

Az érzelmi bevonódás és a kiégés összefüggései pszichiáter rezidensek körében

FÜLÖP EMŐKE^{1*} – DEVECSERY ÁGNES² – CSABAI MÁRTA³

¹ Semmelweis Egyetem, Alkalmazott Pszichológia Tanszék, Budapest

² Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Doktori Iskola, Pécs

³ Szegedi Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet, Szeged

(Beérkezett: 2011. szeptember 1.; elfogadva: 2012. január 12.)

Elméleti háttér: Kevésbé kutatott terület, hogy hogyan függ össze a nagyfokú érzelmi distresszt átélő pácienssel folytatott kommunikáció, illetve az orvos érzelmszabályozási kapacitása. Milyen mintázat esetén jön létre kiégés, és mely védőfaktorokkal előzhető meg az érzelmi kimerülés kialakulása. *Cél:* Az empátia és a kiégés ok-okozati kapcsolatainak vizsgálata, a fokozott érzelmi bevonódás segítő szakemberre gyakorolt hatásainak feltárása. *Módszer:* Feltáró/leíró keresztmetszeti vizsgálat, kérdőíves eljárással, a 4 hazai orvosegyetemen 67 pszichiáter rezidens részvételével. Maslach Kiégés Leltárat; az empátia mérésére Interperszonális Reaktivitás Indexet; a páciensekkel kapcsolatos attitűd mérésére a Páciens-orvos-fókuszú Attitűd Skálát (Patient-Practitioner Orientation Scale) használtunk. Statisztikai próbák: Spearman-korreláció, Kruskal-Wallis-teszt, lineárisregresszió-analízis.

Eredmények: Magas fokú emocionális kimerülés a rezidensek 32,8%-ánál, deperszonalizáció magas fokban 29,9%-nál, a személyes hatékonyság csökkenése a minta 52,2%-ánál volt tapasztalható. A férfiaknál szignifikánsan magasabb ($p < 0,05$) a deperszonalizáció. Az Interperszonális Reaktivitás Index alsóháromjegyű között az empátiás distressz mutat összefüggést a kiégés két komponensével: az érzelmi kimerüléssel ($p < 0,001$) és a személyes hatékonyság csökkenésével ($p < 0,001$). A páciens-fókuszú attitűd (PPOS) összefügg az empátia három komponensével. Fordított együttjárás tapasztalható a páciens-fókuszú attitűd és a deperszonalizáció között (MBI). A distressz érzése az érzelmi kimerüléssel és a személyes hatékonysággal is összefügg. A személyes hatékonyság érzését meghatározó változók: a megélt distressz, a nézőpontváltás képessége és a személytelen bánásmód. A deperszonalizációt a páciensekkel kapcsolatos attitűdök közül a törődés, az emocionális törődés és az érzelmi kimerülés dimenziói befolyásolják.

Következtetések: A páciens negatív érzéseinek átvétele a szakember emocionális kimerüléséhez, illetve a személyes hatékonyság érzésének csökkenéséhez vezethet. Az empátiás törődés és decentralizációs képesség azonban meghatározó egy olyan kapcsolati attitűdöt, mely

* Levelező szerző: Fülöp Emőke, 1088 Budapest, Vas utca 17.
E-mail: fulop.emoke@t-online.hu

növeli a személyes hatékonyság érzését és csökkenti a személytelen bánásmód megjelenésének esélyét.

Kulcsszavak: kiégés, empátia, páciens-fókuszú attitűd, negatív érzések áttérjedése, pszichiáterek

1. Bevezetés

A kiégés közismerten veszélyt jelent a gyógyító foglalkozásúak számára, és közöttük is fokozottan fenyegeti a pályakezdőket. Ebben az időszakban még kevés a tapasztalat, megterhelő – főleg kezdő orvosok esetén – a felelősség, és csekély a munkájuk felett érzett kontroll. McCray és munkatársai (2008) témában folytatott irodalmi áttekintése alapján azt mutatják a nemzetközi vizsgálatok, hogy a rezidensek körében a kiégés előfordulása 40–75%. Az orvosok, illetve rezidensek között is speciális helyzetben vannak a pszichiáter rezidensek. Esetükben az orvos–beteg kapcsolat a legtöbb esetben hosszabb távú, más jellegű, hiszen nagyobb fokú érzelmi bevonódást, megterhelést jelent, mint az orvoslás más területein. További nehézséget okoz súlyosabb mentális zavarral küzdő páciens esetében – ahol például téveszmék jelennek meg –, hogy úgy jöjjön létre az empátiás odafordulás, hogy közben a téveszme tartalmával az orvos ne vitakozzon, de ne is erősítse meg azt. Összegezve tehát az összes szakorvos közül a pszichiáterek kerülnek a legösszetettebb interperszonális kapcsolatba a páciensekkel.

Más szakorvosokkal összehasonlítva a pszichiáterek mortalitási, morbiditási mutatói rosszabbak (Carpenter, Swedlow, & Fear, 2003). Prins és munkatársai (2007) 158 holland rezidenssel végzett vizsgálatának eredményei szerint azok, akiknél fennállt a kiégés, többségében pszichiáter rezidensek voltak. Guthrie és munkatársai vizsgálatukban azt állapították meg, hogy a pszichiáter rezidensek sokkal magasabb fokú pszichológiai distresszt és munkával kapcsolatos stresszt élnek át, mint idősebb szakorvos kollégáik (Guthrie, Tattan, Williams, Black, & Bacliocotti, 1999). Ennek megfelelően eredményeik szerint több kiégési tünetet is mutatnak, mint a szakorvosok. Ezen belül két dimenzióban, az érzelmi kimerülés és a depersonalizáció tekintetében mutattak nagyobb fokú kiégettséget, mint a szakorvos kollégáik. Győrffy és munkatársai (2008) pszichiáternőkkel végzett vizsgálata szerint jellemző ezen populációra a túlterheltség, a hosszabb munkaidő, az elégtelen alvásmennyiség. Más orvosnőkhöz és más diplomás nőkhöz viszonyítva pedig több dohányzásról, nyugtatófogyasztásról számoltak be, valamint nagyobb arányban fordultak elő náluk krónikus megbetegedések. Úgy tűnik tehát, hogy a pszichiáterek általában nagyobb érzelmi megter-

helésnek vannak kitéve, mint a más szakterületen dolgozó kollégáik, ami a legnagyobb kockázatot a pszichiáter rezidenseknek jelenti.

