

Dr. Ádám Szilvia, Dr. Gyórfy Zsuzsa, Dr. Csoboth Csilla

Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban

Absztrakt

Bevezetés: A kiégés pathomechanizmusában a munkahelyi stressz fontos szerepet játszik. Az orvosok jelentős munkahelyi stresszterheltségnek vannak kitéve, így a kiégés előfordulása körükben várhatóan magas. Mindezek ellenére az orvosok kiégésének gyakoriságáról Magyarországon átfogó felmérés eddig még nem született.

Célkitűzések: A kiégés prevalenciájának felmérése magyarországi orvosársadalom körében a Maslach Burnout Inventory (MBI) felhasználásával, valamint a kiégés prevalenciája és az orvosok szomatikus és pszichés egészségi állapota, egészségmagatartása, szociodemográfiai változói, valamint a munkával és otthoni élettel kapcsolatos tényezők közötti kapcsolat feltárása.

Módszerek: Kvantitatív epidemiológiai vizsgálat (N=187) országos reprezentatív orvosi minta alapján.

Eredmények: Az MBI 3 kiégési dimenzióját tekintve, az orvosok 21,2%-ára jellemző az emocionális kimerülés, 7,7%-ára a deperszonalizáció és 33,1%-ára a teljesítményvesztés. A kiégés egyes alsókálái szoros összefüggésben állnak a szomatikus és pszichés megbetegedések prevalenciájával, az egészségmagatartás egyes tényezőivel, a munkával, munkahellyel, munkakörülményekkel való elégedetlenséggel és a munkahely-otthon közötti szerepkonfliktus meglétével.

Kulcsszavak: kiégés, orvosok, egészségmagatartás, egészségi állapot, munkastressz, szerepkonfliktus

Köszönetnyilvánítás

A kutatást az OKTK A/0109/2004

Dr. Ádám Szilvia, Dr. Gyórfy Zsuzsa,
Dr. Csoboth Csilla
Semmelweis Egyetem
Magatartástudományi Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.
E-mail: adaszil@net.sote.hu

számú programja támogatta. Ezenél szeretnénk köszönetet mondani minden orvosnak, akik nagy munkaterheltségük és kevés idejük ellenére vállalták a vizsgálatunkban való részvételt.

Bevezetés

1974-ben Freudenberger használta először a kiégés szakkifejezést, a pszichiátriai dolgozók körében megfigyelt érzelmi kimerülésre.¹ A kiégés empirikus vizsgálatával foglalkozó jelenlegi kutatásunk a Maslach, Jackson és Leiter által kidolgozott modellen alapul, amely a kiégést a következőképpen definiálja: „az érzelmi kimerülés, deperszonalizáció, és az egyéni teljesítménycsökkenés tünetegyüttese, amely emberekkel foglalkozó személyek körében lép fel”.² A kiégés pathomechanizmusában az emocionális kimerülés jelentkezik először, melynek során egyre fáradtabbá válik az egyén és egyre kevesebb energiát tud vagy akar munkájába befektetni. Ezt az állapotot követi a deperszonalizáció dimenziója, melynek során cinikussá válik a betegekkel és egyre kevésbé tud vagy akar kapcsolatot teremteni klienseivel és kollégáival. Mindez átvezet a következő fázishoz, ahol egyéni teljesítménye romlik. A kiégés egy lassan kialakuló folyamat végeredménye, melyben a stresszel teli munkavégzés és munkakörülmények kulcszerepűek.

Az orvosok és egészségügyi dolgozók a munkahelyi stresszterheltség szempontjából mindig különösen veszélyeztetettnek számítottak, így a stressz okozta pszichikai megbetegedések – mint például a kiégés – előfordulása körükben magas lehet. Mindezek ellenére a kiégés gyakoriságáról Magyarországon átfogó felmérés eddig még nem született. Ezért vizsgálatunk elsődleges célja a kiégés prevalenciájának feltárása volt a magyarországi orvosársadalom körében.

A kiégés empirikus vizsgálatának egyik fontos célja a lehetséges

okok és következmények megismerése. Az orvosok kiégésének számos jelentős következménye lehet. A kiégés ronthatja az orvosok általános pszichikai és szomatikus egészségi állapotát, ami a munkateljesítmény romlásához, a hiányzások számának növekedéséhez, pályaelhagyáshoz, a munkahelyi megelégedettség és a betegellátás színvonalának csökkenéséhez vezethet.³⁻⁵ Vizsgálatunk másik célja ezért az volt, hogy feltárjuk a kiégés prevalenciáját és az orvosok szomatikus és pszichés egészségi állapota, egészségmagatartása, szociodemográfiai változói, valamint a munkával és otthoni élettel kapcsolatos tényezők közötti kapcsolatot.

