

Orvosok kiégettségének összefüggése az egészséggel, életérzéssel, alvaskörülményekkel

Németh Anikó Dr.

Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport, Szeged

Bevezetés: A kiégés gyakran előforduló jelenség az egészségügyi dolgozók, így az orvosok körében is. **Célkitűzés:** A kiégés esetleges összefüggésének feltárása az egészséggel, pszichoszomatikus tünetekkel, életérzéssel, alvaskörülményekkel. **Módszer:** Kvantitatív keresztmetszeti vizsgálat online kérdőívvel 186 orvos részvételével. A kiégés mérésére Pines és Aronson 21 tételből álló kérdéssorozatát alkalmazta a szerző. Az adatok típusainak megfelelően χ^2 -próbát, független kétmintás T- és Mann-Whitney-tesztet, korrelációanalízist végzett a szerző. A kiégés stresszora-inak vizsgálata lineárisregresszió-analízissel történt. **Eredmények:** A kiégés mértéke negatívan korrelált az életkorral ($p = 0,040$; $r = -0,151$), az egészségügyben eltöltött évek számával ($p = 0,027$; $r = -0,162$), a pozitív jólléttel ($p < 0,001$, $r = -0,670$), és pozitívan korrelált a negatív jólléttel ($p < 0,001$; $r = 0,585$), az élettel való elégedettséggel ($p < 0,001$; $r = -0,532$). A burnout által érintettek rosszabbnak ítélték meg egészségi állapotukat ($p < 0,001$), gyakrabban jelentkeztek pszichoszomatikus tünetek ($p < 0,001$), daganatos ($p = 0,007$), allergiás ($p = 0,030$), pszichiátriai ($p = 0,025$) megbetegedések és alvászavar. **Következtetések:** A kiégés a válaszadó orvosok egyharmadát érinti; a magasabb életkor és a több gyermek protektív tényezőnek bizonyult. Orv. Hetil., 2016, 157(16), 623–630.

Kulcsszavak: orvosok, kiégés, egészség, pszichoszomatikus tünetek, jóllét

Burnout among doctors and its correlations with health, life satisfaction and sleep

Introduction: Burnout is common among health care providers and doctors. **Aim:** The correlations between burnout and health, psychosomatic symptoms, life satisfaction and sleep were investigated. **Method:** An online quantitative cross-sectional questionnaire was administered to 186 doctors. Burnout was assessed by the means of the 21-item questionnaire of Pines and Aronson (1981). Data were analysed with chi-square probe, Mann-Whitney test, correlational analysis and linear regression. **Results:** Level of burnout correlated negatively with age ($p = 0.040$; $r = -0.151$), years spent in the health care system ($p = 0.027$; $r = -0.162$) and positive well-being ($p < 0.001$, $r = -0.670$), while there was a negative correlation with negative well-being ($p < 0.001$; $r = 0.585$) and life satisfaction ($p < 0.001$; $r = -0.532$). Doctors with burnout reported worse health ($p < 0.001$), more frequent psychosomatic symptoms ($p < 0.001$), tumours ($p = 0.007$), allergies ($p = 0.030$), psychiatric disorders ($p = 0.025$) and sleep disturbances. **Conclusions:** One-third of the doctors were affected by burnout in the present study. Higher age and having more children served as a protective factor.

Keywords: physicians, burnout, health, psychosomatic disorders, well-being

Németh, A. [Burnout among doctors and its correlations with health, life satisfaction and sleep]. Orv. Hetil., 2016, 157(16), 623–630.

(Beérkezett: 2016. február 2.; elfogadva: 2016. február 25.)

A kiégés jelenségét egészségügyi dolgozók körében *Herbert Freudenberger* írta le 1974-ben [1]. Krónikus érzelmi megterhelés, stressz hatására fellépő érzelmi, fizikai, mentális kimerülés, amelyre jellemző a reménytelenség,

céltalanság. Az orvosi hivatásban gyakori jelenség a stressz, amely hozzájárulhat pszichés és szomatikus betegségek kialakulásához [2]. Egy Ausztriában végzett felmérés szerint minden harmadik orvost érint a kiégés

valamilyen foka [3]. *Shanafelt és mtsai* megállapították, hogy az orvosok 30–65%-a kiégett, amely erősen függ a szakterületről. A sürgősségi ellátásban és a belgyógyászatban dolgozók a leginkább érintettek [4], a nemek megoszlását tekintve pedig kifejezetten a nők veszélyeztetettek [5]. A burnout szoros összefüggést mutat az egészség rossz megítélésével [6], a munkahelyen megélt stresszel [7], megnöveli a munkahely elhagyásának esélyét [8], rontja a betegekkel való kapcsolat minőségét [9].

Több hazai kutatás is vizsgálta már az orvosok kiégését, valamint szomatikus egészségét. *Ádám és mtsai* reprezentatív felmérésükben azt találták, hogy a kiégés 40 év alatti és házasságban élő orvosok körében gyakoribb, valamint szoros összefüggést mutat a szubjektív egészségi állapot rossz megítélésével, az allergiás, izom- és csontrendszeri betegségek, valamint a pánikbetegség és alvászavar kialakulásával [10]. Ugyancsak ők számoltak be a magyar családorvosok magas pszichés morbiditásáról [11]. *Győrffy és Girasek* szintén a fiatalabb orvosok körében tapasztalta leginkább a burnout jelenségét, valamint a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók körében. A saját gyermekek védő tényező szerepét is bizonyították [12]. *Papp és Túry* pályakezdő orvosok körében magas prevalenciájú kiégést mutattak ki [13]. Orvosok esetében a kiégés egyik következménye lehet, hogy kevesebbszer keresik fel betegeiket a betegágyánál [14], romlik a betegellátás minősége [15], valamint gyakoribbá válnak a műhibák [16].

