

# Orvostanhallgatók egészség-magatartása. Mentálhigiénés készségfejlesztés a hazai orvosképzésben

Rosta Eszter dr. ■ Almási Zsuzsanna ■ Karácsony István  
Konkolý Thege Barna dr. ■ Hegedús Katalin dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

A HuMánia Pályaszocializációs Műhely önkéntes kortársoktató csoport, amelynek célja az orvostanhallgatók mentálhigiénés állapotának javítása. *Célkitűzések:* A HuMánia Műhely eredményességének felmérése, a hallgatók társas kapcsolatainak vizsgálata. *Módszer:* A WHO Általános Jólét Index, a Bergen-féle Társas Kapcsolatok Kérdőív, a Lazarus-féle Rövidített Konfliktusmegoldó Kérdőív és a Maslach-féle Kiegyensúlyozási Kérdőív hallgatói változata alapján összehasonlították a 2009-es HuMánia-csoport féléves utánkövetésének eredményeit a kontrollcsoport, valamint a 2010 szeptemberében indult csoport eredményeivel. *Eredmények:* Kezdetben a HuMánia-hallgatók jóléte alacsonyabb ( $p = 0,01$ ), egyénre ható krónikus szociális stresszt ( $p = 0,01$ ) és az érzelmi központú megküzdést mérő kérdésekben ( $p = 0,05$ ) magasabb értéket mutattak, mint a kontrollcsoport. Az utánkövetés eredményei szerint a HuMánia-csoport jóléte tendenciaszerűen emelkedett ( $p = 0,072$ ), kiégési szintjük csökkent ( $p = 0,040$ ). A orvosok 50%-ának életében legalább háromféle stresszor van jelen. A orvosok 57%-ának jelent problémát, hogy környezetében van olyan személy, aki segítségre szorul, de nem tud számára segítséget nyújtani. *Következtetések:* Az orvostanhallgatók mentálhigiénés állapota rossz. A HuMánia Pályaszocializációs Műhely lehetséges megoldást nyújt a diákok állapotának javítására. *Orv. Hetil., 2012, 153, 1153–1157.*

**Kulcsszavak:** kortársoktatás, orvostanhallgatók, stressz, készségfejlesztés

## Health behavior of medical students. Introduction of mental hygienic skills in the medical education in Hungary

HuMania Training Programme is a voluntary peer training course. *Aim:* to measure the efficiency of HuMania Training Programme and to analyse social relations of medical students. *Methods:* WHO Well-being Index, Bergen Social Relationship Scale, Lazarus's Ways of Coping Questionnaire and the Maslach Burnout Inventory for undergraduate students were used. The results of HuMania Training Programme established in 2009 were compared with those obtained from controls and HuMania Training Programme of the forthcoming year. *Results:* At the beginning, participants of the HuMania Training Programme had fewer well-being scores ( $p = 0.01$ ), whereas their social anxiety ( $p = 0.01$ ) and emotion-based coping ( $p = 0.05$ ) were greater as compared to controls. After the HuMania Training Programme course, well-being showed an increasing tendency ( $p = 0.072$ ), and burnout-level decreased ( $p = 0.040$ ). Fifty percent of medical students had a minimum of three stressors, and 57% of them said that there was a person in their environment, who needed help, but they cannot provide it. *Conclusions:* Medical students display poor mental hygienic state. and HuMania Training Programme tries to fight this situation. *Orv. Hetil., 2012, 153, 1153–1157.*

**Keywords:** peer-education, medical students, stress, developing of skills

(Beérkezett: 2012. április 1.; elfogadva: 2012. május 14.)

A HuMánia Pályaszocializációs Műhely egy önkéntes alapon működő kortársoktató csoport, amely két fél-éves, szabadon választható, kredites tantárgyként működik a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének keretein belül [1].

A kurzus három fő célja a társas támogatás, a humán készségek fejlesztése és a kiégésmegelőzés. A szakmai hatékonyság növelése érdekében az orvoslással kapcsolatos szituációs gyakorlatok, szerepjátékok teszik ki a műhelymunka jelentős részét, videós, saját és kortárs visszajelzéssel. Ezenkívül interaktív előadások, kiscsoportos megbeszélések, relaxációs gyakorlatok színesítik a programot [1]. Minden foglalkozás utolsó órájában Junior Bálint-csoportot tartunk [2].

