

Gyakori a magas fokú kiégés a házi orvosok és házi orvosi rezidensek körében

ÁDÁM SZILVIA¹ ■ TORZSA PÉTER DR.²
 GYÖRFFY ZSUZSA¹ ■ VÖRÖS KRISZTIÁN DR.² ■ KALABAY LÁSZLÓ DR.²

¹Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Tanszék, Budapest

A családorvosok szerepe a betegellátásban központi jelentőségű. A nagyszámú orvos-beteg találkozás, a fizikai és érzelmi megterhelés munkahelyi stresszhez és kiégéshez vezethet. Tudomásunk szerint eddig nem folyt olyan vizsgálat Magyarországon, amely a családorvosok kiégéssel kapcsolatos mutatóit térképezte volna fel. *Célkitűzés:* A kiégés prevalenciájának feltárása magyarországi családorvosok és házi orvosi rezidensek körében. *Módszerek:* Feltáró/leíró jellegű keresztmetszeti vizsgálat önkitöltős kérdőívvel 453 házi orvos és 43 házi orvosi rezidens részvételével. A kiégés mérésére a Maslach Burnout Inventory-t (MBI-GS) használtuk. A kiégés szintjének megállapításához az emocionális kimerülés, a cinizmus/deperszonalizáció és a teljesítménycsökkenés átlagát (SD) számoltuk ki férfiak és nők, valamint orvosok és rezidensek között. A kiégés szintjének, illetve fokának (alacsony, közepes, illetve magas fokú kiégés) nemek és foglalkozási csoportok (orvos vs. rezidens) közötti összehasonlítását a kiégés összes dimenziójában független mintás *t*-tesztel, illetve χ^2 -tesztel végeztük. A kiégés szociodemográfiai stresszorait lineáris regressziós analízissel vizsgáltuk. *Eredmények:* A rezidensek szignifikánsan kisebb szintű cinizmusról/deperszonalizációról [*t* (df): 2,8 (476); *p* < 0,01]] és teljesítménycsökkenésről [*t* (df): 2,0 (485); *p* < 0,05] számoltak be, mint a családorvosok. A kiégés szintjében szignifikáns nemi különbséget nem találtunk. Szignifikánsan több házi orvos számolt be magas [χ^2 (df) = 5,9 (1); *p* < 0,05] és közepes [χ^2 (df) = 4,6 (1); *p* < 0,05] fokú deperszonalizációról, mint rezidens. Az orvosok közel harmada számolt be magas fokú emocionális kimerülésről, közel 60%-uk magas fokú deperszonalizációról, és közel 100%-uk magas fokú teljesítménycsökkenésről. A foglalkozás jellege, vagyis a rezidencia bizonyult a deperszonalizáció legerősebb negatív prediktorának ($\beta = -0,09$, 95%-os CI $-0,22 - -0,002$). *Következtetések:* A magyar családorvosok körében a kiégés prevalenciája kiemelkedően magas, a magas fokú teljesítménycsökkenés pedig majdnem minden házi orvost érint. A rezidensi munka szignifikáns védő kapcsolatot mutatott a deperszonalizációval. Eredményeink új adatokat szolgáltatnak a kiégés magyarországi és nemzetközi kutatásához.

Kulcsszavak: kiégés, házi orvosok, rezidensek, stressz, prediktorok

Frequent occurrence of level burnout among general practitioners and residents

General practitioners (GPs) play a central role in patient care and are exposed to high levels of work strain and consequent burnout due to the large number of stressful patient-doctor relationships. Despite the high likelihood of burnout among GPs, limited information is available about this topic. *Aims:* To explore the prevalence of burnout among GPs and residents in Hungary. *Methods:* Exploratory/descriptive, cross-sectional study with self-administered questionnaires among 453 GPs and 43 residents. To assess burnout, the Maslach Burnout Inventory (MBI-GS) was used. To evaluate the level of burnout, mean (\pm SD) scores on the emotional exhaustion, cynicism/depersonalization, and personal accomplishment dimensions of the MBI were determined among male and female GPs and residents. Differences in the level or degree of burnout (high, intermediate and low) in all three burnout dimensions between male and female GPs and residents were examined by independent samples *t*-test and χ^2 -tests. Socio-demographic antecedents to burnout were assessed by linear regression analyses. *Results:* Residents reported significantly lower cynicism/depersonalization [*t* (df): 2.8 (476); *p* < 0.01] and personal accomplishment [*t* (df): 2.0 (485); *p* < 0.05] compared to GPs. No gender differences were identified in the level of burnout. Significantly more GPs than residents reported high [χ^2 (df) = 5.9 (1); *p* < 0.05] or intermediate [χ^2 (df) = 4.6 (1); *p* < 0.05] degree of depersonalization. Emotional exhaustion, depersonalization, and low personal accomplishment were reported by around 30%, 60%, and 100% of the physicians, respectively. Being a resident emerged as the strongest negative predictor of depersonalization ($\beta = -0.09$, 95% CI $-0.22 - -0.002$). *Conclusions:* The prevalence of burnout is high among GPs, and almost all GPs report low degree of personal accomplishment. Residency emerged as a significant protective correlate of depersonalization. These findings provide further data for cross-cultural burnout research.