Minta és módszer

2004 őszén a Magyar Orvosi Kamara adatbázisa alapján 500 magyar orvost választottunk ki kor, településtípus, valamint szakág szerinti reprezentatív módon. Az önkéntes kérdőíveket postán juttattuk el a kiválasztott résztvevőkhöz. Felkérésünkre 187 orvos (108 nő és 79 férfi) válaszolt (37%-os válaszarány). A résztvevőket írásban biztosítottuk az adatok bizalmas kezeléséről.

A kiégés mérésére a Maslach Burnout Inventory-t (MBI) használtuk. Az MBI egy 22 tételből álló kérdőív, mely a kiégést három dimenzióban méri (emocionális kimerülés, deperszonalizáció és teljesítménycsökkenés skálák).² A résztvevők egy 7-fokozatú Likert skálán (0=soha, 6=minden nap) jelzik, hogy egyes munkájukkal kapcsolatos érzéseiket milyen gyakran észlelik. Az emocionális kimerülést 9 kérdés (pl. Kifacsartnak érzem magam a munka után.), a deperszonalizációt 5 kérdés (pl. Mióta ezt a munkát végzem, érzéketlenebb vagyok az emberek iránt.) és a teljesítményvesztést 8 kérdés méri (pl. Úgy érzem, hogy a munkámon keresztül pozitívan befolyásolom az emberek életét.). A kérdésekre adott válaszok alapján a kiégés mindegyik dimenziójára egy érték jellemző. Az értékeket

1. táblázat

Változó	N (%)	Nemi bontás	
		Orvosnők (%)	Férfi orvosok (%)
Összes minta	187 (100)	108 (57,8)	79 (42,2)
Korcsoport (év)			
<30	7 (3,7)	4 (3,7)	3 (3,8)
30-39	30 (16,0)	15 (13,9)	15 (19,0)
40-49	74 (39,6)	43 (39,8)	31 (39,2)
50-59	57 (30,5)	34 (31,5)	23 (29,1)
≥60	19 (10,2)	12 (11,1)	7 (8,9)
Családi állapot			
Hajadon, egyedülálló	12 (6,4)	7 (6,5)	5 (6,3)
Házastársával együtt él	149 (79,7)	81 (75,0)	68 (86,1)
Házastársával nem él együtt	3 (1,6)	2 (1,9)	1 (1,3)
Elvált	16 (8,6)	12 (11,1)	4 (5,1)
Özvegy	4 (2,1)	4 (3,7)	-
Élettársi kapcsolat	3 (1,6)	2 (1,9)	1 (1,3)
Gyermekek			
Nincs	20 (10,7)	12 (11,1)	8 (10,1)
Van	167 (89,3)	96 (88,9)	71 (89,9)
1	37 (22,2)	22 (20,4)	15 (19,0)
2	88 (52,7)	54 (50,0)	34 (43,0)
≥3	42 (25,1)	20 (35,7)	22 (27,9)
Főmunkahely, főfoglalkozás			
Klinika, kórház	84 (45,2)	37 (34,3)	47 (60,3)
Háziorvosi rendelő	41 (22,0)	27 (25,0)	14 (17,7)
Szakrendelő	26 (14,0)	18 (16,7)	8 (10,1)
Egyéb	35 (18,8)	26 (24,1)	9 (11,5)
Foglalkozás, beosztás			
Házi gyermekorvos	14 (7,5)	12 (11,1)	2 (2,5)
Felnőtt háziorvos	30 (16,0)	17 (15,7)	13 (16,5)
Belgyógyász	21 (11,2)	8 (7,4)	13 (16,5)
Sebész	11 (5,9)	2 (1,9)	9 (11,4)
Szülész-, nőgyógyász	9 (4,8)	2 (1,9)	7 (8,9)
Radiológus	11 (5,9)	9 (8,3)	2 (2,5)
Szemész	9 (4,8)	8 (7,4)	1 (1,3)
Gyermekgyógyász	16 (8,6)	7 (6,5)	9 (11,3)
Egyéb	66 (35,3)	43 (39,8)	23 (29,1)