Az orvosok kiégését vizsgáló hazai kutatások a Maslach Burnout Inventoryt alkalmazták, amely a kiégést három dimenzióban (emocionális kimerülés, cinizmus, teljesítménycsökkenés) méri [17]. Ezt a mérőeszközt akkor alkalmazzák inkább, amikor az egyes komponensek önmagukban történő vizsgálata is fontos [18]. A kiégés mértékének, előfordulási gyakoriságának vizsgálatára alkalmazható *Pines és Aronson* 21 tételből álló kérdéssorozata [19], amelyet eddig Magyarországon még nem alkalmaztak orvosokkal kapcsolatos felmérésekben, de egészségügyi szakdolgozók, ápolók vizsgálatában már többször mérőeszközök részét képezte [20–24]. Vizsgálatom célja volt feltárni az orvosok kiégtségének mértékét *Pines és Aronson* [19] kérdéssorozata alapján, és megvizsgálni annak esetleges összefüggését az egészséggel, pszichoszomatikus tünetekkel, életérzéssel, alváskörülményekkel.

Módszer

A kvantitatív keresztmetszeti vizsgálat 2015. október–december hónapokban történt egy saját szerkesztésű online kérdőívvel, amely az egészségi állapotra, gyógyszer-szedési szokásokra, káros szenvedélyekre vonatkozó kérdéseken túl tartalmazta a kiégés [19], az egészségi állapot szubjektív megítélésére szolgáló skálát [25], a kortársakhoz viszonyított egészség értékelésére szolgáló skálát [26], a pszichoszomatikus tüneti skálát [27], a jólétet [28] és az élettel való elégedettséget [29] vizsgáló kérdéseket is. A mérőeszközt több, orvosokat tömő-

rító közösségi oldalon, e-mailen keresztül, valamint a WebDoki hírlevelének és a Magyar Orvosok Szövetségének segítségével terjesztettem. A 193 beérkezett válaszból 186 bizonyult értékelhetőnek. Hét válaszadó kizárása történt nem orvosi végzettség, illetve dupla válaszadás miatt.

Az adatelemzést IBM SPSS 22.0 for Windows statisztikai programmal, χ^2 -próbával (nominális adatoknál), független kétmintás T-tesztel (F-próbával), korrelációanalízissel (intervallumskálán mért adatok esetén) és Mann–Whitney-tesztel (ordinális változók esetén) végeztem. A kiégés stresszorainak vizsgálatára lineáris regresszió-analízist alkalmaztam. A szignifikancia kritériumhatára $p < 0,05$.

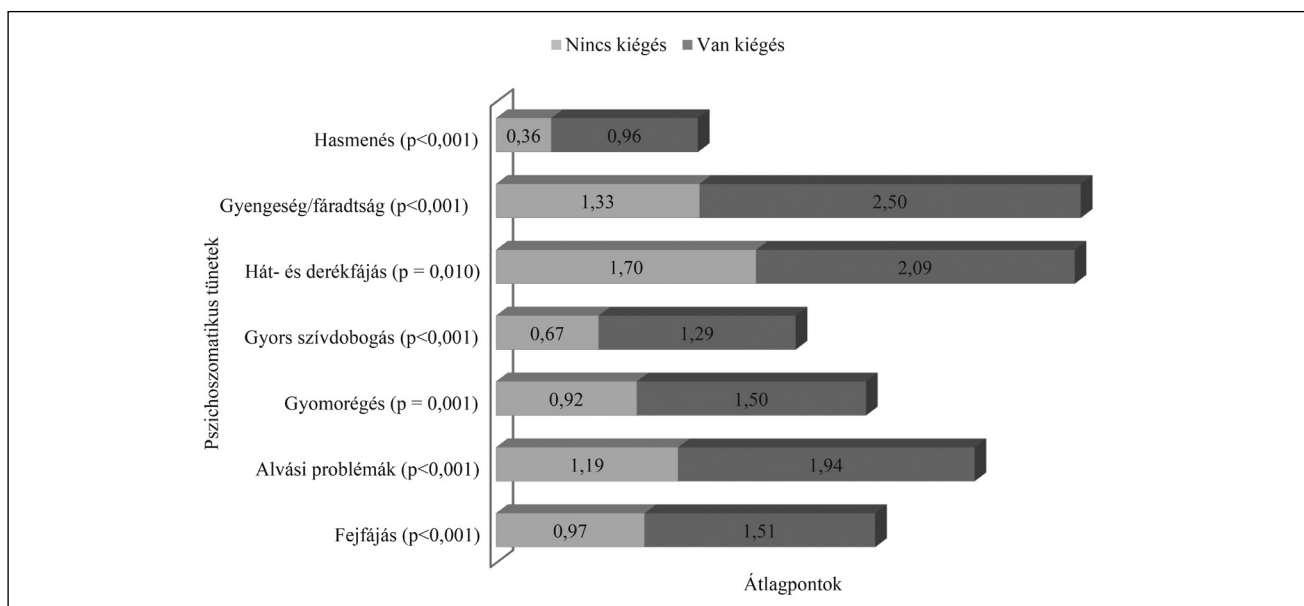
Eredmények

A válaszadó 186 fő 66,7%-a nő, 33,3%-a férfi, átlagéletkoruk 51,14 év (medián = 53; SD = 12,93; minimum = 25; maximum = 82). Vas megye kivételével mindenhol érkeztek válaszok. A Pest megyeiek teszik ki a válaszadók 27,4%-át, a Csongrád megyeiek 21%-át, a többi megyéből 1,1–8,6% a válaszadók megoszlása, illetve négy külföldön élő orvos is kitöltötte a kérdőívet. A fogorvosok száma (7 fő) elenyésző a mintában. A családi állapotot tekintve 62,4% házasságban, 13,4% egyedülálló, 9,1% él kapcsolatban, 7,5% elvált, 4,8% élettársi kapcsolatban él, 2,7% özvegy. Az egészségügyben átlag 26,63 éve dolgoznak (medián = 29; SD = 13,43; minimum = 1 hónap; maximum = 57 év).