Keywords: burnout, general practitioners, residents, strain, predictors

(Beérkezett: 2008. november 28.; elfogadva: 2009. január 5.)

A stressz mindennapos jelenség az orvosi hivatásban. A krónikus lelki-fizikai stressz és a velük való megküzdés hiánya számos pszichés és szomatikus megbetegedéshez, köztük kiégéshez vezethet [1]. 1974-ben *Freudenberg* használta először a kiégés szakkifejezést a pszichiátriai dolgozók körében megfigyelt érzelmi kimerülésre [2]. 1982-ben *Maslach* tovább finomította a kiégés fogalmát, így a kiégés definíciójában a mentális, affektív és fizikai tényezők egyaránt helyet kaptak [3]. *Maslach és munkatársai* a kiégés jelenségét a következőképpen fogalmazzák meg: „Akkor beszélhetünk kiégésről, amikor úgy érezzük, hogy egy számunkra fontos, értelmes, kihívásokkal teli munka unalmassá, egyhangúvá, egyre terhesebbé válik. Energiáink kimerülnek, cinikusak leszünk, és kevésbé hatékonyak” [4].

Maslach a kiégés definícióját kiterjesztette mindazon foglalkozási ágakra, amelyekre jellemző az intenzív, emberekre irányuló munkavégzés. Felhívta a figyelmet ugyanakkor arra is, hogy a kiégés egy lassan kialakuló folyamat végeredménye, amelyben a stresszel teli munkavégzés és a rossz munkakörülmények kulcsszerepet játszanak. *Maslach és Jackson* elmélete szerint a kiégés tünetegyüttese három fő dimenzióból áll: az emocionális kimerülésből, a deperszonalizációból és a teljesítménycsökkenésből [5]. A kutatók szerint az emocionális kimerülés jelentkezik először, amelynek során egyre fáradtabbá válunk, olyanokká, akik egyre kevesebb energiát tudnak és akarnak munkájukba befektetni. Ezt az állapotot követi a deperszonalizáció dimenziója, amelynek során egyre kevésbé tudunk és akarunk kapcsolatot teremteni betegeinkkel és kollégáinkkal. Mindez átvezet a következő fázishoz, ahol teljesítményünk szinte minden dimenziójában romlik.

A magyar egészségügy rossz helyzete (például a munkaerőhiány, az erőforrások hiánya, a munkahelyi környezet egyre romló állapota), valamint az orvosokra háruló követelmények növekedése magas fokú stresszt okozhat, ami a kiégési szindróma kialakulásához vezethet. A kiégés kialakulása orvosok körében fontos társadalom- orvostani és közegészségügyi jelentőséggel bír, mivel a kiégés egyrészt pszichoszomatikus tünetek megjelenéséhez, alvászavarhoz, krónikus fáradtságérzéshez, kóros mértékű koffein-, nikotin-, alkohol- és gyógyszerfüggőséghez, szorongáshoz, depresszióhoz, másrészt pedig teljesítménycsökkenéshez, szakmai és önértékelési problémákhoz, valamint munkahelyi hiányzáshoz vezethet, ami negatívan befolyásolhatja az orvosok egészségi állapotát és a betegellátás színvonalát [6, 7].

A családorvosok központi szerepet játszanak a betegellátásban, „kapuőr szerepükből kifolyólag” elsősorban ők felelősek a betegek széles körű egészségügy gondozásáért, és ha szükséges, a legtöbbször ők irányítják a betegeket szakorvoshoz. A családorvosok a szakorvosokhoz képest nagyobb hangsúlyt fektetnek a mélyebb és hosszabb ideig tartó orvos-beteg kapcsolat kialakítására. Ennek következtében gyakrabban szembesülnek érzelmileg és fizikailag megerőltető és kimerítő helyzetekkel, amelyek kiégéshez vezethetnek [8, 9]. Annak ellenére,

hogy a kiégés prevalenciája a családorvosok körében magas lehet, erről nem áll rendelkezésünkre megfelelő mennyiségű adat. A kiégés irodalmának többsége nyugat-európai eredményeken alapul, és kevés információnk van a kiégés prevalenciájáról más kultúrákban. Ezért e hipotézisgeneráló kutatásunk célja a kiégés prevalenciájának feltárása volt magyarországi családorvosok és családorvosi rezidensek körében.

