

A kiégés jelensége az orvosi hivatásban

Major János, Ress Katalin, Hulesch Bors, Túry Ferenc

A kiégés lényege a testi, lelki és érzelmi kimerülés, amelyet krónikus érzelmi megterhelés vált ki, és többlépcsős folyamat végén jelentkező állapotnak tekinthető. Olyan foglalkozásúak körében gyakori, akik mindennapos munkájuk során segítő kapcsolatba kerülnek az emberekkel, és azok elsősorban negatív érzéseivel. Az érzelmi megterhelés mellett bizonyos személyiségjegyek és a nagy munkaterhelés is szerepet játszik a kiégés kialakulásában. Tünetei a fizikai kimerültség (elcsigázottság, fáradtság, betegségek), az érzelmi kimerültség (reményvesztettség, depresszió, öngyilkosság) és a lelki kimerültség (pesszimizmus, negatív attitűdök, a betegek dehumanizálása). Az orvosok körében átlagosan 20% körüli kiégési arányt mértek a különböző nyugat-európai országokban és az Egyesült Államokban. Bár gyakorisága országonként hasonló értéket mutat, szakterületenként változó az érintettek aránya. Azok közt, akik gyógyítható, jó prognózisú betegcsoporttal foglalkoznak, kisebb a kiégés kockázata, míg a krónikus betegekkel, haldoklókkal naponta foglalkozó orvosok körében igen gyakori jelenségnek számít. A kiégés megelőzhető megfelelő munkahelyi körülmények kialakításával, önismeret- és készségfejlesztéssel, klinikai esetmegbeszélő csoportokon való részvétellel.

A megelőzés szándéka hívta életre a Semmelweis Egyetemen a Humánia Pályaszocializációs Műhelyt, amely a hivatásra való felkészítés keretében, szervezett formában teszi lehetővé az orvosok számára, hogy már hallgató korukban olyan készségeket és módszereket sajátítsanak el, amelyek a későbbiek során elősegítik a nehéz érzelmi helyzetek feldolgozását, ezáltal csökkentve a kiégés kockázatát.

**kiégés, orvosok,
megelőzés, pályaszocializáció**

**BURNOUT AMONG MEDICAL DOCTORS:
DEVELOPMENT, SYMPTOMS, PREVENTION**

Burnout, a physical, emotional and spiritual exhaustion, is caused by chronic emotional stress, and is considered to be the end-state of a multi-step process. It is most frequently observed among professionals who work with people and are faced with people's negative emotions every day. Apart from emotional stress, certain personality traits as well as high workload have also been linked to the development of burnout. Burnout symptoms include physical exhaustion (depleted energy, tiredness, illnesses), emotional exhaustion (hopelessness, depression, suicide), and spiritual exhaustion (pessimism, negative attitudes, dehumanization of patients). Approximately 20% of all medical practitioners in several European countries, as well as in the United States, have been demonstrated to show burnout symptoms.

Its prevalence appears to be similar across countries, but shows differences according to medical specialty. Doctors mostly seeing patients with easily curable diseases or with good prognosis have a lower risk of burnout, whereas those seeing chronic or dying patients on a daily basis are at a much higher risk. The prevention is possible in a number of ways, such as ensuring proper work environment, providing personality development and soft skills trainings, and participation in clinical case study workshops.

The Humania Professional Socialization Workshop was set up with prevention in mind at Semmelweis University in 2002 to formally provide medical students, as part of their vocational training, with skills and techniques that later will help them cope with hard emotional situations and thus reduce the risk of burnout.

**burnout, health,
prevention, occupational socialization**

Major János orvostanhallgató (levelező szerző/correspondent), dr. Ress Katalin,
Hulesch Bors, dr. Túry Ferenc: Semmelweis Egyetem,
Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences,
H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

Érkezett: 2005. november 2. Elfogadva: 2006. január 10.

A tudományos kutatás 25-30 éve foglalkozik a burnout szindrómával, azonban leírásával már a Bibliában is találkozhatunk (1, 2). Feltehetjük a kérdést: vajon miért került előtérbe a probléma éppen az elmúlt évtizedekben?

A kiégési (burnout) szindróma testi, érzelmi és lelki kimerüléssel járó állapot. A kimerüléshez társul az elhagyatottság érzése, a reményvesztettség, a negatív önértékelés és negatív attitűdök kialakulása. A kiégettség krónikus érzelmi megterhelés hatására alakul ki, és olyan foglalkozásuk körében a leggyakoribb, akik

mindennapos munkájuk során erős érzelmi kapcsolatba kerülnek más emberekkel (segítő szakmák: orvos, pedagógus, szociális munkás stb.). Az érzések sokaságával és sokféleségével való mindennapos találkozás, az érzelmek átélése és kezelése által okozott lelki megterhelés, valamint az ezekre válaszként adott nem adaptív megküzdési stratégiák vezetnek a kiégéshez, amely – egy önrontó folyamat végállapotaként – betegségként jelenik meg (1).