A Bálint-csoport olyan klinikai esetmegbeszélő csoport, amely segíti az értékek, a nehézségek és a célok tisztázását, ezáltal támogatja az identitástudat és a közösség kialakítását is. A Bálint-csoportban való részvétel növeli a munkahelyen érzett kontrollt, javul az orvos-beteg kapcsolat és elégedettebbek lesznek az orvosok [3]. Ez megelőzi a kiégést, amely az orvosi munka szempontjából teljesítménycsökkenéssel, deperszonalizációval és érzelmi kimerüléssel járó állapot [4]. A kiégés krónikus érzelmi megterhelés hatására alakul ki, és további kiváltója lehet a nagy munkaterheléssel járó alulfinanszírozottság, a megbecsülésnek és a döntésekbe való beleszólásnak a hiánya vagy a családi, illetve társas támogatás meggyengülése [5]. Az orvosok 20–30%-a mutatja a kiégés jeleit, ez a szám növekszik a medikusok körében is [6].

Egy 2008-as debreceni kutatás szerint a hallgatók egészségi állapotukat (szubjektíven) a következőképpen értékelték: 5%-ban rossznak, 21%-ban kielégítőnek, 58%-ban jónak és 16%-ban nagyon jónak. Senki nem ítélte nagyon rossznak az egészségi állapotát. A válaszadók 4%-a vélte úgy, hogy keveset, 64%-a, hogy sokat és 32%-a, hogy nagyon sokat tett az egészségéért (egészségtudatosság). A lelki egészséget jellemző átlagpontszámok szerint a mentális funkciócsökkenés gyakoribb az orvostanhallgatók körében [7]. Az adatfelvétel vizsgaidőszak után történt, ezért elképzelhető, hogy ez befolyásolta a válaszokat, de a lelki egészséggel kapcsolatos zavarok magas prevalenciája utal a stresszel való megküzdési mechanizmusok zavarára, illetve a hallgatókat érő stressz magasabb szintjére.

Az egészség-magatartást sokféle tényező befolyásolja, amelyek között a pszichológiai jellemzők megismerése különösen fontos. Ilyenek a megküzdési mechanizmusok, amelyek köztudott, hogy jelentős mértékben kihatnak döntéseinkre, így az egészség-magatartásunkban bekövetkező változásokra is. Amikor az életproblémáink megoldásán dolgozunk, külső és belső erőforrásainkat mozgósítjuk egyensúlyi állapotunk megtartása érdekében [8]. Megküzdési módszereink irányulhatnak közvetlenül a problémamegoldásra (ezek a problémaközpontú, racionálisabb megoldások), illetve az érzelmi egyensúly elérésére (ezek az érzelmközpontú megol-

dások). A racionális és érzelemorientált mechanizmusok között azonban egyensúly szükséges, hiszen ismeretes, hogy az érzelmek túlzott megélése és kifejezése, illetve a túl erős racionalitásra törekvés betegségekkel lehet [9]. A megküzdési stratégiák között kiemelt helyen szerepelnek a társas mechanizmusok, a társas kapcsolataink kezelése, a társas támogatás megvalósulása, a társas készségek megfelelő alkalmazása [10]. Ráadásul nem az objektív helyzettől függ a stressz mértéke, hanem attól, hogy az egyén hogyan érzékeli az adott helyzetet, számára mennyire feszült az adott interakció. Hosszú távon kialakul a krónikus társas stressz állapota [11]. Bizonyított tény, hogy a krónikus társas stressz által jelentősen nő a szorongásos és depressziós tünetek gyakorisága. Egy 2010-es norvég kutatásból az is kiderül, hogy a magányosság (a társas támogatás és a szociális háló hiánya) érzése a depressziós betegek 75%-ában van jelen, míg szomatikus betegségek esetében is eléri a 40%-ot [12]. Vagyis mind a stresszel teli, mind a szegényes kapcsolatok egészségromboló hatásúak hosszú távon, főleg a lelki egészség szempontjából.