A minta szociodemográfiai jellemzői

három csoportba (alacsony, közepes, magas) soroltuk. A csoportosítás alapjául egy normatív minta értékei szolgáltak. Az orvosok körében a magas fokú kiégést a következő értékek jelzik: emocionális kimerülés ≥ 27 pont, deperszonalizáció ≥ 10 pont és teljesítménycsökkenés ≤ 33 pont. Az MBI-t a szerzők engedélyével lefordítottuk és validáltuk.²

A szomatikus és pszichés egészségi állapotot egy 39 tételből álló betegséglistával, az egészségi állapot Likert skálás önbecslésével, az öngyilkossági gondolatok prevalenciájával és egy alvászavar-skálá-

val⁶ vizsgáltuk. Az orvosok egészségmagatartását a dohányzásra, alkohol- és nyugtatófogyasztásra vonatkozó kérdésekkel vizsgáltuk. A munkával kapcsolatos attitűdök, mérése (munkastressz, munkaidő, szabadidő mennyisége, munkahelyek száma, ügyeletek mennyisége, feszült helyzetek előfordulása) Likert típusú kérdéseket alkalmaztunk. Vizsgálatunk női résztvevőit terhességük, a szülés, és a munkahely-otthon konfliktus (ún. szerepkonfliktus) részleteiről is megkérdeztük. Mintánkban az alábbi szociodemográfiai tényezőket mértük

fel: kor, családi állapot, gyerekszám, munkahely, és foglalkozás.

Az adatfeldolgozást az SPSS 9.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois, USA) program felhasználásával végeztük, és a 95%-os szignifikanciaszintet ($p < 0.05$) fogadtuk el az értékelhetőség minimumának.

Eredmények

A minta szociodemográfiai jellemzőinek leírása

Az 1. táblázat az orvosok szociodemográfiai profilját mutatja be.

2. táblázat

Kiegész foka	MBI alskálák		
	Emocionális kimerülés (%)	Deperszonalizáció (%)	Teljesítménycsökkenés (%)
Alacsony	54,3	70,9	41,4
Közepes	24,5	21,4	25,5
Magas	21,2	7,7	33,1

A kiegész három dimenziójának prevalenciája intenzitás szerint orvosok körében

A mintába került orvosok átlag-életkora 47,1 év (SD 8,7) volt és a minta 59%-a 50 év alatti orvosokból állt. A családi állapot megoszlását tekintve az orvosnői csoportban jellemző az elvált és özvegyek nagyobb aránya a férfi orvosokéhoz viszonyítva, de a minta egészét nézve a házastársi kapcsolat van a legnagyobb arányban. Gyerekszám tekintetében jellemző, hogy a férfi és női orvosok körében nagyobb arányú a 2 vagy több gyermek vállalása, és kisebb arányban gyermektelenek. Mintánkban kórházi és klinikai munkát nagyobb arányban vállalnak férfiak, míg a járóbetegszakrendelésen dolgozók nagyobb arányban nők. Az orvosok 69,2%-a ügyel, míg az orvosnőknél ez az arány 50,9% (adat nem mutatva). A férfi orvosok körében a háziorvosok (16,5%) és belgyógyászok (16,5%), míg a nők körében a felnőtt háziorvosok (15,7%) és házi gyerekorvosok (11,2%) voltak többségben.

A kiegész prevalenciája

Az orvosok közel fele számolt be közepes és magas fokú emocionális kimerülésről valamint teljesítményvesztésről, míg a közepes és magas fokú deperszonalizáció prevalenciája kb. 30% volt (2. táblázat). A kiegész dimenziói és egyes szociodemográfiai tényezők közötti kapcsolat leíró jellegű vizsgálata azt mutatta, hogy orvosnőkre az emocionális kimerülés állapota, míg a férfi orvosokra a deperszonalizáció jellemző (3. táblázat). A teljesítménycsökkenés a házasságban élők között nagyobb arányban fordul elő. A kórházban dolgozó orvosok gyakrabban számoltak be emocionális kimerülésről és deperszonalizációról, míg a szakrendelőkben és háziorvosi praxisokban dolgozó orvosok gyakrabban észleltek teljesítménycsökkenést. (3. táblázat)

A kiegész és az egészségi állapot, az egészségmagatartás, egyes szociode-

mográfiai valamint a munkahelyi és otthoni tényezők közötti kapcsolat korrelációs vizsgálata

A 4. táblázat az orvosok szomatikus és pszichés egészségi állapotának, egészségmagatartásának, egyes szociodemográfiai tényezőinek valamint a munkahellyel és otthoni étellel kapcsolatos tényezőknek a kiegész egyes dimenzióival való összefüggéseit mutatja be. A Pearson-féle korrelációs együttható (PKE) a vizsgált változó és a kiegész dimenzióinak intenzitása közötti kapcsolat erősségét jelzi.

