conclusions:** Physicians' burnout is an important indicator of the functioning and effectiveness of the healthcare system. The results suggest the importance of prevention and intervention.

Keywords: burnout, physicians, workload, work-home conflict

Győrffy, Zs., Girasek, E. [Burnout among Hungarian physicians. Who are the most jeopardized?]. *Orv. Hetil., 2015, 156(14), 564–570.*

(Beérkezett: 2015. január 15.; elfogadva: 2015. február 12.)

A kiégés „olyan krónikus emocionális megterhelés, stressz nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek” [1]. E meghatározás nyomán fo-

galmazta meg *Maslach és Jackson* többdimenziós kiégés elméletét, amelyben a kiégés három meghatározó dimenzióját tarták fel: az emocionális kimerültséget, a deperszonalizációt, amit a betegekhez, a kollégákhoz és magához a munkához való negatív viszony jellemez, valamint harmadik faktorként a csökkent személyes haté-

konyság érzését [2]. Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy *Maslach és munkatársai* a kiégés prediktorai között az egyén, illetve a munka/munkakörnyezet mind jobb összhangját is kulcsszerepűnek tartják. A munkakörnyezet hat eleme: a munkamegterhelés, a kontroll, az erőfeszítés, a munkahelyi közösség, a „fairness”, valamint a közös értékek összhangja, illetve ezek hiánya a kiégés szindróma legfontosabb moderáló tényezői [3].

A fenti meghatározásokat alapul véve a kiégés jelensége talán az egyik leggyakrabban vizsgált terület a gyógyítókkal kapcsolatos kutatásokon belül. Számos vizsgálat jelzi, hogy az egészségügyi dolgozók kiégése nem az érintettek „magánügye”: a burnout jelentős mértékben befolyásolja a műhibák és a szövődmények előfordulását [4, 5]. E témában talán a legnagyobb visszhangot kiváltó kutatási eredményt az *American Journal of Infection Control* 2012-ben publikált közleménye jelentette, amelyben a kutatók 161 kórházban 7000 egészségügyi dolgozó kiégését vizsgálták. A kiégéssel párhuzamosan a tanulmány a kórházi fertőzések előfordulási arányait is görcső alá vette: a leggyakrabban előforduló, katéter okozta fertőzéseket és a sebészeti beavatkozások után fellépő kórházi infekciók számát is igyekeztek feltérképezni a szerzők. Amellett, hogy minden harmadik egészségügyi dolgozó igen magas pontszámot ért el a kiégésskálán, úgy találták, hogy mindkét fertőzéstípus előfordulása szignifikáns összefüggést mutatott a dolgozók magas kiégésével [6].

A kiégés további – a betegellátásra közvetlenül ható – következményének vizsgálatai elsősorban a döntéshozatalra és a kreativitásra koncentrálnak [7]. Számos felmérés irányul a kiégés és a kognitív funkciók kapcsolatára: ezek a kutatások kiemelik, hogy a kiégés korrelációt mutat a memória- és koncentrációs problémákkal, valamint az emocionális diszfunkciókkal (alvászavarok, szorongás, irritabilitás) [8, 9, 10]. A fentiek alapján fontos kérdésként fogalmazódik meg, hogy melyek azok a tényezők, amelyek a leginkább befolyásolják a kiégés kialakulását és fennmaradását. A legfrissebb szakirodalmi adatok kiemelik a munkával való elégedettség meghatározó szerepét is. *Lee és munkatársai* nagyszabású metaanalízisükben kiemelik, hogy a kiégés kulcsdimenziója az emocionális kimerülés, amely elsőként jelenik meg a burnout kialakulásának folyamatában. Az emocionális kimerülést pedig leginkább a munkavégzés különböző aspektusaival való elégedettség befolyásolja: az autonómia, a döntéshozatal lehetősége és a munkamegterhelés mértéke, valamint a heti munkaórák számának alakulása [11]. A fenti eredményeket megerősítette *Shanafelt és munkatársainak* az onkológusok kiégését leíró vizsgálata, amelyben úgy találták, hogy a nagyarányú érzelmi és fizikai megterheléssel járó munkavégzés sem vezet feltétlenül a burnout kialakulásához, amennyiben a gyógyítók elégedettek munkájukkal, munkavégzésük körülményeivel [12]. Számos szerző további fontos indikátorként említi a munka és a család összeegyeztethetőségének nehézségeit, mint a kiégés folyamatában meghatározó tényezőket [13, 14].

A fenti kutatási eredmények inspirálták jelen írásunkat. Magyarországon eddig még nem készült olyan reprezentatív felmérés, amely a hazai gyógyítók kiégésének részletes – reprezentatív mintán nyugvó – áttekintésére irányult volna, így vizsgálatunk e tekintetben egyedülállónak tekinthető. A magyarországi orvosok kiégésmutatóinak leírásán túl célul tűztük ki, hogy a kiégésmutatók és a munkavégzés körülményeit érintő legmeghatározóbb aspektusok (munkaórák, ügyeleti munkavégzés, több munkahelyen való helytállás) összefüggéseit bemutassuk.

