

Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 9 (2008) 4, 305–322
DOI: 10.1556/Mentál.9.2008.4.2

A HALLGATÓI KIÉGÉS JELENSÉGE, MEDIKUSOK LELKI EGÉSZSÉGVÉDELME

HAZAG ANIKÓ^{1*} – MAJOR JÁNOS²

¹ Debreceni Egyetem, Pszichológiai Intézet, PhD program, Debrecen

² Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Humánia program, Budapest

(Beérkezett: 2008. július 14.; elfogadva: 2008. október 26.)

Jelen tanulmányunkban a kiégés jelenségéről szeretnénk áttekintést nyújtani, illetve felhívni a figyelmet a hallgatók, fiatal felnőttek között előforduló burn-out jelentőségére. Szakirodalmi összefoglalónkban bemutatjuk a különösen érintett csoport, a pályakezdő rezidensek és medikusok veszélyeztetettségét. Elkülönítjük a kiégés jellemzőit a hasonló karakterisztikumokat megjelenítő kórállapotoktól. Összefoglaljuk a kiégéssel kapcsolatban veszélyeztető, valamint azzal szemben védettséget nyújtó személyiségtényezőket, melyek felismerése és megelőzése (pl. preventív, pályaszocializációs programok segítségével) elősegítheti a pályakezdők hatékonyabb egészségvédelmét.

Kulcsszavak: burn-out rezidensek között, medikusok kiégettsége, pszichiátriai tünetek, veszélyeztető és védettséget nyújtó személyiségtényezők, preventív programok

Felsőoktatási munkánkban gyakran tapasztaljuk, hogy a hallgatók különféle kríziseken mennek keresztül egyetemi éveik folyamán, melyek jóval több egyént érintenek annál, semmint, hogy ezeket egyedi jelenségeknek lehetne tekinteni.

A kiégés, valamint a lelki zavarok hallgatók közötti előfordulását már több nemzetközi tanulmány is ismertette. Tyssen és munkatársai (2001) orvostanhallgatók között 14%-nak találta a szuicid gondolatok előfordulását, ebből 8% tervezett öngyilkosságot, és 1,4% meg is kísérelte már. Tjia és munkatársai (2005) vizsgálata szerint a hallgatók 15%-a volt már de-

* Levelező szerző: Hazag Anikó. E-mail: anikoha@gmail.com

pressziós, 20,4%-uknak öngyilkossági gondolata is volt már, de a depressziósoknak csak 26,5%-a kezelte magát. Jellemzően inkább a magasabb évfolyamokon kerestek segítséget, és inkább akkor, ha a családban már fordult elő depresszió korábban. Dahlin és munkatársai (2005) hasonló, 12,9%-os depresszió-előfordulást mutattak ki, vizsgálatuk szerint a hallgatók 2,7%-ának volt már öngyilkossági kísérlete. Megállapítható volt, hogy a legnehezebb az első év átvészélése a felsőoktatási intézményekben, amely így a legveszélyeztetettebb időszak az egyetemeken, főiskolákon.

A kiégés előfordulása nemzetközi vizsgálatokban a felnőtt lakosság körében 20–22% (Major és mtsai 2006), de legalább 15% körüli (Schaufeli és Einmann 1998), és hallgatók között is hasonló arányokat mutat (Balogun és mtsai 1995; Jacobs 2003; Dyrbye és mtsai 2006; Dahlin és Runeson 2007).

Tanulmányunk fókuszában a hallgatói kiégés jelensége áll, amelynek részletes bemutatása reményeink szerint segít elkülöníteni a kiégettségi állapotot a pszichiátriai kórformáktól, valamint összefoglalónk lehetővé teszi a kiégést veszélyeztető, valamint a burn-outtal szemben védettséget nyújtó személyiségtényezők felismerését is.

Témánk hiánypótló jellegű, hiszen úgy érezzük, nagy szükség van az egészséges populáción belüli, lelki zavarokat előrejelző, de még diagnosztikai kategóriákat el nem érő jegek felismerésére és a korai intervenció lehetőségének megteremtésére a fiatal felnőttek egészségvédelme céljából.

Tanulmányunk alapkérdései a következők: mely jelek lehetnek azok, amelyek felhívhatják a figyelmet – még az egyetemi évek alatt – arra, hogy az egyén a későbbiekben hajlamos lehet a kiégésre? Mely személyiségjellemzők tekinthetők prediktoroknak, másrészt melyek lehetnek a protektív tényezők? Milyen prevenciók lehetőségek valósíthatóak meg már az egyetemi évek alatt?

A KIÉGÉS FOGALMA

A kiégés (burn-out) jelenségét először Freudenberger írta le (1974) önségitő közösségek tagjainál, egészségügyi dolgozóknál végzett megfigyelései alapján. A kiégés jellemzője a krónikus emocionális megterhelések, stressz nyomán fellépő, fizikai, emocionális, mentális kimerülés, amely a reménytelenség, az inkompetencia érzésével, a célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök is jellemeznek.

Schmidbauer vezette be (1977) a Helfer-szindróma jelenségének fogalmát, amely azt mutatja, hogy milyen hatást fejt ki a segítő foglalkozás

művelése a szakemberre, továbbá milyen tényezők játszanak szerepet abban, ha valaki a segítséget élethivatásul választja. Pszichoanalitikus elméleti alapokra épített empirikus vizsgálataiban azt találta, hogy kiégésre fokozottan hajlamosak lehetnek azon egyének, akiknél a saját ingatag pszichés egyensúly fenntartásával függ össze – rejtetten – a gyengéken, elesetteken való segítség szükséglete. Ennek jelei a kezdetben lelkes segítőnél úgy mutatkoznak meg, hogy fokozatosan elveszíti cselekvési energiáit, elfárad, kimerül, motivációi kihunynak – ez az állapot a továbbiakban pszichiátriai zavarokra hajlamosíthatja.

Később a kiégés jelenségét legszélesebb körben Maslach vizsgálta (Maslach és Jackson 1981; Maslach és mtsai 1996; Maslach és Leiter 1997; Maslach és mtsai 2001), aki szerint a kiégettségi szindróma specifikus egészségi kockázat: jellemzője az emocionális kimerültség és elszemélytelenedés, a problémáktól való távolságtartás, az elégedetlenség a saját teljesítménnyel és a csökkent teljesítőképesség. Három alkotórészként az *érzelmi kimerültséget*, a *deperszonalizációt*, és a *személyes hatékonyság csökkenését* állapították meg.