Minta és módszerek

A feltáró/leíró jellegű keresztmetszeti vizsgálatához kérdőíves felmérést alkalmaztunk. Az önkitöltős kérdőívet az oktató családorvosok konferenciáján és a házi-orvosi kötelező, szinten tartó tanfolyamon osztottuk ki a részt vevő családorvosoknak 2007-ben. Felkérésünkre 453 orvos (260 nő és 193 férfi) és 43 rezidens (33 nő és 10 férfi) válaszolt (68%-os válaszarány). A résztvevőket írásban biztosítottuk az adatok bizalmas kezeléséről.

A kiégés mérésére a Maslach Burnout Inventory-t (MBI-GS) használtuk. Az MBI-GS a kiégést három dimenzióban méri: emocionális kimerülés, cinizmus (deperszonalizáció) és teljesítménycsökkenés skálák. A résztvevők egy 7 fokozatú Likert-skálán (0 = soha, 6 = minden nap) jelzik, hogy egyes, munkájukkal kapcsolatos érzéseiket milyen gyakran észlelik. A kérdésekre adott válaszok alapján a kiégés mindegyik dimenziójára egy érték jellemző. Az értékeket három csoportba (alacsony, közepes, magas) soroltuk, megfelelő ponthatárok alkalmazásával [5]. A csoportosítás alapjául egy normatív minta értékei szolgáltak. A magas fokú kiégést a következő értékek jelzik: emocionális kimerülés $\geq 3,2$ pont, deperszonalizáció $\geq 2,2$ pont és teljesítménycsökkenés ≤ 4 pont. A válaszadók 2%-a ($N = 12$) hiányosan töltötte ki a kérdőívet. Ezeket a kérdőívet nem használtuk fel az elemzéshez.

Az 1. táblázat az orvosok demográfiai profilját mutatja be. A medián életkor 54 év volt (26 évestől 80 évesig), és a teljes minta közel 68%-a 50 év feletti orvosból állt. A nők között több volt a 40 év alatti, mint a férfiaknál. Az orvosok 78%-a házastársi/élettársi kapcsolatban él (a nők 74%-a, a férfiak 84%-a). A minta 84%-ának volt gyermeke (a nők 81%-ának, a férfiak 89%-ának). A minta 55%-ának két gyermeke volt.

Statisztikai elemzés

Leíró statisztikai elemzést használtunk (átlag, szórás SD, gyakoriság) a kiégés mértékének számításához az MBI mindhárom alskáláján a teljes mintában, valamint külön a férfiak és a nők körében. A kiégés mértékének férfiak és nők, valamint orvosok és rezidensek közötti összehasonlítását független mintás t -tesztel végeztük. A kiégés fokában (alacsony, közepes, illetve magas fokú kiégés) való, nemek közötti különbség vizsgálatához a kiégés összes dimenziójában χ^2 -tesztet alkalmaztunk. A kiégés szociodemográfiai stresszorait lineáris regressz-

1. táblázat | A minta szociodemográfiai jellemzői

Változó	Teljes minta ^a N (%)	Orvosnők ^a N (%)	Férfi orvosok ^a N (%)
Teljes minta	496 (100)	293 (59,1)	203 (40,9)
Korcsoport (év)			
<30	24 (4,8)	19 (6,5)	5 (2,5)
30–39	47 (9,5)	34 (11,6)	13 (6,4)
40–49	88 (17,7)	48 (16,4)	40 (19,7)
50–59	198 (39,9)	131 (44,7)	67 (33,0)
≥60	139 (28,0)	61 (20,8)	78 (38,4)
Családi állapot			
Házastársi/ élettársi kapcsolatban él	387 (78,2)	216 (74,0)	171 (84,2)
Egyedül él	108 (21,8)	76 (26,0)	32 (15,8)
Gyermekek			
Nincs	77 (15,5)	55 (18,8)	22 (10,8)
Van	419 (84,5)	238 (81,2)	181 (89,2)
1	75 (17,9)	51 (21,4)	24 (13,3)
2	231 (55,1)	127 (53,4)	104 (57,5)
≥3	113 (27,0)	60 (25,2)	53 (29,2)