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=42 342). Elemzésünk során a fogorvosokat sajátos foglalkoztatási helyzetük miatt külön csoportként elemeztük.

Vizsgálatunkat 2013. május 9. és július 15. között folytattuk le, az anonim, önkitöltős kérdőív linkjének kiküldése után négy emlékeztető levél ösztönzésével. A vizsgálatot a MOK és a Semmelweis Egyetem Etikai Bizottságának engedélyével folytattuk le.

A válaszadási arány 16,18%-os volt (n = 5607). Ez a válaszadási arány az online kutatások részvételi hajlandósági adataihoz viszonyítva megfelelőnek minősíthető [15].

A kutatás lezárása után az adatokon elvégeztük a szükséges adattisztítást, amelynek keretében a nem értelmezhető válaszokat igyekeztünk javítani (elütések, gépelési hibák stb.). A felmérés adatain nem, kor és szak (orvos, fogorvos) szerinti korrekciós súlyozást végeztünk, az alapsokasági adatokat a Magyar Orvosi Kamara tagsági adatai jelentették. A háromdimenziós súlyozás elvégzése után a területi és munkahelytípus szerinti megoszlásokat ellenőrzés céljából összevetettük az elérhető KSH-adatokkal, és mivel nem tapasztalható szignifikáns eltérés sem a területi (megye szerinti), sem pedig a munkahelytípus/szakfeladat szerinti megoszlásokban (alapellátás, szakellátás, fekvőbeteg-ellátás), így a felmérésünk e dimenziók tekintetében is reprezentatívnak tekinthető.

A kérdőíves felmérésre összesen 5607 fő válaszolt, ebből az általános orvosok száma 4784 fő, 823 fő pedig fogorvos. Jelen tanulmányban az orvosok válaszait elemezzük, és minden esetben az érvényes válaszok arányait vizsgáljuk.

Mérőeszközök

A szociodemográfiai adatok elemzésekor a kor 5 kategóriás változóját használtuk (24–35 év közöttiek, 36–45 év közöttiek, 46–55 évesek, 56–65 közöttiek és 65 éven felüliek csoportosításában). Vizsgáltuk a partnerkapcsolat meglétét és a megszületett gyerekek számát. 2 kategóriás változóként vizsgáltuk az orvos házastárs/partner meglétét. („Partnere orvos/fogorvos?” Igen/Nem.)

Jelen elemzésünkben a munkahelytípust alapellátás, szakellátás és fekvőbeteg-ellátás dimenzióiban tekintettük át.

A *kiégés* mérésére a Maslach Burnout Inventoryt (MBI) használtuk [16, 17]. Az MBI egy 22 tételből álló kérdőív, amely a kiégést három dimenzióban méri (emocionális kimerülés, deperszonalizáció és teljesítményvesztés). A résztvevők egy hétfokozatú Likert-skálán (0–6-ig terjedően) jelzik, hogy egyes, munkájukkal kapcsolatos érzéseiket milyen gyakran észlelik.

Az MBI 22 állítást tartalmaz, amelyből 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 tárgyakként 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: 0,909, a deperszonalizáció Cronbach-alfa-értéke: 0,767, a teljesítményvesztés Cronbach-alfa-értéke pedig 0,818.

A *szerepkonfliktusra* vonatkozóan 3 kérdést tettünk fel [18, 19]:

- „Milyen gyakran érzi magát ingerültnek vagy elégedetlennek amiatt, hogy munkahelyi, családi és házastársi vagy partneri kötelezettségei közül az egyiket csak a másik rovására tudja ellátni?”

- „Milyen gyakran akadályozzák munkahelyi tevékenységét családi elfoglaltságai?”
- „Milyen gyakran akadályozzák családi tevékenységét munkahelyi elfoglaltságai?”

A kérdéseket 1-től 5-ig terjedő, Likert-típusú skálán értékelték a megkérdezettek (1. soha, 2. ritkán, 3. elvétve, 4. gyakran, 5. nagyon gyakran). A vizsgált változót az elemzések egy részében kétértékűvé alakítottuk: 1. nem vagy ritkán érez szerepkonfliktust, 2. gyakran, nagyon gyakran érez szerepkonfliktust.

A munkával való „elégedettség” mérésére a „Ha újra dönthetne, az orvosi pályát választaná-e?” (Igen/Nem) kérdést használtuk indikátorként.