Bálint Mihály írta le elsőként szisztematikusan, hogy az orvos személyiségének döntő szerepe van a tünetek és a betegség alakulásában, a gyógyító munkában (Bálint, 1957). Elképzelése nyomán alakult ki az „orvos-gyógyszer” fogalom, melynek „mellékhatásai” nem csupán a gyógyulás folyamatát nehezíthetik, hanem – a fentiekben hivatkozott kutatások fényében is – káros hatással lehetnek az orvos mentális és fizikai egészségére is. Bálint nagy hangsúlyt helyezett a gyógyulást segítő tárgyakapcsolatok elemzésére.

Napjainkban az interszubsztivitást középpontba állító megközelítések ugyanezen elképzelésekbe leheltek új életet, értelmet. A gyógyító–beteg kapcsolatot egy olyan közös világnak tekintik, melyet a terapeuta/orvos és páciens közösen alkot, interakcióikkal egymást szabályozva (Borstad, 1998). Az 1990-es évektől napjainkig folyó vizsgálatok is azt támasztják alá, hogy a „másik oldalon” is meghatározó a kapcsolat jellege, minősége, hiszen a páciensek elégedettségét döntő mértékben pszichológiai vagy kapcsolati jellegű tényezők befolyásolják (Jaspars, King, & Pendleton, 1990). Mára empirikus vizsgálatok is igazolják, hogy a gyógyító és páciens közötti kapcsolatnak fontos szerepe van a betegségek alakulásában és a gyógyító munkában is (Beach & Inui, 2006; Roter, 2000). Ezen eredmények nyomán körvonalazódott a kapcsolatközpontú orvosi paradigma, mely azt a terápiás kapcsolatot írja le, amit Bálint Enid 1969-ben páciensközpontú attitűdként fogalmazott meg. Tehát a páciens felé való empátiás oda-fordulás, megértés mint terápiás hatótényező időről időre a kutatások középpontjában áll a szomatikus orvoslásban is. Jelenthet-e az érzelmi azonosulás veszélyeket a gyakorló orvos számára? Ezt a kérdést korábban kevesen vizsgálták, de az utóbbi időben több kutatásban is felvetették, hogy a túlzott érzelmi bevonódás kiégéshez vezet (Brotheridge & Grandey, 2002; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz, 2001). Arra vonatkozóan is vannak adatok, hogy az orvosképzés kezdeti éveiben jellemző páciens-fókuszú attitűd az idő előrehaladtával és a klinikai gyakorlatok előtérbe kerülésével nagyfokú változást mutat, és sokkal inkább egy orvos-, illetve betegségközpontú megközelítés kezd dominálni (Haidet és mtsai, 2002; Tsimtsiou és mtsai 2007). Kimutatható azonban egyfajta nemi különbség: női orvostanhallgatóknál szignifikánsan magasabb marad a páciens-fókuszú attitűd, bár enyhül a kezdeti nemi különbség (Krupat és mtsai, 2000; Wahlqvist, Gunnarson, Dahlgren, & Nordgren, 2010). Ezen eredmények egyik értelmezési lehetősége, hogy az eleinte megjelenő páciens-fókuszú megközelítés a gyakorlatban túl nagy érzelmi megterhelést jelent az orvostanhallgatóknak, így ezen attitűdváltás énvédő funkcióval bírhat az érzel-

mi kimerüléssel szemben. Tehát a kezdetben meglévő empátiás odafordulást úgy tűnik, sok esetben „visszavonja” az orvos, a segítő.

Az empátia meghatározása nehézségekbe ütközik a fogalom megjelenése óta. Vannak olyan meghatározások, melyek a kognitív folyamatot (perspektívaváltás) tekintik központi jelentőségűnek, mások a jelenség affektív jellegét hangsúlyozzák (Hoffman, 1987). Az empátia integratív megközelítései mind a kognitív, mind pedig az affektív összetevőt fontosnak tartják. Ha a fogalom kialakulásának történetéből indulunk ki, a német „Einfühlung” szóhoz kell visszanyúlnunk, melynek a jelentése „egy érzés” (Buda, 1993), maga a kifejezés pedig a görög „empathia” (együtt szenvedés) szóból származik. A fogalom konceptualizálása körüli elmékedésekben máig gyakran felbukkan, hogy vajon az empátiás folyamat kialakulásához elengedhetetlen-e, hogy a befogadóban a másik érzéséhez, élményéhez hasonló érzés, élmény jelenjen meg. A legújabb kutatások a jelenség neurobiológiai hátterének vizsgálatára helyezik a hangsúlyt. Ezen vizsgálatokban az agy azon területeit tanulmányozzák, melyekben ún. tükroneuronok vannak, amik aktivitást mutatnak egy adott cselekvéskor, de annak csupán a megfigyelésekor is (Simon, Herold, Fekete, & Tényi, 2007). Ez azt jelenti, hogy amikor valakire figyelünk, a másik arc kifejezésének a látványa összekapcsolódik saját hasonló motoros élményeinkkel, kiváltva ugyanazokat az érzelmi és vegetatív állapotokat. Eszerint tehát valóban van egy testi szintű alapja a másakra való ráhangolódásnak.

Az empátia interperszonális aspektusára koncentrálnak Davis (1983) és Staub (1987) is úgy vélekedik, hogy megjelenhet a másik affektív állapota nyomán a befogadóban parallel érzelmi válasz, ami a másik aktuális vagy feltételezett érzelmeihez hasonló emóciók megjelenéséhez vezet. Ezzel szemben a reaktív empátia során a befogadóban keletkező érzés nem ugyanaz/hasonló, mint a kliensben, hanem odafordulást, törődést vált ki (Miller, Birkholt, Scott, & Stage, 1995). Tehát ez utóbbi reakció sokkal inkább jellemezhető úgy, mint a másokra koncentrált érzelmi törődés. Az előző érzelmi válasz esetében a segítő, aki átveszi a kliens negatív érzéseit, olyan mértékű distresszt élhet át, ami akadálya lehet az empátiás törődés alapját képező kognitív folyamatnak, nézőpontváltásnak. Felmerül azonban a kérdés, hogy a két reakciómód egymástól függetlenül létezik-e, vagy az egyik megelőzi a másikat. További kérdés, hogy a két reakciómód mely mintázata vezethet kiégéshez, érzelmi kimerüléshez.