Az *emocionális kimerültség* megjelenhet fáradtság, krónikus kimerültség, álmatlanság, megbetegedési hajlam, diffúz testi panaszok formájában. A *deperszonalizáció* vagy *dehumanizáció* negatív, cinikus viszonyt jelent a betegekkel, kollégákkal szemben, de egyben bűntudatot, visszahúzódást is, kapcsolatokat hátrító, a munkát redukáló magatartást is. Mindezekkel együtt jár a *személyes hatékonyság csökkenése* és a *teljesítménnyel való elégedetlenség*, valamint az eredményesség elmaradása, továbbá a sikertelenség és a tehetetlenség megélése, a túlterheltség mellett is hiányzó elismerés. A kiégés olyan veszélyeztető tényező lehet, mely különféle pszichés zavarokat idézhet elő. Maga a burn-out nem diagnosztikus kategória, alapvetően azt jelzi, hogy az egyén és a munkafeladat kapcsolatában zavar állt elő, melynek helyreállítására az egyén külső segítség nélkül nem lesz képes (Maslach és Jackson 1981).

A további kutatások (Maslach és Leiter 1997) kiterjesztették a kiégés fogalmát a humán szférán túli területekre is, ennek megfelelően a burn-out lehet az egyén és munka viszonylatában létrejövő krízis, tehát nem szükségszerűen a kliensekkel végzett tevékenység krízise, hanem az egyén és az ő munkájának a krízise, egy olyan folyamat, amely fizikai, érzelmi és szellemi kimerüléssel jár, és amely érzelmileg kimerítő szituációkba való tartós bevonódás következtében alakul ki.

Schaufeli és munkatársai (2002) írták le a hallgatói kiégés jelenségét, amikor az egyén kimerültnek kezdi érezni magát a felsőoktatási követelmények miatt, cinikussá válik, távolságtartó attitűdöt alakít ki a tanulmányai iránt, valamint tanulóként inkompetensnek éli meg magát.

A kiégés vizsgálatának mentálhigiénés jelentőségét az adja, hogy amennyiben a korai jelek felismerésre kerülnek, az egyén még mozgósíthatja az adaptív megküzdési folyamatokat, mielőtt még az mentális megbetegedéseket okozna, és szükség esetén segítséget vehet igénybe (Schaufeli és Einzmann 1998).

A kiégés jelei lehetnek: *fizikai, érzelmi és mentális* szimptomák. A *fizikai* tüneteket csökkent energia, krónikus fáradtság, gyengeség, széleskörű fizikai és pszichoszomatikus tünetek jellemzik. Az *érzelmi* élet zavarának jellemzői: tehetetlenség, reménytelenség, csapdába esettség érzése, melyek extrém esetben érzelmi összeomláshoz vezetnek. A *mentális* kimerülés jele a negatív attitűdök kialakítása az egyén saját maga, saját személye, saját élete iránt (Schaufeli és Einzmann 1998).

Brill (1984) szerint a kiégés a munkával összefüggő diszfóriás és diszfunkcionális állapot olyan egyéneknél, akiknél nagyobb pszichopatológia nem áll fenn, és ahol a személy korábban képes volt megfelelő affektivitásszinten adekvát teljesítményt nyújtani, de már nem tud visszatérni ezen állapotába külső segítség, vagy környezeti átrendezés nélkül. További szerzők szerint a kiégés a növekvő kiábrándulás folyamata (Edelwich és Brodsky 1980), amely jelentős mérvű ideál, cél és energiavesztéssel jellemezhető, és amely folyamatnak jellegzetes momentuma, hogy az egyén kezdetben nagy elvárásokkal kezdi meg a pályáját, melyeknek a frusztrációja okozza majd a későbbi kiégést.

Maslach és Leiter szerint (1997) a kiégés olyan destruktív folyamatnak tekinthető, amely az értékek, kötelességek, lelki állapot és akarat terén való diszfunkcionálást eredményez, amiből nehéz már egyedül kijutni. Szerintük a kiégés a depresszióhoz hasonlító állapot, ami akkor következik be, amikor az aktív és öndefiníciót jelentő szerep fenyegetett, vagy megzavart állapotba kerül, míg ugyanakkor más alternatív szerep egyúttal nem hozzáférhető, és amely a személyes sérülékenysége révén pszichés zavarokhoz is elvezethet.

Schaufeli és Einzmann összefoglaló definíciója szerint (1998) a kiégés egy olyan állandósult, negatív színezetű, munkával kapcsolatos mentális állapot, amely egészséges egyének között fordul elő, és amely kimerüléssel, csökkent személyes hatékonysággal, csökkent motivációval, és diszfunkcionális attitűdökkel jellemezhető. A kiégés kialakulása olyan pszichológiai folyamat, amely fokozatosan, észrevétlenül megy végbe, miközben az egyén egészségét súlyosan veszélyezteti. Alapja az össze nem illés az egyén elvárásai és a munka realitása között. A kiégés gyakran olyan önfenntartó folyamatként jelentkezik, ahol az inadekvát megküzdési stratégiák fenntartják a kialakuló kiégett lelkiállapotot.

KIÉGÉS ÉS PSZICHIÁTRIAI ZAVAROK

A kiégés nem szerepel a betegségek nemzetközi osztályozásában, ám hasonló jellegzetességei alapján jelenségét fontos elkülöníteni egyrészt a pszichiátriai zavaroktól (pl. a depressziótól, az alkalmazkodási zavaroktól), másrészt a munkastressztől.

Depresszió: a depresszió és kiégés tünettana sokban hasonlít, de míg a depresszióban a büntudat az állapot egyik fő jellemzője, addig a kiégéssel inkább a harag, düh érzése jár együtt (Freudenberger 1974). A kiégés tünete eleinte a munkastresszhez és konkrét szituációkhoz kapcsolódnak, nem átható zavarok képében mutatkoznak, ezzel szemben a depresszió az élet minden területén megjelenik. Leginkább az érzelmi kimerülés komponense hasonlítható a depresszióhoz. Fontos tény, hogy míg a kiégés vezethet depresszióhoz, addig ez fordítva nem áll fenn (Glass és McKnight 1993).

Krónikus fáradtság: jellemzője a megmagyarázhatatlan eredetű fáradtság, szomatikus panaszok, izomgyengeség, hangulati labilitás, alvászavar stb. fennállása legalább hat hónapon át (Jason és mtsai 1995). Míg mindezen tünetek itt az élet minden területén jelentkeznek, és eredetük ismeretlen, addig a kiégés csak a munkával kapcsolatosan lép fel, és kialakulása azzal összefüggésbe hozható.