^a A családorvosok és rezidensek

szios analízissel vizsgáltuk. A függő változó (emocionális kimerülés, cinizmus/deperszonalizáció, teljesítménycsökkenés) és a magyarázó változók (életkor, nem, gyermekszám, családi állapot és foglalkozás jellege) közötti kapcsolat irányát és erősségét a regressziós koefficiens (standardizált β), a 95%-os konfidenciaintervallumok (95%-os CI) és t -teszt statisztika kiszámolásával mértük. Annak meghatározására, hogy a magyarázó változók milyen mértékben felelősek a függő változó varianciájáért, korrigált R^2 -et számítottunk. Az adatfeldolgozást az SPSS 13.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Egyesült Államok) program felhasználásával végeztük, és a 95%-os szignifikanciaszintet ($p < 0,05$) fogadtuk el az értékelhetőség minimumának.

Eredmények

Szignifikánsan alacsonyabb szintű kiégés (cinizmus/deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés) a rezidensek körében az orvosokhoz viszonyítva

A kiégés szintjének megállapításához az emocionális kimerülés, a cinizmus/deperszonalizáció és a teljesítménycsökkenés átlagát (SD) számoltuk ki férfiak és nők, valamint orvosok és rezidensek között. Az emocionális kimerülés átlaga 2,7 (1,3), 2,5 (1,5) és 2,7 (1,4) volt férfi orvosok és orvosnők között, valamint a teljes mintában. A cinizmus/deperszonalizáció átlaga 2,3 (0,9) volt

orvosnők körében, 2,4 (1,0) férfi orvosok körében és 2,4 (1,0) a teljes mintában. A teljesítménycsökkenés átlaga 2,3 (1,4) volt orvosnők, 2,4 (1,0) férfi orvosok körében, valamint 2,3 (1,3) a teljes mintában. Az emocionális kimerülés átlaga 2,2 (0,9), 2,6 (1,1) és 2,5 (1,1) volt férfi rezidensek és rezidensnők között, valamint a teljes mintában. A cinizmus/deperszonalizáció átlaga 2,0 (0,8) volt rezidensnők, 1,8 (0,5) férfi rezidensek körében és 2,0 (0,8) a teljes mintában. A teljesítménycsökkenés átlaga 2,2 (0,7) volt rezidensnők, 1,8 (0,7) férfi rezidensek között, valamint 2,1 (0,7) a teljes mintában. A független mintás t -teszt szignifikánsan alacsonyabb szintű cinizmust/deperszonalizációt [t (df): 2,8 (476); $p < 0,01$] és teljesítménycsökkenést [t (df): 2,0 (485); $p < 0,05$] mutatott rezidensek körében az orvosokhoz viszonyítva (2. táblázat). A férfiak és nők között nem találtunk szignifikáns különbséget egyik kiegészi dimenzióban sem.

Gyakori magas fokú kiégés a házi orvosok és a rezidensek körében:

szignifikánsan magasabb deperszonalizáció házi orvosok körében a rezidensekhez viszonyítva

A kiégés prevalenciájának intenzitás (közepes és magas fokú) szerinti bontását a kiégés három dimenziójában a 3., 4. és 5. táblázat mutatja. A kiégés gyakorisága hasonló volt az orvosnők és a férfi orvosok esetében. Az orvosok közel harmada számolt be magas fokú emocionális ki-

2. táblázat | A kiégés szintjének összehasonlítása házi orvosok és rezidensek között

	Házi orvosok	Rezidensek	Különbözőségi vizsgálat (df)
Kiégés szintje			
Emocionális kimerülés (átlag±SD)	2,7±1,4	2,5±1,1	NSz ^a
Cinizmus/deperszonalizáció (átlag±SD)	2,4±1,0	2,0±0,8	t (df) = 2,8 (476)**
Teljesítménycsökkenés (átlag±SD)	2,3±1,3	2,1±0,7	t (df) = 2,0 (485)*

^a NSz: Nem szignifikáns

* p < 0,05

** p < 0,01

3. táblázat | A kiégés prevalenciája női és férfi házi orvosok között

	Orvosnők	Férfi orvosok	Különbözőségi vizsgálat (df)
Magas fokú kiégés			
Emocionális kimerülés N (%)	91 (35,7)	65 (33,7)	NSz ^a
Cinizmus/deperszonalizáció N (%)	145 (59,4)	120 (62,8)	NSz ^a
Teljesítménycsökkenés N (%)	245 (97,2)	181 (94,3)	NSz ^a
Közepes fokú kiégés			
Emocionális kimerülés N (%)	56 (22,0)	55 (28,5)	NSz ^a
Cinizmus/deperszonalizáció N (%)	82 (33,6)	60 (31,4)	NSz ^a
Teljesítménycsökkenés N (%)	5 (2,0)	7 (3,6)	NSz ^a