A burnout vizsgálatára szolgáló 21 kérdést [19] 1–7-ig lehetett pontozni (1 = soha, 2 = egyszer vagy kétszer, 3 = ritkán, 4 = néha, 5 = gyakran, 6 = általában, 7 = mindig), a skála megbízható (Cronbach- α = 0,902). A kiégés mértékét egy képlet segítségével kellett meghatározni, majd az így kapott átlagpontszám alapján csoportosítani a válaszadókat az alábbi négy csoportba: „örökös eufória” (1,9 pont alatt; a válaszadók 25,3%-a), „jól csinálja” (2–2,9 pont; a válaszadók 37,1%-a), „változtatás szükséges” (3–3,9 pont; a válaszadók 14,5%-a), „kezelés szükséges” (4 pont felett; a válaszadók 23,1%-a). A „változtatás szükséges” csoportba tartozók esetében már jelentkeznek a kiégés tünetei, a „kezelés szükséges” csoport tagjai már kiégetteknek tekinthetők.

A kiégés átlagpontszámának összefüggését különböző folytonos változókkal, korrelációanalízissel vizsgáltam. A korrelációs mátrix eredménye alapján megállapítható, hogy a kiégés mértéke negatívan korrelál az életkorral ($p = 0,040$; $r = -0,151$) és az egészségügyben eltöltött évek számával ($p = 0,027$; $r = -0,162$).

A burnout négy kategóriáját dichotomizáltam: a „nincs kiégés” csoportba soroltam az „örökös eufória” és a „jól csinálja” csoportba tartozókat (116 fő; 62,4%); a „kiégettek” csoportjába pedig a másik két csoportba sorolt válaszadókat, ők valamilyen mértékben már érintettek a kiégés által (70 fő; 37,6%). A továbbiakban ezen



1. ábra | A pszichoszomatikus tünetek átlagpontjainak összehasonlítása (N = 186)

két csoport összehasonlításából származó eredményeket mutatom be.

A szociodemográfiai adatok közül egyedül a gyermekszám különbözik jelentős mértékben ($p = 0,003$; $t = 2,970$) a két csoport között. A „nincs kiégés” csoport tagjainak átlag 1,84 gyermekük van ($SD = 1,184$; minimum = 0; maximum = 5), míg a másik csoport tagjainak 1,33 ($SD = 1,086$; minimum = 0; maximum = 4).

A „nincs kiégés” csoport 48,3%-a dolgozik az alapellátásban, 25,9%-a a járóbeteg-ellátásban, 25,8%-a a fekvőbeteg-ellátásban. A másik csoport tagjai esetében az arányok a következők (alap-járó-fekvő): 31,4%-17,1%-51,4%. A különbség jelentős ($p = 0,002$). A munkahelyi stressz szubjektív megítélésére a következő kérdést alkalmaztam: „Mennyire ítéli stresszesnek a mindennapi munkáját?” (1 = egyáltalán nem; 4 = teljes mértékben). A kiégés által érintettek csoportjába tartozók szignifikánsan ($p < 0,001$; $U = 2528$) stresszesebbnek ítélik meg mindennapi munkájukat, mint a másik csoport válaszadói. A többi munkahelyi tényező nem mutatott jelentős különbséget a két csoport között.

Egészség vizsgálata

Az egészség szubjektív önértékelését egy ötfokozatú Likert-skálával mértem (1 = nagyon rossz, 2 = rossz, 3 = elfogadható, 4 = jó; 5 = kiváló) [25]. A kiégettek és a nem kiégettek csoportja között szignifikáns különbség ($p < 0,001$; $U = 2133$) mutatkozott ebben a paraméterben. A kiégettek csoportjába tartozók átlag 3,01-ra ($SD = 0,732$), a nem kiégettek 3,69-ra ($SD = 0,703$) értékelték saját egészségi állapotukat.

A saját kortársakhoz viszonyított egészséget a következő kérdéssel vizsgáltam: „Saját kortársaihoz hasonlítva

hogyan minősíti saját egészségi állapotát?” (1 = sokkal rosszabb, 2 = rosszabb, 3 = ugyanolyan, 4 = jobb, 5 = sokkal jobb) [26]. A két csoport között jelentős különbség ($p < 0,001$; $U = 2405$) mutatkozott ennek a kérdésnek a megítélésében is. A kiéeggel küzdők átlag 2,97-ra ($SD = 0,900$), a kiégés által nem érintettek 3,64-ra ($SD = 0,739$) értékelték saját egészségüket a kortársaikhoz viszonyítva.

A pszichoszomatikus tünetek megjelenését egy hét kérdésből álló, 4 fokú Likert-skálával mértem (0 = soha, 1 = ritkán, 2 = időnként, 3 = gyakran) [27]; összesen 21 pontot lehetett elérni. Magasabb pontszám rosszabb pszichoszomatikus állapotot jelent. A „nincs kiégés” csoportba tartozók átlag 7,14 ($SD = 3,265$), a „van kiégés” csoportba tartozók 11,79 ($SD = 3,671$) pontot értek el ezen a skálán, a különbség szignifikáns ($p < 0,001$; $t = -8,972$). Mindegyik vizsgált pszichoszomatikus tünet szignifikánsan gyakrabban fordul elő a kiégettek csoportjában (1. ábra). Leggyakrabban hát- és derékfájás, gyengeség és fáradtság, valamint alvási problémák fordulnak elő pszichoszomatikus tünetként a megkérdezettek körében. Ez a három tünet a kiégettől szenvedők több mint 40%-át érinti (1. táblázat). A vizsgált minta esetében megállapítható, hogy a kiégés és a pszichoszomatikus tünetek között pozitív irányú erős korrelációs kapcsolat áll fenn ($p < 0,001$; $r = 0,650$), vagyis minél kiégettebb valaki, annál gyakrabban jelentkezik pszichoszomatikus tünet.