Eredmények

Szociodemográfiai mutatók alakulása

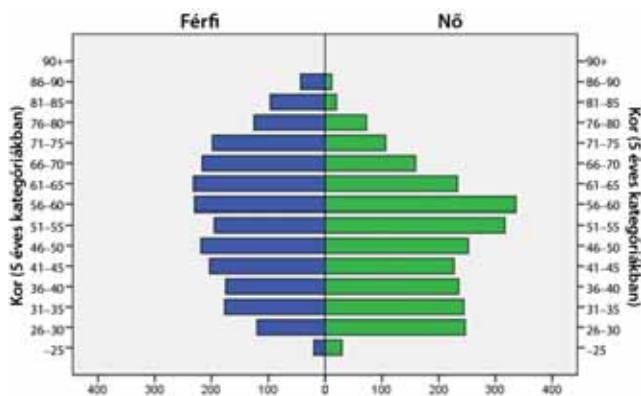
A vizsgálatban 2269 fő a férfiak és 2515 a nők száma, vagyis a férfiak aránya 47,4%, a nők 52,6%. A válaszadók átlagéletkora 52,52 év. A minta kor megoszlásából látszik, hogy a két legnagyobb létszámú korcsoport az 51–55 és az 56–60 éveseké: e két csoport a válaszadók 10,8%-át, illetve 11,9%-át jelenti. A pontos kor megoszlás látható az 1. ábrán.

A válaszadók több mint kétharmada házas (69,2%), 10% feletti a kapcsolatban élők aránya (12,1%), 7,5%-uk elvált, 7%-uk egyedül él és 4,3%-uk özvegy.

A mintánkban szereplők 28,8%-ának orvos a partnere, 2,1, illetve 2,7%-a fogorvos vagy gyógyszerész, és több mint 10%-uk partnere egészségügyi szakdolgozó. Elmondható tehát, hogy a válaszadók 43,6%-ának a párja az egészségügy területén dolgozik. A megkérdezettek 41%-ának 2 gyermeke van, a gyermektelenek, illetve az egygyermekesek aránya egyaránt 18,5%, 3 gyermeke 16,1%-uknak, illetve 4 gyermeke 4,2%-uknak van. A megkérdezett orvosok gyermekei számának átlaga: 1,75.

A felmérésben részt vevő, betegellátásban dolgozók közel fele, 48,1%-uk szakorvosként dolgozik, 11%-uk rezidens, 16,4%-uk nyugdíjasként dolgozó. További jelentős létszámú csoport, 18,4% vállalkozó orvos, egyetemi oktató 2,2%, kutató 0,4%. A gyesen vagy gyeden lévők aránya 1,5%. A munkahelytípust tekintve a válaszadók 42,3%-a a fekvőbeteg-ellátás területén dolgozik, 17,6%-uk a járóbeteg-szakellátásban, 25,5%-uk az alapellátásban és 14,6%-uk egyéb munkahelyeken (civil szervezet, államigazgatás, magánszféra) tevékenykedik. A megkérdezett orvosok 9%-ának nincs állása, 48,6%-a egy munkahelyen dolgozik, több mint egynegyedük (25,6%) kettő, 11,8%-uk három munkahelyen dolgozik. A minta 5%-a pedig 4 vagy több helyen dolgozik egy időben. Válaszadóink állásainak száma átlagosan 1,58.

A megkérdezettek átlagosan 1,48 szakvizsgával rendelkeznek. A válaszadók 40%-a egy szakvizsgával, egyharmaduk két szakvizsgával, közel 11%-uk három szakvizsgával rendelkezik, 13,8%-uknak nincs szakvizsgája. A kérdőívben megkérdeztük, hogy milyen szakvizsgát sze-



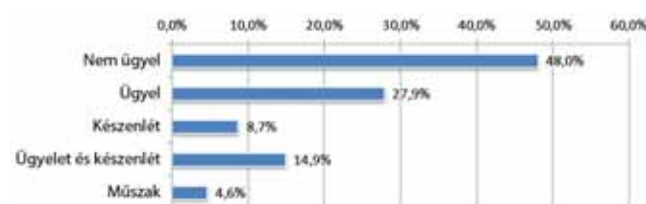
1. ábra | A válaszadók kor megoszlása (n = 4743)

1. táblázat | A leggyakrabban előforduló szakvizsgák megoszlása

Szakvizsga	n (%)
Aneszteziológia	256 (6,5)
Belgyógyászat	849 (21,6)
Bőrgyógyászat	74 (1,9)
Gyermekgyógyászat	535 (13,6)
Foglalkozás-egészségügy	103 (2,6)
Fül-orr-gégészlet	98 (2,5)
Háziorvostan	484 (12,3)
Neurológia	143 (3,6)
Ortopédia, traumatológia	94 (2,4)
Labordiagnosztika	114 (2,9)
Pszichiátria	187 (4,8)
Radiológia	201 (5,1)
Sebészet	283 (7,2)
Szemészet	117 (3,0)
Szülészet-nőgyógyászat	166 (4,2)
Tüdőgyógyászat	126 (3,2)
Patológia	98 (2,5)

reztek először, illetve több szakvizsga esetén melyik az a szakvizsga, amelyet a munkájuk során leginkább „használnak” (1. táblázat).

