

Kiegészítés a kognitív érzellemreguláció tükrében magyar orvosok között

Fülöp Emőke dr.¹ ■ Gábris Zita²

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológia Intézet,
Klinikai Pszichológia és Addiktológia Tanszék, Budapest

²Budai Pszichológus Központ, Budapest

Bevezetés: A kiegészítés olyan mentális, érzelmi és fizikai tünetcsoport, amely krónikus stressz, érzelmi megterhelés hatására lép fel. A kiegészítés szakirodalma széles, a külső és az intrapszichés oki tényezők népszerű kutatási területté váltak. A növekvő számú vizsgálatok ellenére a segítő foglalkozásúakat – elsősorban orvosokat – tekintve a kognitív érzellemreguláció és a kiegészítés közötti összefüggés kevésbé kutatott terület. Csupán néhány vizsgálat foglalkozik ezen témakörrel, amelyek azt mutatták, hogy a kognitív érzellemreguláció maladaptív technikái és a kiegészítés között pozitív irányú együttjárás van.

Célkitűzés: Célunk annak feltárása, hogy a kiegészítés a kognitív érzellemreguláció mely tényezőivel mutat összefüggést.

Módszer: Kvantitatív keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk online kérdőíves módszerrel, szakmájukban minimum egy éve tevékenykedő magyar orvosok (N = 108) részvételével. A kognitív érzellemreguláció mérésére a Kognitív Érzellemreguláció Kérdőívet (CERQ), a kiegészítés vizsgálatára pedig a Maslach Kiegészítés Leltárt (MBI) alkalmaztuk. Pearson-féle korrelációt, valamint többszörös lineáris regressziós elemzést használtunk.

Eredmények: A katasztrofizálás ($\beta = 0,351$; $p < 0,001$), a rumináció ($\beta = 0,191$; $p = 0,037$) és a pozitív átértékelés ($\beta = -0,23$; $p = 0,009$) szignifikánsan jelzi előre az érzelmi kimerülés magasabb szintjét, a pozitív átértékelés fordított irányban. Az önvád ($\beta = 0,263$; $p = 0,002$) és a pozitív átértékelés ($\beta = -0,406$; $p < 0,001$) szignifikánsan jelzi előre a kiegészítés személyeshatékony-szökkenésének magasabb szintjét, a pozitív átértékelés fordított irányban. Az önvád ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$), mások hibáztatása ($\beta = 0,282$; $p = 0,001$) és a tervezés ($\beta = -0,307$; $p < 0,001$) szignifikánsan jelzi előre a deperszonalizáció magasabb szintjét, a tervezés fordított irányban. A kiegészítés faktorai a maladaptív kognitív érzellemregulációs módszerekkel pozitív irányú kapcsolatot, az adaptív érzellemregulációs technikákkal negatív irányú szignifikáns összefüggést mutatnak.

Következtetés: Kutatásunk fontos gyakorlati jelentőséggel bír: felhívja a figyelmet arra, hogy a kiegészítés megelőzésénél, kezelésénél nélkülözhetetlen figyelembe venni ezen intrapszichés tényezőket és hangsúlyt helyezni az adaptív kognitív érzellemregulációs fejlesztésre egy olyan szakmát tekintve, ahol az érzelmi megterhelés fokozott a mindennapos munkában.

Orv Hetil. 2022; 163(8): 319–327.

Kulcsszavak: kiegészítés, érzelmi kimerülés, kognitív érzellemreguláció, orvos

Burnout in the light of cognitive emotion regulation among Hungarian physicians

Introduction: Burnout is a group of mental, emotional, and physical symptoms that occur as a result of chronic stress and emotional strain. The literature on burnout is extensive, and external and intrapsychic causal factors became a popular area of research. Despite the growing number of studies, the relationship between cognitive emotion regulation and burnout among individuals having helping professions, primarily physicians, is an area of little research. Only a few studies address this topic, which showed that there is a positive interaction between maladaptive techniques of cognitive emotion regulation and burnout.

Objective: Our aim is to explore which factors of cognitive emotion regulation are associated with burnout.

Method: We performed a quantitative cross-sectional study using an online questionnaire method, with the participation of Hungarian physicians operating for at least one year in their profession. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) was used to measure cognitive emotion regulation, and the Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to examine burnout. Pearson correlation as well as multiple linear regression analysis were used.

Results: Catastrophizing ($\beta = 0.351$; $p < 0,001$), rumination ($\beta = 0.191$; $p = 0.037$) and positive refocusing ($\beta = -0.23$; $p = 0.009$) significantly predict a higher level of emotional exhaustion, reverse relationship with positive refocusing. Self-blame ($\beta = 0.263$; $p = 0.002$) and positive refocusing ($\beta = -0.406$; $p < 0,001$) significantly predict a lower level of

personal effectiveness, reverse relationship with positive refocusing. Self-blame ($\beta = 0.41$; $p < 0.001$), blaming others ($\beta = 0.282$; $p = 0.001$) and planning ($\beta = -0.307$; $p < 0.001$) significantly predict a higher level of depersonalization, reverse relationship with planning. Burnout factors have a positive relationship with maladaptive cognitive emotion regulation methods, and they show a significantly negative relationship with adaptive emotion regulation techniques. **Conclusion:** Our study has important practical significance, drawing attention to the fact that it is essential to take these intrapsychic factors into account in the prevention and treatment of burnout, and to emphasize the development of adaptive cognitive emotion regulation in a profession where emotional stress is increased in everyday work.

Keywords: burnout, emotional exhaustion, cognitive emotion regulation, doctor

Fülöp E, Gábris Z. [Burnout in the light of cognitive emotion regulation among Hungarian physicians]. *Orv Hetil.* 2022; 163(8): 319–327.

(Beérkezett: 2021. augusztus 19.; elfogadva: 2021. szeptember 24.)