A kiégés fogalma elsősorban az emberekkel hivatásszerűen foglalkozó szakemberekkel, ezen belül is a segítő foglalkozásúakkal kapcsolatban merül fel a leggyakrabban. A fogalmat 1974-ben írta le Freudenbergert a pszichiátriai dolgozók körében megfigyelt érzelmi kimerülésre (Freudenbergert, 1974). Maslach (Maslach & Jackson, 1986) meghatározása szerint a

jelenség 3 dimenzió mentén írható le és mérhető. Ezek az érzelmi kimerülés, a deperszonalizáció, illetve a személyes hatékonyság, teljesítmény csökkenésének érzése, amihez negatív önértékelés is társul. Maslach és Jackson (1986) elképzelése szerint a kiégés kialakulása az érzelmi kimerüléssel indul, amely folyamatban az egyén egyre kevésbé képes az érzelmi odafordulásra, érzelmi erőforrásai kiapadnak. Ezt követően alakul ki a negatív és személytelen attitűd a klienssel és munkatársakkal szemben, és mindezekkel együtt jár a teljesítmény, személyes hatékonyság érzésének csökkenése. A kiégés számos különböző meghatározásában megjelenik és meghatározónak tűnik az érzelmi kapacitás kimerülése. Eltérőek azonban az arra vonatkozó elképzelések, hogy vajon mely stresszorok vezetnek a kiégés kialakulásához. Miller, Stiff és Ellis (1988) elképzelése alapján a zaklatott érzelmi állapotban lévő klienssel/pácienssel történő interakció nyomán a segítőben elindul egy empátiás folyamat, mely tudatos szabályozás, illetve megfelelő válaszreakció híján kiégéshez vezethet. Ez az elképzelés hasonló a fentiekben parallel empátiaként említett jelenséghez, ami empátiás distresszhez vezet. Miller és munkatársai (1995) modelljükben (Empathic Communication Model of Burnout, ECM) ok-okozati kapcsolatokat írnak le a páciensről átvett distressz és a kiégés kialakulása között. Ebben a folyamatban védőfaktoroként jelenik meg a páciens negatív érzéseire megjelenő kommunikációs válaszkészség.

Vizsgálatunkban arra voltunk kíváncsiak, hogy a magyarországi pszichiáter rezidensek és szakorvosjelöltek milyen fokú kiégettséget mutatnak, illetve az érzelmi bevonódás, kommunikációs válaszkészség hogyan viszonyul a kiégésre utaló tünetekhez.

2. Módszer

2.1. Minta

Feltáró/leíró jellegű keresztmetszeti vizsgálatunkhoz kérdőíves felmérést és kvalitatív vizsgálatot is alkalmaztunk. Jelen tanulmányunkban ugyanakkor csak a vizsgálat kérdőíves eredményeit részletezzük, a kvalitatív vizsgálat eredményei nem képezik e tanulmány részét. A vizsgálatot Magyarország négy orvosi egyetemén (Budapest, Debrecen, Pécs, Szeged) a rendszeres pszichiáterrezidens-képzés keretében végeztük 2011. márciustól májusig terjedő időszakában. Az aktuális képzési napon a képzés megkezdése előtt kaptunk lehetőséget a vizsgálat lebonyolítására. A felmérés tájékozott beleegyezésen alapult, a résztvevőket szóban és írásban is tájékoztattuk a vizsgálat céljáról, menetéről, időtartamáról. A vizsgálat önkén-

tes, anonim volt, anyagi térítéssel nem járt. A négy képzési helyen 67 pszichiáter rezidens/szakorvosjelölt (51 nő, 16 férfi) vett részt a kutatásban. Az átlagéletkor 31,45 év volt (szórás = 5,8 év).

A minta kiválasztásakor alapsokaságnak tekintettük a képzésben részt vevő pszichiáter rezidenseket, illetve szakorvosjelölteket, akik a képzési időszakban kötelezően részt vesznek az előadásokon. Természetesen ennek ellenére vannak olyan rezidensek, akik nem tudtak eljönni a képzésre, a képzés vezetőinek tájékoztatása alapján ez néhány főt jelent. Mivel azonban erről pontos számadat nem áll rendelkezésünkre, fontos hangsúlyozni, hogy a cikkben megjelenő eredmények csak a mintában szereplőkről adnak információt. A résztvevők közül senki nem utasította vissza a vizsgálatban való részvételt. Mintánkban az alábbi szociodemográfiai tényezőket mértük fel: kor, családi állapot, gyerekszám, hányadik szakvizsgára készül a válaszadó, egészségügyi munkatapasztalat.

2.2. Mérészközök

A kiegészítés mérésére a *Maslach Kiegészítés Leltárat* (Maslach Burnout Inventory – MBI; Maslach & Jackson, 1981) alkalmaztuk. Ez a kiegészítést három dimenzióban méri: érzelmi kimerülés, deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés. A résztvevők egy 7-fokozatú Likert-skálán (0 = soha, 6 = minden nap) jelzik, hogy milyen gyakran észlelik különböző, munkájukkal kapcsolatos érzéseiket. Az emocionális kimerülést kilenc kérdés, a deperszonalizációt öt kérdés, a teljesítménycsökkenést pedig nyolc kérdés méri. A kérdésekre adott válaszok alapján a kiegészítés mindegyik dimenziójára egy érték jellemző. A magas szintű kiegészítésre vonatkozó értékeket Ádám és munkatársainak egy normatív minta értékei alapján kialakított ponthatárai (emocionális kimerülés = 27 pont, deperszonalizáció = 10 pont, teljesítménycsökkenés = 33 pont) alapján határoztuk meg (Ádám, Gyórfy, & Csoboth, 2006).