A kiégés eredményeként csökken a munkahelyi elégedettség, gyakoribbá válnak a hiányzások, a kiégett orvos gyakran hivatását is elhagyja (3). Nő a depresszió, az öngyilkosságok száma, a probléma „megoldásaként” a gyógyszer- és az alkoholfogyasztás (4). Ezek kihatnak az orvos testi és lelki egészségére, a személyes és munkahelyi kapcsolataira, és nem utolsósorban a betegekre is.

Ha a fentieket azon kutatások tükrében vizsgáljuk, amelyek az orvosok körében 20–60% (4) körüli kiégést mutattak, akkor nyilvánvalóvá válik, hogy a probléma beható figyelmet érdemel.

Kiváltó tényezők

A kiégés legjelentősebb rizikófaktora a nehéz munkahelyi körülmények. Leginkább az éghet ki, akinél az alulfinanszírozottság nagy munkaterheléssel társul (ügyeletek, adminisztratív terhek, sok beteg/kevés idő). Mindehhez hozzájárul még a megbecsültségnek és a döntésekbe való beleszólásnak a hiánya (5). Következésképpen az otthon és a munkahely által támasztott igények miatt belső feszültség, konfliktus keletkezik. (Például az orvos úgy érzi, nem tud elegendő időt a családjával tölteni, nem tudja elhozni a gyereket az óvodából, rövidebb a nyaralás.) A családi támogatás fokozatosan meggyengülhet (kevés időt tölt otthon, vagy amikor otthon van, fáradt, ideges), ami azután visszahat a munkahelyi életre is (6).

A nagy munkaterhelés nem feltétlenül vezet kiégés-

HUMÁNIA PÁLYASZOCIALIZÁCIÓS MŰHELY

2002-ben indult útjára a Semmelweis Egyetemen a Humánia Pályaszocializációs Műhely. A Humánia célja röviden: az orvostanhallgatók kiégésének megelőzése. Az egyetem által nyújtott képzés hiányosságait kívánja pótolni, az orvosláshoz elengedhetetlen humán készségek oktatásával: ilyenek a kommunikáció, az önismeret, a konfliktuskezelés. Ezek a készségek, valamint a csapatmunkára való képesség, az asszertivitás (önérvényesítés), a Bálint-szemlélet alkalmazása bizonyíthatóan csökkenti a munkahelyi stresszt és az orvosi hibák számát, emellett növeli mind a praktizáló orvos munkahelyi elégedettségét, mind pedig a beteg elégedettségét és együttműködési készségét.

A foglalkozások célja összességében az egészségügyi szolgáltatási színvonalának emelése, az orvosok szemléletváltásának elősegítése, az orvosok stressz- és kiégési problémáinak prevenciója. A Humánia jellegzetessége, hogy kortársképzés keretében a csoportfoglalkozásokat – szoros szakmai szupervízió mellett – a már végzett hallgatók vezetik. A műhely által nyújtott képzés a vállalatoknál bevált készségfejlesztő tréningek, a külföldi orvosi pályaszocializációs programok, valamint a Bálint-szemléletű klinikai esetmegbeszélő csoportok módszertanát ötvözi a hazai első alapkutatással ebben a témában. A műhely résztvevőit (és a kontrollcsoportot is) éveken át követik, és megfigyelik, hogy miként változnak stressz- és kiégési mutatóik attól függően, hogy részt vettek-e a képzésben vagy sem. A hipotézis szerint a kiképzettek megküzdési stratégiái fejlettebbek lesznek, jobb lesz személyes és társas hatékonyságuk, viszont magasabb lesz a munkahelyi elégedettségük, így megelőzhetjük a kiégést már az egyetemen.

hez, sokat számít a döntéshozatalba való beleszólás és a megbecsültség is: ha például valakinek nagyon igénybe vevő munkahelye van, de értékesnek és megbecsültnek érzi magát, valamint van beleszólása a munkáját érintő döntésekbe, akkor elégedett lehet vele, annak ellenére, hogy sokat kell dolgoznia (7).

Az észlelt kontroll és autonómia különbségeiből adódhat, hogy egy vezető beosztású orvos másképp tekint ugyanarra a munkahelyre, mint egy osztályos orvos; eltérő stresszforrásokkal kell mindkettőjüknek megküzdnie, ugyanakkor az osztályos orvos is lehetne elégedett ugyanazzal a munkahellyel, ha a döntésekbe nagyobb beleszólása, s jobb megbecsültsége lenne.