^a NSz: Nem szignifikáns

4. táblázat | A kiégés prevalenciája női és férfi rezidensek között

	Rezidensnők	Férfi rezidensek	Különbözőségi vizsgálat (df)
Magas fokú kiégés			
Emocionális kimerülés N (%)	9 (27,3)	2 (20,0)	NSz ^a
Cinizmus/deperszonalizáció N (%)	14 (42,4)	4 (40,0)	NSz ^a
Teljesítménycsökkenés N (%)	32 (97,0)	10 (100,0)	NSz ^a
Közepes fokú kiégés			
Emocionális kimerülés N (%)	11 (33,3)	30 (30,0)	NSz ^a
Cinizmus/deperszonalizáció N (%)	16 (48,5)	5 (50,0)	NSz ^a
Teljesítménycsökkenés N (%)	1 (3,0)	–	NSz ^a

^a NSz: Nem szignifikáns

5. táblázat | A kiégés prevalenciája orvosok és rezidensek között

	Házi orvosok	Rezidensek	Különbözőségi vizsgálat (df)
Magas fokú kiégés			
Emocionális kimerülés N (%)	156 (34,8)	11 (25,6)	NSz ^a
Cinizmus/deperszonalizáció N (%)	265 (60,9)	18 (41,9)	χ ² (df) = 5,9 (1)*
Teljesítménycsökkenés N (%)	426 (95,9)	42 (97,7)	NSz ^a
Közepes fokú kiégés			
Emocionális kimerülés N (%)	111 (24,8)	14 (32,6)	NSz ^a
Cinizmus/deperszonalizáció N (%)	142 (32,6)	21 (48,8)	χ ² (df) = 4,6 (1)*
Teljesítménycsökkenés N (%)	12 (2,7)	1 (2,3)	NSz ^a

^a NSz: Nem szignifikáns

* p < 0,05

6. táblázat | A kiégés stresszorai házi orvosok és rezidensek körében

Függő változó	Magyarázó változó	Standardizált β	95%-os konfidenciaintervallum	t	Korrigált R^2
Deperszonalizáció	Munka jellege (házi orvos vs. rezidens)	-0,09	-0,2 – -0,002	-2,00*	0,01

* $p < 0,05$

7. táblázat | A magas fokú kiégés prevalenciájának nemzetközi összehasonlítása házi orvosok körében

	Magas fokú emocionális kimerülés (%)	Magas fokú deperszonalizáció (%)	Magas fokú teljesítménycsökkenés (%)
Magyar házi orvosok (2008) $N = 496$	34	59	96
Olasz családorvosok (2000) [11] $N = 182$	32	27	13
Svájci családorvosok (2005) [13] $N = 1784$	19	22	16
Spanyol családorvosok (2003) [14] $N = 244$	43	35	38
Kanadai családorvosok (2008) [15] $N = 123$	48	46	17

merülésről, közel 60%-uk magas fokú deperszonalizációról és közel 100%-uk magas fokú teljesítménycsökkenésről. A közepes fokú kiégés prevalenciája ugyancsak hasonló volt orvosnők és férfi orvosok körében. Az emocionális kimerülés és deperszonalizáció prevalenciája közel 30%-os volt, míg a közepes fokú teljesítménycsökkenés prevalenciája mindössze néhány százalék volt (3. táblázat). Szignifikáns nemi különbséget a kiégés prevalenciájában nem tudtunk kimutatni. Az orvosokra a teljesítménycsökkenés jellemző a leginkább, amelyet a deperszonalizáció, majd pedig az emocionális kimerülés prevalenciája követ.

A rezidenseknél kapott értékek hasonló tendenciát mutatnak. Szignifikáns nemi különbséget a kiégés prevalenciájában nem tudtunk kimutatni. Magas fokú emocionális kimerülésről a rezidensek 20-30%-a számolt be, míg magas fokú deperszonalizációról közel 40%-uk. A magas fokú teljesítménycsökkenés prevalenciája az orvosokéhoz hasonlóan majdnem 100%-os volt. Közepes fokú emocionális kimerülés a rezidensek 30%-ára volt jellemző. A közepes fokú deperszonalizáció prevalenciája közel 50%-os volt rezidensek körében (4. táblázat). Az orvosokhoz hasonlóan a rezidensekre is a teljesítménycsökkenés jellemző a leginkább, amelyet a deperszonalizáció és az emocionális kimerülés követ.