Az empátia mérésére az *Interperszonális Reaktivitás Indexet* (Interpersonal Reactivity Index – IRI; Davis, 1983; Kulcsár, 1998) alkalmaztuk. A kérdőív 28 állítást tartalmaz, mely négy alszállásra bontható (fantázia, perspektíva felvétel, empátiás törődés és személyes distressz). A résztvevők egy 5-fokozatú Likert-skálán (0 = egyáltalán nem jellemző rám, 4 = nagyon jellemző rám) jelzik, hogy az adott állítást mennyire találják jellemzőnek magukra. Davis a kérdőívet abból kiindulva alakította ki, hogy az empátiát olyan komplex jelenségként kell elképzelnünk, aminek része a kognitív komponens (perspektíva felvétel), az érzelmi összetevő (empátiás distressz) és a viselkedéses forma (empátiás törődés). A fantázia alszállája az esztétikai dimenziót vizsgálja, és annak a fokát mutat-

ja meg, hogy mennyire képes az egyén saját magát egy képzeletbeli helyzetbe gondolni.

Annak mérésére, hogy pácienssel történő kommunikációjában mire helyezi a vizsgálati személy a fő hangsúlyt, mennyire veszi figyelembe a páciens szempontjait, illetve személyiségét, a *Páciens-orvos-fókuszú Attitűd Skálát* (Patient-Practitioner Orientation Scale - PPOS; Krupat és mtsai, 2000) használtuk. A kérdőívnek ez volt az első hazai alkalmazása. Az eredeti angol nyelvű kérdőívet Edward Krupat - miután tájékoztattuk a vizsgálat céljairól - a rendelkezésünkre bocsátotta. A kérdőívet 2 független személy magyarra fordította, majd egy közös változat kialakítása után egy harmadik személy (ellenőrzés céljából) visszafordította angol nyelvre.

A PPOS 18 állítást tartalmaz, mely két alskálára bontható. A „megosztás” (sharing) alskálája kilenc állítást tartalmaz, amely arra vonatkozik, hogy a kitöltő mennyire hisz abban, hogy 1. az orvosnak és páciensének hatalom és kontroll tekintetében egyensúlyban kellene maradnia a gyógyítási folyamatban; 2. az orvosnak annyi információt kell megosztania a páciensével, amennyit csak lehetséges. A „törődés” (caring) alskála kilenc állítása arra vonatkozik, hogy a kitöltő mennyire hisz abban, hogy 1. a gyógyítási folyamat során a páciens érzéseinek figyelembevételére, illetve jó interperszonális kapcsolat kulcsfontosságú tényező; 2. az orvosnak a páciens egész személyiségét figyelembe kell vennie, nem csak az aktuális egészségi állapotát. A kérdőív összpontszáma alapján megállapítható, hogy a kitöltő attitűdje a páciensközpontú vagy az orvos-, illetve betegségközpontú orvosi attitűdhez áll-e közelebb. A kitöltőknek a 18 állításra vonatkozóan egy 6-fokú Likert-skálán kell jelölniük, hogy mennyire értenek egyet az adott állítással. Minél magasabb az összpontszám, annál inkább a páciens-fókuszú attitűd jellemző. Mivel a kérdőív hazai validálása még nem történt meg, ezért az ezen a kérdőíven alapuló eredmények csak korlátozottan értelmezhetőek.

2.3. Statisztikai eljárások

Az adatok feldolgozásához és elemzéséhez az SPSS 17.0 programcsomagot használtuk. A szociodemográfiai adatok és a kérdőívek skáláinak kapcsolatát nem-paraméteres eljárással: Mann-Whitney-, valamint Kruskal-Wallis-próbával vizsgáltuk. A kérdőívek skáláinak összefüggéseit Spearman-korrelációs együtthatóval fejeztük ki. Egy egységes magyarázó modell megalkotásának céljából, lineárisregresszió-analízist végeztünk. A regressziós modellben független változóként a kiégés három dimenziója szerepelt (érzelmi kimerülés, személyes hatékonyság, deperszonaliz-

záció). A független változók meghatározásához stepwise módszert alkalmaztunk. Minden statisztikai vizsgálatnál a $p < 0,05$ szignifikanciaszintet fogadtuk el.

3. Eredmények

3.1. A minta szociodemográfiai jellemzőinek leírása

A vizsgálatban részt vett pszichiáter rezidensek/ szakorvosjelöltek demográfiai adatait az 1. és 2. táblázat foglalja össze. A résztvevők 23%-a volt férfi, 77%-a nő. Az életkori átlag alapján látható, hogy a minta jellemzően 30-as éveiben járó, fiatal felnőttekből áll. Átlagosan kb. ötéves egészségügyi munkatapasztalat jellemző rájuk, és legtöbbjüknek ez lesz az első szakvizsgálata. 66%-uk él házasságban vagy élettársi kapcsolatban. Átlagosan egy gyermek a jellemző.

1. táblázat. Demográfiai adatok 1.

	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Életkor	25	54	31,45	5,789
Gyermekek száma	0	3	0,38	0,818
Szakvizsga száma	1	3	1,12	0,445
Tapasztalat (év)	0,5	30	4,659	5,466

2. táblázat. Demográfiai adatok 2.

	Értékek	Elemzés (fő)
Nem	férfi/nő	16/51
Családi állapot	egyedülálló/élettársi kapcsolat/házas	25/21/20

3.2. A kiégés prevalenciája és szociodemográfiai jellemzőkkel való kapcsolata

A pszichiáter rezidensek/ szakorvosjelöltek között a magas fokú emocionális kimerülés prevalenciája 32,8%, a magas fokú deperszonalizáció 29,9%, a magas fokú teljesítménycsökkenés előfordulása pedig 52,2% volt. A kiégés dimenziói és egyes szociodemográfiai tényezők közötti kapcsolatot tekintve szignifikáns nemi különbség mutatkozik a deperszonalizáció tekintetében ($Z = -2,344$; $p \leq 0,05$). Eszerint a deperszonalizáció inkább a férfi rezidensekre jellemző (férfiak átlaga: $9,56 \pm 4,70$; nők átlaga: $6,37 \pm 5,48$).