A krónikus betegségeket vizsgálva elmondható, hogy a kiégés által nem érintettek 65,5%-ának, a kiégés által érintettek 74,3%-ának van legalább egy szervrendszert érintő krónikus megbetegedése, a különbség a két csoport között nem szignifikáns ($p = 0,211$). Az első csoport válaszadói átlag 1,03 ($SD = 0,959$), a kiégés által érintettek 1,53 ($SD = 1,452$) krónikus megbetegedést

1. táblázat | A pszichoszomatikus tünetek gyakoriságának megoszlása a válaszadók körében (N = 186)

Pszichoszomatikus tünet	Csoportok	Előfordulás gyakorisága			
		Soha	Ritkán	Időnként	Gyakran
Fejfájás	Nincs kiégés	27,6%	53,4%	13,8%	5,2%
	Van kiégés	7,1%	48,6%	30,0%	14,3%
Alvási problémák	Nincs kiégés	31,0%	31,9%	24,1%	12,9%
	Van kiégés	11,4%	24,3%	22,9%	41,4%
Gyomorégés	Nincs kiégés	42,2%	31,9%	17,2%	8,6%
	Van kiégés	24,3%	30,0%	17,1%	28,6%
Gyors szívdobogás	Nincs kiégés	50,9%	31,9%	16,4%	0,9%
	Van kiégés	27,1%	32,9%	24,3%	15,7%
Hát- és derékfájás	Nincs kiégés	12,1%	31,9%	30,2%	25,9%
	Van kiégés	10,0%	11,4%	38,6%	40,0%
Gyengeség és fáradtság	Nincs kiégés	16,4%	43,1%	31,9%	8,6%
	Van kiégés	0,0%	11,4%	27,1%	61,4%
Hasmenés	Nincs kiégés	68,1%	28,4%	2,6%	0,9%
	Van kiégés	44,3%	27,1%	17,1%	11,4%

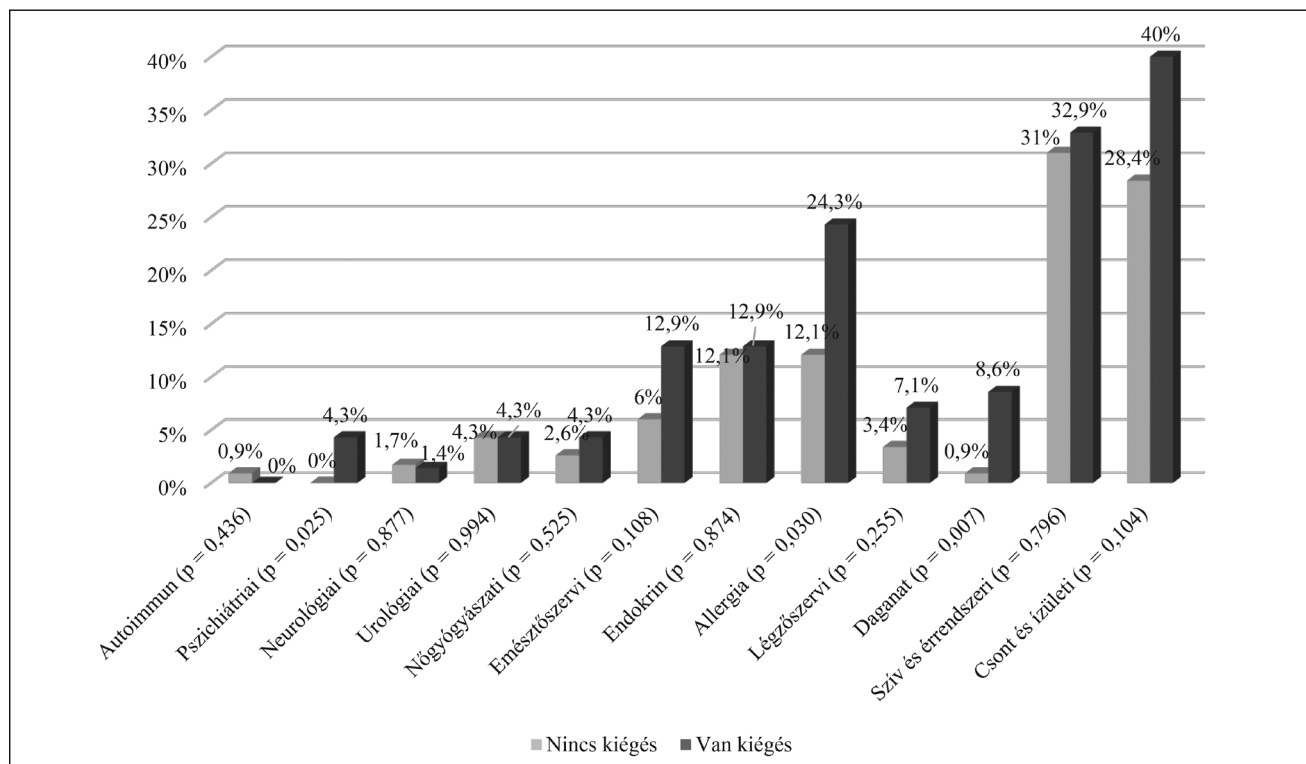
soroltak fel, a különbség szignifikáns ($p = 0,013$; $t = -2,533$). A pszichiátriai, allergiás és daganatos megbetegedések aránya szignifikánsan magasabb a kiégettek csoportjában (2. ábra).

Az orvoshoz fordulás gyakoriságát az alábbi kérdéssel vizsgáltam: „Betegség esetén hányszor volt orvosnál az el-

múlt 12 hónapban?” A „nincs kiégés” csoportba tartozók átlag 1,01-szor ($SD = 2,006$; minimum = 0, maximum = 15), a másik csoportba tartozók 1,7-szer ($SD = 3,061$; minimum = 0; maximum = 12) kerestek fel orvost. A különbség a két csoport között nem jelentős ($p = 0,095$; $t = -1,684$). A táppénzes napok számát tekintve az első csoport válaszadói átlag 1,03 napot ($SD = 5,009$), a „van kiégés” csoport tagjai 3,53 napot ($SD = 11,823$) voltak táppénzen a kérdőív kitöltését megelőző egy évben. A különbség nem szignifikáns ($p = 0,096$; $t = -1,682$).

Külön kérdésben rátértem az altató- és nyugtatószedésre is. Mindkét gyógyszer szedésének gyakoriságában szignifikáns különbség van a két csoport között. Az altatót ($p = 0,032$) és a nyugtatót ($p = 0,002$) is jelentősen gyakrabban szedik azok a válaszadók, akiknél már jelentkezik a kiégés (2. táblázat).