Szignifikánsan több házi orvos számolt be magas és közepes fokú deperszonalizációról, mint rezidens [χ^2 (df) = 5,9 (1); $p < 0,05$ a magas fokú, illetve χ^2 (df) = 4,6 (1); $p < 0,05$ a közepes fokú deperszonalizációra] (5. táblázat).

A kiégés szociodemográfiai stresszorai: rezidenslét mint védőtényező

A kiégés stresszorainak vizsgálatához stepwise lineáris regressziós analízist végeztünk. Az emocionális kime-

rülést, a deperszonalizációt és a teljesítménycsökkenést egy modellt vizsgálta. A modellek minden egyes lépésnél szignifikánsak voltak, amelyet F-statisztikával ellenőriztünk. A magyarázó tényezők közül [életkor, nem, gyermekszám, családi állapot és foglalkozás jellege (házi orvos vagy rezidens)], a foglalkozás jellege ($\beta = -0,09$, 95%-os CI $-0,22 - -0,002$), vagyis a rezidencia volt a deperszonalizáció legerősebb előrejelzője. Az emocionális kimerülés és a teljesítménycsökkenés nem mutatott szignifikáns korrelációt egyik vizsgált szociodemográfiai tényezővel sem. A foglalkozás jellege a deperszonalizáció varianciájának 1%-át magyarázta (6. táblázat).

Megbeszélés

Az általunk vizsgált mintában a kiégés prevalenciája magas volt. A családorvosok és a rezidensek körében a magas fokú emocionális kimerülés prevalenciája mintegy 30%-os, a magas fokú deperszonalizáció prevalenciája 40-60%-os és a magas fokú teljesítménycsökkenés prevalenciája közel 100%-os volt. Hasonló eredményeket kaptunk férfiak és nők, valamint házi orvosok és rezidensek körében. A családorvosok szignifikánsan magasabb deperszonalizációtól szenvedtek, mint a rezidensek. Ezen eredményeink elsőként számolnak be a magyar családorvosok körében fennálló magas pszichés morbiditásról.

Egyre több adat áll rendelkezésre a kiégés magas prevalenciájáról orvosok körében [7, 10, 11, 12]. Eredményeinket más országok házi orvosai körében végzett kutatásokkal összehasonlítva megállapíthatjuk, hogy a magas emocionális kimerüléstől szenvedő magyar orvosok száma hasonló az olasz házi orvosokéhoz, magasabb, mint a svájci orvosoké, de alacsonyabb, mint a spanyol vagy a kanadai házi orvosoké. A kiégés két másik dimenziójának (deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés)

tekintetében a magyar háziorvosok vezető helyen vannak [11, 13, 14, 15]. Különösen figyelemreméltó a magyar orvosok körében megfigyelt teljesítménycsökkenés kimagaslóan magas prevalenciája (7. táblázat). Jelen eredményeink összhangban vannak a magyar orvosok körében végzett korábbi vizsgálatunk eredményeivel, amelyek szintén a teljesítménycsökkenés magas prevalenciáját mutatták [16]. Bár a teljesítménycsökkenés kevésbé szoros kapcsolatban áll az emocionális kimerüléssel és a deperszonalizációval – amelyeket a kiégés két legfontosabb dimenziójának tartanak –, a kimerüléssel egyidejűleg és attól függetlenül is kialakulhat [17]. Ezt olyan környezetben figyelték meg, amelyre a magas szintű szerepkonfliktus és túlterheltség jellemző. Ezen utóbbi tényezők egyrészt növelik a kimerülés szintjét, másrészt rontják az egyén döntéshozó képességét, ami teljesítménycsökkenéshez vezet [5]. Ezek, valamint az orvosok körében megfigyelt teljesítménycsökkenés magas prevalenciáját mutató jelen eredményeink felvetik annak szükségességét, hogy az MBI teljesítménycsökkenés dimenziójának a másik két dimenzióhoz (emocionális kimerülés és deperszonalizáció) képest fontosabb szerepet tulajdonítsunk az orvosok kiégésszintjének megállapításában, különösen olyan kultúrákban, ahol a nők száma a munkaerőpiacon magas, és ahol a családi és munkahelyi szerepek közötti konfliktus gyakorisága nagy lehet. Feltételezhető, hogy a kiégés e vizsgálatunkban megfigyelt magas prevalenciájának hátterében a háziorvosok körében fellépő magas munkahelyi stressz húzódik meg, amely további kutatásokat igényel.