Kutatásunk két részterületet ölel fel, az egyik a HuMánia Műhely hasznosságának felmérése, a másik a hallgatók társas kapcsolatainak és stressz-szintjének vizsgálata. A HuMánia Műhely hasznosságának felmérése során a HuMániára jelentkező hallgatókat és egy nem, kor és évfolyam szerint megegyező kontrollcsoportot hasonlítottunk össze. A kérdőíveket a kurzus kezdetén, majd a kurzus után fél évvel töltöttük ki.

## Módszer

### Minta

A HuMánia hatékonyságvizsgálatokor 2009 és 2010 őszén is kitöltöttük a kérdőíveket, így 213 orvostanhallgató adatát dolgoztuk fel. A megkérdezettek közül 75 fő (35%) járt HuMániára. A fennmaradó 138 fő (65%) képezte a kontrollcsoportot. A hallgatók közül 82 (39%) férfi és 131 (31%) nő volt, közülük 168-an jártak az Általános Orvostudományi Karra és 45-en a Fogorvostudományi Karra. Az önköltőtés kérdőíveket anonim módon vettük fel, külön adatlappal, hogy a további utánkövetéshez elérhessük a hallgatókat.

A hallgatók társas kapcsolatainak és stressz-szintjének vizsgálatát a 2009. őszi kérdőívek alapján végeztük

1. táblázat | Vizsgálati minta

	HuMánia	Kontroll	
Résztevők (213 fő)	75 (35%)	138 (65%)	
Férfi	Nő	FOK	ÁOK
82 (39%)	131 (61%)	45 (21%)	168 (79%)
Harmadéves	Negyedéves	Ötöd- és hatodéves	
87 (39%)	98 (44%)	28 (17%)	

165, a Semmelweis Egyetemen tanuló orvostanhallgató részvételével. A résztvevők közül 40 fő (24%) járt HuMánia-csoportba, 125 fő (76%) nem járt a kurzusra. A hallgatók nem szerinti megoszlása: 67 (41%) férfi és 98 (59%) nő, közülük 128-an járnak általános orvosi karra (ÁOK) és 44-en fogorvosi karra (FOK). A kérdőívkitöltők fele harmadéves (84 fő), fele negyed- és ötödéves (70 és 11 fő) (1. táblázat).

### Mérőeszközök

Négy megfelelő belső megbízhatósággal rendelkező kérdőívvel dolgoztunk. A *WHO Általános Jóllét Index* [13, 14] öt kérdéssel, négyfokú skálán vizsgálta a hallgatók általános, szubjektív jóllétét. A *Bergen-féle Társas Kapcsolatok Kérdőív* [11] hat kérdéssel és igen-nem jellegű válaszokkal vizsgálta a hallgatókat ért szociális stresszorok mennyiségét és jellegét. A *Lazarus-féle Rövidített Konfliktusmegoldó Kérdőív* [8, 15] 16 kérdéssel négyfokú skálán, eredetileg négy dimenzióban (kognitív átstrukturálás, feszültségredukció, problémaelemzés, passzív megküzdés) vizsgálta a hallgatók problémákkal, helyzetekkel való megküzdésének módszereit. A fent hivatkozott magyar validálási cikk ajánlásainak megfelelően elvégeztük a Konfliktusmegoldó Kérdőív faktoranalízisét, amely során három dimenziót különítettünk el (Problémamegoldás mások bevonásával, Pozitív áttervezés és Érzelmi típusú megküzdés). A kiértékelésnél az általunk meghatározott faktorok mentén hasonlítottuk össze a diákokat. A *Maslach-féle Kiegyensúlyozottsági Kérdőív hallgatói változata* [16, 17] 15 kérdéssel hatfokú skálán vizsgálta a hallgatók érzelmi kimerülését, kiegyensúlyozottságát az egyetemi évek alatt.