A kiegésző másik két dimenziójában nem találtunk szignifikáns nemi különbséget. Összefüggést találtunk továbbá a családi állapot és a deperszonalizáció megjelenése között is (3. táblázat). A házasságban vagy élettársi kapcsolatban élőknel szignifikánsan alacsonyabb az elszemélytelenítő attitűd kialakulása ($\chi^2 = 8,962$; $p \leq 0,05$). A kiegésző további két faktora és egyéb szociodemográfiai jellemzők (nem, kor, családi állapot, gyermekek száma) között nem mutatkozott szignifikáns kapcsolat.

3. táblázat. A családi állapot és az MBI deperszonalizáció-pontszáma közti kapcsolat

Családi állapot	N	Rangszám- átlag	χ^2	Sig
Egyedülálló	25	42,1	8,962	0,011
Élettársi kapcsolat	21	25,6		
Házasság	20	31,1		

3.3. A kiegésző, empátia és páciens-fókuszú attitűd, valamint egyes szociodemográfiai adatok közötti kapcsolatok vizsgálata

Az Interperszonális Reaktivitás Index perspektíva-felvétel-alskálája is szignifikáns összefüggést mutatott a családi állapottal (4. táblázat). A házasságban vagy élettársi kapcsolatban élők magasabb értéket értek el a skálán ($\chi^2 = 13,085$; $p \leq 0,05$). Az empátias törődés szignifikáns összefüggést mutatott a gyermekek számával ($\chi^2 = 10,763$; $p \leq 0,05$) (5. táblázat). Tehát egy vagy több gyermek esetén az empátias törődés alskálájának pontszáma magasabb volt.

4. táblázat. A családi állapot és a perspektíva-felvétel kapcsolata

Családi állapot	N	Rangszám- átlag	χ^2	Sig
Egyedülálló	25	25,44	13,085	0,001
Élettársi kapcsolat	21	45,52		
Házasság	20	30,95		

5. táblázat. A gyermekek száma és az empátias törődés kapcsolata

Gyermekek száma	N	Rangszám- átlag	χ^2	Sig
0	52	31,90	10,763	0,013
1	6	40,08		
2	4	56,63		
3	3	46,33		

A 6–8. táblázat a jobb átláthatóság érdekében hármas bontásban mutatja a kiegészés, az empátia és a páciens-fókuszú attitűd közötti kapcsolatokat (MBI-IRI-PPOS).

6. táblázat. A Páciens–orvos-fókuszú Attitűd Skála és az Interperszonális Reaktivitás Index összefüggései

	IRI nézőpontváltás	IRI fantázia	IRI empátia	IRI distressz
PPOS összpontszám	0,480**	0,147	0,396**	0,307*
PPOS törődés	0,463**	0,212	0,396**	0,207
PPOS megosztás	0,346**	0,063	0,245	0,279*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

7. táblázat. A Maslach Kiegészés Leltár és az Interperszonális Reaktivitás Index összefüggései

	IRI nézőpont	IRI fantázia	IRI empátia	IRI distressz
MBI érzelmi kimerülés	0,03	0,018	0,124	0,361**
MBI deperszonalizáció	-0,323**	-0,199	-0,382**	0,021
MBI személyes hatékonyság csökkenése	-0,340**	-0,149	-0,138	0,415**

** $p < 0,001$

8. táblázat. A Maslach Kiegészés Leltár és a Páciens–orvos-fókuszú Attitűd Skála összefüggései

	PPOS összpontszám	PPOS megosztás	PPOS törődés
MBI érzelmi kimerülés	-0,016	-0,057	0,012
MBI deperszonalizáció	-0,287*	-0,104	-0,386**
MBI személyes hatékonyság csökkenése	-0,147	-0,038	-0,301*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$

Az alábbiakban a szignifikáns eredményeket részletezzük, de a táblázatokban nyomon követhetőek a nem-szignifikáns összefüggések is. A páciens-fókuszú attitűd (PPOS összpontszám) pozitív összefüggést mutat az empátia érzelmi (distressz), kognitív (nézőpontváltás) és viselkedéses (empátiás törődés) formájával is. Érdekes azonban, hogy a PPOS „törődés” (caring) alskálája (amely a kapcsolati tényezők fontosságát emeli ki) csak a nézőpontváltással és az empátiás törődéssel mutat pozitív együttjárást. Emellett fontos megemlíteni, hogy ugyanezen PPOS skála jelez fordított

együttjárást a deperszonalizációval és a személyes hatékonyság csökkenésével, míg a PPOS összpontszáma esetében ez a fordított összefüggés csak a deperszonalizációra igaz.

A negatív érzések átvételére vonatkozó hajlamot mérő IRI distressz-skálája szignifikáns, pozitív összefüggést mutat az érzelmi kimerüléssel és a személyes hatékonyság érzésének csökkenésével. Míg a deperszonalizációval fordítottan jár együtt a perspektíva felvétel és az empátiás törődés, addig a személyes hatékonyság érzésének növekedésére prediktív értékkel bír a nézőpontváltásra való képesség.

Tekintettel a megjelenő sok korrelációra, a közvetett kapcsolatok kiszűrése érdekében lineáris regresszió-analízist végeztünk, hogy a fenti összefüggéseket egyetlen magyarázó modellbe illesszük. Mivel a kiégés okait kerestük elsődlegesen, ezért a Maslach Kiégés Leltár alszámláit vizsgáltuk mint függő változókat. Stepwise módszerrel a 9. táblázatban látható független változókat találtuk, melyek magyarázó értéke igen magasnak bizonyult. Eszerint a distressz érzése az érzelmi kimerülés és személyes hatékonyság csökkenése esetében is befolyásoló tényezőnek bizonyult. A személyes hatékonyság érzésének alakulását meghatározó három legfontosabb változó a megélt distressz, a nézőpontváltásra való képesség és a személytelen bánásmód. Ez azt jelenti, hogy a személyes hatékonyság ér-