A kiégés stresszorainak meglehetősen nagy az irodalma. A munkahelyi elégedettség fordított arányban áll a kiégéssel [18], és a praxisban eltöltött időtartam is emeli a kiégés mértékét [19]. *Van Ham és munkatársai* a családorvosok körében végzett vizsgálatok irodalmi áttekintésében (1990–2006 között) a következő, a munkahelyi elégedettséget növelő és a munkahelyi kiégés előfordulását csökkentő tényezőket találták: munkahelyi változatosság, megfelelő munkatársi kapcsolat és támogatás, valamint az orvostanhallgatók oktatása volt. A munkahelyi elégedettséget csökkentette az alacsony fizetés, a túl hosszú munkaidő, a túl nagy munka- vagy adminisztratív teher, az időhiány és az elismerés vagy támogatás hiánya [20]. Ezek a munkahelyi stresszorok különösen fontosak Magyarországon, mivel az egészségügy átalakítása a munkahely biztosítottágának csökkenéséhez, valamint az erőforrások krónikus hiányához vezetett. Ezek a változások az emocionális és kvantitatív munkahelyi követelmények (például a megnőtt munkaidő, a feladatok elvégzéséhez szükséges idő hiánya) növekedéséhez, a döntéshozatali képesség csökkenéséhez, valamint státuszvesztéshez vezethetnek az orvosok körében, ami növelheti a munkahelyi stressz szintjét és következképpen pszichológiai morbiditáshoz – beleértve a kiégés szindrómát is – vezethet. Vizsgálatunkban csak a foglalkozás jellege (rezidensi munka) mutatott szignifikáns korrelációt a kiégéssel. A rezidensi munka szignifi-

kánsan csökkentette a deperszonalizáció valószínűségét, amit azzal lehet magyarázni, hogy a háziorvosi rezidensek túlterheltsége, illetve az ebből fakadó stressz és következményes pszichés morbiditás nem olyan nagyfokú, mint a háziorvosoké. Egyrészt, mert a rezidensek fiatalabbak, vagyis kevesebb időt töltöttek el még a praxisban, másrészt a hatályos jogszabályok szerint csak felügyelettel dolgozhatnak. Egy másik hipotézis szerint az is lehetséges, hogy a megterhelés mindkét foglalkozási csoportban hasonló, de a stresszt csökkentő mechanizmusok, mint például a támogatás, a rezidensek körében nagyobb, aminek alacsonyabb stressz és következképpen alacsonyabb pszichés morbiditás az eredménye. Vizsgálatunk azon eredménye, miszerint szignifikánsan kevesebb rezidens szenvedett magas fokú kiégéstől (deperszonalizációtól), mint háziorvos, fontos eredmény és további vizsgálatokat igényel.

Megelőzés, kezelés

A kiégés a gyakorisága és veszélyessége miatt kiemelt figyelmet érdemel. Megelőzése, korai felismerése csak akkor lehet sikeres, ha tisztában vagyunk a tüneteivel. A magyarországi családorvosok egészségi állapotáról csak nagyon kevés tanulmány készült, s más országok hasonló felméréseiből is kevés adat áll rendelkezésünkre. Ugyanakkor fontos lenne ennek a szakmának a gyakoribb vizsgálata, mivel a családorvosok egészségi állapota befolyásolhatja a hétköznapi betegellátás színvonalát, ezáltal pedig közvetlenül a páciensek egészségi állapotát is.

A vidéki családorvosokat a praxisközösség (amely lehetővé teszi a megfelelő szabadnapot és szabadságot) és a szakmai támogató egyesület megvédheti a vidéki/falusi szakmai élet negatív hatásaitól (túl sok ügyelet, a gyermekek más városban történő taníttatása/kollégiumi elhelyezése) [21]. A szakmai érdeklődés, a motiváció megőrzése preventív hatású lehet. Az orvostanhallgatók és orvosok oktatása mellett, továbbképzési csoportokban való részvétel is alacsonyabb kiégéssel társulhat. A részmunkaidő nagyobb alkalmazása ugyancsak csökkentheti a kiégés szintjét, mivel a részállásban végzett munka a nagyobb kontroll és a kisebb terhelés miatt védőhatású lehet.

Eredményeinkből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a magyar családorvosok körében a kiégés prevalenciája magas, a magas fokú teljesítménycsökkenés pedig majdnem minden háziorvost érint. Eredményeink új adatokat szolgáltatnak a kiégés különböző kultúrák közötti kutatásához. Hasznos lehetne a pszichés problémákkal küzdő családorvosok kötelező foglalkozás-egészségügyi vizsgálata, számukra Bálint-csoportos foglalkozások szervezése, autogén tréning és pszichoterápiás csoportok kialakítása, amelyek segítségével a családorvosok egészségi állapotának javítására, közvetve pedig a betegellátás színvonalának emelésére lenne lehetőség.