A napi kávéfogyasztás gyakorisága nem különbözik jelentős mértékben a két csoportban ($p = 0,648$). A válaszadók összességét nézve 17,2% soha nem fogyaszt kávé, 28,5% naponta egyszer, 33,3% naponta kétszer, 21% naponta többször fogyasztja. A dohányzás mértékében sem mutatkozott szignifikáns különbség a kiégettől nem szenvedők és az azáltal érintettek csoportja között ($p = 0,921$). A válaszadók egészét nézve 62,9% soha nem is dohányzott, 20,4% korábban dohányzott, de már leszokott, 7% (13 fő) dohányzik alkalmanként, 9,7% (18 fő) pedig rendszeresen. A 31 fő dohányos 41,9%-a 5 szál cigarettánál kevesebbet szív naponta, 12,9% 5–10 szál, 29% 11–19 szál, 16,1% egy doboznál többet.



2. ábra | A krónikus betegségek megoszlása a válaszadók körében (N = 186)

2. táblázat | Az altató- és nyugtatószedés megoszlása (N = 186)

Szedés gyakorisága	Gyógyszer típusa	Nincs kiégés	Van kiégés
Nem	Altató	90,5%	77,1%
	Nyugtató	88,8%	68,6%
Alkalmanként	Altató	7,8%	15,7%
	Nyugtató	9,5%	22,9%
Rendszeresen	Altató	1,7%	7,2%
	Nyugtató	1,7%	8,5%

Az alkoholfogyasztás gyakoriságát elemezve szintén nem sikerült szignifikáns különbséget kimutatni a két csoport válaszai között ($p = 0,862$). A válaszadók egészét nézve 1,6% fogyaszt naponta többször alkoholt, 9,7% naponta egyszer, 18,3% hetente 1–2-szer, 25,3% havonta párszor, 28% ritkábban, mint havonta, 17,2% pedig soha.

Életérzés vizsgálata

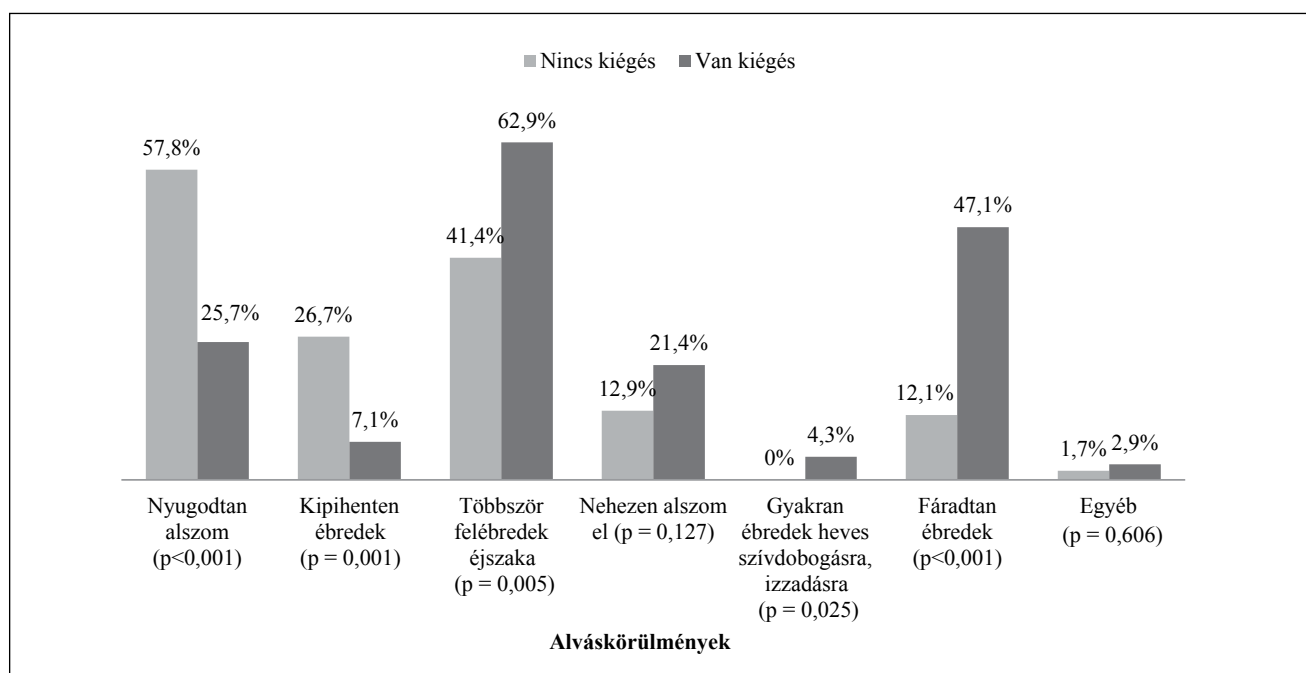
A jóllétet egy hét kérdésből álló, háromfokú Likert-skálával mértem (1 = soha, 2 = ritkán, 3 = gyakran) [28]. Négy kérdés vizsgálta a pozitív jóllétet, három a negatívát. A pozitív jólléti skálán magasabb pontszám jobb állapotot, míg a negatív jólléti skálán magasabb pontszám rosszabb állapotot jelent. A pozitív jólléti skálán a „nincs kiégés” csoportba tartozók átlag 10,88 (SD = 1,326) pontot, a másik csoportba tartozók 8,69 (SD = 1,9) pontot értek el. A különbség szignifikáns ($p < 0,001$; $t = 8,491$). A negatív jólléti skálán az első csoport tagjai átlag 4,72 (SD = 1,193) pontot, a „van kiégés” csoport

tagjai 6,27 (SD = 1,25) pontot értek el. A különbség itt is szignifikáns ($p < 0,001$; $t = -8,464$). A megkérdezett orvosokról elmondható, hogy esetükben a kiégés és a pozitív jóllét között erős, negatív irányú ($p < 0,001$; $r = -0,670$), a kiégés és a negatív jóllét között erős, pozitív irányú ($p < 0,001$; $r = 0,585$) korrelációs kapcsolat mutatható ki. Vagyis minél kiégettebb egy válaszadó, pozitív jóllétének mértéke annál alacsonyabb, negatív jóllétének mértéke pedig annál magasabb.