Rövidítések

CERQ = (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire) Kognitív Érzelemreguláció Kérdőív; COVID-19 = (coronavirus disease 2019) koronavírus-betegség 2019; M = medián; MBI = (Maslach Burnout Inventory) Maslach Kiegészítő Leltár; PTSD = (post-traumatic stress disorder) poszttraumás stressz-betegség; SD = standard deviáció

Az egészségügyi dolgozók nagyfokú érzelmi és fizikai megterhelése, illetve ennek mentén a kiegészítő fokozott kockázata ismert összefüggés és kutatott terület [1]. A COVID-19-járványhelyzet következtében ezek a hatások még hatványozottabban érik a betegellátásban dolgozókat. Az élvonalban dolgozó orvosok és ápolók megnövekedett stresszhelyzetnek vannak kitéve azáltal, hogy a teherbíráson jelentősen túlmutató munkát végeznek, megnőtt az elveszített betegek száma, és szorongásuk is fokozott, hiszen saját egészségük is veszélyben lehet. Ebben a megnövekedett érzelmi megterhelésben kiemelten fontos, hogyan tudják szabályozni érzéseiket. Ezért tartjuk relevánsnak, hogy az egészségügyet amúgy is fenyegető kiegészítőkörnyezet megvizsgáljuk annak tükrében, hogy a különböző kognitív érzelemszabályozási technikák miként befolyásolják ennek kialakulását, mértékét.

Célkitűzés

A fiatal rezidensek a gyakorlati életbe kikerülve rengeteg olyan érzelmi hatással találkoznak, amelyre az egyetem nem tudja felkészíteni őket. Ilyen érzelmileg megterhelő folyamat például a rossz hír közlése, betegek elvesztése stb. Emellett az idősebb orvosok idő, illetve energia hiányában kevesebb támogatást tudnak nyújtani a rezidenseknek, emiatt ők fokozottan élik meg a kiszolgáltatottság és a tehetetlenség érzését. Tehát már a pályakezdés során, az érzelmi megterhelés szempontjából nehéz feladat előtt állnak az orvosok.

Mindemellett a COVID-19-járványhelyzet alatt az egészségügyi ellátásban részt vevők kifejezetten magas

stressznek vannak kitéve azáltal, hogy megnövekedett a munkaterhelés, a munkatempó, több beteg elvesztésével kell szembesülniük, valamint testközelből ki vannak téve a fokozott fertőzésveszélynek, emiatt nem csupán saját maguk, hanem környezetük megfertőződése miatt is aggodnak [2, 3]. Ez a komoly érzelmi kitettség fokozza a kiegészítő szintjének növekedését. Ezt támasztja alá *Frellick* 2020. évi kutatása is, amelyben a pandémia kezdete után a kórházi ápolók körülbelül 3–4-szerese számolt be nagyfokú kiegészítőről [4].

Mindezeket figyelembe véve, kutatásunk célja tehát a kiegészítő dimenzióinak vizsgálata volt, és annak feltárása, hogy a kiegészítő dimenziói milyen összefüggést mutatnak a kognitív érzelemreguláció komponenseivel, hiszen rendkívül fontos a stresszfaktorokat fokozó maladaptív érzelemszabályozási technikák tudatosítása, alakítása, emellett pedig az adaptívok facilitálása a tudatos működés szintjén, amelyek hatékonyan segítik az érzellemmel teli helyzetekkel való proaktív megküzdést. Kutatásunkat a járványhelyzet kialakulása előtt végeztük, de ebben a sokkal megterhelőbb időszakban az érzelemszabályozási technikák még szélsőségesebbé válnak, így eredményeink a kialakult helyzetben még aktuálisabbak.

Módszer

Országos szintűre tervezett kutatásunk során egyrészt a kényelmi mintavételt alkalmaztuk, mivel célunk az volt, hogy az orvostársadalom minél változatosabb mintájához eljussunk az összeállított kérdőívcsomag. Mintánk alapsokaságának az általános orvosi, illetve fogorvosi diplomával rendelkező orvosokat tekintettük, ezen belül pedig nem homogenizáltuk a különböző szakterületen dolgozó személyeket, hiszen fókuszunk a különböző intrapszichés tényezők vizsgálata volt. A mintába kerülésnek két szigorú feltétele volt: az egyik, hogy a kérdőívcsomag kitöltésének pillanatában aktív dolgozó legyen az egyén (akkor is, ha már nyugdíjazott), a másik pedig az, hogy minimum egy éve legyen az orvosi pályán. A kérdőíveket online formában tettük közzé a közösségi média különböző, releváns csoportjaiban – ahol az orvo-

sok szakírányok és beosztások szempontjából nagy elemszámban és egyenlő mértékben képviseltetik magukat (1001 orvos hálapénz nélkül, Magyar Rezidens Szövetség, Rezidensek és Szakorvosok Szakszervezete, Magyar Orvosok Közössége elnevezésű Facebook-csoportok) – a csoportok adminisztrátorainak engedélyezésével. Ezenkívül a hólabda-mintavétel módszerét is igénybe vettük. A vizsgálat 2019 októberétől 2020 januárjáig tartott, összesen 108 személy töltötte ki a kérdőívet. A kutatás során célunk volt, hogy minél tágabb körű mintát vizsgáljunk. A kérdőívcsomagban a következő szociáldemográfiai tényezőket mértük fel: nem, kor, családi állapot, gyermekszám, lakhelytípus, a munkáltató egészségügyi intézmény típusa, beosztás, szakosodott egészségügyi terület, az egészségügyi munkatapasztalat ideje, a heti munkaidő száma, a havi ügyeletek száma, a napi ellátott betegszám, az éves szabadnapok száma, testi betegség esetleges fennállása, gyógyszereszedés, valamint a munka megterhelő mivoltát okozó tényezők.

A résztvevők 25,9%-a ($n = 28$) volt férfi, 74,1%-a ($n = 80$) pedig nő. A minta jellemzően a 40-es éveikben járó felnőttekből állt ($M = 42,01$; $SD = 12,86$). A minimuméletkor 25, a maximuméletkor pedig 75 év volt. Átlagosan 17 éves munkatapasztalat jellemző a vizsgálati személyekre ($M = 16,81$; $SD = 13,00$); az orvosi pályán a kutatásban való részvételig eltöltött minimumévek száma 1 év, a maximumévek száma pedig 51 volt. A szakterületek közül néhány, ahol a mintát alkotó orvosok dolgoznak: fogászat, szájsebészet, $N = 21$ (19,4%); gyermekgyógyászat, $n = 12$ (11,1%); családorvostan, $n = 8$ (7,4%); pszichiátria, $N = 8$ (7,4%); radiológia, $n = 7$ (6,5%); sebészet, $n = 7$ (6,54%). A vizsgálati személyek 19,4%-a ($n = 21$) végezte el a doktori iskolát az egyetemi képzést követően.