Alkalmazkodási zavar: klinikailag jelentős érzelmi és viselkedési tünetek megjelenését jelzi egy beazonosítható pszichoszociális stresszforrásra (Katonai és Robertson 1997), ahol a kiváltó okhoz képest három hónapon belül jelentkeznek a szimptómák, legkésőbb hat hónapig tartanak, és a megfigyelhető társas és foglalkozási szerepekben való gyengébb funkcionálásban mutatkoznak meg. Domináló tünete alapján lehet depresszió, szorongásos, vagy kapcsolati zavar, mindemellett megkülönböztetnek még egy közelebről meg nem nevezett típust is, melyben fizikai panaszok, szociális visszahúzódnak, valamint teljesítménygátlás fordul elő – ez az a változat, amely a kiégéshez a legközelebb áll. A kiégéssel jellemezhető egyéneknél a munkához való viszony valamikor megfelelő volt, csak később változott meg, és a kiégettségi állapot elkülöníthető az egyén családi problémáitól. A burn-out nem alkalmazkodási zavar, mert nem beszélhetünk egy konkrétan beazonosítható stresszforrásról, másrészt a kiégés nem is egy azonnali válasz a stresszforrásra. Bár az életkrízisek felerősíthetik a kiégés hatását, de nem okozói annak, a kiégés mindig krónikus stresszből alakul ki, lassú folyamatként, fokozatosan, és energiacsökkenés formájában nyilvánul meg (Schaufeli és Einmann 1998).

Neuraszténia: szimptomái szerint folyamatosan fennálló, stresszre adott panaszok jellemzőek, már kismérvű fizikai erőfeszítés is kimerültségérzést

okoz, többek között izomfájdalom, alvászavarok, pihenésre való képtelenség, irritabilitás jellemző, legalább három hónapon át. Sok tünete hasonló a kiégéshez, de nem jellemzőek ugyanakkor a munkával kapcsolatos diszfunkcionális attitűdök, illetve a csökkent teljesítmény. Ezen páciensek ugyan magas kiégés-mértéket mutattak a burn-out-skálán, de míg a neurasténia az élet minden területét átható zavar, addig a kiégés csak a munkából eredeztethető állapot (Schaufeli és Einzmann 1998).

Munkastressz: a kiégés a munkastressz sajátos esetének tekinthető, amikor a munkahely követelményei túlterjednek az egyén megküzdési forrásain, az egyén negatív attitűdöt alakít ki a munkája iránt, mely már a kiégettségi szindrómát jelzi (Schaufeli és Einzmann 1988).

Összességében a kiégés olyan veszélyeztető állapot, amely pszichés zavarokat idézhet elő és amelyből az egyén külső intervenció nélkül nem képes visszanyerni lelki egyensúlyi állapotát. Több jellegzetességében hasonlít a depresszióhoz, a neurasténiához, a krónikus fáradtság szindrómához, mégis azoktól eltérő állapot. Nem betegségkategória, de intervenció nélkül betegséggé alakulhat.

BURN-OUT ÉS DEMOGRÁFIAI JELLEMZŐK

Maslach és munkatársai (2001) szerint leginkább fiatal korban jellemző a kiégési szindróma kialakulása, tehát az egyén a karrierje elején tűnik veszélyeztetettebbnek a kiégésre, mint a későbbiekben. Nőknél inkább a fokozottabb érzelmi kimerülés jellegzetes, míg férfiaknál nagyobb mérvű deperszonalizációt találtak. Családban élők védettebbek a kiégéssel szemben, míg az egyedülállók veszélyeztetettebbeknek tekinthetők. Akik pályájuk kezdetén kiégetteké válnak, később nagy valószínűséggel elhagyják a pályájukat (hallgatóként: kimaradnak az egyetemről), vagy pszichiátriai zavarokban betegedhetnek meg.

Jelen tanulmányunkban az egyik leggyakrabban vizsgált populáció, a rezidensek és a orvosok kiégettségével fogunk foglalkozni, a prediktorok azonosítását és a szűrés lehetőségeit kiemelve.

REZIDENSEK KIÉGETTSÉGE

A kutatások szerint a kiégés jelentős mértékben veszélyezteti a kezdő orvosokat és a orvosokat (Hsu és Marshall 1987; Schanafelt és mtsai 2003). Kimutatták, hogy bár a középkorú orvosok számítanak a legnagyobb rizikójú csoportnak a szomatikus és a pszichés megbetegedések szempont-

jaból, ám a szuicid veszély a fiatalok között a legnagyobb, mind a szuicid kísérletek, mind a befejezett szuicidiumok tekintetében (Richings és mtsai 1986; Simon 1986; Sonneck 1982). Orvosok között kétszer gyakoribb a szuicid veszély, mint bármely más populációban, így óriási jelentősége van, hogy a kollégák felismerjék munkatársuk „cry for help” gesztusait, amelyek még időben lehetőséget adnak a hatékony beavatkozásra (Rose és Rosow 1973).

Firth-Cozens leírta, hogy az orvostanhallgatók és a pályakezdő orvosok több stresszt élnek át, mint más szakmák képviselői, valamint, hogy rezidensek között azoknál található legnagyobb hajlam a lelki zavarokra, például depresszióra, akik egyébként a legmagasabb empátiás készséggel rendelkeztek (Firth-Cozens 1987, 2001; Firth-Cozens és Field 1991).

Kanadai rezidensek (Hsu és Marshall 1987) 1800 fős mintáján azt találták, hogy a depresszió magasabb értéket mutat, mint más mintákon – főként nőknél volt nagyobb ez az arány. A nem házasságban élőknel magasabb és súlyosabb volt a depresszió mértéke, mint a házasságban élőknel. A legmagasabb értéket a posztgraduális tanulmányok első évében találtak a vizsgálati személyeknél. Úgy tűnik, hogy a depresszió kialakulását kiválthatja a munkastressz, a személyes sérülékenység és a társas támogatás hiánya.

Belgyógyász rezidensek között például több mint 70%-os kiégést találtak (Schanafelt és mtsai 2003), melynek oka a nagy felelősség vállalása, az alacsony kontroll lehetősége, melyhez nem társulnak megfelelő diagnosztikus és kommunikációs készségek.

Tyssen és munkatársai (2001) megfigyelték, hogy a pszichés zavarok előfordulási aránya legmagasabb a rezidens évek alatt, főként az első évben. A vizsgált személyek 20%-a szenvedett valamilyen lelki zavarban, de nagy részük mégsem keresett segítséget. Prediktoroknak a következő tényezők bizonyultak: korábbi lelki zavar jelenléte, egyedülálló családi állapot, realitástól elrugaszkodóbb gondolkodásmód, az észlelt orvosegyetemi stressz, és annak az érzésnek az erőteljes megélése, hogy a hatékony orvosi munkához szükséges diagnosztikai készségekben való jártasságuk hiányzik. Ezekon kívül az elkerülő magatartás, az önvádolás, és a vágyteljesítő gondolkodás tűntek még bejósolható prediktoroknak.