Az étellel való elégedettséget egy öt kérdésből álló, hétfokozatú Likert-skálával mértem (1 = egyáltalán nem, 7 = teljes mértékben ért egyet az állítással) [29]. Maximum 35 pontot lehetett elérni. (A magasabb pontszám az étellel való nagyobb elégedettséget jelzi.) A „nincs kiégés” csoport tagjai átlag 25,03 (SD = 5,957) pontot, a „van kiégés” csoportba tartozók 18 (SD = 6,852) pontot értek el ezen a skálán. A különbség a két csoport között jelentős ($p < 0,001$; $t = 7,359$), vagyis a kiégés által érintettek étellel való elégedettsége szignifikánsan alacsonyabb, mint a kiégés által nem érintetteké. A kiégés és az étellel való elégedettség között erős, negatív irányú korrelációs kapcsolatot találtam ($p < 0,001$; $r = -0,532$), vagyis minél kiégettebb valaki, étellel való elégedettsége annál alacsonyabb.

Alváskörülmények vizsgálata

A napi alvásmennyiség tekintetében nincs szignifikáns különbség a „nincs kiégés” és a „van kiégés” csoport között ($p = 0,681$). A válaszadók összességét nézve 15,1% alszik naponta 8 órát vagy annál többet; 81,7% 5–7 órát; 3,2% négy vagy annál kevesebb órát. Az alvás szubjektív értékelését a következő kérdéssel vizsgáltam: „Milyennek



3. ábra | Az alváskörülmények összehasonlítása (N = 186)

3. táblázat | A kiégés stresszorai a vizsgált orvosok körében (N = 186)

Függő változó	Magyarázó változó	Standardizált β	95%-os konfidenciaintervallum		t	R ²	Korrigált R ²	p
Kiégés	Életkor	-0,151	-0,028	-0,001	-2,068	0,023	0,017	0,040
	Egészségügyben eltöltött évek	-0,162	-0,028	-0,002	-2,234	0,026	0,021	0,027
	Gyermekszám	-0,254	-0,419	-0,120	-3,556	0,064	0,059	<0,001
	Havi túlóra	0,050	-0,003	-0,006	0,677	0,003	-0,003	0,499
	Pszichoszomatikus tüneti skála pontszáma	0,650	0,164	0,231	11,59	0,422	0,419	<0,001
	Táppénzes napok száma	0,169	0,004	0,047	2,324	0,029	0,023	0,021
	Élettel való elégedettség	-0,532	-0,114	-0,071	-8,528	0,283	0,279	<0,001
	Pozitív jóllét	-0,670	-0,512	-0,370	-12,24	0,449	0,446	<0,001
Negatív jóllét	0,585	0,407	0,612	9,773	0,342	0,338	<0,001	

ítéli meg alvását?” (1 = nagyon rossz; 2 = rossz; 3 = jó; 4 = kiváló). Azon csoport tagjai, akiknél nem jelentkeznek a kiégés tünetei, szignifikánsan jobbnak ítélték meg alvásukat ($p = 0,002$; $U = 3052$), mint a kiégés által érintettek.

Az alvaskörülményeket egy hat választási lehetőséget, valamint az egyéb megjelölésének lehetőségét felkínáló kérdéssel kutattam. A „nincs kiégés” csoport tagjaira jelentősen gyakrabban jellemző a nyugodt alvás és a kipihent ébredés; míg a „van kiégés” csoport tagjainál a többszöri felébredés, heves szívdobogás és fáradt ébredés fordul elő szignifikánsan gyakrabban (3. ábra). Egyéb válaszlehetőséget négy fő jelölt meg: CPAP-t használ; felébredés után nehéz visszaalvás; hajnali ébredés; nyugtalan láb szindróma.

Lineárisregresszió-analízissel elemeztem a kiégés stresszorait a felmérésben részt vevő orvosok körében. A kiégésben a havi túlóra mennyisége nem játszik szerepet. A legerősebb magyarázóerővel a pszichoszomatikus tünetek, az élettel való elégedettség, a pozitív és a negatív jóllét rendelkezik. A pszichoszomatikus tünetek a kiégés varianciájának 41,9%-át, az élettel való elégedettség 27,9%-át, a pozitív jóllét 44,6%-át, a negatív jóllét pedig 33,8%-át magyarázza. A kiégéshez az életkor, az egészségügyben eltöltött évek, a gyermekek és a táppénzes napok száma is szignifikánsan hozzájárulnak (3. táblázat).

Megbeszélés

Országos, nem reprezentatív felmérésben az orvosok kiégését kívántam feltárni összefüggésben az egészséggel, pszichoszomatikus tünetekkel, életérzéssel, alvaskörülményekkel. Az eredmények rávilágítottak arra, hogy a vizsgálatban szereplő orvosok 37,6%-át érinti a kiégés, amely eredmény hasonló más hazai, a Maslach Burnout Inventory alkalmazásával készített felmérésekhez

[10, 11], illetve az osztrák [3] és amerikai [4] eredményekhez. Leginkább a fiatalabb, pályája elején lévő korosztályt érinti ez a jelenség, és a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók körében fordul elő gyakrabban. A fiatal orvosok kiégettségét több kutatás is bizonyította már [10, 12, 13], illetve a fekvőbeteg-ellátásban végzett munka szintén oki tényezőként szerepelt [12]. Több gyermek a kiégés protektív tényezőjének bizonyult a megkérdezettek körében, hasonlóan, mint Györffy és Girasek kutatásában [12]. A fiatalabb orvosok kiégettsége ezzel is magyarázható, mivel ők még életkorukból adódóan kevesebb gyermeket nevelnek, így a gyermekek protektív hatása a burnouttal szemben esetükben nem vagy csak alig érvényesül.

Bebizonyosodott a kiégés és a munkahelyi stressz közötti szoros kapcsolat is, alátámasztva ezzel több kutató eredményét [2, 7, 10]. Azok a válaszadók, akiknek kiégettszáma alacsonyabb, jelentősen jobbnak ítélik meg saját egészségüket, és kortársaikhoz hasonlítva is jobbnak értékelik azt, mint a magas kiégettszámmal rendelkezők, akárcsak a korábbi felmérésekben [6, 10].