Az ügyeleti beosztást feltérképező kérdésünkre, amelyre több választ is bejelölhettek a megkérdezettek, a válaszadók közel fele (48%) azt válaszolta, hogy nem ügyel, közel 28%-uk ügyel, majdnem 15%-uk ügyelet és készenlét formájában ügyel, 8,7% a készenlét beosztásban dolgozók aránya, műszakos munkarendben pedig 4,6% dolgozik (a szintén több válasz megjelölését lehetővé tevő kérdőív alapján) (2. ábra).



2. ábra | Ügyeleti beosztás (n = 4362)

A kiégés és korrelátumainak alakulása az orvosi mintában

Válaszadóink körében az érzelmi kimerülés alszájainak átlagpontszáma 19,44 (SD = 12,83), a deperszonalizáció alszája 6,13 (SD = 6,19), míg a teljesítményvesztés alszája átlagpontszáma 34,42 (SD = 9,22) körül alakult. Az érzelmi kimerülés alacsony övezetében a válaszadók

2. táblázat | A kiégés alszájainak és övezeteinek alakulása az orvosi mintában

	Emocionális kimerülés, % (n)	Deperszonalizáció, % (n)	Teljesítményvesztés, % (n)
Alacsony	49,4 (2229)	57,3 (2566)	34,2 (1534)
Közepes	27,1 (1225)	23,7 (1062)	26,1 (1172)
Magas	23,5 (1060)	19 (849)	39,7 (1781)

3. táblázat | A kiégés egyes dimenzióinak közepes/magas mértéke (aránya) korcsoportonként (%)

Korcsoport	Érzelmi kimerülés közepes/magas (n = 4471)	Deperszonalizáció közepes/magas (n = 4437)	Teljesítményvesztés közepes/magas (n = 4445)
35 évnél fiatalabb	60	59,5	78,1
36–45 éves	61,7	53,9	70,7
46–55 éves	57,8	44,2	63
56–65 éves	50,9	36,9	60,3
65 év feletti	20,7	19,1	58,5

49,4%-a, közepes övezetében 27,1%-uk, míg a magas övezetében 23,5%-uk tartozott. A deperszonalizáció esetében a minta 57,3%-a tartozott az alacsony övezetbe, 23,7%-a a közepes, míg 19%-a a magas tartományba. A teljesítménycsökkenés alszáját végigtekintve megállapíthatjuk, hogy a válaszadók 34,2%-a tartozott az alacsony övezetbe, 26,1%-uk a közepes és 39,7%-uk a magas övezetbe (2. táblázat).

A kiégés nemi különbségeit végigtekintve elmondható, hogy az emocionális kimerülés közepes és magas komponense szignifikánsan gyakrabban fordul elő a nők esetében (48,1% vs. 52,9%, $p < 0,001$). A deperszonalizáció közepes és magas aránya ugyanakkor a férfiak körében fordul elő gyakrabban: 46% vs. 39,7%, $p < 0,000$. A teljesítményvesztés esetében nem találtunk jelentős különbséget a két nem között (65,1% vs. 66,5%).

A kiégés mindhárom dimenzióját végigtekintve elmondható, hogy a fiatal orvosi korosztály – elsősorban a 35 évnél fiatalabbak – igen magas értéket mutatnak. A kiégés közepes és magas teljesítményvesztés dimenziója a fiatal orvosok közel 80%-át érinti ($p < 0,000$) (3. táblázat).

Ha munkahelytípus szerint értelmezzük adatainkat, látható, hogy a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók a kiégés mindhárom dimenziójában jelentősen magasabb értéket mutatnak, mint a más munkahelytípusban dolgozók ($p < 0,000$) (4. táblázat).

A munkahelyek száma is meghatározó faktor a kiégés különböző dimenzióit tekintve. Az emocionális kimerülés (49% vs. 56,1%, $p < 0,000$), a deperszonalizáció (41,8% vs. 46,7%, $p < 0,002$) és a teljesítményvesztés (63,2% vs. 67,1%, $p < 0,011$) is szignifikánsan nagyobb arányban je-

4. táblázat | A kiégés egyes dimenzióinak közepes és magas mértéke munkahelytípus szerinti bontásban

Főmunkahely típusa	Közepes és magas emocionális kimerülés, % (n)	Közepes és magas deperszonalizáció, % (n)	Közepes és magas teljesítményvesztés, % (n)
Fekvőbeteg-ellátás	60,5 (1097)	51,6 (934)	72,4 (1310)
Szakrendelés	37,2 (279)	30,5 (225)	56,2 (415)
Alapellátás	50,7 (556)	41,9 (457)	59,8 (654)
Egyéb (vállalat, civil szervezet, államigazgatás)	47,1 (285)	31,8 (230)	66,3 (402)