A heti munkaóra száma átlagosan 48 ($M = 48,34$; $SD = 16,45$), a havi ügyeletek száma pedig 3 ($M = 2,85$; $SD = 2,67$). Átlagosan naponta 28 beteggel találkozunk a vizsgálati személyek ($M = 27,78$; $SD = 18,9$), és évente átlagosan 25 napot töltenek szabadsággal ($M = 24,7$; $SD = 9,21$). A minta további eloszlását az 1. táblázat mutatja.

Az érzelemreguláció mérésére a *Garnefski és mtsai* [5] által kifejlesztett Kognitív Érzelemreguláció Kérdőívet (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ) alkalmaztuk, amelynek hazai adaptációját *Miklósi és mtsai* [6] végezték. A kérdőív az alábbi érzelmszabályozási mechanizmusokat vizsgálja: *önvád, rumináció, katasztrofizálás, mások hibáztatása, elfogadás, pozitív fókuszváltás, tervezés, ártértékelés, perspektívába helyezés*. A felsorolt skálák két fő csoportba oszthatók azáltal, hogy adaptív vagy maladaptív érzelmszabályozó mechanizmusnak számítanak-e. Az adaptív érzelmszabályozó mechanizmusok közé soroljuk az elfogadást, a pozitív fókuszváltást, a tervezést, a pozitív ártértékelést és a perspektívába helyezést. Ezzel szemben maladaptív mechanizmusnak tekintjük az önvádat, a ruminációt, a katasztrofizálást, mások hibáztatását [5–7].

1. táblázat | Demográfiai adatok

	Abszolút gyakorisági eloszlás (fő)	A mintabeli előfordulás aránya (%)
Nem		
Férfi	28	25,9
Nő	80	74,1
Családi állapot		
Házasság	50	46,3
Párkapcsolat, élettársi kapcsolat	31	28,7
Egyedülálló	12	11,1
Elvált	12	11,1
Özvegy	3	2,8
Beosztás		
Szakorvos	46	42,6
Főorvos	27	25
Rezidens	27	25
Végzett orvos szakvizsga nélkül	6	5,6
Nyugdíjazott orvos	2	1,9
Az egészségügyi intézmény típusa		
Kórház	63	58,3
Háziorvosi rendelő	24	22,2
Magánrendelő	21	19,4
Szakrendelő intézet	17	15,7
A település típusa		
200–50 ezer fő közötti lakosságú város	36	33,3
Főváros	33	30,6
50 ezer főnél kevesebb lakosságú város	26	24,1
Külföldi település	6	5,6
Község	5	4,6
Falu	2	1,9
Testi tünetek		
Testsúlyváltozás	40	16,6
Alvászavar	38	15,8
Fejfájás	33	13,7
Emésztési panaszok	31	12,9
Magas vérnyomás	23	9,5
Gyomorfájdalom	22	9,2
Nincs	18	7,5
Izzadás	14	5,8
Ízületi és mozgásszervi panaszok	9	3,7
Légzőszervi, nőgyógyászati panaszok, hajhullás	3	2,7
Cukorbetegség	6	2,5
Autoimmun betegség	4	1,6

A kérdőív 36 kérdést tartalmaz: ezek azokra a kognitív folyamatokra vonatkoznak, amelyeket a nehéz életese-mények által kiváltott negatív érzelmek szabályozására alkalmazunk. A vizsgálati személyek egy ötfokú Likert-skálán (1 = szinte soha, 5 = szinte mindig) határozhatják

2. táblázat | A kérdőívek alskáláinak mutatói, a változók eloszlásai

A skála neve	Kolmogorov–Szmirnov-teszt		Cronbach- α	Átlag	Szórás
		p			
<i>Maslach Kiegészítő Leltár</i>					
Érzelmi kimerülés	0,73	0,1	0,93	28,509	13,844
A személyes teljesítmény csökkenésének érzése	0,92	0,285	0,847	29,519	8,936
Deperszonalizáció	0,98	0,43	0,817	9,889	7,148
<i>Kognitív Érzelemreguláció Kérdőív</i>					
Önvád	0,31	0,061	0,76	12,093	3,489
Elfogadás	0,75	0,11	0,579	12,333	2,992
Rumináció	0,42	0,07	0,779	12,611	3,847
Pozitív fókuszváltás	0,48	0,082	0,842	10,12	3,519
Tervezés	0,41	0,08	0,73	15,731	2,671
Pozitív átértékelés	0,56	0,094	0,755	13,944	3,445
Perspektívába helyezés	0,77	0,14	0,754	12,12	3,439
Katasztrofizálás	0,46	0,082	0,795	9,083	3,865
Mások hibáztatása	0,71	0,1	0,82	8,731	3,219

meg, hogy egy stresszes helyzet során vagy után milyen gyakran alkalmazzák a kérdőívben szereplő kognitív mechanizmusokat annak érdekében, hogy a keletkezett érzéseket szabályozni tudják. A kérdőívben minden egyes skálához négy tétel tartozik, fordított tételeket egyik sem tartalmaz. A skálák értékei a kérdésekre adott válaszok pontszámainak összegéből számolhatók ki [6].

A 2. táblázat mutatja a kérdőívek Kolmogorov–Szmirnov-teszttel folytatott normalitásvizsgálatának eredményeit, valamint a Cronbach- α értékeit, amelyek alapján kimondható, hogy a tesztek megbízhatónak számíthatnak, normál eloszlásúak, és belső konzisztenciájuk elfogadható.

A kiegészítő mérésre a Maslach Kiegészítő Leltárt (MBI) [8] használtuk – a hivatalos honlapon keresztül történő licenc megvásárlása után –, amelynek magyar validálását Ádám és Mészáros [9] végezte. Ez a kérdőív a kiegészítő három dimenzióját méri, amelyek a következők: *érzelmi*

kimerülés, deperszonalizáció és a személyes hatékonyság csökkenésének érzése [10].