### Statisztikai módszerek

A statisztikai elemzéseket SPSS 17.0 programcsomaggal (SPSS Inc., Chicago, Illinois, Amerikai Egyesült Államok) végeztük el. Két csoport összehasonlításához Mann-Whitney-próbát és összetartozó mintás t-próbát, több csoport összehasonlításához Kruskal-Wallis-próbát, ANOVA és Post hoc tesztet alkalmaztunk. A vizsgálat során 95%-os szignifikanciaszinttel ( $p < 0,05$ ) dolgoztunk.

### Eredmények

A hallgatók jóllétét értékelve azt találtuk, hogy kezdetben a HuMánia-kurzuson részt vett hallgatók alacsonyabb pontszámot értek el (13,6 pont), mint kontrolltársaik (15,2 pont). Ez az eltérés szignifikánsnak bizonyult ( $p = 0,01$ ). A féléves utánkövetés eredményei a HuMánia-kurzuson részt vett diákok jóllétének növekedését (14,8 pont) és a kontrollcsoport jóllétének csökkenését (13,8 pont) mutatta. A féléves utánkövetési eredmények szerint a két csoport között nem volt szig-

2. táblázat | Kérdőívek elemzése során kapott szignifikáns vagy tendenciaszerű eredmények

Vizsgált tényező	2009. őszi HuMánia előtt		2010. őszi HuMánia után fél évvel	
	HuMánia	Kontroll	HuMánia	Kontroll
Jóllét (* $p = 0,01$ , ** $p = 0,072$ )	13,6*	15,2*	14,8**	13,8**
Érzelmi típusú megküzdés (* $p = 0,05$ )	5,8*	5,1*	5,5	5,2
Elszemélytelenedés (* $p = 0,034$ )	7,6*	6,2*	5,8	8,8
Személyes hatékonyság csökkenése (* $p = 0,04$ )	11,3*	9,6	9*	10,8

nifikáns az eltérés, ugyanakkor a HuMánia-csoport állapota korábbi eredményeihez viszonyítva tendenciaszerűen javult ( $p = 0,072$ ).

A konfliktusmegoldás eredményei arra világítottak rá, hogy a HuMánia-kurzuson részt vevő diákok a kurzus kezdetén tendenciaszerűen gyakrabban használnak érzelmi típusú megküzdési stratégiát, mint a kurzusra nem jelentkező diákok ( $p = 0,05$ ). A kurzust követően e megküzdési stratégia használatának gyakorisága nem tért el a kontrollcsoporttól. A mások bevonásával történő problémamegoldást és a pozitív áttervezést szignifikánsan nem különböző gyakorisággal használja a két csoport.

A kiegyensúlyozottság vizsgálata alapján elmondható, hogy a képzés előtt a HuMániára jelentkezőkre jobban jellemző a deperszonalizáció ( $p = 0,034$ ). Emellett személyes hatékonyságuk a féléves utánkövetés eredményeihez képest alacsonyabb ( $p = 0,04$ ). Az érzelmi kimerülés és összesített kiegészítő mérési időpontban sem különbözött a két csoport között (2. táblázat).

A társas támogatás felmérések kiderült, hogy a medikusok 50%-ának (83 fő a 165-ből) legalább háromféle stresszor van az életében, és 27%-uk (44 fő) jelölt meg legfeljebb egy stresszort a hatból. A legtöbb hallgató (78%, 129 fő) arról számolt be, hogy van két, számára fontos ember a közvetlen környezetében, akik nem szeretik egymást. A medikusok 57%-ának (94 fő) okoz problémát, hogy van valaki a környezetében, aki segítségre szorul, de nem tudja, hogyan segítsen neki. Csak 11 fő (6,5%) jelölte problémaként, hogy olyan ember van a környezetében, aki állandóan kritizálja, bírálja őt. Emellett a másik legkritikábban megjelölt (21%, 35 fő) stresszt okozó tényező az, hogy vannak olyanok a hallgatók környezetében, akik azzal nehezítik az életét, hogy túl sok törődést és támogatást várnak el tőle. A hallgatók közül 63 fő (38%) számolt be arról, hogy számára nem megfelelően támogatják, valamint 74 fő (45%) tartotta több kapcsolatában a felé támasztott szociális követeléseket teljesíthetetlennek.