5. táblázat | A kiégés alakulása a gyermekszámmal való összefüggésben

	Közepes és magas érzelmi kimerülés, % (n = 4482)	Közepes és magas deperszonalizáció, % (n = 4444)	Közepes és magas teljesítményvesztés, % (n = 4455)
Gyermektelenek	58,4	55,3	76,4
Egy- vagy többgyermekesek	48,8	39,7	63,2

lenik meg a több munkahelyen helytállók körében. A munkahelyek számához hasonlóan az ügyeleti munka is jelentős összefüggést mutat a kiégéssel. Mind az emocionális kimerülés (41,3% vs. 52,6%, $p < 0,000$), mind a deperszonalizáció (35,5% vs. 44,3%, $p < 0,000$), mind pedig a teljesítményvesztés (35% vs. 44,3%, $p < 0,000$) szignifikánsan nagyobb arányú az ügyeleti munkát végzők között. A rezidensek körében mind az emocionális kimerülés (49,9% vs. 58,8%, $p < 0,000$), mind a deperszonalizáció (41,2% vs. 58,9%, $p < 0,000$), valamint a teljesítményvesztés dimenziója (64,5% vs. 75,3%, $p < 0,000$) is jelentősen nagyobb arányú a szakorvosokhoz képest. A településtípus tekintetében a kiégés különböző dimenziói nem mutattak különbséget.

A különböző szakterületek összehasonlítását végigtekintve elmondható, hogy a kiégés-emocionális kimerülés dimenziójának közepes és magas komponense legnagyobb arányban az *ortopédia-traumatológia* területén dolgozókat érinti (61%), őket követik az *aneszteziológia-intenzív terápia* területén dolgozók (58,3%), majd a *belgyógyász szakorvosok* (55,3%). A deperszonalizáció a legnagyobb arányban az *orvosi labor diagnosztika* területén dolgozókat jellemzi (58,1%), őket követik az *aneszteziológia-intenzív terápia* területén dolgozók (54,5%) és a *szemész szakorvosok* (44,4%). A teljesítményvesztés legnagyobb mértékben a *pszichiátria* területén dolgozókat jellemzi (77,8%), őket követik az *aneszteziológia-intenzív terápia* szakorvosai (73,6%), majd az *ortopédia-traumatológia* területén dolgozók (73,4%).

A munkával való elégedettség indikátorát a „Ha újra dönthetne az orvosi pályaválasztásról, ismét az orvosi pályát választaná-e?” kérdéssel igyekeztük mérni. Úgy találtuk, hogy az e kérdésre igennel válaszolók között (25%, 1160 fő) mind az emocionális kimerülés (13,1% vs. 37,8%, $p < 0,000$), mind a deperszonalizáció (17,1% vs. 37,2%, $p < 0,000$), mind pedig a teljesítményvesztés (13,2% vs. 32,3%, $p < 0,000$) szignifikánsan magasabb arányú volt.

A családi állapot tekintetében nem találtunk különbséget a kiégés alakulásában. Azok között, akiknek partnerük is orvos, a deperszonalizáció faktora szignifikánsan nagyobb arányban jelent meg (41,7% vs. 45,7%, $p < 0,032$). Ugyanakkor a gyermektelenek a kiégés mindhárom dimenziójában szignifikánsan nagyobb arányban voltak jelen (5. táblázat).

A mintába került orvosok 44,3%-a (2036 fő) érzi úgy, hogy nehezen tudja összeegyeztetni munkahelyi és családi tevékenységét, míg 55,7%-uk (2553 fő) számára csak kevésbé jelent problémát a munkahelyi/családi terhek összeegyeztetése. A nők szignifikánsan nagyobb mértékben érzik úgy, hogy munkahelyi és családi kötelezettségeiknek nehezen tudnak megfelelni (40,7% vs. 47,6%, $p < 0,001$). A vizsgált orvosok 10,3%-ának a munkahelyi tevékenységét jelentős mértékben befolyásolják családi kötelezettségeik, míg 45,3% azoknak az aránya, akiknek a családi életét nagymértékben befolyásolják munkahelyi elfoglaltságaik. Az orvosnők esetében szignifikánsan nagyobb arányban jelentkezik mindkét tendencia: az, hogy munkahelyi kötelezettségeiket befolyásolják családi elfoglaltságaik, valamint, hogy családi tevékenységeiket erőteljesen befolyásolják munkahelyi kötelezettségeik. Azok körében, akik nagyarányú munka-család konfliktusról számoltak be, szignifikánsan nagyobb arányú emocionális kimerülést (2,1% vs. 18,4%, $p < 0,000$), deperszonalizációt (4,6% vs. 18%, $p < 0,000$) és teljesítményvesztést (6% vs. 12,7%, $p < 0,000$) találtunk.