Megfigyelhető tehát, hogy a munkaórák száma, az ügyeletek elosztása, a részmunkaidők, a rugalmasabb munkaszervezés, az anyagi jutalom – amelynek biztosítása döntően a munkáltató feladata – meghatározó, de az emberek közötti kapcsolat, a munkahely légköre nemcsak ettől függ, hanem mindazokon az embereken múlik, akik egy adott helyen dolgoznak.

A munkakörülmények egy másik kulcstényezője az emberekkel való foglalkozásból adódó speciális, érzelmi jellegű megterhelés.

Az orvos munkája során intim közelségbe kerül a beteggel: megvizsgálja, hozzáér, még akár bele is vág a

A nagy munkaterhelés nem feltétlenül vezet kiégéshez, sokat számít a döntéshozatalba való beleszólás és a megbecsültség is.

testébe, eközben, mivel emberekkel foglalkozik, a betegek érzelmeivel is szembesülnie kell: félelemmel, haraggal, kétségbeesettséggel, elhagyatottsággal. Külön nehézség, hogy az érzelmek széles spektrumából a gyógyítás során nagyobb hangsúlyt kap a negatív érzelmekkel való találkozás és annak kezelése. Jellemző az is, hogy a legtöbb beteg nem direkt módon közvetíti érzéseit, tehát az orvosnak jártasnak kell lennie a közvetett jelzések észlelésében és értelmezésében is. Szembesülnie kell a saját és az orvostudományok kompetenciájának a határaival is, amikor gyógyíthatatlan vagy krónikus beteget kezel, és meg kell küzdenie a haldoklás és a halál jelenségével is (1).

A munkahely és környezet adottságai mellett adott, a segítőkre jellemző személyiségjegyek is részt vesznek a folyamat elindításában és a válság elmélyítésében.

Azok, akik az orvosi pályát választják, különösen érzékenyek az emberi szenvedés iránt, és nagy empátiával képesek a segítségre szorulóknak felé fordulni. Ez az érzékenység azonban kiszolgáltatottá teszi az orvost az érzelmi megterhelésnek. *Firth-Cozens* fiatal orvosok körében a legnagyobb kockázatot mentális problémák, például depresszió kialakulására azoknál találta, akik leginkább képesek voltak az empátiára (8). Az empátia önmagában nem káros, sőt, segít az orvosnak megismerni, mit érezhet, gondolhat a beteg, és ezáltal képes visszajelezni, kimondani azokat a gyakran szégyellt, titkolt érzéseket, amelyeket a beteg nem tud megfogalmazni. Gyakran tévesen értelmezik az empátiát, az nem egyenlő ugyanis az azonosulással, amikor egy másik ember érzéseit, viselkedését magunkévá tesszük. Az azonosulás során a személyközi távolság beállítása nem optimális, elvész a kívülről rálátás képessége, az úgynevezett „harmadik szem” látásmód, és a segítő automatikusan átveszi a segítendő helyzetét, gyakran benne ragad a helyzetben, tehetetlenné és sérültté válik. Kellő önismeret híján azoknak az orvosoknak a legnehezebb távolságot tartaniuk a betegektől, akik a leginkább idealisták és a legelkötelezettebbek, így ők egyben a legveszélyeztetettebbek is. Először túl közel engedik magukhoz a betegeket, ez azonban egy idő után nagyon megterhelővé válik, ezért azzal védekeznek, hogy megpróbálnak távolságot tartani. Ekkor viszont merev elutasítással, túl nagy távolsággal kezdik a beteget kezelni, elszemélytelenedik az orvos-beteg kapcsolat, és ez hosszú távon hozzájárul az önrontó folyamatok felerősödéséhez (1).

Az orvosi hivatásra az is jellemző, hogy a hagyományosan segítő, megértő, támogató orvosi szerepet a beteg igényei határozzák meg. Míg a legtöbb emberi kapcsolat szimmetrikus, az orvos-beteg kapcsolat nem az: az orvosra jellemző az önzetlen adás, a beteg igényeinek, vágyainak teljesítése, a betegre pedig olyan elvárások, amelyek megkövetelik az elfogadást és az önzetlen segítséget (9). Aki a segítő pályát választja, arra vállalkozik, hogy saját vágyait, igényeit átmenetileg háttérbe szorítja, és a másik személyt helyezi a középpontba. Ez elengedhetetlen az orvosi munkához, ugyanakkor szükséges a szilárd határvonalak meghúzása is ahhoz, hogy ne váljék a segítő segítségére szorulóvá maga is.