9. táblázat. Regresszióanalízis a kiégés három dimenziójára vonatkozóan

	R ²	B	Standard hiba	Béta	p	F	p
MBI érzelmi kimerülés	0,357					16,077	<0,001
IRI distressz		0,641	0,236	0,315	0,001		
MBI személyes hatékonyság		0,547	0,163	0,390	0,009		
MBI személyes hatékonyság	0,515					20,207	<0,001
IRI distressz		0,711	0,139	0,490	<0,001		
IRI nézőpont		-0,460	0,151	-0,313	0,003		
MBI deperszonalizáció		0,543	0,139	0,389	<0,001		
MBI deperszonalizáció	0,604					28,956	<0,001
IRI empátia		-0,436	0,096	-0,419	<0,001		
PPOS törődés		-0,328	0,105	-0,284	0,003		
MBI érzelmi kimerülés		0,303	0,043	0,592	<0,001		

zésének csökkenését a megélt distressz és a deperszonalizáció előtérbe kerülése befolyásolja leginkább a vizsgált változók közül, és a nézőpontváltásra való képesség megjelenésével várható a személyes hatékonyság-érzés növekedése. A deperszonalizációt az empátiás törődés, valamint a gyógyító–páciens kapcsolatot középpontba állító attitűd (PPOS törődés alskála) csökkenti, az érzelmi kimerülés növekedésével azonban bejósolható a deperszonalizáció megjelenése.

4. Megbeszélés

Összehasonlítva saját mintánk értékeit Ádám és munkatársainak (2006) reprezentatív orvosi mintájával, ahol a magas érzelmi kimerülés 21,2% (saját mintán 32,8%), a deperszonalizáció magas szintje 7,7% (saját mintán 29,9%), a személyes hatékonyság csökkenése pedig az általuk vizsgált minta 33,1%-ára volt jellemző (saját mintán 52,2%), jól látható, hogy a pszichiáter rezidenseknél a kiégés prevalenciája az orvosoknál általában tapasztaltakhoz képest magas. A legmagasabb fokú a személyes hatékonyság csökkenésének előfordulása, ezt követi az emocionális kimerülés, végül a deperszonalizáció. Harmatta és munkatársainak (2010) magyar pszichiáterek körében végzett, kiégésre vonatkozó vizsgálata ugyanezt a mintázatot mutatja. Mintájukban a személyes hatékonyság csökkenésének magas foka a minta 35%-ára volt jellemző (saját mintán 52,2%), magas fokú emocionális kimerülés 26% (saját mintán 32,8%), magas fokú deperszonalizáció az általuk vizsgált minta 17%-át jellemezte (saját mintán 29%). Látható azonban, hogy a kiégés három mutatójának magas foka nagyobb arányban jellemző a saját mintánkban részt vevő pszichiáter rezidensekre, mint Harmatta és munkatársainak, nagyrészt pszichiáter szakorvosokból álló mintájára (nők 57%-a, férfiak 62,7%-a pszichiáter szakorvos volt, pszichiáter rezidens az általuk vizsgált mintában a férfiak 23,7%-a, a nők 25,3%-a volt). Ezen eltérés azzal is magyarázható, hogy esetünkben a vizsgálati személyek kizárólag pszichiáter rezidensek voltak, akikre sok esetben fokozott munkaterhelés és csökkent kontroll, valamint a tapasztalatok hiánya jellemző. Ezek a tényezők vezethetnek náluk például a személyes hatékonyságérzet nagyobb fokú csökkenéséhez. Hasonló eredmények születtek Guthrie és munkatársai (1999) pszichiáterek körében végzett vizsgálatában, mely szerint a pszichiáter rezidensek szignifikánsan nagyobb mértékben jellemezhetőek deperszonalizációval, mint idősebb szakorvos kollégáik.

Vizsgálatunkban a férfiak szignifikánsan magasabb értéket értek el a deperszonalizáció alskáláján, mint a nők. Úgy tűnik tehát, hogy a férfiak

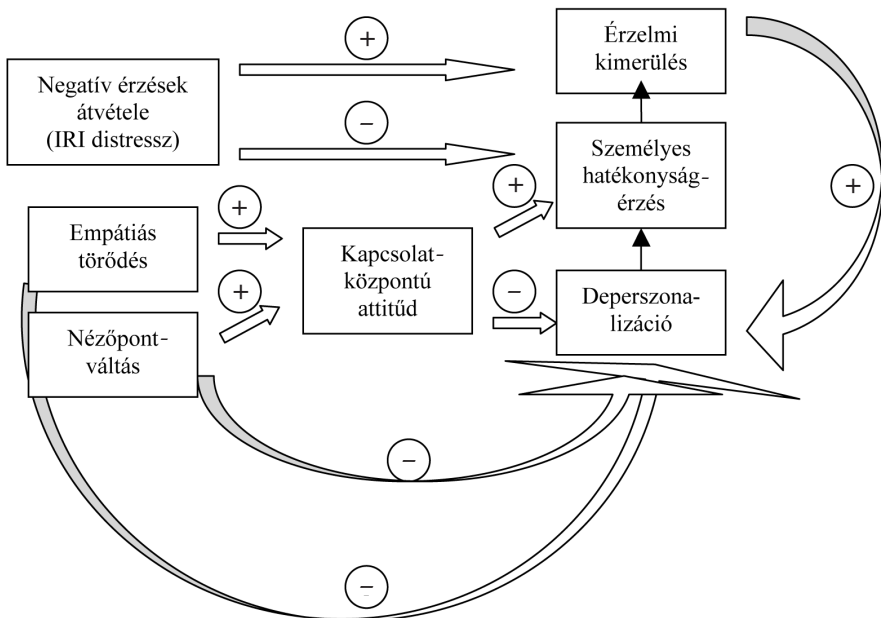
nagyobb mértékben élnek az érzelmi megterheléssel szemben az elszemélytelenítő elhárítással. Figyelembe véve Gyórfy és munkatársai (2008) vizsgálatának eredményeit, mely szerint a pszichiáternők rosszabb szomatikus és pszichés állapotban vannak, mint más orvosszakmákban dolgozó nők, felmerülhet a kérdés, hogy ez összefügg-e azzal, hogy a nők számára ez a típusú munka nagyobb, sok esetben talán nem feldolgozott érzelmi megterhelést jelent, ami ellen a férfi kollégáik személytelen bánásmóddal igyekeznek védekezni (aminek az ára – eredményeink szerint – a személyes hatékonyságérzés csökkenése). Az a feltételezés azonban, hogy a vizsgált nők a férfiaknál nagyobb mértékben érzik magukat érzelmileg kimerültnek, nem nyert bizonyítást (ez a mintánkban megjelenő lényegesen kevesebb férfi vizsgálati személlyel is magyarázható).