Rezidensek közti felmérésben azt találták, hogy a lelki erősség („hardiness”) az, ami leginkább megvédi az egyéneket a kiégéssel szemben, valamint segít a negatív életeseményekkel és a betegségekkel való hatékony megküzdésben (Nowack és Hanson 1983).

Vaillant és munkatársai szerint (1972) pszichés tünetképződésre ugyanakkor veszélyeztetettebbek azok, akiknek kevésbé volt harmonikus a gyerekkoruk, míg a szeretetteljes, meleg, támogató családi légkör segíti mind

az autonómia, mind az önértékelés megfelelő alakulását, valamint az iskolai teljesítményt.

Weiner és munkatársai (2001) kimutatták, hogy orvosok körében az alacsonyabb mérvű kiegészítő korrelált a jólléttel, a társas támogatással, a valóságossággal, az önismerettel, a korlátok közé szorított időtartamú munkával, valamint a munka értelmének megtalálásával, továbbá a pozitív életfilozófiával. A szerzők ezen mechanizmusokat hatékony megküzdő stratégiaként is említik.

Az egészségügyi rendszerek jövőbeli kielégítőbb működéséhez szükséges az orvosok munkakörülményeinek, a munkavégzés pszichoszociális aspektusainak javítása, mely jelentős védelmet nyújthat a későbbi kiégettség kivédéséhez (Arnetz 2001; Grassi 2000; Linzer és mtsai 2001).

EGYETEMI HALLGATÓK ÉS A STRESSZ

Köztudott, hogy az orvostanhallgatók magas stresszterhelésnek vannak kitéve (Dahlin és mtsai 2005), és sokan szenvednek pszichiátriai megbetegedésekben, ugyanakkor csak kevesen kérnek segítséget. Fontos volna észrevenni a depresszív epizód kezdeti jeleit is, és szükséges volna, hogy a veszélyeztetett egyének időben keressenek szaksegítséget. Egy amerikai campus mentálhigiéniai tanácsadó szolgálatának kimutatása szerint (Moos és Van Dort 1977) az egyetemi hallgatók között van egy réteg, főként az alsóbb évfolyamokra járók közül, akik frekventáltan keresik fel a rendelőt. Azt találták, hogy abból a campusból kevesebb hallgató mutatott pszichés zavarokat, ahol egymást támogató közösségi élet alakult ki (McCarthy és mtsai 1990).

Newby-Fraser és Schlebusch (1997) hároméves longitudinális kutatásukban diagnosztikus interjúkat készítettek, s ezek elemzésével megállapították, hogy a megfelelő társas támogatás és a személyes hatékonyság érzése jelentős mértékben összefüggtek mind a stressztünetek alacsonyabb szintjével, mind pedig a jobb tanulmányi teljesítménnyel. Míg a megfelelő megküzdési stratégiák hiányosságai erős meghatározói voltak az érzelmi tüneteknek és az alacsony iskolai teljesítménynek, addig a társas támogatás hiánya jelentősebb összefüggést mutatott a pszichoszomatikus tünetek kialakulásával.

Hojat és munkatársai (2002) vizsgálatukban, amelyben 2114 hallgató vett részt, végigkövették a hallgatókat egyetemi tanulmányaik folyamán. Azt találták, hogy azok birkóznak meg hatékonyabban az egyetem kihívásaival, akiknek kedvezőbb személyiségprofiljuk van (kevésbé szorongók és depressziósak, kevésbé neurotikusak és magányosak, jobb az ön-

becsülésük és inkább extrovertáltak), kevésbé küzdenek egészséget veszélyeztető faktorokkal (krónikus betegség, evési zavarok, alkoholizálás, dohányzás, testi tünetek), ugyanakkor kisebb mérvű összefüggést találtak az iskolai teljesítménnyel. A szerzők hangsúlyozták a továbbiakban a megküzdési módok és a stresszkezelés javításának fontosságát, a hallgatói tanácsadó szolgálat bevezetésének szükségességét.

Köztudott, hogy az orvosok milyen jelentősen veszélyeztetettek szuicidumra (Vaillant és mtsai 1972; Sonneck 1982) valamint az, hogy feszültségük csökkentésére gyakrabban szednek gyógyszert, és inkább élnek egészségkárosító módon, mint más szakmák képviselői. Arról ugyanakkor kevesebbet tudunk, melyek az előjelei a későbbi önvészélyeztető viselkedésnek az egyetemi évek alatt, és hogyan ismerhetőek fel a szimptómák orvostanhallgatók között a megfelelő időben történő intervenció érdekében.

Tyssen és munkatársai (2001) ötszáz orvostanhallgatót kérdeztek meg először hallgatóként, majd később az első munkaévükben. A vizsgálatból kiderül, hogy nemcsak azoknál fordult elő nagyobb arányban szuicid fantáziálás, akiknél korábban pszichiátriai zavarok álltak fenn (szorongás és depresszió), hanem akiknek az élettörténetében gyakoribbak a negatív életesemények, valamint azoknál, akik egyedülállóak. A legerősebb szuicid prediktorok a vulnerabilitás és a neuroticizmus voltak, amelyek leginkább felerősíthetik a szuicid fantáziálást. Az időben való felismerés és beavatkozás céljából a szerzők hangsúlyozzák a preventív és intervenciók lehetőségét nyújtó konzultációs szolgálatok kialakításának fontosságát.

Tjia és munkatársai kimutatták (2005), hogy a orvosok hajlamosak alulbecsülni a depresszív tüneteiket és szuicid fantáziáik súlyosságát, és vonakodnak szaksegítséget igénybe venni; gyakori, hogy sem konzultációra nem mennek el, sem pedig a szükséges antidepresszáns terápiát nem kezdik meg. Megfigyelték, hogy inkább az idősebb hallgatók kerestek szaksegítséget, valamint azok, akiknek a családjában már fordult elő depresszió. Ennek oka többek között a stigmatizációtól való félelem. A hallgatók segítségre szorúlnak tehát abban, hogy képesek legyenek felismerni a depressziós tüneteiket, elérjék a szakellátást, és abban is, hogy megfelelő kezelést tudjanak igénybe venni.

Wallin és Runeson megvizsgálta (2003), hogy orvostanhallgatók esetleges szuicid intenciói hogyan változnak tanulmányaik megkezdésekor és befejezésekor. A kérdőívben a halállal kapcsolatos attitűdjükről és esetleges szuicid gondolataikról, pszichoszociális körülményeikről kellett nyilatkozniuk. A vizsgálat szerint egyharmaduknak volt már szuicid gondolata korábban, és általában szkeptikusak azzal kapcsolatban, hogy a szaksegítség eredményes lehetne ezeknek a problémáknak a megoldásában.