A kérdőív 22 kérdést tartalmaz, amelyek a munkavégzésre vonatkoznak, és a vizsgálati személyek feladata az, hogy egy hétfokú Likert-skálán (0 = soha, 6 = minden nap) megállapítsák, az adott állítások mennyire jellemzőek a munkájukra, valamint milyen gyakran élik meg a kérdések által megfogalmazott érzéseket munkájuk során. A kérdőívben az érzelmi kimerültség dimenziójához 9 item, a deperszonalizáció dimenziójához 5, a személyes hatékonyság csökkenésének érzéséhez pedig 8 kérdés tartozik; az utóbbi 8 fordított tételnek számít. A skálák értékei a kérdésekre adott válaszok pontszámainak összegeiből számolhatók ki, és a dimenziók egymástól függetlenül értelmezendők [11].

A 2. táblázat mutatja a kérdőívek Cronbach- α -értékeit, amelyek alapján kimondható, hogy a tesztek megbízhatónak számíthatnak, belső konzisztenciájuk elfogadható.

3. táblázat | A korrelációs elemzés eredményei

Kognitív érzelemreguláció	MBI, Érzelmi kimerülés		MBI, Személyes hatékonyság		MBI, Deperszonalizáció	
	p	r	p	r	p	R
Mások hibáztatása	<0,001	0,362	0,048	0,19	<0,001	0,339
Önvád	<0,001	0,343	0,001	0,305	<0,001	0,423
Elfogadás	0,05	0,189	0,727	-0,03	0,013	0,239
Rumináció	<0,001	0,334	0,031	0,208	0,001	0,314
Pozitív fókuszváltás	0,22	-0,119	0,013	-0,24	0,15	-0,14
Tervezés	0,135	-0,145	<0,001	-0,33	0,003	-0,28
Pozitív átértékelés	0,001	-0,324	<0,001	-0,43	<0,001	-0,36
Perspektívába helyezés	0,213	-0,121	0,233	-0,12	0,567	-0,06
Katasztrofizálás	<0,001	0,496	0,001	0,305	<0,001	0,38

MBI = Maslach Kiegészítő Leltár

Eredmények

Kutatásunkban egyrészt Pearson-féle korrelációt végeztünk, amelynek eredményeit a 3. táblázat foglalja magában. A kapott eredmények alapján az MBI-nek az érzelmi kimerülés dimenziója a CERQ-nak a mások hibáztatása, önvád, elfogadás, rumináció, katasztrofizálás faktorával mutat pozitív irányú, szignifikáns kapcsolatot, emellett pedig a pozitív átértékelés alskálával mutat fordított irányú, szignifikáns együttjárást.

A kiégésnek a személyes hatékonyság csökkenése dimenziója pozitív irányú, szignifikáns együttjárást mutat a kognitív érzelmszabályozásnak a mások hibáztatása, önvád, rumináció és katasztrofizálás alskáláival, illetve fordított irányú szignifikáns kapcsolatban áll a pozitív fókuszváltás, a tervezés és a pozitív átértékelés faktorokkal.

A kiégésnek a deperszonalizáció dimenziója pedig pozitív irányú, szignifikáns kapcsolatot mutat a kognitív érzelmszabályozásnak a mások hibáztatása, önvád, elfogadás, rumináció és katasztrofizálás alskáláival, a tervezés és a pozitív átértékelés faktorokkal viszont fordított irányú, pozitív együttjárást mutat.

A többszörös lineáris regressziós modell alapján láthatjuk, hogy a kognitív érzelmszabályozásnak a katasztrofizálás ($\beta = 0,351$; $p < 0,001$), a rumináció ($\beta = 0,191$; $p = 0,037$) és a pozitív átértékelés ($\beta = -0,23$; $p = 0,009$) faktorai együttesen szignifikánsan jelzik előre a kiégés érzelmi kimerülés dimenziójának magasabb szintjét, a pozitív átértékelés fordított irányban. A vizsgált változók a teljes modell varianciájának 31,3%-át ($R^2 = 0,313$) magyarázzák ($F = 15,758$; $p < 0,001$; $df = 105$).

A kognitív érzelmszabályozásnak az önvád ($\beta = 0,263$; $p = 0,002$) és a pozitív átértékelés ($\beta = -0,406$; $p < 0,001$) alskálái együtt szignifikánsan jelzik előre a kiégés személyes hatékonyság dimenziójának magasabb szintjét, a pozitív átértékelés fordított irányban. A vizsgált változók a teljes modell varianciájának 25,6%-át

($R^2 = 0,256$) magyarázzák ($F = 18,187$; $p < 0,001$; $df = 106$).

A kognitív érzelmszabályozásnak az önvád ($\beta = 0,41$; $p < 0,001$), mások hibáztatása ($\beta = 0,282$; $p = 0,001$) és tervezés ($\beta = -0,307$; $p < 0,001$) faktorai együtt szignifikánsan jelzik előre a kiégés deperszonalizáció dimenziójának magasabb szintjét, a tervezés fordított irányban. A vizsgált változók a teljes modell varianciájának 35,6%-át ($R^2 = 0,356$) magyarázzák ($F = 19,146$; $p < 0,001$; $df = 105$). A kapott eredményeket a 4. táblázat mutatja.

Megbeszélés

Kiégés

A kiégés definícióját először *Freudenberger* német pszichiáter fogalmazta meg 1974-ben, pszichiátriai dolgozók körében megfigyelt érzelmi kimerülésre vonatkozóan. A kiégésben vezető tüneteknek a krónikus fáradtságot és a depressziós tüneteket tartotta. Úgy gondolta, hogy ennek az állapotnak az eredete egy olyan ügynek való odaszentelődésre vezethető vissza, amely nem hozta meg az előzetesen elvárt sikert, jutalmat [12]. *Maslach és mtsai* pedig a munkavégzés során jelentkező stresszre adott válaszként írták le a kiégést mint jellegzetes tünetegyüttest [8].

A kiégés legátfogóbb megfogalmazása szerint ez egy olyan fizikai és érzelmi kimerüléssel járó állapot, amely munkavégzés kapcsán kialakuló, hosszan fennálló stressz hatására jön létre, és befolyásolja a személy jóllétét, pszichés, mentális, egészségi állapotát, illetve teljesítményét is [13].