A kiégés szoros összefüggést mutatott a pszichoszomatikus tünetképzéssel is, mindegyik vizsgált tünet jelentősen gyakrabban fordult elő a kiégés által érintettek csoportjában. Hát- és derékfájás, gyengeség és fáradtság, valamint alvási problémák fordultak elő leggyakrabban pszichoszomatikus tünetként a megkérdezettek körében. A kiégés és a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága közötti összefüggést korábbi felmérésekben is bizonyították már, Papp és Túry kutatásában is a hát- és derékfájás, valamint a fáradtság jelentkezett leggyakoribb pszichoszomatikus tünetként a kiégettséggel összefüggésben [13].

A kiégés mértéke a krónikus betegségek számával is szoros összefüggést mutatott. A pszichiátriai, allergiás és daganatos betegségek jelentősen gyakrabban fordulnak elő a kiégettséggel küzdő válaszadóknál, valamint ők szednek

gyakrabban altatót és nyugtatót is. A burnout megléte a pozitív jóllét érzetét csökkenti, a negatív jóllét érzetét pedig növeli, következményesen az élettel való elégedettség mértéke is jelentősen csökkent, valamint alvással kapcsolatos problémák is gyakrabban jelentkeznek. *Ádám és mtsai* pánikbetegség és allergiás megbetegedések, valamint alvászavar kialakulását hozták összefüggésbe a kiégéssel [10]. Jelen felmérésben az orvoshoz fordulás gyakorisága és a táppénzes napok száma nem függ össze szignifikánsan a kiégés mértékével, az azonban megállapítható, hogy a kiégett válaszadók 3,5-szer annyit voltak táppénzen, mint a kiégés által nem érintett kollégáik. A kávé-, dohány- és alkoholfogyasztás sem függ össze jelen esetben a kiégettség mértékével.

A kiégés prevenciója az egészségügy egyik legnagyobb kihívása, nem csupán az orvosok, hanem minden, egészségügyben dolgozó számára hangsúlyos kérdéssé kell, hogy váljon. A megelőzésre, pszichés állapot javítására több lehetséges megoldás is létezik. *Linzer és mtsai* szerint az orvosok kiégésének megelőzésében több tényező is szerepet játszhat: teammunka, munkakörnyezet feletti magasabb ellenőrzés, részmunkaidős foglalkoztatás [5]. *Pines és Aronson* is a munkahelyi társas támogatást és a pozitív légkörű munkahelyet hangsúlyozza a kiégés prevenciója szempontjából [19]. Léteznek stressztünetek enyhítésére szolgáló módszerek is, amelyek hozzájárulhatnak a kiégés csökkenéséhez (például: viselkedésterápia, meditáció, relaxáció, bio-feed-back-tréning, testmozgás növelése) [30]. Az érzelmi megterhelés csökkentése szempontjából lényeges a „megfelelő távolság beállítása a beteg felé”, vagyis fontos a távolságtartó attitűd és higgadság, amely hozzájárul az objektivitás megőrzéséhez, ugyanakkor az orvos megértő kapcsolatban marad betegével [31].

A hazai egészségügyi dolgozók számára hatékony módszer lehet a kiégés csökkentésében a pozitív pszichológiai módszereken alapuló kiégésmegelőző tréning [12]. Egészségügyi szakdolgozók körében már korábban is zajlottak a kiégés szempontjából javulást hozó beavatkozások [21, 23], amely az orvosok körében is hatékony lehet.

Anyagi támogatás: A kutatás és a közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: A cikk végleges változatát a szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőnek nincsenek érdekltségei.

Köszönetnyilvánítás

Ezúton szeretném köszönetemet kifejezni a WebDoki Hírlevél Szerkesztőségének és a Magyar Orvosok Szövetségének, hogy közreműködtek kérdőívem terjesztésében.

Irodalom

- [1] *Freudenberger, H. J.*: Staff burn-out. *J. Soc. Issues*, 1974, 30(1), 159–165.
- [2] *Fekete, S.*: Risks of helping professions. Helfer syndrome and burnout phenomenon. [Segítő foglalkozások kockázatai. Helferszindróma és burnout jelenség.] *Psychiatr. Hung.*, 1991, 6(1), 17–29. [Hungarian]
- [3] *Fuchs, S., Mesenboll-Strehler, E., Endler, P. C.*: Physician burnout in general practitioners reflections upon prevention and treatment. *Int. J. Communication*, 2011, 2(5), 53–60.
- [4] *Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., et al.*: Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch. Intern. Med.*, 2012, 172(18), 1377–1385.
- [5] *Linzer, M., Levine, R., Meltzer, D., et al.*: 10 bold steps to prevent burnout in general internal medicine. *J. Gen. Intern. Med.*, 2014, 29(1), 18–20.
- [6] *Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., et al.*: Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, 2013, 20(4), 305–313.
- [7] *Tziner, A., Rabenu, E., Radomski, R., et al.*: Work stress and turnover intentions among hospital physicians: The mediating role of burnout and work satisfaction. *J. Work Organ. Psychology*, 2015, 31(3), 207–213.
- [8] *Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., et al.*: How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Serv. Res.*, 2014, 14(1), 325.
- [9] *Sablik, Z., Samborska-Sablik, A., Drożdż, J.*: Universality of physicians' burnout syndrome as a result of experiencing difficulty in relationship with patients. *Arch. Med. Sci.*, 2013, 9(3), 398–403.
- [10] *Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., Csoboth, Cs.*: Burnout syndrome in the medical profession. [Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban.] *Hippocrates*, 2006, 8(2), 113–117. [Hungarian]
- [11] *Ádám, Sz., Torzsa, P., Gyórfy, Zs., et al.*: Frequent occurrence of level burnout among general practitioners and residents. [Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében.] *Orv. Hetil.*, 2009, 150(7), 317–323. [Hungarian]
- [12] *Gyórfy, Zs., Girasek, E.*: Burnout among Hungarian physicians. Who are the most jeopardized? [Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek?] *Orv. Hetil.*, 2015, 156(14), 564–570. [Hungarian]
- [13] *Papp, Sz., Túry, F.*: Future perspectives and health conditions of recently graduated physicians. [A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota.] *LAM*, 2010, 20(6–7), 423–429. [Hungarian]
- [14] *Bognár, T., Kolosai, N., Hegedűs, K., et al.*: 'To hold the hand of the dying!' In-depth interviews with doctors regarding the difficulties during caring for dying people. [„Kellene, aki megfogná a haldokló kezét!” Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldokló gondozás nehézségeiről.] *LAM*, 2001, 11(2), 154–162. [Hungarian]
- [15] *Linzer, M., Manwell, L. B., Williams, E. S., et al.*: Working conditions in primary care: physician reactions and care quality. *Ann. Intern. Med.*, 2009, 151(1), 28–36.
- [16] *Prins, J. T., van der Heijden, F. M., Hoekstra-Weebers, J. E., et al.*: Burnout, engagement and resident physicians' self-reported errors. *Psychol. Health Med.*, 2009, 14(6), 654–666.
- [17] *Maslach, C., Jackson, S. E.*: *Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1986.
- [18] *Kovács, M.*: The phenomenon of burnout in view of the Hungarian and international literature. [A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében.] *LAM*, 2006, 16(11), 981–987. [Hungarian]
- [19] *Pines, A. M., Aronson, E.*: *Burnout: from Tedium to Personal Growth*. The Free Press, New York City, 1981, 17–20.