Ugyanakkor a felsőbb években a szuicidiumról alkotott attitűdöket mérséklően befolyásolja a lelki zavarokról, azok pszichológiájáról, illetve biológiájáról szerzett tudás.

Chew-Graham és munkatársai (2003) egy vizsgálatukban magnóra rögzített, félig strukturált interjúkat, valamint nyitott kérdéseket használtak, és kimutatták, hogy az orvostanhallgatók stressz szintje – más populációkhoz képest – kifejezetten magas. Ugyanakkor a vizsgálatban résztvevők azt is elmondták, hogy a hallgatók között ma is stigmatizálónak számít, ha valakit valamilyen lelki zavarral diagnosztizálnak. Így a professzionális segítség igénybevételétől is már korán elkezdene vonakodni, hiszen az a norma alakul ki, hogy a lelki zavarral való küzdelem a lelki gyengeség jele.

Facundes és Ludermir (2005) egészségügyi felsőoktatásban résztvevő hallgatók populációján mérték fel a lelki zavarok előfordulását, összefüggéseket keresve az oktatási és tanulási folyamattal. Eredményeik szerint a hallgatók között 34%-os volt a lelki zavarok előfordulásának az aránya, legtöbben túlterheltnak érezték magukat, nagy részük pedig említett olyan gyermekkori vagy serdülőkori traumatikus helyzetet, amely a fokozott stresszhelyzetben elősegítette a későbbi lelki zavar kialakulását. Mindezen eredmények aláhúzzák a betegségmegelőző programok kialakításának jelentőségét a felsőoktatásban, s rámutatnak a hallgatók lelki egészségét védő szolgáltatások működtetésének fontosságára.

Dahlin és munkatársai (2005) medikushallgatók között a stressz mértékét, a depressziós szimptomák, és a szuicid fantáziálás alakulását vizsgálták a különböző egyetemi években. Míg az elsőéves hallgatók nagy munkaterhelésre és a visszajelzés hiányára panaszkodtak, addig a harmadéveseknél a jövő iránti aggodás volt a legkritikusabb, míg a hatodévesek a támogató környezetet, a visszajelzések hiányát tartották legnagyobb problémának. A hallgatók 12%-a mutatott depressziós tüneteket, amely magasabb, mint az általános populációban.

Zoccoliccolo és munkatársai (1986) a depresszió mértékét vizsgálták orvostanhallgatók között, és azt találták, hogy körükben az átlagnépességhez képest háromszor magasabb a depressziósok száma. A hallgatók 22 %-ánál volt magas mérvű depresszió, ami azoknál fordult elő nagyobb valószínűséggel, akiknek az élettörténetében korábban már szerepelt depressziós epizód – ezt a hajlamot az orvosegyetemi stresszterhelés tovább fokozhatja. A szerzők továbbá arra hívják fel a figyelmet, hogy amennyiben nehezen hozzáférhető a pszichológiai tanácsadás, úgy a hallgatók elálatlanok is maradnak.

Összességében tehát megállapítható, hogy a medikusok és a rezidensek stresszterhelése igen magas, s ez pszichiátriai zavarokat okozhat. Hajla-

mosító tényezőnek leginkább a pszichés vulnerabilitás és a neuroticizmus tekinthető. A kutatások szerint mindez kevésbé függ össze az iskolai teljesítménnyel, és a társas támogatás megléte nagyban ellensúlyozhatja. A felmérésekből kiderül, hogy a veszélyeztetett hallgatók még ma is vonakodnak szaksegítség igénybe venni a stigmatizációtól való félelmük miatt.

HALLGATÓI KIÉGETTSÉG

Korábban azt gondolták, a burn-out csak olyan egyénekkal fordul elő, akik munkájuk során emberek problémáival találkoznak. Immár több empirikus vizsgálat is igazolta, hogy létezik kiégés a felsőoktatásban tanuló hallgatók között is (Meier és Schmeck 1985; Balogun és mtsai 1995, 1996).

Meier és Schmeck (1985) szerint a kiégés egy olyan folyamat, amelynek egyéni és környezeti meghatározói egyaránt vannak, és olyan személyiségjellemzőkkel függ össze, mint az önbecsülés, a tanulási stílus és az önkép. Meierék koncepciója szerint az adekvát jutalmazás az egyik legfontosabb faktor, amely megvédheti az egyént a kiégéstől. Balogun és munkatársai (1995) vizsgálatukban azt találták, hogy az érzelmi kimerülés és a depersonalizáció a hallgatók között magasabb, mint az átlagpopulációban.

McManus és munkatársai (2004) tizenkét éven át tartó longitudinális vizsgálatban orvosok személyiségvonásai, kiégettsége, munkahelyhez való viszonya, karrierrel való elégedettsége és tanulási stílusa között keresték az összefüggést. Megállapították, hogy a tanulási stílusból előrejelezhető a burn-outtal, és a stresszel való megküzdésre való készség. A Big Five teszttel történő kutatások azt mutatták, hogy a magasabb neuroticizmussal, nagyobb mérvű érzelmi kimerültséggel jellemezhető egyének, akik nem voltak elégedettek az orvosi pálya választásával, korábban felszínesebb tanulási stílust mutattak. A lelkiismeretesség alacsonyabb foka szintén a nagyobb mérvű stresszel függött össze. Az extrovertáltakra jellemző volt, hogy elégedettebbek voltak a pályaválasztással és a személyes teljesítményükkel, az együttműködők pedig másokhoz képest elfogadóbbnak és támogatóbbnak élték meg munkahelyi környezetüket. Végeredményben a vizsgálat azt mutatta ki, hogy összefüggés van a hallgatók tanulási stílusa és a későbbi kiégés között, vagyis azok égne ki kevésbé, akik elmélyülő tanulási és munkastílust mutatnak, inkább extrovertáltak, kevésbé neurotikusak, nyitottabbak az új tapasztalatokra, magasabb fokúnak érzik a kollegák támogatását és együttműködőbbek.

Jiang és munkatársai (2003) a Cloninger-féle Temperamentum és Karakter Kérdőív mentén mérték fel a orvosok lelkiállapotát, összevetve az eredményeket az általános egészségi állapottal, a kimerültség fokával

és a szorongásszint becslésével. Vizsgálatuk eredményei szerint a szorongásra, kimerülésre, kiégettségre hajlamos egyénekre magasabb mérvű ártalomkerülés és kisebb fokú önirányítottság jellemző. Így az ártalomkerülés és az önirányítottság jó előrejelzői lehetnek a későbbi burn-outnak.