Maslach alapján a kiégés három dimenzió mentén írható le: az *érzelmi kimerülés*, amely a motiváció hiányának, a fáradtságnak és a tehetetlenség érzésének meglétét jelenti; a *deperszonalizáció*, amely a másik személy – esetünkben a páciensek – felé mutatott empátia, együttérzés hiányát takarja, tehát egy érzelmi eltávolodást; valamint

4. táblázat | A többszörös lineáris regressziós elemzés eredményei

	Standard hiba	R^2	B	β	p	F	p	df
MBI, érzelmi kimerülés		0,313				15,758	<0,001	105
Katasztrofizálás	0,338		1,259	0,351	<0,001			
Pozitív átértékelés	0,345		-0,922	-0,23	0,009			
Rumináció	0,326		0,689	0,191	0,037			
MBI, személyes hatékonyság		0,256				18,087	<0,001	106
Pozitív átértékelés	0,22		-1,054	-0,406	<0,001			
Önvád	0,217		0,673	0,263	0,002			
MBI, deperszonalizáció		0,356				19,146	<0,001	105
Önvád	0,163		0,84	0,41	<0,001			
Tervezés	0,211		-0,821	-0,307	<0,001			
Mások hibáztatása	0,176		0,625	0,282	0,001			

MBI = Maslach Kiégés Leltár

az utolsó dimenzió a *személyes teljesítménycsökkenésének érzése*, amely azt az érzést mutatja, miszerint az elvégzett munka minősége, színvonala romlik [8]. A három dimenzió mérésére Maslach és Jackson 1981-ben készített kérdőívét (MBI) használják a legszélesebb körben [9].

A kiégés következtében több területet is érintő szindróma kialakulása jellemző. Megjelenhetnek pszichés tünetek, úgymint krónikus szorongás, reaktív depresszió, ingerlékenység, agresszió, a reménytelenség érzése, önértékelési nehézségek. Fiziológiai tünetként jelenhet meg például a testsúlyváltozás, az alvászavar, a különböző pszichoszomatikus tünetek és a krónikus fáradtság érzése. A cinizmus, a tevékenységek iránti érdeklődés csökkenése, a különböző függőségek viselkedésbeli változásokként mutatkoznak meg. Szociális tünet lehet a barátoktól való eltávolodás, elszigetelődés. A munka területén megjelenő tünetek pedig a teljesítmény romlása, a munka iránti elköteleződés megváltozása, a kollégákhoz való viszonyulás megváltozása, valamint a munkahelyi nézeteltérések megnövekedése lehet [14–17].

A kiégés szempontjából az orvosok rendkívül veszélyeztetett csoportnak számítanak: más diplomás csoportokhoz képest sokkal magasabb értékeket mutatnak a kiégés mindhárom dimenziója terén, ezért mondhatjuk, hogy napjainkban az egészségügy területén a kiégés számít az egyik olyan nehézségnek, amely a legnagyobb kihívást jelenti. A kiégés tünetei az orvosok körében fáradékonyságban, dekoncentráltágban, a betegek állapotával kapcsolatos érdeklődés elvesztésében, szakmai tudásuk megkérdőjelezésében, a munka iránt mutatott lelkesedés elvesztésében nyilvánulhat meg [18]. Mindez megnöveli az orvosi műhibák, szövődmények és fertőzések előfordulásának számát is [19–21].

Az egészségügyben jelentkező, magas fokú „burnout” szindrómának számos oki tényezője van. Ilyen komponens lehet a kiégés hátterében álló általános faktorok mellett például a munkaidő jelentős hossza, a dokumentáció túlzott mennyisége, az ügyetek magas száma, a pihenőnapok alacsony száma, a munkavégzés rutinná válása, a munka megterhelő mivolta mind fizikailag, mind pedig lelkileg és a támogató kollegiális viszony hiánya [22]. A kiégés forrása lehet még a magas betegszám, a kezelések sikertelensége és a betegek halálózása is [23].

Egy 2020. évi, egyesült államokbeli tanulmány 15 000 orvost vizsgált közel 29 szakterületről a kiégés tekintetében. A kutatás eredményei azt mutatták, hogy a kiégés magas százalékban érinti a segítő hivatásúakat (42%); a „burnout” által leginkább érintett szakterületek a teljeség igénye nélkül: urológia, neurológia, nefrológia, endokrinológia, családvostan. A nemek arányát tekintve több női orvos (51%) számolt be kiégésről, mint férfi (43%) [24].

Az orvosok kiégését vizsgáló további amerikai kutatások szerint az orvosok 50%-a érintett a kiégés szempontjából [25].

Győrffy és Girasek 2015-ben végzett országos reprezentatív kutatásának eredménye alapján láthatjuk, hogy a magyar orvosok körében rendkívül magas a kiégés szintje (54%) mindhárom dimenziót tekintve [23]. Az életkort figyelembe véve érdekes eredményekre jutottak a kutatások, miszerint a kezdő rezidensek a kiégés mindhárom dimenzióját tekintve magasabb értékeket mutatnak, mint az idősebb orvosok. Ennek oka feltételezhetően az, hogy a fiatalok még nagy lelkesedéssel, elköteleződéssel és magas elvárásokkal vágnak neki a munkának, de sok esetben olyan helyzetek és feladatok előtt találják magukat, amelyekre még nincsenek felkészítve/felkészülve, a túlzott mértékű felelősség pedig nagy stresszforrást jelenthet számukra [18, 26].

A nemzetközi tanulmányokhoz viszonyítva a magyar orvosok kiégési aránya nemzetközi összehasonlításban is magas. Ennek hátterében elsősorban a magyar egészségügy rossz állapota állhat, ami az egyre romló munkahelyi környezetben, illetve a munkaerő folyamatosan csökkenő száma mellett tovább fokozódhat [27].

A COVID–19-járvány sajnos további, nem várt terhet ró a szektorban dolgozókra, aminek hatását az is jelzi, hogy a korábbi adatokkal összehasonlítva az elmúlt időszakban az egészségügyi dolgozók 3–4-szerese számolt be a kiégés tüneteiről [4].

Mindez bizonyítja, hogy a kiégés tárgyköre nem hanyagolható el, és nagy figyelmet kell szentelni mind a külső, mind pedig a belső okozati tényezők feltárására, valamint a fennálló tünetek kezelésére. Ahogy erről fentebb már szó esett, sok esetben a fokozott érzelmi hatások, valamint ezek szabályozási nehézségei állnak a kiégés hátterében. Ezért a továbbiakban röviden ismertetjük a kognitív érzelmszabályozás jellegzetességeit.