Nem volt szignifikáns eltérés a hallgatók krónikus szociális stressz szintjében, azonban tendencia mutatkozott ( $p = 0,076$ ) a hallgatók társasstressz-szintje és a

feszültségredukció magas pontszáma között. Vagyis 13,5%-kal magasabb volt a krónikus társas stressz szintjük azoknak, akik kritikus helyzetben hajlamosak evéssel, ivással, dohányzással, illetve másokon levezetni a feszültségüket vagy valami kockázatosat csinálni. Az értékelés alapján szignifikáns az összefüggés a krónikus szociális stressz és a családon belül előforduló krónikus betegség között ( $p = 0,001$ ). Azoknak a hallgatóknak (39 fő a 165-ből) 13,5%-kal magasabb a krónikus társasstressz-szintje, akiknek súlyos beteg él a családjában.

## Megbeszélés

A HuMánia Pályaszocializációs Műhely hatékonyság-felmérésének eredményei azt mutatják, hogy kezdetben a tárgyat választók mentálhigiénés állapota alacsonyabb szinten volt, mint a kontrollcsoporté. A kurzus végeztével állapotuk javul. E tendencia magyarázata összetett. A kezdeti nagyfokú eltérés egyik oka lehet, hogy a képzést választó diákok érzik a lelki állapotukban bekövetkező hanyatlást. Egy amerikai tanulmány szerint a tanulók 75%-a fordulna segítségért, ha az nem lenne stigmatizálva [18]. A HuMánia viszont a hallgatók által vezetett csoport, amelyhez feltételezésünk szerint nem fűződik negatív megkülönböztetés. Néhány korábbi kutatás arra utal, hogy a segítségkeresés elmaradásának további alapja lehet az időhiány, dokumentációtól való félelem, illetve pénzügyi nehézségek [19].

A kurzus idején a kiégettségi szint tekintetében tapasztalható javulás oka lehet a csoport által alkalmazott technikák bizonyított sikeressége. Kvalitatív, önkitaltós felmérések arról számolnak be, hogy a Bálint-csoportok után a diákok jobban érzik magukat. A kontrollnál megfigyelhető kiégettség-szint-növekedés nem meglepő. Hazai és nemzetközi tanulmányok is arra utalnak, hogy az orvostanhallgatók, rezidensek és praktizáló orvosok körében a kiégettség nagyobb fokú, mint az átlagnépességben [20].

A HuMánia-hallgatók megküzdési stratégiáinak változása magyarázható azzal, hogy a képzés egyik fő témája a módszerek ismertetése, gyakoroltatása.

A jóllét szintén emelkedett a tárgyat választók körében, míg a kontrollalanyok esetén csökkent. Ez egy fontos hatás, ha a mentálhigiénés jellemzők és a sikeresség kapcsolatára gondolunk. A jóllét növekedésével az iskolai, munkahelyi teljesítmény növelhető. Kimutatott továbbá, hogy a szorongás és kiégettségi szint emelkedése rosszabb iskolai teljesítménnyel jár. Az emocionális és motivációs problémák a jövő orvosainak rizikófaktorai. Az egyetemek és munkahelyek feladata olyan módszerek kidolgozása, amellyel a negatív folyamat megállítható [21, 22]. A negatív folyamat megállításáért a magyarországi Semmelweis Egyetem is küzd. Az új curriculum eredményeként a diákok több egészségmegőrző kurzus, mentálhigiénét javító tárgy közül választhatnak. Ebből kifolyólag a kapott eredmények nem önállóan a HuMániának tulajdoníthatók. Erre utal

az a talált eredmény, miszerint a HuMánia-hallgatók 23,5%-a jár pszichodráma vagy egyéb fejlesztő foglalkozásra. Ez az érték a kontrollcsoportnál csak 4%.