Az emocionális kimerülés szignifikáns összefüggést mutatott az alábbi szociodemográfiai változókkal: nemmel (nő), a családi állapottal (házas), valamint az életkorral (<40 év). Egyes arányú kapcsolatot találtunk az emocionális kimerülés és a rossz szomatikus valamint pszichés egészségi állapot (az egészségi állapot negatív önértékelése, az allergia és az izom-

3. táblázat

Szociodemográfiai változó	MBI alskálák		
	Emocionális kimerülés (%)	Deperszonalizáció (%)	Teljesítménycsökkenés (%)
Nem			
Férfi	19,2	14,1	74,7
Nő	22,6	2,9	82,1
Családi állapot			
Házas	21,1	18,0	40,3
Nem házas	21,9	31,2	28,1
Munkahely jellege			
Kórház	22,4	11,9	28,0
Szakrendelő	23,1	8,3	42,3
Háziorvosi praxis	18,4	5,1	36,8

A kiegész prevalenciája a nem, családi állapot, valamint munkahely függvényében

4. táblázat

Változó	MBI alskálák		
	Emocionális kimerülés (P)	Deperszonalizáció (P)	Teljesítménycsökkenés (P)
Szocio-demográfiai jellemzők			
Nem	0,008 (orvosnők)	0,016 (orvosok)	
Családi állapot (házas)			0,027
Életkor (<40 év)	0,004		0,003
Szomatikus és pszichés egészségi állapot			
Rossz szubjektív egészségi állapot	0,003		0,05
Allergia	0,01		
Izom- és csontrendszeri betegség	0,014		
Pánikbetegség	0,031		
Öngyilkossági gondolatok prevalenciája	0,000	0,041	
Alvászavar („Kialvatlanság miatt gyakran vagyok fáradt.”)	0,000	0,001	0,002
Munkaterheltség	0,000	0,000	
Munkahelyi stressz	0,000	0,041	
Munkahelyi ártalom	0,013		
Munkahelyi ártalom terhesség alatt	0,045		0,013
Munkahelyi elégedetlenség (munka, munkahely, munkakörülmények, munkatárs, elismerés, betegre jutott idő mennyisége)	0,001	0,000	0,000
Egészségmagatartás			
Egészségtelen táplálkozás	0,046	0,038	
Anxiolytikum szedése	0,000	0,041	
Egészségügyi prevenció hiánya			0,021
Szerepkonfliktus (orvosnők esetében)	0,007		0,018

A kiégés és egyes szociodemográfiai változók, az egészségi állapot, egészségmagatartás valamint a munkahelyi és családi étellel kapcsolatos tényezők közötti összefüggések

csontrendszeri megbetegedések, a pánikbetegség, az öngyilkossági gondolatok, az alvászavar, a nagy munkaterheltség, a jelentős munkahelyi ártalom, a munkahelyi stressz és megelégedetlenség prevalenciája között. Az emocionális kimerülés továbbá összefügg az egészségmagatartás egyes kérdéseivel (a helytelen táplálkozással és a rendszeres anxiolytikum szedéssel). A munkahely-otthon konfliktusának megléte szoros kapcsolatot mutatott az emocionális kimerülés prevalenciájával orvosnők esetében. A deperszonalizáció a nemmel (férfi), az öngyilkossági gondolatok, az alvászavar, a nagy munkamegterheltség, a munkahelyi stressz és a munkával való elégedetlenség prevalenciájával, valamint az egészségtelen táplálkozással és rendszeres anxiolytikum szedéssel volt szoros kapcsolatban. A teljesítményvesztés szignifikáns összefüggést mutatott a családi állapottal (házas), az életkorral (<40 év), az egészségi állapot negatív önértékelé-

sével, az alvászavarok, a magas munkahelyi ártalmak és a munkahellyel való elégedetlenség prevalenciájával, valamint az egészségügyi prevenció hiányával illetve a szerepkonfliktus meglétével orvosnők esetében.