Kognitív érzelmszabályozás

Kutatásunk középpontjába az érzelmszabályozás kognitív nézőpontját emeltük: e szerint az érzelmszabályozás olyan tudatos és nem tudatos kognitív folyamatok összessége, melyek elősegítik a különböző érzelmi töltettel rendelkező információk feldolgozását. Az érzelmszabályozás azt a folyamatot jelenti, amelyben az érzelmi válasz kiváltódását követően képes az egyén az érzelmi minőségét, intenzitását és időtartamát módosítani [6].

Azokat a kognitív mechanizmusokat, amelyek segítségével az érzelmek tudatos szabályozását folytatjuk, kognitív érzelmszabályozási stratégiáknak nevezzük. Ezek a stratégiák lehetnek adaptívak, amelyek elősegítik az érzelmek szabályozása révén adott élethelyzethez való igazodásunkat. Az adaptív mechanizmusok közé soroljuk a *pozitív fókuszváltást*, amely a negatív tényezőkről a pozitív komponensekre való figyelemátirányítást jelenti. Ilyen adaptív stratégia még a *tervezés* és az *átértékelés* folyamata is. Az előbbi stratégia azt jelenti, hogy a személy egy negatív helyzetben igyekszik arra koncentrálni, milyen stratégia alkalmazásával lenne képes az esemény konstruktív megoldását előremozdítani. Az *átértékelés*

stratégiája pedig azt takarja, hogy az egyén a fejlődés érdekében igyekszik pozitív tartalommal ellátni az adott életeseményt. Végül pedig a *perspektívába helyezés* stratégiáját is az adaptív folyamatok közé soroljuk, amelynek segítségével az egyén olyan módon próbálja megoldani a negatív élethelyzetet, hogy a megélt élményeit más személyek élményeivel hasonlítja össze. A maladaptív érzellemregulációs stratégiák alkalmazása viszont a kóros érzelmi válaszok létrejöttét és hosszabb távon való fennállását táplálja. A maladaptív stratégiák közé tartozik az *önvád* mechanizmusa, amely azt jelenti, hogy a személy egy negatív szituáció bekövetkeztéért önmagát hibáztatja. A *rumináció* során az egyén folyamatosan a negatív helyzethez kapcsolódó gondolataival és átélt érzelmeivel van elfoglalva. A *katasztrofizálás* stratégiája olyan folyamat, amely során a személy a negatív életesemény következtében kialakuló károkat, előnytelen következményeket a valós súlyukhoz képest eltúlozza. Végül pedig az utolsó maladaptív stratégiák közé sorolandó mechanizmus a *mások hibáztatása*, amikor is az egyén egy rossz kimenetel bekövetkeztéért más személyeket okol, tesz felelőssé [6].

Kevés kutatás született korábban, amely a specifikus kognitív érzellemregulációs stratégiák kiégésre gyakorolt hatását vizsgálta. *Bamonti és mtsai* átfogó vizsgálatukban egyesült államokbeli, ápolási osztályokon dolgozó nővéreket vizsgáltak arra irányulóan, hogy az alkalmazott megküzdési stratégiák, valamint a kognitív érzelmszabályozó mechanizmusok milyen kapcsolatban állnak a kiégéssel, illetve a kiégés mely dimenzióira gyakorolhatnak befolyást. A kutatási eredmények alapján azt kapták, hogy a nagyobb mértékű elfogadás, a rumináció, illetve a mások hibáztatása a kiégés dimenziói közül az érzelmi kimerülés magasabb szintjével járt együtt. Azoknál a személyeknél, akik magasabb szintű pozitív fókuszváltásról számoltak be, a kiégés dimenziói közül a deperszonalizáció alacsonyabb mértéke volt megfigyelhető. A kognitív érzelmszabályozó stratégiák közül pedig a tervezés és a pozitív fókuszváltás fordított összefüggést mutatott a kiégésnek a személyes hatékonyság csökkenése komponensével [28].

Jelen kutatásunkban megvizsgáltuk, hogy a kognitív érzellemreguláció különböző alkálai milyen összefüggésben állnak a kiégés egyes dimenzióival, illetve hogy az egyes érzelmszabályozási technikák együttes előfordulása milyen hatással van a kiégés faktorainak megjelenésére.

A kognitív érzelmszabályozási stratégiák és a depresszív, szorongásos zavarok, valamint a PTSD összefüggését számos tanulmány igazolta korábban [5, 29–31]. A kiégés és a kognitív érzelmszabályozás azonban sokkal kevésbé vizsgált terület.

Az eredmények alátámasztották azt a feltételezésünket, hogy a maladaptív kognitív érzellemregulációs módszerek alkalmazása egyenes összefüggést mutat a kiégés dimenzióinak megjelenésével. Mások hibáztatása, az ön-vád, a rumináció, a katasztrofizálás a kiégés mindhárom

dimenziójával egyenes irányú szignifikáns kapcsolatban áll.

Ezzel szemben az adaptív érzelmszabályozási technikák fordított együttjárást mutatnak a kiégés skáláival. A pozitív átértékelés mindhárom kiégésdimenzióval fordított irányú kapcsolatot mutat, emellett a tervezés a kiégésnek a személyes hatékonyság csökkenése, valamint a deperszonalizáció dimenziójával van összefüggésben, a pozitív fókuszváltás pedig a kiégésnek a személyes hatékonyság csökkenése faktorával, és ezek a kapcsolatok mind fordított irányúak.

Ha a kognitív érzellemreguláció skáláinak együttes megjelenését tekintjük, akkor a magasabb szintű katasztrofizálás, rumináció, valamint az alacsony mértékű pozitív átértékelés együttesen a kiégés érzelmi kimerülés dimenziójának magasabb szintű megjelenését feltételezi. Az ön-vád nagyobb értékű megjelenése, valamint az alacsonyabb szintű pozitív átértékelés együttesen növelik a kiégés személyeshatékonyság-csökkenésének értékét. A magasabb szintű ön-vádnak, mások hibáztatásának és az alacsonyabb szintű tervezésnek a triásza pedig fokozza a kiégés deperszonalizáció komponensének előfordulását.