Jellemző lehet a munkaidő és szabadidő közti határ összeomlása, például a mobiltelefon hétvégén is, éjjel is be van kapcsolva; az egyén szabadidőben is a betegéről gondolkodik (9, 10), a rejtett, nem tudatos igények elnyomása, a saját szükségletek tagadása, és az, hogy a segítő sokszor a személyes, hivatáson túli emberi kapcsolatokat is a segítő-kliens kapcsolat mintájára alakítja (11). Ezt a folyamatot erősíti a segítők szintén jellemző túlzott törekvés a célok, normák elérésére; a perfekcionizmus is, amelynek során az illető mindenben a maximumot próbálja nyújtani (sikeres orvos, ugyanakkor jó családanya is szeretne lenni). A környezet is támogatja ezt a „minden munkát elvállaló”, önfeláldozó szerepet, ezáltal a belső készítés és a külső elvárások összeadódnak (2).

Tünettan

A kiegészítés három komponense a fizikai, az érzelmi és a lelki kimerültség.

A *fizikai kimerültség* jelei a gyengeség, az energiahány, az elcsigázottság. Gyakoribbak a megbetegedések (nátha, influenza), a fejfájások, szédülések, hátfájás, gyakran érintettek az étkezési szokások, a testsúly megváltozik, gyomorfekély, magas vérnyomás jelentkezik. Ezek a tünetek közvetlenül kapcsolatba hozhatók a stresszel, és bizonyítottan pszichoszomatikus alapon szerveződnek. Jellemző lehet az alvászavar: a kimerültség ellenére nehéz az elalvás, elégtelen az alvás, esetleg rémálmok vagy kínzó gondolatok jelentkeznek. Orvostanhallgatók körében készített felmérés során a leggyakoribb tünet a hát- és derékfájás, valamint az alvászavarok voltak, de férfiak körében a gyomor- és hasfájás, nőknél pedig a fejfájás is kiemelt tünetként szerepelt (12).

Az *érzelmi kimerültség* jelei a depresszió, a kétségbeesettség, a reményvesztettség és a csapdába ejtettség érzése – a kiegészítés egyes esetekben lelki betegséghez vagy öngyilkossági gondolatokhoz vezethet. A kiegészítés ember érzelmileg kiüresedettnek érezheti magát, ingerlékeny és idegessé válhat. A család és a barátok, akik valaha feltöltődést jelentettek, további kötelezettséget jelentenek, aminek meg kell felelni. A munkahely és más tevékenységek által jelentett megelégedés eltűnik. A boldogságot és a bizakodást a magány, az elkedvetlenedés és a kiábrándultság váltja fel. A kiegészítés magyarázat az öngyilkosság, depresszió, az alkohol- és drogfüggőség nagyobb arányú előfordulására orvosok és orvostanhallgatók körében (13). A depresszióról tudjuk azt is, hogy jelentős rizikófaktor szomatikus megbetegedések kialakulásában, elsősorban a cardiovascularis morbiditás és mortalitás független előrejelzője (14).

A *lelki kimerültség* legjellemzőbb tünete a negatív beállítottság, pesszimizmus – önmagunk és munkánk

Kellő önismeret híján azoknak az orvosoknak a legnehezebb távolságot tartani a betegektől, akik a leginkább idealisták és a legelkötelezettebbek.

íránt, amely aztán az élet minden területén jelentkezik. A negatív attitűd kihat a környezetre, az emberekre is – rideggé és rosszindulatúakká válhatunk a betegekkel szemben. A *dehumanizáció* során a kiégett orvos a betegeket nem embereknek, inkább betegségek halmazának tekinti. Azáltal azonban, hogy így kezeli a betegeket, ő maga és kapcsolatai is dehumanizálódnak, érzelmileg egyre jobban elszegényedik. Munkájával elégedetlen, emiatt későn érkezik munkahelyére, korán távozik onnan, megpróbálja a betegeket elkerülni, nem veszi fel a telefon, nem tud a betegekre figyelni és cinikussá válik (1). Megfigyelhető, hogy az ilyen orvos fizikailag is távol igyekszik maradni a páciensektől: távolabb áll tőlük, kerüli a szemkontaktust, személytelenül kommunikál velük, kevesebb időt tölt egy-egy beteggel. Érzelmi életét mintegy kikapcsolja, úgy tekinti a betegséget, mint a beteg saját problémáját. A pszichikai eltávolodás jele a betegek diagnózisként, érdekes esetként való kezelése. Jellemző az általánosítások, racionalizálások használata, és a beteg a szobaszám, betegség és ágy alapján való azonosítása („a vese a 202-ben, az ablak mellett”). A kezelés sikertelensége miatt a beteget okolják (alkoholista, nem kooperáló beteg, ezért nem javul az állapota). A betegen, és nem a beteggel való nevetés, az „akasztófahumor” egyre gyakoribbá válik, ezzel a dolgok élet lehet elvenni, és a feszültség csökkenthető – időlegesen.