Megbeszélés

Epidemiológiai felmérésünk elsődleges célja a kiégés prevalenciájának feltárása volt a magyarországi orvostársadalom körében. Vizsgált mintánk 21,2%-ára jellemző a magas fokú emocionális kimerülés, 7,7%-ára a deperszonalizáció és 33,1%-ára a teljesítményvesztés. Nemzetközi összehasonlításban, a magyar orvosok kiégési mutatói hasonlóak a más országokban dolgozó orvosokéhoz képest. 2001-ben 1824 amerikai és 1435 holland orvost vizsgáltak a kutatók, melyek körében a kiégés (emocionális kimerülés) előfordulási gyakorisága 22% illetve 11%-os volt.⁷ Svájci háziorvosok és brit sebészek körében a kiégés

(emocionális kimerülés) prevalenciája ugyancsak hasonló értéket mutatott a magyarországi orvosokéhoz képest (19% valamint 27%).^{8,9}

Eredményeink alapján elmondható, hogy az emocionális kimerülés leginkább a kórházi- és szakrendelőkben dolgozóakra a legjellemzőbb. A deperszonalizáció a kórházi orvosok között a legmagasabb, míg a teljesítményvesztés leginkább a szakrendelőkben dolgozók sajátja. Hasonló eredményeket közölt *Olkinuora*, aki a finn orvosok körében végzett vizsgálatot a kiégés prevalenciájáról. A finn orvosok esetében a legmagasabb kiégési pontszámok azoknál volt megfigyelhető, akik nagy egészségügyi központban dolgoznak (főleg általános orvosok és nem szakorvosok). E területeket a magas munkaterhelés, a kiszámíthatatlan munkaidő és az állandó bizonytalanság problémái jellemzik. A legalacsonyabb kiégési pontszámok azoknál fordult elő, akik

magánpraxist folytatnak, egyetemen, kutató intézetekben dolgoznak.¹⁰

Vizsgálatunk másik célja ezért az volt, hogy feltárjuk a kiégés prevalenciája és az orvosok egészségi állapota, egészségmagatartása, egyes szociodemográfiai változói valamint a munkahelyi és otthoni élet tényezői közötti összefüggéseket. Eredményeink szerint megállapítható, hogy a kiégés mindhárom dimenziója szoros kapcsolatban áll bizonyos szociodemográfiai tényezőkkel, mint pl. a fiatalabb életkorral vagy a házas családi állapottal. Az emocionális kimerülés tendenciaszerűen inkább az orvosnőket érinti, míg a deperszonalizáció tünete a férfi orvosokra jellemző. A kiégés egyenes arányú kapcsolatot mutatott a szomatikus és pszichés megbetegedések prevalenciájával, a rossz egészségmagatartással és a munkahely-otthon közötti szerepkonfliktus meglétével. A kiégés és a munkahelyi stressz szoros kapcsolata a kutatás során nyilvánvalóvá vált.

Eredményeink felvetik további kutatások szükségességét, melyek során szélesebb körben vizsgálánk

a magyarországi orvostársadalom megbetegedési mutatóit és kiégett-ségét, és kapott eredményeinket összehasonlítanánk más segítő foglalkozásúakéval. Ugyancsak további vizsgálatokat igényel a kiégés és a rossz szomatikus/pszichés egészségügyi állapot, valamint egészségmagatartás közötti ok-okozati viszony pontosabb feltárása. Eredményeink felhívják a figyelmet a munkahelyi stressz valamint az orvosnők körében fellépő szerepkonfliktus (munkahelyi és otthoni szerepek között) központi fontosságú szerepére a kiégés pathomechanizmusában és rávilágítanak a munkahelyi stressz valamint a szerepkonfliktus minimalizálásának szükségességére, amely a kiégés fokának csökkenéséhez és következésképpen az orvosok egészségi állapotának javulásához vezethet.

Irodalomjegyzék:

- Freudenberger HJ: *Staff burnout*. J Soc Issues 1974;30:159-165.
- Maslach C, Jackson SE, Leiter MP: *Maslach burnout inventory manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1996.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, et al: *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. Ann Intern Med 2002;136:358-367.
- Faragher EB, Cass M, Cooper CL: *The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis*. Occup Environ Med 2005;62(2):105-112.
- Pikó B, Piczil M: *És rajtunk ki segít? Esély* 2000;1:110-120.
- Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ: *Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria*. J Psychosom Res 2000;48(6):555-560.
- Linzer M, Visser MR, Oort FJ, et al: *Predicting and preventing physician burnout: results from United States and the Netherlands*. Am J Med 2001;111(2):170-175.
- Goehring C, Bouvier Gallacchi M, Kunzi B, et al: *Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey*. Swiss Med Wkly, 2005;135:101-108.
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al: *Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work*. Lancet, 1996;347:724-728.
- Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, et al: *Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts of Finnish physicians*. Scand J Work Environ Health 1992;18(Suppl 2):110-112.