Jacobs (2003) vizsgálatában kimutatta, hogy a barátokkal töltött idő csökkenése érzékenyebb mutatója lehet a kiégésnek, mint a feladatterhelés, vagyis a szubjektíven észlelt feladatterhelés az, ami összefüggést mutat a kiégéssel, sokkal inkább, mint az objektív követelmények, továbbá, hogy az alacsonyabb iskolai teljesítménnyel magasabb fokú exhaustió jár együtt. Kimutatta továbbá, hogy a szabadidős tevékenységekben való aktív részvétel a személyes hatékonyság megtapasztalása révén védőfaktora lehet a kiégésnek.

További kutatások azt mutatják, hogy medikushallgatók között a kiégés és a depresszió előfordulása összefügg (Dahlin és Runeson 2007) – ezért is fontos a hallgatók számára biztosítani a megfelelő időben való szaksegítség elérhetőségét és igénybevitelét.

Összességében tehát a kiégéssel szemben *protektív tényezőnek* tűnik a társas támogatás, a vallásosság, a pozitív gondolkodás és az élet értelmének megtalálása. Azon hallgatók, akik autonómok és reális önértékeléssel rendelkeznek, inkább extrovertáltak, nyitottak, együttműködőek, lelkiismeretesek és elmélyülő tanulási stílust, valamint az önismereti munkára fogékonyságot mutatnak, szintén védettebbek a kiégéssel szemben. A közösséghez tartozás és az aktív baráti kapcsolatok is védőfaktorok.

Kiégésre *veszélyeztető tényezők* a neuroticizmus, az elmagányosodás, a negatív életesemények halmozódása, a korábbi vagy aktuálisan fennálló pszichés zavar jelenléte, a szorongás és a depresszió, az irreális önismeret, a felszínes tanulási stílus, az alacsony önirányítottság, és a magasfokú ártalomkerülés. Veszélyeztető tényező a közösségtől való izolálódás és az alacsonyabb fokú társas támogatottság.

AZ ORVOSKÉPZÉS ÉS A KIÉGÉS PREVENCIÓJA

A segítő szakmák közül az orvosképzés a legnagyobb hagyományokkal rendelkező professzió, ahol ugyanakkor szükséges a hallgatókat a kor változatos igényeinek megfelelően felkészíteni jövőbeli pályájukra. Az orvoslás nagymérvű elkötelezettséget, sajátos életmódot, hivatástudatot igényel. Problematikus lehet a túl korai elköteleződés, amikor az egyén túl korán dönt az orvosi hivatás mellett, vagy amikor a döntés kizárólag a szülői modell követése (Molnár és Molnár 2005). Jellegzetes, hogy az orvos-tanhallgatóknál a párválasztás is viszonylag korán történik: a kevesebb

szabadidejükben és a megterhelő munkájuk mellett hamarabb köteleződnének el egy tartós érzelmi kapcsolatban. Gyakran nehéz két orvos karriert egyeztetni egy családon belül, s ez fokozott szerepkonfliktusokat, kommunikációs problémákat okoz (Váriné 1981).

Az orvosokat már a kezdeti évektől szükséges lenne felkészíteni, hogyan kezeljék a stresszt, hogyan ismerjék fel valódi érzelmeiket, hogyan vehetnék igénybe a támogató rendszerek segítségét, mivel csak az gyógyíthat eredményesen, aki önmagát is karbantartja (Spickard és mtsai 2005).

Az orvosi pálya tradicionálisan a magas presztízsűek közé tartozik. A pályakép kialakulásában két veszélyeztető tényező jellemző, az egyik az orvosi szereppel való valódi azonosulás képtelensége, a másik pedig a kiégés. A háttérben gyakran a korai zárás áll, a túl korai pályaválasztás, túl korai elköteleződés az orvosi pálya iránt. Mindezt a túlonként idealizált elképzelésekben érhetjük tetten az orvostanhallgatók körében, melyek később a frusztrációk és a megfelelő társas támogatás hiánya miatt maladaptív stresszkezelési módokat eredményezhetnek, valamint egészségkárosító viselkedésmódokhoz vezethetnek. Kiderült, hogy a medikushallgatók egyharmada már fontolgatta tanulmányainak idő előtti megszakítását, melynek háttérében a saját elvárásokhoz képest a nagymérvű csalódottság, a pályára való alkalmatlanság érzése állt. Javasolt tehát olyan segítség nyújtása a hallgatók számára az egyetemi évek alatt, ahol önismeretüket elmélyíthetik, pályaképüket tudatosan kidolgozhatják, megküzdési képességeiket javíthatják (Molnár és mtsai 2003).

Különösen fontos a – főként nőket veszélyeztető – szerepegyeztetésekre és a szerepütközésekre való felkészülés, mint ahogyan egy hazai, mélyinterjúkon alapuló vizsgálat erre rámutatott (Gyórfy és Ádám 2003).

A későbbiekben sajátos orvosi helyzetekben speciális stresszel kell megküzdniük a orvosoknak, rezidenseknek, például a halállal, haldoklással való találkozásokkor, amikor meg kell birkózni a lélektani szenvedés elviselésével, meg kell tanulni az empatizálás mellett a beteggel való foglalkozás érzelmi határainak betartását, a magánélet és a professzió feladatainak összeegyeztetését (Hegedűs 2000).

Tekintve, hogy a pszichés zavarok és az addikciók jelentős mérvűek az orvosok között, lényeges, hogy a orvosok megismerkedhessenek az orvosszerep egészségügyi kockázataival, hogy időben felismerhessék a jelentkező problémákat (Túry és Lajtai 2005). A kommunikációs és stresszkezelő tréningek nagyban segítenek a későbbi tünetek megelőzésében (Evans és mtsai 1991).

PÁLYASZOCIALIZÁCIÓ, INTERVENCIÓ

A pályaszocializáció fontos összetevője a társadalom fejlődésével együtt alakuló szocializációs folyamatnak (Ritoók és Gillemontné 1994). Az egyén pályával való azonosulásának folyamata a pályaszocializáció egyik összetevője, s egyben része az egyén öndefiníciós folyamatának, amely az életút során folytonos változásban van. Az ifjúkor az identitáskeresés kritikus időszaka, ekkor történik a pályaválasztással az önkifejezés speciális területének megtalálása is. Krízisszintig fokozódhat a választás dilemmája, melyet aztán aktív tevékenységgel jellemezhető új korszak követ, ahol a sikeres pályaidentifikáció szempontjából az általános személyiségfejlés legalább olyan lényeges feltétel, mint a speciális pályaválasztási előkészítés.

A segítő szakmákra való megfelelő felkészítésben nagy szerepet tölt be a preventív pályaszocializáció, a hivatásszemélyiség kidolgozásának lehetősége, a kiegészre, valamint a pszichiátriai zavarokra való fokozott veszélyeztetettség miatt (Bagdy 1997, 1999; Tomcsányi és mtsai 1990; Fekete 1991). Az orvostanhallgatók körében az egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok ellátása is igen fontos a magas stresszterheléssel összefüggő, egészségkárosító magatartásmódok, valamint az ezekkel kapcsolatba hozható pszichés és szomatikus zavarok kivédése céljából (Pikó és Barabás 1995).