A lelki kimerültség legjellemzőbb tünete a negatív beállítottság, amely aztán az élet minden területén jelentkezik.

Ezeknek a „tüneteknek” az aránya változó lehet aszerint, milyen személyiség talaján alakulnak ki: bizonyos személyeken a „krónikus fáradtság” jelei, másokon szinte csak testi tünetek jelentkeznek, ismét másokon a koncentrációzavar, a gondolkodás lassulása a legszembetűnőbb, vagy éppen az érzelmi élet elsivárodása, a közeli kapcsolatok kiüresedése. Egy-egy tünet azonban kihat a másokra is, és gyakran alakul ki például lelki betegség talaján testi körkép.

A megterhelő munka kihívásaira az egyén nem megfelelő megküzdési stratégiák sorozatos használatával válaszol.

Összegzőképpen fontos megjegyezni, hogy a kiégés nem rossz vagy gyenge emberekről szól. Sokkal inkább olyan speciális személy-környezet interakcióról van szó, amelyben a megterhelő munka és nem kielégítő munkakörülmények kihívásaira az egyén rossz adaptációval, nem megfelelő megküzdési stratégiák sorozatos használatával válaszol.

Gyakoriság, prognózis

Általánosságban elmondható, hogy a kiégés gyakori jelenség, ezt bizonyítják azok a nagyon hasonló eredmények, amelyekre a különböző országokban jutottak a kutatók. Amerikai orvosok körében 22%, Hollandiá-

ban 20% a kiégett orvosok aránya (15). A kiégés eredményeként kialakult pszichiátriai morbiditás angol szakorvosok körében 27% (16), Olaszországban 22,3% (17). Magyarországi nagy mintára kiterjedő keresztmetszeti vizsgálati adatok egyelőre nincsenek. *Pikó* nővérek körében végzett felmérést (18), *Gyórfy* és *Ádám* két éve tette közzé kutatását, amelyben 55 orvossal készítették mélyinterjút (19). A magyarországi kiégésre jellemző lehet egy 2000-es felmérés eredménye (Népszabadság, 2000. augusztus 11.). „A középkorú orvosok halandósága felülmúlja a korcsoport lakossági átlagát. Márpedig e korosztály különös veszélyeztetettsége az oka annak, hogy Európában a miénknél alig van rosszabb halálozási mutató. Ehhez képest halnak még hamarabb az orvosaink. Külön megrendítő, hogy az orvosnők születéskor várható átlagos élettartama hét évvel rövidebb, mint egy átlagos magyar nő. Az adott idő alatt elhunyt orvosnők 51%-a, a férfiak 34%-a nem érte el a nyugdíjkorhatárt.” A krónikus stresszre adott válaszbán, a rossz mortalitási mutatókban és a kiégés magyarországi alakulásában is valószínűleg közrejátszik az a jelenség, amelyet „kelet-közép-európai egészségparadoxonnak” neveznek (20), és a hetvenes évek óta javuló magyar életminőség ellenére a növekvő morbiditást és mortalitást magyarázza.

A kiégés mértéke függ attól is, hogy milyen szakmát, milyen korosztályt vizsgálnak, ezenkívül a nemek között is mutatkoznak különbségek.

A szakorvosok kevésbé égnak ki, mint azok, akik nem specializálódnak. Ennek mértéke függ attól is, hogy milyen a szakma jellege. Ahol gyógyíthatatlan, krónikus vagy haldokló betegekkel foglalkoznak (például onkológia, pulmonológia, pszichiátria), ott nagyobb a kockázat. Ezzel ellentétben az olyan szakterületeken, ahol a betegek jobb prognózisúak, gyógyíthatóbbak, az orvosok is kevésbé kiégették (például szülészet-nőgyógyászat, fül-orr-gégészlet, szemészet) (21). A legmegdöbbentőbb talán az a vizsgálat, amely belgyógyász rezidensek körében 76%-os kiégést talált (22). Ennek oka valószínűleg a munkába állás kezdetén fennálló nagy gyógyító felelősséggel társult alacsony kontroll és beleszólás, valamint a diagnosztikus és kommunikációs készségek hiánya miatt fellépő stressz. A legújabb kutatások szerint a kiégés, amely valaha a középkorúak betegsége volt, egyre inkább a fiatal, kezdő orvosokat, sőt, orvostanhallgatókat érinti (23).