Megbeszélés

Országos, reprezentatív vizsgálatunkban a hazai orvosok kiégésének alakulását és a kiégés háttérében meghúzódó lehetséges tényezőket igyekeztünk feltérképezni. Elemzésünk során úgy találtuk, hogy a magyarországi orvosok körében a kiégés teljesítményvesztés dimenziója fordul elő leggyakrabban: a vizsgált orvosok mintegy 65,1%-ára jellemző, hogy közepes vagy magas pontszámot „érték el” a kiégés teljesítményvesztés alskáláján. Ezt követi az emocionális kimerülés dimenziója, amelyben a közepes és magas pontszámot elérők aránya 49%. A kiégés deperszonalizáció alskáláján a közepes/magas pontszámot elérők aránya 46% körül mozog. Míg a teljesítményvesztés tekintetében nem találtunk különbséget a két nem pontszámai között, addig az emocionális kimerülés szignifikánsan a nőkre jellemzőbb, míg a deperszonalizáció a férfiak körében fordul elő szignifikánsan gyakrabban. Úgy találtuk továbbá, hogy a kiégés mindhárom dimen-

ziója szignifikánsan gyakrabban mutat magas értéket a fiatal orvosi csoportban (<35), a rezidensek körében és a fekvőbeteg-ellátásban dolgozóknál.

Szoros összefüggés figyelhető meg a kiegészés mindhárom komponense, valamint az ügyeleti munkavégzés és a több munkahelyen való egyidejű helytállás között. A különböző szakterületeken dolgozók kiegészését végigtekintve elmondható, hogy az aneszteziológia-intenzív terápia és az ortopédia-traumatológia területén dolgozók azok, akik a kiegészés mindhárom dimenziójában nagy arányban érintettek. A munkával való elégedetlenség is szoros korrelációt mutat a kiegészéssel: azok körében, akik nem választanák ismét az orvosi hivatást, jelentősen nagyobb arányú a burnout közepes és magas aránya.

Míg a családi állapot nem befolyásolja a kiegészés alakulását, addig az orvos partnerrel „rendelkezők” körében szignifikánsan nagyobb arányú a deperszonalizáció előfordulása. Fontos eredményként rajzolódik ki az is, hogy a gyermektelenek körében a kiegészés mindhárom faktora szignifikánsan magasabb arányban fordul elő. A munkacsalád területeinek összehangolása és a kiegészés korrelációja ugyanakkor szoros kapcsolatot mutat: úgy találtuk, hogy a közepes/magas arányú kiegészés mindhárom dimenziója szignifikánsan nagyobb arányban jelentkezik a jelentős szerepkonfliktussal rendelkezők körében.

Magyarországon a kiegészés teljesítményvesztés dimenziója mutatja a legmagasabb értéket, míg a nemzetközi tapasztalatok az emocionális kimerülés kulcsszerepére hívják fel a figyelmet. Fontos megemlítenünk, hogy korábbi magyarországi vizsgálatok már jelzik a teljesítményvesztés jelentős mértékű előfordulását a hazai orvosok körében [20, 21]. Ugyanakkor a kiegészés teljesítményvesztés aspektusa „gender semleges”, míg a másik két alskála nemi megoszlása egybevág a nemzetközi trendekkel.

Meglehetősen ellentmondásos eredményeket mutat a szakirodalom a kiegészés és az életkor, valamint a munkatapasztalat összefüggésében. A vizsgálatok egy része azt mutatja, hogy a kiegészés a legfiatalabb, pályakezdő korosztályt veszélyezteti leginkább. Számos kutatás tanúsága szerint a nagyfokú fizikai és érzelmi megterhelés és a komoly felelősség – párosulva a munkavégzés feletti kontroll hiányával –, valamint az alváshiány és a rekreációs idő csökkenése együttesen eredményezik a fiatal orvosok nagyfokú lelki sérülékenységét [22, 23, 24]. Egy belga vizsgálat kimutatta, hogy a rezidensek körében szignifikánsan megemelkedett kortizolszint mutatható ki, ami a magas stresszválasz egyértelmű tünete [25]. Bár a fiatal orvosokat érő stressz egy bizonyos szintje elősegíti a hatékony és motivált megküzdést, a krónikussá váló stresszterhelés csökkenő munkamotivációhoz és nem adaptív megküzdési mechanizmusokhoz vezethet (öngyilkossági gondolatok, pszichoszomatikus zavarok stb.) [26, 27]. A fentieket támasztja alá, hogy észlelt stressz tekintetében a nemzetközi adatok azt mutatják, a fiatal orvosok körében igen magas arányú, 50% feletti az észlelt stressz magas pontszámának előfordulása [28]. Ezzel szemben

ugyanakkor *Dyrbye és munkatársai* friss – orvosokra irányuló – kutatásukban úgy találták, hogy a 11–20 éve dolgozók voltak a legelégedetlenebbek a szakválasztásukkal, és ők mutatták a legnagyobb arányú emocionális kimerülést és általános burnoutpontoszámot [29].

A nagyarányú munkamegterhelés (heti 40 órát meghaladó munka és a több munkahelyen való helytállás) a kiegészést vizsgáló legtöbb kutatásban fontos rizikótényezőként jelenik meg [17, 30]. Számos kutatás kiemeli továbbá az aneszteziológia-intenzív terápia területén, valamint a sebészet területén dolgozók veszélyeztetettségét [31], ezeket az eredményeket jelen vizsgálatunk is megerősíti.