A junior Bálint-csoportok bevezetése (Luban-Plozza és Dickhaut 1998) nagyban segíti a pályán szükséges érzelmi egyensúly fenntartását. Egy norvég vizsgálatban (Kjeldmand és mtsai 2004) azt találták, hogy akik részt tudtak venni esetmegbeszélő csoportokban, jobban tudják kontrollálni a gyógyító munkával járó stresszt, illetve megfigyelték, hogy a későbbiekben kevesebb tesztfelvétel volt szükséges ahhoz, hogy jobban megértsék betegeiket, jobban kommunikáltak pácienseikkel és elégedettebbek voltak munkájukkal.

Cherniss (1980) felhívja a figyelmet, hogy szükséges már az egyetemen segíteni a reális és egészséges pályakép kialakulását, valamint azon készségek és önismereti folyamatok előmozdítását, amelyek hozzájárulnak a lelki egészség fenntartásához és fejlesztéséhez. Másrészt fontos biztosítani a szűrés lehetőségét, hogy a pszichés zavarokra veszélyeztetett hallgatók megfelelő időben részesülhessenek intervencióban és korrekcióban (Jacobs 2003; Zoccoliccolo és mtsai 1986; Tjia és mtsai 2005; Hojat és mtsai 2002; Tyssen és mtsai 2001; Dahlin és mtsai 2005).

Megelőzésre nagyon szép hazai példa a Semmelweis Egyetemen működő Humánia Pályaszocializációs Műhely (Major és mtsai 2006), ahol szervezett formában folyik a hivatásra felkészítés éveken át együttműkö-

dő tréningcsoportok formájában. A Humánia Pályaszocializációs Műhely célkitűzése, hogy a orvosok olyan készségeket és módszereket sajátítsanak el, melyek a későbbiekben elősegítik a nehéz érzelmi helyzetek feldolgozását, mely preventív faktor lehet a későbbi kiégés megelőzésében.

A Debreceni Egyetemen megalakult az „Ariadné fonala” Pszichológiai Konzultációs Szolgálat, amely szintén lehetőséget ad a krízisben levő veszélyeztetett hallgatók pszichológiai támogatására (Hazag és Molnár 2001). A szervezet ma a Mentálhigiénés Programiroda keretein belül érhető el.

Irodalom

- Arnetz, B. B. (2001): Psychosocial challenges facing physicians of today. *Social Science and Medicine*, 52: 203–213.
- Bagdy E. (1999): Altruizmus, segítő identitás. In Kállai J., Gál B. (szerk.): *Az első találkozás jelenségvilága a segítő kapcsolatban*. Janus/Osiris, Budapest.
- Bagdy E. (szerk.) (1997): *A pedagógus hivatásszemélyisége (Egy pályaszocializációs kísérlet tanulságai)*. KLTE Pszichológia Intézete, Debrecen.
- Balogun, J. A., Helgemoe, S., Pellegrini, E., Hoerberlein, T. (1995): Test-retest reliability of a psychometric instrument designed measure physical therapy student's burnout. *Perceptual and Motor Skills*, 81 (2): 667–672.
- Balogun, J. A., Helgemoe, S., Pellegrini, E., Hoberlein, T. (1996): Academic performance is not a viable determinant of physical therapy students burnout. *Perceptual and Motor Skills*, 83: 21–22.
- Brill, P. L. (1984): The need for an operational definition of burnout. *Family and Community Health*, 6 (4): 12–24.
- Cherniss, C. (1980): *Professional burnout in the human service organizations*. Praeger, New York.
- Chew-Graham, C. A., Rogers, A., Yassin, A.: (2003): I would not want it on my CV or their records': medical students' experiences of help-seeking for mental health problems. *Medical Education*, 37: 873–880.
- Dahlin, M. E., Runeson, B. (2007): Burnout and psychiatric morbidity among medical students entering clinical training: a three year prospective questionnaire and interview-based study. *Medical Education*, 7: 6.
- Dahlin, M., Joneborg, N., Runeson, B.: (2005): Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39: 594–606.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huntington J. L., Lawson K. L., Novotnx, P. J., Sloan J. A., Shanafelt, T. D. (2006): Personal life events and medical school burnout: a multicenter study. *Acad. Med.*, 81 (4): 374–384.
- Edelwich, J., Brodsky, A. (1980): *Burn-out: stages of disillusionment in the helping professions*. Human Sciences Press, New York.
- Evans, B. J., Ro, S., Mestrevic, R, Rose, L. (1991): Effects of communication skills training on students diagnostic efficiency. *Med. Educ.* 25: 517–526.
- Facundes, V. L. D., Ludermir, A. B. (2005): Common mental disorders among health care students. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 27 (3): 194–200.

- Fekete S. (1991): Segítő foglalkozásúak kockázatai. Helfer szindróma és a burn-out jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 6 (1): 17–29.
- Firth-Cozens, J. (1987): Emotional distress in junior house officers. *British Medical Journal*, 295: 533–536.
- Firth-Cozens, J. (2001): Medical student stress. *Medical Education*, 35: 6–7.
- Firth-Cozens, J., Field, D. (1991): Fear of death and strategies for coping with patients death among medical trainees. *Medical Psychology*, 64: 263–271.
- Freudenberger, H. J. (1974): Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30 (1): 159–165.
- Glass, D. C., McKnight, J. D. (1993): Depression, burnout and perceptions of control in hospital nurses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 147–155.
- Grassi, L. (2000): Psychiatric Morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychoter. Psychosom.* 69: 329–334.
- Gyórfy Zs., Ádám Sz. (2003): Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 13 (2): 159–164.
- Hazag A., Molnár P. (2001): Az „Ariadné fonala” Pszichológiai Konzultációs Szolgálat bemutatása. Egyetemi és Főiskolai hallgatók pszichés egészségvédelme. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 3–4: 82–83.
- Hegedűs K. (2000): A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiegészítés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *LAM*, 10 (5): 448–452
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., Vogel, W. H. (2002): Medical students' cognitive appraisal of stressful life events as related to personality, physical well-being, and academic performance: a longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 35: 219–235.
- Hsu, K., Marshall, V. (1987): Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am. J. Psychiatry*, 144: 151–156.
- Jacobs, S., R. (2003): Student burnout as a function of personality, social support, and workload. *Journal of College Student Development*, 44 (3): 291–303.
- Jason, L. A., Wagner, L., Taylor, R. (1995): Chronic fatigue syndrome: A new challenge of health care professionals. *Journal of Community Psychology*, 23, 143–164.
- Jiang, N., Sato, T., Hara, T., Takedomi, Y., Ozaki, I., Yamada, S. (2003): Correlations between trait-anxiety, personality and fatigue: a study based on the Temperament and Character Inventory. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (6): 493–500.
- Katona, C., Robertson, M. (1997): *Rövid pszichiátria*. Springer, Budapest.
- Kjeldmand, D., Holmstrom I., Rosenquist, U. (2004): Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient Educ. Couns.*, 55 (2): 230–235.
- Linzer, M., Visser M. R. M., Oort, F. J., Smets, E. M. A., Murray, J. E. M., Haes, H. C. J. M. (2001): Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *The American Journal of Medicine*, 111 (2): 170–175.
- Luban-Plozza, B., Dickhaut, H. H. (1998): *A Bálint-csoportok elméleti és gyakorlati kérdései*. Animula, Budapest.
- Major J., Rész K., Hulesch B., Túry F. (2006): A kiegészítés jelensége az orvosi hivatásban, *LAM*, 16 (4): 367–373.
- Maslach, C., Jackson, S. E. (1981): *The cost of caring*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Maslach, C., Leiter, P. M. (1997): *The truth about burn-out*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P. (1996): *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd ed.) Consulting Psychologist Press, Palo Alto, C.A.
- Maslach, C., Schaufeli, B., Leiter, P. M. (2001): Job burnout, *Ann. Rev. Psychology*. 52: 397–422.