Nőket és férfiakat összehasonlító vizsgálatok szerint a női orvosok depressziósabbak, és hajlamosabbak a kiégésre is, mint férfi kollégáik (24). Ebben döntő szerepe van annak a szerepkonfliktusnak, ami az orvosi és családayai szerepek közti összeütközésből ered, és legjellemzőbben a gyermekszülés, gyermeknevelés időszaka alatt jelentkezik (25). Emellett nem elhanyagolható a női orvosokat érő diszkrimináció jelentősége sem (26)!

Felmerül a kérdés, hogy mennyi idő alatt jelentkezik a kiégés? A legtöbb segítő szakmában négy-öt év alatt, ha azonban olyan helyen dolgozik valaki, ahol a szakma megköveteli, hogy a munkájának éljen, akkor hamarabb is (1). A kezdeti túlzott idealizmus, lelkesedés

akár már a munkába állást követő első évben provokálhatja a szindróma megjelenését (2). A kiégés tarthat néhány napig vagy hétig, és aztán az egyén minden segítség nélkül rendbe jöhet. Néha azonban hónapokig, évekig, akár évtizedekig elhúzódik, mindenféle megoldás nélkül. Ritkán érinti egyszerre az egyén életének minden területét. Gyakran átterjed viszont az élet egyik területéről a másikra: aki például kiégett a munkájában, az kevesebb örömet lelheti a családjában, barátaiban is.

A kiégés nem egyik pillanatról a másikra alakul ki: több fázison át, lassan jelenik meg (11).

– *Az idealizmus szakaszában* jellemző a nagy lelkesedés a szakmáért, a betegekért való intenzív fáradozás, a kollégákkal való élénk kapcsolattartás. A gyógyítás kudarcát az orvos saját kudarcaként éli meg. Ilyenkor irracionális elvárásokkal fordul a beteg felé, azonnali gyógyulási eredményeket várva. A túlazonosulás miatt összekeverednek a gyógyító saját szükségletei a kliensével, a határok feloldódnak a páciens és az orvos élete, illetve az orvos szakmai és privát élete között.

– *A realizmus fázisában az orvos* a szakma iránt elkötelezetten, kooperatív együttműködésre törekszik a kollégákkal, érdeklődik a beteg iránt. A távolságtartás és empátia egyensúlyának megteremtésén fáradozik. Kreatív tervek, kezdeményezések iránti nyitottság jellemzi.

– *A stagnálás vagy a kiábrándulás fázisában* csökken a teljesítőképesség, az érdeklődés, a nyitottság. A beteggel való kapcsolat csak a legszükségesebb tennivalókra korlátozódik. A kollégákkal való beszélgetések gyakran terhessé válnak.

– *A frusztráció fázisában* az orvosok a szakmájukban visszahúzódnak, pácienseiket becsmérlik, egyre több negatív változást észlelnek rajtuk (például a betegekől beteganyag lesz). A kapcsolatban a megengedő és a tekintélyelvű stílus váltakozik. A szakmai, közéleti tevékenységből való visszavonulás jellemző, annak értelmetlennek és üresnek érzett elégtelensége miatt. Kétségbe vonódik a saját tudás és a hivatás értelme és értéke. A beteg egyre „idegesítőbbé” válik.

– *Az apátia fázisa:* a minimumra korlátozódik a betegekkel való interakció. A szakmai munka sematikus, gépiesen történik. A páciens felé az orvos gyakran elenséges magatartást tanúsít. A kiégett orvos a kollégákat kerüli, a helyzet megváltoztatásának lehetőségét elveti.

Fontos a kiégési szindróma folyamat jellegének megértése. Így lehet felismerni, hogy nem szükségszerű a végállapotig eljutni, hanem lehetőség van rá, hogy az egyén megszakítsa az önrontó folyamatot, adott esetben még profitáljon is belőle, és az átélt krízist személyes fejlődésre, megküzdési stratégiáinak, életvitelének, gondolkodásmódjának újraírására használja fel (1).

Kezelési lehetőségek, prevenció

A kiégés megelőzhető. Ebben a környezetnek és az egyénnek egyaránt szerepe van.

A környezet oldaláról meghatározó a *társas támogatás és a pozitív légkörű munkahely*, és ez a kettő összefügg. A társas támogatást hasonló gondolkodású és értékrendű emberek csoportja nyújtja, ez egymás meghallgatását, érzelmi támogatást, adott esetben szakmai segítséget jelent. Olyan emberekről van szó, akik értékelik és megbecsülik az egyént és munkáját. Ugyanezek az emberek érzelmi és szakmai kihívásokra is serkenthetnek, az érzelmek azonosításában is lehet szerepük, és őszinte kritikával járulhatnak hozzá a szakmai fejlődéshez (1).

A támogatók köre több részre osztható: beszélhetünk a családról, a barátokról, a kollégákról, akik más-más jellegű támogatást adnak. Ezek közül a munkahelyi támogatás az, ami a megelőzés során meghatározó.