Az élettársi vagy házastársi kapcsolat és a decentralizációra való képesség (IRI nézőpontváltás dimenzió) összefügg, és védőfaktort jelent a deperszonalizációval szemben. Természetesen az ok-okozati összefüggés iránya nem állítható biztosan, hiszen az is elképzelhető, hogy könnyebb annak párkapcsolatban funkcionálni, aki képes a másik nézőpontját figyelembe venni, és nem az elszemélytelenítő elhárítási formákat preferálja. Mindenesetre ezen eredményünk összhangban van Jovanovic és munkatársainak (2009) horvát és francia pszichiáter rezidensek körében végzett, a kiégés prevalenciáját vizsgáló kutatásával, ahol az egyedülállókra szignifikánsan nagyobb mértékben volt jellemző a deperszonalizáció. Az az összefüggés, miszerint a gyerekek száma emeli az empátiás törődés megjelenésének esélyét, értelmezhető úgy is, hogy a személyes életben megjelenő szorosabb kapcsolatok jelenléte segíti a nézőpontváltásra való képességet, ami növeli az empátiás törődés (odafordulás) megjelenésének esélyét.

Előzetes elvárásainkkal és egyes nemzetközi adatokkal (Roter, Hall, & Aoki, 2002) ellentétben, az empátiás törődésben nem mutatkoztak nemi különbségek. Egy nő szocializációjában számos olyan szerepet tölt be, melyekben a másokra való ráhangolódás, az érzelmi bevonódás (feleségként, anyaként stb.) alapvető jelentőségű készség, ezért úgy gondoltuk, hogy mintánkban is meg fog jelenni az érzelmi kommunikációban tapasztalható nemi különbség. Vizsgálatunkban erre mindössze az utal, hogy a deperszonalizáció kisebb mértékben jellemzi a nőket, mint a férfiakat.

A vizsgált jelenségek együttjárása szerint a negatív érzések segítőtőre való áttérjedése (parallel empátia) prediktív értékű a kiégés két összetevője, az érzelmi kimerülés és a személyes hatékonyság csökkenése szempontjából. Ezen eredmény összecseng Snyder (2007) mentális egészségügyben dolgozók vizsgálatában tapasztaltakkal, miszerint a parallel érzelmi választ mutató segítők személyes hatékonyságérzése csökkent.

Figyelembe véve a korrelációk és a regresszióanalízis eredményeit, a következő modellben próbáljuk értelmezni, keretbe foglalni az empátia különböző formái, a kiégés és a gyógyító helyzettel kapcsolatos attitűdök összefüggéseit. Amennyiben a gyógyító szakember hajlamos a distresszt átélő pácienssel történő interakcióban a negatív érzések átvételére, ez hosszabb távon érzelmi kimerüléshez vezet. Az érzelmi kimerülés csökkentésére a személytelen bánásmód jelenhet meg (főleg férfiak esetében), ami azonban a személyes hatékonyság érzésére negatív hatást gyakorol. Így alakulhat ki egy olyan ördögi kör, melyben a negatív érzések átvétele érzelmi kimerüléshez vezet, és az ennek elhárítására történő kísérletként megjelenő deperszonalizáció tovább csökkenti a hatékonyság érzését. Ez pedig olyan stresszforrás lehet, ami hozzájárul a distressz további növeléséhez. Úgy tűnik azonban, hogy van egy alternatív út, amiben az empátia törődés és nézőpontváltásra való képesség egy olyan jellegű attitűdben forr össze, melynek lényege, hogy a gyógyító szakember kulcsfontosságúnak tekinti az interperszonális kapcsolatot a gyógyítás folyamatában (ezt igazolják a PPOS „törődés” alszállásával kapcsolatos eredmények). Ezen attitűd növeli a személyes hatékonyság érzését és csökkenti a deperszonalizáció megjelenésének esélyét.



1. ábra. A kiégés és az empátia összefüggéseinek modellje

Snyder (2007) mentális egészségügyben dolgozók vizsgálata során hasonló jelenségek között keresett összefüggést. Eredményei szerint a negatív érzések átterjedése akadályozza a pácienssel való kapcsolatba lépést. Ő is azt találta, hogy a parallel érzelmi választ mutató segítők személyes hatékonyságérzése csökkent, az empátiás törődés megjelenése azonban pozitívan befolyásolta a személyes hatékonyság érzését, és – ahogy a mi mintánkban is – csökkentette a deperszonalizáció megjelenését. A negatív érzések átvétele ellen tehát védőfaktort jelent a jó érzelemszabályozási kapacitás és az empátiás törődés megjelenése.

Eredményeink arra hívják fel a figyelmet, hogy az empátiát árnyaltan és többdimenziós képességként kell értelmeznünk, melyben a kognitív és viselkedéses komponens is védőfaktort jelenthet a kiégés ellen. Fontosnak tarjuk kiemelni, hogy az érzelemszabályozás zavara kiemelt tényező lehet a kiégés későbbi kialakulásában. A szakemberképzésben pedig kulcsfontosságúnak tartjuk a gyógyító–páciens interakció által okozott speciális megterhelésekre való felkészítést.

Irodalom

- Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., & Csoboth, Cs. (2006). Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, 8(2), 113–117.
- Bálint, E. (1969). The possibilities of patient-centered medicine. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 17, 269–276.
- Bálint, M. (1957). *Az orvos, a beteg és a betegség* Budapest: Animula
- Beach, M.C., & Inui, T. (2006). Relationship centered care. A constructive reframing. *Journal of General and Internal Medicine*, 1, S3–S8.
- Borstad, M. (1998). Interszubjektivitás a dialektikus kapcsolatelmélet tükrében. *Pszichoterápia*, 7, 349–362.
- Brotheridge, C.M., & Grandey, A.A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of Vocational Behavior*, 60, 17–39.
- Buda, B. (1993). *Empátia. A beleélés lélektana*. Budapest: Ego School
- Carpenter, L.M., Swedlow, A.J., & Fear, N.T. (2003). Mortality of doctors in different specialties: Findings from a cohort of 20000 NHS consultants. *Occupational and Environmental Medicine*, 54, 388–395.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113–123.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.
- Guthrie, E., Tattan, T., Williams, E., Black, D., & Bacliocotti, H. (1999). Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists. *Psychiatric Bulletin*, 23, 207–212.
- Gyórfy, Zs., Ádám, Sz., Harmatta, J., Túry, F., & Kopp, M. (2008). Az esélyteremtés színterei: A pszichiátria területén dolgozó diplomás nők életminősége és egészségi állapota. In M. Kopp (szerk.), *Magyar lelkiállapot 2008. Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (356–362). Budapest: Semmelweis Kiadó