A fenti összefüggések felvetik azt a kérdést, hogy a kapott eredmények olyan egyéni mintázatokhoz köthetők-e, melyekben a maladaptív érzelmszabályozási stratégiák kiégést okozhatnak, vagy a fokozott érzelmi megterhelés okoz merevebb szabályozási stratégiákat. Korábbi kutatások alapján tudjuk, hogy a fokozott stressz hatással van az idegrendszer működésére oly módon is, hogy a rugalmasabb kognitív működés helyett a merevebb működésmódok irányába tolódik el a hangsúly [32]. Ez a stresszfüggő eltolódás a kognitív érzelmszabályozásban is észlelhető [7]. Mindezek alapján feltételezhető, hogy az egészségügyi dolgozókat érő fokozott stresszhatások tolhatják el az érzelmszabályozást egy kevésbé flexibilis, maladaptív irányba. Ezek a változások azonban visszafordíthatók [33], tehát a megfelelő intervenciókkal ezen stratégiák tudatosítása, a nem adaptív kognitív érzelmszabályozási folyamatok gátlása, valamint az adaptívak facilitálása fontos lehet a kiégés mentális és fizikai tüneteinek mérséklésében. Mindezek alapján a kiégés prevenciója és kezelése szempontjából fontos elem az adaptív érzelmszabályozást támogató intervenciók alkalmazása.

Az egészségügyi dolgozók sok esetben egy-egy kudarc után önmagukat hibáztatják, hosszan ruminálva a történeteken, ami tovább fokozza a megélt stresszt. Például az önelfogadással kapcsolatos, vezetett meditációk olyan más nézőpont kialakítását célozzák meg, amelyben a saját negatív érzések elfogadása, feldolgozása központi jelentőségű, a saját maga destruktív hibáztatásával szemben [34]. Emellett számos más módszer használható a rugalmas érzelmszabályozás kialakítására (Bálint-csoportok, autogén tréning, progresszív relaxáció, „mindfulness” technikák, hálagyakorlatok stb.) [3]. Ezek közül több beiktatható egy-egy műszak után, vagy online meghallgatható, végezhető.

A már aktívan dolgozó orvosok körében a szupervízió elősegíti a belső maladaptív körök felismerését és azok megtörését azáltal, hogy egy külső nézőpontból segít rá látni az adott megterhelő életeseményre. Jovanović és mtsai 2016-ban pszichiátriai rezidensek körében végzett kutatásának eredményei azt mutatják, hogy a rezidensek kiégése szoros összefüggést mutat a szupervízió hiányával, alátámasztva azt a tényt, hogy az orvosok munkája során nagy jelentőséggel bír a szupervízió jelenléte [35].

A járványhelyzetben a fokozott stresszel járó helyzetekkel való megküzdés, az egészségügyi munka során tapasztalt krízisek, traumák kezelése, feldolgozása érdekében még kiemeltebb fontosságú a konkrét módszerek, technikák ismerete, mint például a viselkedésaktiváció, a tudatosjelenlét-gyakorlatok, a hála és az önegyüttérzés gyakorlása, illetve az átkeretezés alkalmazása [3].

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: Absztrakt: G. Z. Bevezetés, empirikus rész, Megbeszélés, Következtetés : F. E., G. Z. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Az etikai engedély száma: 2019/237.

Irodalom

- [1] Weinberg A, Creed F. Stress and psychiatric disorder in health-care professionals and hospital staff. *Lancet* 2000; 355: 533–537.
- [2] Túry F, Szényei G. The psychological impact of the pandemic. In: Antal E, Pilling R. (eds.) The lifestyle of the Hungarian population in an epidemic situation: nutrition, exercise and psyche. [Túry F, Szényei G. A pandémia pszichológiai hatásai. In: Antal E, Pilling R. (szerk.) A magyar lakosság életmódja járványhelyzet idején: táplálkozás, testmozgás és lélek.] Táplálkozás, Életmód és Testmozgás Platform Egyesület, Budapest, 2020; pp. 52–53. [Hungarian]
- [3] Perczel-Forintos D. Look for the good, not the bad – coping with the pandemic. The psychological effects of COVID-19. [A jót keresd, ne a rosszat – megküzdés járvány idején. A COVID-19 pszichés hatásai.] *Orvostudományok* 2020; 95: 562–569. [Hungarian]
- [4] Frellick M. Nurse burnout has soared during pandemic, survey shows. *Medscape*, 2020.
- [5] Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire: psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *Eur J Psychol Assess.* 2007; 23: 141–149.
- [6] Miklósi M, Martos T, Kocsis-Bogár K, et al. Psychometric characteristics of the Hungarian version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. [A Kognitív Érzelem-Reguláció Kérdőív magyar változatának pszichometriai jellemzői.] *Psychiatr Hung.* 2011; 26: 102–111. [Hungarian]
- [7] Miklósi M, Martos T, Szabó M, et al. Cognitive emotion regulation and stress: a multiple mediation approach. *Transl Neurosci.* 2014; 5: 64–71.
- [8] Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions: a social psychological analysis. In: Sanders GS, Suls J. (eds.) *Social psychology of health and illness*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ, 1982; pp. 227–251.
- [9] 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.] *Mentálhig Pszichoszomat.* 2002; 13: 127–143. [Hungarian]
- [10] Mészáros V. Correlates of burnout and ways to prevent it. Doctoral (PhD) dissertation. [Kiégés az egészségügyben – A kiégés korrelátumai, valamint megelőzésének lehetőségei. Doktori (PhD) disszertáció.] Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Pszichológiatudomány Doktori Iskola, Budapest, 2013. [Hungarian]
- [11] Ádám Sz, Györfy Zs, Csoboth Cs. Burnout syndrome in the medical profession. [Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban.] *Hippocrates* 2006; 8: 113–117. [Hungarian]
- [12] Freudenberg HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159–165.
- [13] Fülöp E. The burnout of healers from the point of view of empathy and emotional regulation. Doctoral (PhD) dissertation. [A gyógyítók kiégése az empátia és az érzelmszabályozás tükrében. Doktori (PhD) értekezés.] Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Doktori Iskola, Elméleti Pszichoanalízis Program, Pécs, 2016. [Hungarian]
- [14] Hésser G. Why? – Systems thinking and pastoral care practice. *Studies in pastoral psychology.* [Miért? – Rendszerszemlélet és lelkipásztori gyakorlat. Pasztorálpaszichológiai tanulmányok.] Kálvin János Kiadó, Budapest, 1996; pp. 79–99. [Hungarian]
- [15] Riskó Á. The body, soul and the tumor. Introduction to oncopathology. [A test, a lélek és a daganat. Bevezetés az onkopatológiába.] Animula Kiadó, Budapest, 1999. [Hungarian]
- [16] Tandari-Kovács M. Emotional distress and mental health among healthcare workers. Doctoral (PhD) dissertation. [Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében. Doktori (PhD) értekezés.] Semmelweis Egyetem, Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [17] Burke RJ, Greenglass ER. Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychol Health* 2001; 16: 583–594.
- [18] Vladár A. Examining burnout as a function of job satisfaction, organizational commitment and motivation among physicians. [A kiégés vizsgálata a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció függvényében orvosok körében.] *Különleges Bánásmód* 2016; 2: 15–29. [Hungarian]
- [19] Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, et al. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control.* 2012; 40: 486–490.
- [20] Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002; 136: 358–367.
- [21] Prins JT, van der Heijden FM, Hoekstra-Weebers JE, et al. Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol Health Med.* 2009; 14 (6): 654–666.
- [22] Csehák A, Papp A. Burnout as a real danger. [A kiégés, mint valós veszély.] *Acta Sana* 2006; 1: 12–18. [Hungarian]
- [23] Györfy Zs, Girasek E. Burnout among Hungarian physicians. Who are the most at risk? [Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek?] *Orv Hetil.* 2015; 156: 564–570. [Hungarian]
- [24] Kane L. *Medscape. National physician burnout & suicide report 2020: the generational divide.* Medscape, 2020.