Ha kielégítő a társas támogatás, az egyén jól érzi magát a munkahelyen. Másrészt azt is kimutatták, hogy a beleszólás, kontrollérzet mértéke is alapvető fontosságú a pozitív munkahelyi légkör létrehozásában. Például azok, akik ismerték a kórház céljait, sokkal elégedettebbek voltak a munkájukkal, mint akik nem (27). Azáltal, hogy valaki úgy érzi, hogy van beleszólása a döntésekbe, és megbecsülést kap, nő a munkahelyi elégedettsége, kevésbé érzi megterhelőnek a munkáját, és kevésbé merül ki érzelmileg, tehát védettebb a kiégéssel szemben (28).

A kiégés okai között szerepel az orvosi hivatásban rejlő speciális érzelmi megterhelés. Ennek kezelésében alapvető a megfelelő távolság beállítása a beteg felé: az empátikus orvos bizonyos objektivitás megőrzéséhez szükséges távolságtartó attitűddel és higgadtsággal szemléli a páciens, amikor orvosi döntésekről van szó, ugyanakkor érzékeny és megértő kapcsolatban marad vele. Felismeri a beteg érzelmi állapotát, helyzetét, és azt vissza is jelzi a betegnek, ezáltal csökkenti a szorongását. A betegeknek is erre van szükségük: támogatásra és megértésre az egyik oldalon, irányításra és határozottságra a másikon.

Az érzelmi stressz kezelését nagymértékben megkönnyíti a stresszorok azonosítása, és az érzelmekkel való bánásmód megtanulása. *Bálint Mihály* nevéhez fűződik a később róla elnevezett *Bálint-csoport* kialakítása. A Bálint-csoport tulajdonképpen klinikai esetmegbeszélő csoport, ahol azonban az egyes orvos-beteg találkozások során felmerülő érzelmek is azonosíthatók és feldolgozhatók, valamint elsajátítható egyfajta érzelmi intelligencia, a beteg érzelmeivel való helyes bánásmód is. A Bálint-csoport segíti az értékek, a nehézségek és a célok tisztázását, ezáltal támogatja az identitástudat, az életfilozófia, és a közösség kialakítását is. Mások szempontjainak megismerése szemléletmód-változást és új megoldásokat hozhat. A Bálint-csoportban való részvétel növeli a munkahelyen érzett

A legújabb kutatások szerint a kiégés egyre inkább a fiatal, kezdő orvosokat érinti.

A kiégési szindróma folyamat jellegének megértése igen fontos.

kontrollt, javul az orvos-beteg kapcsolat, és elégedettebbek lesznek az orvosok (29).

Orvostanhallgatók körében végzett vizsgálatokból tudjuk, hogy a pályára való felkészülés során a legnagyobb problémát az érzelmi nyomás és a tanulási stressz mellett a készségek hiánya jelenti (30). Ennek egyik oka, hogy a készségfejlesztéshez szükséges keretek nem biztosítottak: az egyetemi tantervben az orvos-beteg kommunikációt a hallgatók az első két évben vehetik fel, jóval a valós klinikai tapasztalatgyűjtés előtt, összesen 30 órás képzés keretében. Ilyenkor ez a tantárgy még „töltelék tárgynak” számíthat, kevés hatással bír a későbbi klinikai gyakorlatra. A készségek hiánya másrészt fakadhat abból is, hogy a hatékony orvos-beteg kapcsolat kiépítésének módszerét a gyakorlatban hallgatóként nem figyelhetjük meg, pedig a modelltanulásnak a készségek elsajátításában elengedhetetlen szerepe van.

A kommunikációs és stresszkezelő készségek fejlesztése megkönnyíti a mindennapi orvos-beteg kapcsolatot.

A belső, tanulható, fejleszhető készségeknek, ismereteknek is nagy szerepük lehet a megelőzésben.

Tudjuk emellett, hogy a kommunikációs és stresszkezelő készségek fejlesztése megkönnyíti a mindennapi orvos-beteg kapcsolatot, és a támogató környezet kialakítását is segíti, így azok az orvosok, akik társaiknál jobbak a stresszel való megküzdésben és a kommunikációban, védettebbek a kiégéssel szemben is. Ugyanakkor a személyes hatékonyság/énhatékonyság (az egyénnek az a saját képességeibe vetett hite, hogy olyan teljesítményre képes, amelyen keresztül befolyásolni tudja az eseményeket) is növelhető,

amiről bizonyított, hogy szintén segít a megelőzésben (31).