A vizsgálat másik részét a hallgatók társas kapcsolatainak és stressz-szintjének feltérképezése képezte. A budapesti orvostanhallgatók társas feszültségen alapuló krónikus szociális stressz értékei eltérő összetételt mutattak, mint az eredetileg vizsgált norvég populációs minta. A norvég mintában a nők 24%-a és a férfiak 16%-a jelölt meg több mint három stresszort a hatból, és a nők 60%-a, a férfiak 50%-a jelölt meg legfeljebb egy stresszort. Ezzel szemben a budapesti orvostanhallgatók több mint 50%-a jelölt meg három stresszornál többet és 27%-uk jelölt meg legfeljebb egy stresszort, vagyis a magyar hallgatók közül 30%-kal többnek nehezíti több mint három stresszor az életét, mint a norvég populációs átlag. A stresszorok számának nagy arányú eltérése a norvég mintától összhangban van *Mette* [23] romániai fiatalok körében végzett méréseivel, amelyben a nők 66%-a és a férfiak 57%-a küzdött több mint három stresszonnal napi szinten, azonban a tanulmány a lehetséges okokra nem tért ki. Elképzelhető, hogy a fejlettebb norvég gazdasági és társadalmi környezettel mutat összefüggést.

A legtöbb hallgató (78%, 129 fő) arról számol be, hogy van két – számára fontos – ember a közvetlen környezetében, akik nem szeretik egymást. A válaszok nagy száma, a szülők rossz kapcsolata már alapvetően megmagyarázhatja ezt a választ, de a sokrétű baráti és munkakörnyezetben is elfogadott az, hogy nem mindenki ápol jó kapcsolatot egymással. A medikusok 57%-ának (94 fő) okoz problémát, hogy olyan valaki van a környezetében, aki segítségre szorul, de nem tudja, hogyan segítsen neki. Ez az állítás vonatkozik egyfelől a közvetlen privát környezetre, másfelől az egészségügyi képzés folytán a betegekkel való közvetlen interakcióra és kötődésre. Ez a tehetetlenségérzés magyarázható a *Molnár* által végzett vizsgálattal, miszerint a hallgatók elméleti tudásukat jónak tartják, vagyis tudják, hogy mit lehetne és lenne érdemes tenni, de a gyakorlati készségeik – saját bevallásuk szerint is – nagyon alacsonyak, illetve a körülmények sem garantálják az ideális ellátást, ez pedig belső feszültséghez és ellentmondáshoz vezet.

Kiemelendő, hogy a nemzetközi kutatásokkal összhangban azoknak a hallgatóknak jóval (13,5%-kal) magasabb a krónikus társas stressz szintje, akiknek súlyos beteg él a családjában. A magasabb szociálisstressz-szint összefüggésben lehet a felelősség megnövekedett terhével, a betegséggel szembeni tehetetlenséggel és a megváltozott családi kapcsolatokkal is, illetve a segítő szakma által megkívánt jelentősebb szociális érzékenységgel. A debreceni hallgatókkal készült vizsgálattal egybeesik az a tendencia, miszerint 13,5%-kal magasabb a krónikus szociálisstressz-szintjük azoknak a medikusoknak, akik kritikus helyzetben hajlamosak evéssel, ivással, dohányzással, illetve másokon levezetni a feszültségüket

ket, vagy valami kockázatosat csinálni. Ez magyarázható azzal, hogy a feszültségredukció csak rövid távon nyújt megoldást a stresszes szituációkban, hosszú távon azonban inadekvát megküzdésnek minősül.