A kiegészés életkori korrelációihoz hasonlóan a párkapcsolat és gyermekvállalás rizikó- és protektív szerepe is meglehetősen ellentmondásos képet mutat. Míg az orvos partner megléte kifejezetten kockázati tényezőként jelenik meg a deperszonalizáció dimenziójában, addig a gyermekek védő tényezőt jelentenek, hiszen a gyermektelenek körében a kiegészés mindhárom dimenziója magasabb arányú. A gyermekszám tekintetében azonban fontos figyelembe vennünk, hogy a kiegészés a fiatal – még gyermektelen – orvosi csoportban fordul elő leginkább, így e kérdés esetében a fenti életkori hatás mindenképpen befolyásoló tényezőként jelenik meg. A fenti eredményeket tovább árnyalja az is, hogy bár a gyerekszám egyértelműen védő tényező, a nagyarányú szerepkonfliktus ugyanakkor komoly rizikótényezőt jelent a kiegészésben [32]. E kérdés áttekintése, vizsgálata mindenképpen további kutatások felé nyitja meg az utat.

A kiegészésprevenció és -intervenció világszerte az egészségügy egyik legnagyobb kihívását jelenti. A munkavégzés külső körülményeinek (nagyarányú fizikai és érzelmi megterhelés, egészségpolitikai, finanszírozási és infrastrukturális kondíciókkal kapcsolatos nehézségek) optimalizálása mellett fontos szerepet kap az egyéni erőforrások mozgósítása, a tudatos stresszkezelő stratégiák alkalmazása. Számos nemzetközi példa bizonyítja a kiegészést megelőző és kezelő programok hatékonyságát. Ezek a bizonyítottan hatékony módszereken alapuló programok a stressztünetek enyhítésére fókuszálva fejtik ki pozitív hatásukat. Ilyenek a kognitív viselkedésterápiás módszerek, meditáció, relaxáció, biofeedback-tréning és a testmozgás növelése [33]. A kiegészés csökkentésére tett kísérletek között a mindfulness meditáció elsajátításán alapuló programok jelentik a legújabb irányvonalat, amelyek biztató eredményei szerint a képzést követően, és a követés során is, egyértelműen látszik, hogy a kiegészés mindhárom komponense (emocionális kimerülés, deperszonalizáció, teljesítménycsökkenés) szignifikánsan csökkent a részt vevő egészségügyi dolgozók körében [34, 35]. A fenti tréningek és képzések bizonyítottan pozitív hatása inspirálta, hogy elsőként adaptáljunk Magyarországon pozitív pszichológiai módszereken alapuló kiegészésmegelőző tréninget (www.kiegesmegelozes.hu), amely fontos eszköz lehet a hazai orvosok és egészségügyi dolgozók kiegészésének csökkentésében.

Anyagi támogatás: A közlemény megírását Gy. Zs. Bolyai János Kutatási Ösztöndíja támogatta. A 2013-ban lefolytatott orvoskutatást a Magyar Orvosi Kamara támogatta.