Irodalom

- [1] *Fekete S.*: Segítő foglalkozások kockázatai – Helyer szindróma és a burnout jelenség. *Psychiat. Hung.*, 1991, 1, 17–29.
- [2] *Freudenberger, H. J.*: Staff burnout. *J. Soc. Iss.*, 1974, 30, 159–165.
- [3] *Maslach, C.*: Burnout: The cost of caring. New Jersey, Prentice Hall Inc., 1982.
- [4] *Maslach, C., Schaufeli, W. B., Leiter, M. P.*: Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 2001, 52, 397–422.
- [5] *Maslach, C., Jackson, S. E.*: Maslach burnout inventory. 2nd ed. Consult Psychol Press, Palo Alto, California, 1986.
- [6] *Firth-Cozens, J., Greenhalgh, J.*: Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *Soc. Sci. Med.*, 1997, 44, 1017–1022.
- [7] *Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E. és mtsai*: Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann. Intern. Med.*, 2002, 136, 358–367.
- [8] *Bellon, J. A., Fernandez-Asensio, M. E.*: Emotional profile of physicians who interview frequent attenders. *Patient Educ. Couns.*, 2002, 48, 33–41.
- [9] *Horowitz, C. R., Suchman, A. L., Branch, W. T. Jr. és mtsai*: What do doctors find meaningful about their work? *Ann. Intern. Med.*, 2003, 138, 772–775.
- [10] *Ramirez, A. J., Graham, J., Richards, M. A. és mtsai*: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 1996, 347, 724–728.
- [11] *Grassi, L., Magnani, K.*: Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother. Psychosom.*, 2000, 69, 329–334.
- [12] *Visser, M. R., Smets, E. M., Oort, F. J. és mtsai*: Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. *Can. Med. Assoc. J.*, 2003, 168, 271–275.
- [13] *Goehring, C., Bouvier Gallacchi, M., Künz, B. és mtsai*: Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss. Med. Wkly*, 2005, 135, 101–108.
- [14] *Molina Siguero, A., Garcia Perez, M. A., Alonso Gonzalez, M. és mtsai*: Prevalence of worker burnout and psychiatric illness in primary care physicians in a health care area in Madrid. *Aten Prim.*, 2003, 31, 564–571.
- [15] *Lee, F. J., Stewart, M., Brown, J. B.*: Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can. Fam. Phys.*, 2008, 54, 234–235.
- [16] *Ádám, S., Györfy, Z., Susánszky, É.*: Physician burnout in Hungary: a potential role for work-family conflict. *J. Health Psychol.*, 2008, 13, 839–848.
- [17] *Leiter, M. P.*: Burnout as a developmental process: Consideration of models. In: *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Szerk.: Schaufeli, W. B., Maslach, C., Marek, T. Taylor & Frances, Washington, DC, 1993, 237–250.
- [18] *Cetina-Tabares, R. E., Chan-Canul, A. G., Sandoval-Jurado, L.*: Correlation between the level of work satisfaction and professional burnout in family physicians. *Rev. Med. Inst. Seguro Soc.*, 2006, 44, 535–540.
- [19] *Kushnir, T., Levhar, C., Cohen, A. H.*: Are burnout levels increasing? The experience of Israeli primary care physicians. *Isr. Med. Assoc. J.*, 2004, 6, 451–455.
- [20] *Van Ham, I., Verhoeven, A. A., Groenier, K. H. és mtsai*: Job satisfaction among general practitioners: a systematic literature review. *Eur. J. Gen. Pract.*, 2006, 12, 174–180.
- [21] *Hays, R., Wynn, S., Veitch, C. és mtsai*: Getting the balance right? GPs who chose to stay in rural practice. *Aust. J. Rural Health* 2003, 11, 193–198.

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

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztálya pályázatot hirdet **orvosszakmai főosztályvezető-helyettes** pozícióra. A pályázat nyertese irányítja az orvosszakmai elemző és szakértő csapatot, felelős a szakmai szempontok érvényesítéséért, a nemzetközi kapcsolattartásért, a finanszírozási javaslatok kidolgozásáért, a beérkező támogatási kérelmek szakmai bírálatáért.

Pályázati feltételek: magyar állampolgárság,
orvosi diploma,
angol nyelvtudás

Előnyt jelent: vezetői készségek,
egészségügyi technológiaértékeléssel, orvosi evidenciák feldolgozásával
kapcsolatos tapasztalat

A pályázat részletei a www.oep.hu/állás oldalon érhetőek el.