- Haidet, P., Dains, J.E., Paternit, D.A., Hechtel, L., Chang, T., Tseng, E., et al. (2002). Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Medical Education*, 36, 568–574.
- Harmatta, J., Ádám, Sz., Győrffy, Zs., Túry, F., & Szényei, G. (2010). A munkamegterhelés és a munkával kapcsolatos stressztényezők a magyarországi pszichiáterek körében. *Psychiatria Hungarica*, 25(5), 417–424.
- Hoffman, M.L. (1987). The contribution of empathy to justice and moral judgment. In N. Eisenberg, & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (47–80). New York, NY: Cambridge University Press
- Jaspars, J., King, J., & Pendleton, D. (1990). The consultation: A social psychological analysis. In D. Pendleton, & D. Hasler (Eds.), *Patient Communication* (135–154). London: Academic Press
- Jovanovic, N., Beezhold, J., Andlauer, O., Kuzman, M.R., Podlesek, A., Hanon, C., et al. (2009). Burnout among psychiatry residents. *Die Psychiatrie*, 2, 75–79.
- Krupat, E., Rosenkranz, S.L., Yeager, C.M., Barnard, K., Putnam, S.M., & Inui, T.S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: The effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling*, 39, 49–59.
- Kulcsár, Zs. (1998). *Egészségpszichológia*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2nd ed.) Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- McCray, L.W., Cronholm, P.F., Bogner, H.R., Gallo, J.J., & Neill, R.A. (2008). Resident physician burnout: Is there hope? *Family Medicine*, 40(9), 626–632.
- Miller, K., Birkholt, M., Scott, C., & Stage, C. (1995). Empathy and burnout in human service work: An extension of a communication model. *Communication Research*, 22(2), 123–147.
- Miller, K., Stiff, J.B., & Ellis, B.H. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs*, 55, 250–265.
- Prins, J.T., Hoekstra-Weebers, J.E., Van De Wiel, H.B., Gazendam-Donofrio, S.M., Sprangers, F., & Jaspers, F.C. (2007). Burnout among Dutch medical residents. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 119–125.
- Roter, D. (2000). The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient education and counseling*, 39, 5–15.
- Roter, D., Hall, J.A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication. *Journal of American Medical Association*, 288(6), 756–763.
- Simon, M., Herold, R., Fekete, S., & Tényi, T. (2007). A tükörneuronok – avagy újabb adatok az interszubjektívitás neurobiológiájáról. *Psychiatria Hungarica*, 22, 418–429.
- Snyder, J.L. (2007). *Extending the empathic communication model of burnout: A search for alternative ways to reduce caregiver burnout*. Letöltve: 2010. 03. 21-én: <http://proquest.umi.com/pqdlink?did=1367840331&Fmt=7&clientId=79356&RQT=309&VName=PQD>
- Staub, E. (1987). Commentary on part 1. In N. Eisenberg, & J. Strayer (Eds.), *Empathy and its development* (103–115). New York, NY: Cambridge University Press
- Tsimtsiou, Z., Kerasidou, O., Efstathiou, N., Papaharitou, S., Hatzimouratidis, K., & Hatzichristou, D. (2007). Medical students' attitudes toward patient-centered care: A longitudinal survey. *Medical Education*, 41, 146–153.

- Wahlqvist, M., Gunnarson, R.K., Dahlgren, G., & Nordgren, S. (2010). Patient-centred attitudes among medical students: Gender and work experience in health care make a difference. *Medical Teacher*, 32, e191-198.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16, 527-545.

Relationship between emotional involvement and burnout among psychiatric residents

FÜLÖP, EMŐKE – DEVECSERY, ÁGNES – CSABAI, MÁRTA

Background: Relatively few research has been focusing so far on the correlations of communication with patients under serious distress and the emotion-regulation capacity of medical doctors. Neither the patterns of burnout, nor the possible factors for the prevention of emotional exhaustion have got enough attention. Objective: The study of the causal factors of empathy and burnout and the effect of emotional involvement on the practitioner. Methods: Descriptive study by questionnaire at the four Hungarian medical faculties with the participation of 67 psychiatry residents. Maslach Burnout Inventory (MBI), the Interpersonal Reactivity Index (IRI) for the measurement of empathy, and the Patient-Practitioner Orientation Scale (PPOS) for the measurement of attitudes towards patients were applied in the study. Statistics: Spearman correlation, Kruskal-Wallis test, linear regression analysis. Results: High emotional exhaustion among 32.8% of residents, high level of depersonalisation of 29.9%, decrease of personal effectivity of 52.2% of the sample. Significantly higher depersonalisation was found in male psychiatry residents ($p \leq 0.05$). Among the IRI subscales, empathic distress shows correlation with two components of burnout: emotional exhaustion ($p < 0.001$) and the decrease of personal effectivity ($p < 0.001$). Patient-focused attitude (PPOS) is correlated with the three components of empathy. There is an inverse correlation between patient-focused attitude and depersonalisation (MBI). The feeling of distress has an impact both on emotional exhaustion and personal effectivity. Personal effectivity was predicted by perceived distress, the capacity for perspective change, and depersonalisation. Depersonalisation was predicted by the caring dimension of PPOS, concern and emotional exhaustion. Conclusions: The take over of the negative emotions from the patient may lead to the emotional exhaustion and decrease in the feeling of personal effectivity of the professional. Emotional concern and the capacity for decentration may determine a relational attitude which increases the feeling of personal effectivity, and decreases the chance for the appearance of impersonal care.

Keywords: burnout, empathy, patient-centered attitude, emotional contagion, psychiatrists