- [20] *Irinyi, T., Németh, A.*: The impact of unfavourable external factors on the emotional wellbeing of paramedical professionals. Practising nursing in Hungary today is a one-way ticket to mental and physical burnout! [Az egészségügyet ért kedvezőtlen külső hatások következménye a szakdolgozók lelki egészségére. A nővér hivatásának gyakorlása Magyarországon, ma egyenes út a szellemi és fizikai kiegészítéshez!] *Nővér*, 2010, 23(5), 23–31. [Hungarian]
- [21] *Irinyi, T., Németh, A.*: A burnout health assessment and the results of the following interventions. [Egy burnout egészségfelmérés és az azt követő beavatkozás eredményei.] *IME*, 2011, 10(1), 25–28. [Hungarian]
- [22] *Németh, A., Irinyi, T.*: Comparison of somatic and psychological health of health care workers in Csongrád County between the years of 2008 and 2012. [Egészségügyi szakdolgozók testi és lelki egészségének összehasonlítása Csongrád megyében: 2008–2012.] *Nővér*, 2012, 25(4), 28–35. [Hungarian]
- [23] *Németh, A., Bársonyné Kis K., Lantos, K.*: Effects of stress management and recreational training on employees in public health. [Stresskezelő és regenerációs program hatása egészségügyi munkavállalókra.] *IME*, 2015, 14(1), 27–30. [Hungarian]
- [24] *Ofori-Attah, B., Németh, A.*: The effects of night shifts on nurses. [Éjszakai műszak hatásai az ápolókra.] *Nővér*, 2015, 28(4), 3–9. [Hungarian]
- [25] *Kopp, M., Skrabski, Á., Réthelyi, J., et al.*: Self related health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Behav. Med.*, 2004, 30(2), 65–72.
- [26] *Kopp, M., Skrabski, Á.*: Psychological and social background factors of having children in the Hungarian population. [A gyermekvállalás pszichológiai és szociális háttértényezői a magyar népesség körében.] *Demográfia*, 2003, 46(4), 383–395. [Hungarian]
- [27] *Pikó, B., Barabás, K., Boda, K.*: Frequency of common psychosomatic symptoms and its influence on self-perceived health in a Hungarian student population. *Eur. J. Public Health*, 1997, 7(3), 243–247.
- [28] *Bradburn, N. M.*: The structure of Psychological Well-Being. Aldine Publishing, Chicago, 1969.
- [29] *Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., et al.*: The satisfaction with life scale. *J. Pers. Assess.*, 1985, 49(1), 71–75.
- [30] *Regehr, C., Glancy, D., Pitts, A., et al.*: Interventions to reduce the consequences of stress in physicians: a review and meta-analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2014, 202(5), 353–359.
- [31] *Major, J., Ress, K., Hulesch, B., et al.*: Burnout phenomenon in the medical profession. [A kiégés jelensége az orvosi hivatásban.] *LAM*, 2006, 16(4), 367–373. [Hungarian]

(Németh Anikó Dr.,
Szeged, Temesvári krt. 31., 6726
e-mail: nemetha@etszk.u-szeged.hu)

MEGHÍVÓ

A Szent János Kórház és Észak-budai Egyesített Kórházak Tudományos Bizottsága
tisztelttel meghívja az érdeklődőket a következő tudományos ülésére.

Téma: IVF – Új trendek az asszisztált reprodukcióban

Időpont: 2016. április 28. (csütörtök) 14.00 óra

Helyszín: Szent János Kórház Auditórium – 1125 Budapest, Diós árok 1–3.

Üléselnök: *Prof. Dr. Jánosi András*

Program:

<i>Dr. Konc János</i> : Uliprisztál-acetát (Esmya) – Myoma kezelése és az asszisztált reprodukció	15 perc
<i>Prof. Dr. Cseh Sándor</i> (Szent István Egyetem, ÁOK, Szaporodásbiológiai Szülészeti Tanszék): Asszisztált reprodukciós technikák alkalmazása a humán és az állatgyógyászatban	15 perc
<i>Dr. Kanyó Katalin, Kriston Rita, Blahó Krisztina, Dr. Konc János</i> : Preimplantációs genetikai vizsgálatok új lehetőségei	15 perc
<i>Dr. Zeke József, Dr. Stephen G. Somkuti</i> (Abington, USA), <i>Dr. Konc János</i> : Lehetőségek és korlátok az IVF területén napjainkban	15 perc
<i>Dr. Szűcs Zoltán</i> : Ovarium hyperstimulációs szindróma (OHSS) mindennapi gyakorlatunkban	10 perc
<i>Koós Ágnes, Dr. Kopa Zsolt</i> (SE Urológiai Klinika), <i>Dr. Kanyó Katalin</i> : Mikro TESE, laboratóriumi módszerek a spermium kinyerésére hereszövetből – azoospermias eseteknél	8 perc
<i>Dr. Szentiványi Zoltán</i> : Zika-láz és a meddőség kezelésének összefüggései	8 perc

BÜFÉ

Minden érdeklődőt szeretettel várunk!