- [25] West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016; 388: 2272–2281.
- [26] Györfly Zs. Burnout and resilience among Hungarian physicians. [Kiegés és reziliencia (rugalmas ellenállás) a magyarországi orvosok körében.] *Orv Hetil.* 2018; 160: 112–119. [Hungarian]
- [27] Ádám Sz, Torzsa P, Györfly Zs, et al. Frequent occurrence of level burnout among general practitioners and residents. [Gyakori a magas fokú kiegés a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében.] *Orv Hetil.* 2009; 150: 317–323. [Hungarian]
- [28] Bamonti P, Conti E, Cavanagh C, et al. Coping, cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: a preliminary study. *J Appl Gerontol.* 2019; 38: 92–111.
- [29] Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven PH. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Indiv Differ.* 2001; 30: 1311–1327.
- [30] Kraaij V, Garnefski N, Van Gerwen L. Cognitive coping and anxiety symptoms among people who seek help for fear of flying. *Aviat Space Envir Med.* 2003; 74: 273–277.
- [31] Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *J Anxiety Disord.* 2010; 24: 318–325.
- [32] Schwabe L, Wolf OT. Stress and multiple memory systems: from 'thinking' to 'doing'. *Trends Cogn Sci.* 2013; 17: 60–68.
- [33] Soares JM, Sampaio A, Ferreira LM, et al. Stress-induced changes in human decision-making are reversible. *Transl Psychiatry* 2012; 2: e131.
- [34] Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Soc Personal Psychol Compass.* 2011; 5/1: 1–12.
- [35] Jovanović N, Podlesek A, Volpe U, et al. Burnout syndrome among psychiatric trainees in 22 countries: risk increased by long working hours, lack of supervision, and psychiatry not being first career choice. *Eur Psychiatry* 2016; 32: 34–41.

(Fülöp Emőke dr.,
Budapest, Izabella u. 46.; 1064
e-mail: fulop.emoke@ppk.elte.hu)

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS

Pálosvörösmart Községi Önkormányzat pályázatot hirdet vegyes háziorvosi feladatok ellátására

Pálosvörösmart községben, vegyes háziorvosi körzetben, vállalkozási formában, határozatlan időre szóló feladatellátási szerződés keretében heti 40 órában, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő által kötött szerződés szerinti közvetlen finanszírozással, vagy önkormányzati finanszírozás mellett, a Pálosvörösmart, Rákóczi u. 106. szám alatti háziorvosi rendelő és a rendelő tárgyi eszközeinek térítésmentes használatával.

Pályázati feltételek:

- 4/2000. (II. 25.) EüM rendeletben meghatározott képesítés,
- 18/2000. (II. 25.) Korm. rendeletben előírt egyéb feltételek megléte,
- részletes szakmai önéletrajz,
- végzettséget igazoló okmányok másolata,
- OONYI kártya másolata,
- érvényes MOK tagsági kártya megléte,
- 3 hónapnál nem régebbi erkölcsi bizonyítvány,
- hozzájárulás a pályázati anyag elbírálásában résztvevők betekintési jogához.

A pályázat benyújtásának határideje: az Orvosi Hetilapban történő felhívás megjelenésétől számított 30 nap.

A pályázat elbírálásának határideje:

A benyújtási határidőt követő soron következő Képviselő-testületi ülés.

A pályázat benyújtásának módja:

- személyesen vagy postai úton Pálosvörösmart Községi Önkormányzat, Bodócs Attila polgármester részére (3261 Pálosvörösmart, Rákóczi u. 116.) történő átadásával/megküldésével,
- a kizárólag elektronikus úton történő jelentkezés érvénytelennek minősül.

A pályázatban be kell mutatni a feladatellátás vállalt formáját, annak személyi és finanszírozási feltételeit, a pályázó feladatellátásra irányuló egyéb igényeit.

A feladat ellátásának időpontja:

A feladat a Képviselő-testület döntését követő megegyezés szerint, de legkorábban 2022. március 1-től látható el.

További felvilágosítás kérhető:

Bodócs Attila polgármestertől (tel.: 37/560-072 e-mail: polgarmester@palosvorosmart.t-online.h), Gyöngyösi Közös Önkormányzati Hivatal Közigazgatási és Intézményirányítási Igazgatóság: dr. Horváth Gábor igazgatótól a 06-37/510-329 telefonon vagy személyesen előzetes időpont egyeztetést követően.