- McCarthy, M. E., Pretty, G. M. F., Catano V. (1990): Psychological sense of community and student burnout. *Journal of College Student Development*, 31 (2): 211–216.
- McManus, I. C., Keeling, A., Paice, E.: (2004): Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve year longitudinal study of UK medical graduates. *Medical Education*, 37: 873–880.
- Meier, S. T., Schmeck, R. R. (1985): The burned-out college student: a descriptive profile. *Journal of College Student Personnel*, 25: 63–69.
- Molnár P., Csabai M., Csörsz I. (2003): Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány. *Magyar Tudomány*, 11: 1391–1401.
- Molnár R., Molnár P: (2005): Az orvosszerepről – a pályaszocializáció tükrében, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6 (2): 123–140.
- Moos, R. H., Van Dort, B. (1977): Physical and Emotional Symptoms and Campus Health Center Utilization. *Social Psychiatry*, 12: 107–115.
- Newby-Fraser, E., Schlebusch, L. (1997): Social support, self-efficacy and assertiveness as mediators of student stress. *Psychology: Journal of Human Behavior*, 34: 61–69.
- Nowack, K. M., Hanson, A. L. (1983): The relationship between stress, job performance, and burnout in college student resident assistants, *Journal of College Student Personnel*. 26: 137–142.
- Pikó B., Barabás K. (1995): A szegedi orvostanhallgatói populáció egészség- és rizikómagatartásának cluster-analízise. *Végeken*, 6 (4): 27–30.
- Richings, J. C., Khara, G. S., McDowell, M. (1986): Suicide in young Doctors. *British Journal of Psychiatry*, 149: 475–478.
- Ritoók P., Gillemontné, T. M. (1994): *Pályalélektan*. Nemzeti Tankönyvkiadó, 1994.
- Rose, D., K., Rosow, I. (1973): Physicians who kill themselves. *Arch. Gen. Psychiatry*. 29.
- Schanafelt, T. D., Sloan, A. J., Habermann, T. A. (2003): The well-being of physicians. *Am. J. Med.*, 114: 513–519.
- Schaufeli, W., Einzmann, D. (1998): *The burnout companion to study and practice: a critical analysis*. Taylor and Francis, London
- Schaufeli, W., Martinez, I., Pinto, A., Salanova, M., Bakker, M. (2002): Burnout and engagement in university students. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33 (5): 461–481.
- Schmidbauer, W. (1977): *Die Hilfflosen Helfer*. Rohwolt, Reinbeck.
- Simon, W. (1986): Suicide among Physicians: Prevention and Postvention, *Crisis*, 7 (1) 1–13
C. J. Hogrefe Inc.
- Sonneck, G. (1982): Orvosok öngyilkossága és kiégettsége. *Szenvedélybetegségek*, 2 (1): 28–31.
- Spickard, A., Steven, G., Cristensen, J. C. (2002): Mid-Career Burnout in Generalist and Specialist Physicians, *JAMA*, 288 (12): 1447–1450.
- Tjia, J., Givens, J. L., Shea, J. A. (2005): Factors associated with undertreatment of medical student depression. *Journal of American College Health*, 53: 5.
- Tomcsányi T., Fodor L., Kónya O. (1990): Altruizmus, segítő szindróma, érett segítői identitás. *Psychiatria Hungarica*, 5 (3): 213–222.
- Túry F., Lajtai L. (2005): Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái. In Kopp, M., Berghammer, R. (szerk.): *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest, 240–248.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Gronvold, N. T., Ekeberg, O. (2000): The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med. Educ.*, 34: 374–84.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Gronvold, N. T., Ekeberg, O. (2001): Suicidal ideation among med-

- ical students and young physicians : a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J. Affect. Disord.* 64: 69–79.
- Vailant, G. E., Sobowale, N. C., McArthur, C. (1972): Some psychological vulnerabilities of physicians. *New England Journal of Medicine*, 287: 372–375.
- Váriné Sz. I. (1981): *Fiatal értelmiségiek a pályán*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Wallin, U., Runeson, B.: (2003): Attitudes towards suicide and suicidal patients among medical students. *European Psychiatry*, 18: 329–333.
- Weiner, E. L., Swain, G. R., Wolf, B., Gottlieb, M. (2001): A qualitative study of physicians own wellness-promotion practices. *West. J. Med.*, 174: 19–23.
- Zoccoliccolo, M., Murphy, G. E., Wetzel, R. D. (1986): Depression among medical students. *Journal of Affective Disorders*, (11) 91–96.

HAZAG, ANIKÓ – MAJOR, JÁNOS

THE PHENOMENON OF BURN-OUT AMONG STUDENTS, PROTECTION OF MENTAL HEALTH OF MEDICAL STUDENTS

In our present survey we attempt to review the phenomena of burn-out and draw the attention to the significance of burn-out among students. We show the vulnerability of young adults at the beginning of their careers, residents and medical students. We make a distinction between the characteristics of burn-out and psychiatric illnesses that have similar symptoms. Finally we summarize personality factors predisposing an individual to burn-out, proposing that burn-out can be prevented by identifying these factors and by designing vocational socialization programs, thus enhancing the more effective health-promotion among young adults.

Keywords: burnout among residents, medical students' burn-out, psychiatric symptoms, prevention programs