Szerzői munkamegosztás: Gy. Zs.: A kézirat megírása és javítása. G. E.: A kézirat szövegezése, az ábraanyag összeállítása. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] *Freudenberger, H. J.*: Staff burn-out. *J. Soc. Issues*, 1974, 30(1), 159–165.
- [2] *Maslach, C.*: A multidimensional theory of burn-out. In: Cooper, C. L. (ed.): *Theories of Organizational Stress*. Oxford University Press, Oxford, 1998.
- [3] *Leiter, M. P., Shaughnessy, K.*: The areas of worklife model of burnout: tests of mediation relationships. *Ergonomia*, 2006, 28(4), 327–341.
- [4] *Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., et al.*: Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med.*, 2002, 136(5), 358–367.
- [5] *Prins, J. T., van der Heijden, F. M., Hoekstra-Weebers, J. E., et al.*: Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol. Health Med.*, 2009, 14(6), 654–666.
- [6] *Cimioti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., et al.*: Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am. J. Infect. Control*, 2012, 40(6), 486–490.
- [7] *Durning, S. J., Costanzo, M., Artino, A. R. Jr., et al.*: Functional neuroimaging correlates of burnout among internal medicine residents and faculty members. *Front. Psychiatry*, 2013, 4, 131.
- [8] *Rydmark, I., Wahlberg, K., Ghatan, P. H., et al.*: Neuroendocrine, cognitive and structural imaging characteristics of women on longterm sickleave with job stress-induced depression. *Biol. Psychiatry*, 2006, 60(8), 867–873.
- [9] *Golkar, A., Johansson, E., Kasahara, M., et al.*: The influence of work-related chronic stress on the regulation of emotion and on functional connectivity in the brain. *PLoS ONE*, 2014, 9(9), e104550.
- [10] *Oosterholt, B. G., Van der Linden, D., Maes, J. H., et al.*: Burned out cognition – cognitive functioning of burnout patients before and after a period with psychological treatment. *Scand. J. Work Environ. Health*, 2012, 38(4), 358–369.
- [11] *Lee, R. T., Seo, B., Hladkyj, S., et al.*: Correlates of physician burnout across regions and specialties: a meta-analysis. *Hum. Resour. Health*, 2013, 11, 48.
- [12] *Shanafelt, T. D., Gradishar, W. J., Kosty, M., et al.*: Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J. Clin. Oncol.*, 2014, 32(7), 678–686.
- [13] *Dyrbye, L. N., Sotile, W., Boone, S., et al.*: A survey of U.S. physicians and their partners regarding the impact of work-home conflict. *J. Gen. Intern. Med.*, 2014, 29(1), 155–161.
- [14] *Roberts, D. L., Shanafelt, T. D., Dyrbye, L. N., et al.*: A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J. Hosp. Med.*, 2014, 9(3), 176–181.
- [15] *Grava-Gubins, I., Scott, S.*: Effects of various methodologic strategies. Survey response rates among Canadian physicians and physicians-in-training. *Can. Fam. Physician*, 2008, 54(10), 1424–1430.
- [16] *Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P.*: *Maslach Burnout Inventory Manual*. 3rd edition. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1996.
- [17] *Ádám, Sz., Mészáros, V.*: Psychometric properties and health correlates of the Hungarian version of the Maslach Burnout 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.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2012, 13(2), 127–143. [Hungarian]
- [18] *Firth, L., Mellor, D. J., Moore, K. A., et al.*: How can managers reduce employee intention to quit? *J. Manag. Psychol.*, 2004, 19(2), 170–187.
- [19] *Warde, C., Allen, W., Gelberg, L.*: Physician role conflict and resulting career changes. Gender and generational differences. *J. Gener. Int. Med.*, 1996, 11(12), 729–735.
- [20] *Ádám, Sz., Torzsa, P., Gyórfy, Zs., et al.*: Frequent occurrence of level burnout among general practitioners and residents. [Gyakori és magas fokú kiégés háziorvosok és a háziorvosi rezidensek körében.] *Orv. Hetil.*, 2009, 150(7), 317–323. [Hungarian]
- [21] *Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., Susánszky, É.*: Physician burnout in Hungary: a potential role for work-family conflict. *J. Health Psychol.*, 2008, 13(7), 847–856.
- [22] *West, C. P., Shanafelt, T. D., Kolars, J. C.*: Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*, 2011, 306(9), 952–960.
- [23] *Buddeberg-Fischer, B., Klaghofer, R., Stamm, M., et al.*: Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 2008, 82(1), 31–38.
- [24] *Tysen, R., Vaglum, P.*: Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv. Rev. Psychiatry*, 2002, 10(3), 154–165.
- [25] *Coeck, C., Jorens, P. G., Vandevivere, J., et al.*: ACTH and cortisol levels during residency training. *N. Engl. J. Med.*, 1991, 325(10), 738.
- [26] *Aminzadeh, N., Farrokhyar, F., Naeni, A.*: Is Canadian surgical residency training stressful? *Can. J. Surg.*, 2012, 55(4), S145–S151.
- [27] *Rada, R. E., Johnson-Leong, C.*: Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. *J. Am. Dent. Assoc.*, 2004, 135(6), 788–794.
- [28] *Sameer-ur-Rehman, Kumar, R., Siddiqui, N., et al.*: Stress, job satisfaction and work hours in medical and surgical residency programmes in private sector teaching hospitals of Karachi, Pakistan. *J. Pak. Med. Assoc.*, 2012, 62(10), 1109–1112.
- [29] *Dyrbye, L. N., Varkey, P., Boone, S. L., et al.*: Physician satisfaction and burnout at different career stages. *Mayo Clin. Proc.*, 2013, 88(12), 1358–1367.
- [30] *Arora, M., Asha, S., Chinnappa, J., et al.*: Review article: burnout in emergency medicine physicians. *Emerg. Med. Australas.*, 2013, 25(6), 491–495.
- [31] *Hyman, S. A., Michaels, D. R., Berry, J. M., et al.*: Risk of burnout in perioperative clinicians: a survey study and literature review. *Anesthesiology*, 2011, 114(1), 194–204.
- [32] *Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., et al.*: Burnout in medical residents: a review. *Med. Educ.*, 2007, 41(8), 788–800.
- [33] *Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A., et al.*: Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2014, 202(5), 353–359.
- [34] *Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., et al.*: Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Ann. Fam. Med.*, 2013, 11(5), 412–420.
- [35] *Chiesa, A., Serretti, A.*: Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J. Altern. Complement. Med.*, 2009, 15(5), 593–600.

(Gyórfy Zsuzsanna dr.,
Budapest, Nagyvárad tér 4., 1089
e-mail: gyorffy@chello.hu)