## Irodalom

- [1] Horváth, D. A., Dombi, A. Z., Fésűs, S., et al.: HuMania – voluntary education for future physicians. [HuMánia – Önkéntes kortársoktatás a jövő orvosaiért.] LAM, 2010, 20, 252–255. [Hungarian]
- [2] Major, J., Röss, K., Hulesch, B., et al.: Burnout among medical doctors: development, symptoms, prevention. [A kiégés jelensége az orvosi hivatásban.] LAM, 2006, 16, 367–373. [Hungarian]
- [3] Kjeldmand, D., Holmstrom, I., Rosenkvist, U.: Balint-training makes GPs thrive better in their job. Patient Educ. Couns., 2004, 55, 230–235.
- [4] Maslach, C., Jackson, S. E.: The cost of caring. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1981.
- [5] Linzer, M., Visser, M. R., Oort, F. J., et al.: Predicting and preventing physicians burn-out: results from the United States and Netherlands. Am. J. Med., 2001, 111, 170–175.
- [6] Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., Habermann, T. M.: The well-being of physicians. Am. J. Med., 2003, 114, 513–519.
- [7] Bíró, É., Balajti, I., Ádány, R., et al.: Health behaviour survey among medical students. [Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében.] Orv. Hetil., 2008, 149, 2165–2171. [Hungarian]
- [8] Lazarus, R. S., Folkman, S.: Stress, appraisal, and coping. Springer, New York, 1984.
- [9] Swan, G. E., Carmelli, D., Dame, A., et al.: The rationality/emotional defensiveness scale – II. Convergent and discriminant correlational analysis in males and females with and without cancer. J. Psychosom. Res., 1992, 36, 349–359.
- [10] Helgeson, V. S.: Relation of agency and communion to well being: Evidence and potential explanations. Psychological Bulletin, 1994, 116, 412–428.
- [11] Mittelmark, M. B., Aaro, L. E., Henriksen, S. G., et al.: Chronic social stress in the community and associations with psychological distress: A social psychological perspective. The International Journal of Mental Health Promotion, 2004, 6, 5–17.
- [12] Mette, A. M., Mittelmark, M. B., Jorn, H.: Interpersonal stress and poor health: The mediating of loneliness. European Psychologist, 2010, 15, 3–11.
- [13] Beck, P., Staehr-Johansen, K., Gudex, C.: The WHO (Ten) Well-Being Index: validation in diabetes. Psychother. Psychosom., 1996, 65, 183–190.
- [14] Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A., et al.: Validation of the short (5-item) version of the WHO Well-Being Scale based on a Hungarian representative health survey (Hungarostudy 2002). [A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján.] Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2006, 7, 247–255. [Hungarian]
- [15] Rózsa, S., Purebl, G., Susánszky, É., et al.: Dimensions of coping: Hungarian adaptation of the Ways of Coping Questionnaire. [A megküzdés dimenziói: a Konfliktusmegoldó Kérdőív hazai adaptációja.] Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2008, 9, 217–241. [Hungarian]
- [16] Schaufeli, W. B., Martínez, I., Pinto, A., et al.: Burnout and engagement in university students. Journal of Cross-Cultural Psychology, 2002, 33, 461–481.
- [17] Hazag, A., Major, J., Ádám, S.: Assessment of burnout among students. Validation of the Hungarian version of the Maslach Burnout Inventory-Student Version (MBI-SS). [A hallgatói kiégés szindróma mérése. A Maslach Kiégés-teszt Hallgatói Változatának (MBI-SS) validálása hazai mintán.] Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 2010, 11, 151–168. [Hungarian]
- [18] Kutacher, S. P.: Coping with the stresses of medical education. Can. Med. Assoc. J., 1984, 130, 373–381.
- [19] Rob, M.-S., Jeon, H. J., Kim, H., et al.: Factors influencing treatment for depression among medical students: a nationwide sample in South Korea. Med. Educ., 2009, 43, 133–139.
- [20] Finkelstein, C., Brownstein, A., Scott, C., et al.: Anxiety and stress reduction in medical education: an intervention. Med. Educ., 2007, 41, 258–264.
- [21] Lonka, K., Sharafi, P., Karlgen, K., et al.: MED NORD – A tool for measuring medical students' well-being and study orientations. Med. Teach., 2008, 30, 72–79.
- [22] Smith, C. K., Peterson, D. F., Degenhardt, B. F., et al.: Depression, anxiety, and perceived hassles among entering medical students. Psychol. Health Med., 2007, 12, 31–39.
- [23] Mette, A. M.: Chronic social stress and depressive symptoms in adolescents. Research Centre for Health Promotion, Faculty of Psychology, University of Bergen, Report Number 5/2005.

(Almási Zsuzsanna,  
Budapest, Nagyvárad tér 4., 1089  
e-mail: zsuzsa.almasi@yahoo.com)

Észak-Németországban újonnan megnyíló rendelőkbe németül jól beszélő

## házi orvos és kardiológus

kollégákat keresünk korrekt fizetési feltételekkel.  
A diploma honosításához minden segítséget megadunk.  
E-mail: edit.zaborszky@gmx.de