Weiner és munkatársai végeztek egy vizsgálatot, amelyben arra voltak kíváncsiak, hogy milyen módon oldják meg az orvosok testi, lelki és érzelmi jóllétüket érintő problémáikat. Öt olyan stratégiát találtak, ami korrelált a jólléttel: a jó társas kapcsolatok, a vallásosság, az önismeret, a limitált mennyiségű munka és a

munkában megtalált értelem, valamint a pozitív életfilozófia kialakítása (32).

Az önismeret fejlesztése és az életfilozófia kialakítása összefügg egymással. Az önismerethez tartozik például, hogy az egyén felmérje azokat az elvárásokat, amelyeknek meg kell felelnie, valamint tudatában legyen saját igényeinek, és a kettő közt egyensúlyt teremtvén valós célokat tűzzön ki maga elé. El kell gondolkoznia azon, hogy mennyi időt szentel különböző tevékenységeinek, hogyan szervezi életét, és döntenie kell a különböző részcélok fontosságáról, prioritásáról. Emellett képesnek kell lennie arra, hogy felmérje a pozitívumokat és a negatívumokat az életében, munkájában. Ismernie kell képességeit, készségeit, fejlesztendő tulajdonságait. Ismernie kell munkabírásának határait, és képesnek kell lennie rendszeres kikapcsolódásra, feltöltöztetésre. Az önismeret fejlesztését célzó szemináriumok, esetmegbeszélő és önismereti csoportok hatékonyan segítik a kiégés megelőzését (33). Az ilyen csoportok segítik az értékek tisztázását, és így az életfilozófia kialakítását is.

A személyes és emberi tényezők mellett a munkahely adottságai, és azoknak megváltoztathatósága is beleszól a folyamat alakulásába. Egyes országokban a munkáltató a hosszú távú célok érdekében olyan lehetőségeket biztosít, amelyek a segítők testi-lelki jólétét alapvetően befolyásolják. (Például hétvévenként egy év szabadság, vagy a forgó rendszer alkalmazása: onkológiai osztályon dolgozó nővérek néhány hónapot az újszülöttsztyálon dolgoznak, aztán kerülnek vissza újra az onkológiára.) Kisebb befektetéssel, de kellő odafigyeléssel a rugalmasabb munkaszervezés és más munkahelyi adottságok optimalizálása jelentősen mérsékelheti a dolgozók kiégettségi mutatóit (34).

Láthatjuk tehát, hogy a külső körülmények által meghatározott tényezők mellett a belső, tanulható, fejleszhető készségeknek, ismereteknek is nagy szerepük lehet a megelőzésben.

Nem szabad elfelejtenünk azt sem, hogy amikor kiégésről beszélünk, akkor nemcsak az orvosokról van szó, hanem betegeikről is. Ha sikerül megelőznünk a kiégést, azzal emeljük az egészségügy színvonalát, hiszen empatikusabb, humánusabb lesz az ellátás, és így valóban a beteg egészsége lehet a legfőbb törvény.

IRODALOM

1. Pines AM, Aronson E. Burnout from tedium to personal growth. *The Free Press* 1981.
2. Hézsér G. Miért? Város: Kálvin Kiadó; 1996.
3. Goldberg R, Boss RW, Chan L, Goldberg J, Mallon WK, Moradzadeh D, et al. Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med* 1996;3:1156-64.
4. Shanafelt TD, Sloan JA, Habermann TM. The well-being of physicians. *Am J Med* 2003;114:513-9.
5. Arnetz BB. Psychosocial challenges facing physicians of today. *Soc Sci Med* 2001;52:203-13.
6. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med* 2001;111:170-5.
7. Pines AM, Aronson E. Burnout from tedium to personal growth. *The Free Press* 1981. p. 16.
8. Firth-Cozens J, Field D. Fear of death and strategies for coping with patient death among medical trainees. *British Journal of Medical Psychology* 1991;64:263-71.
9. Geurts S, Rutte C, Peeters M. Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Soc Sci Med* 1999;48:1135-48.
10. Hegedűs K. A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. *LAM* 2000;10:448-52.
11. Fekete S. Segítő foglalkozások kockázatai – helper szindróma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica* 1991;1:17-29.
12. Pikó B, Barabás K, Boda K. Pszichoszomatikus tünetek epidemiológiája és hatása az egészségi állapot önértékelésére egyetemi hallgatók körében. *Orvosi Hetilap* 1995;136:31.

13. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord* 2001;64:69-79.
14. Glassman AH, Shapiro PA. Depression, and the Course of Coronary Artery Disease. *Am J Psychiatry* 1998;155:4-11.
15. Linzer M, Visser MR, Oort FJ, Smets EM, McMurray JE, de Haes HC. Predicting and preventing physician burnout: results from the United States and the Netherlands. *Am J Med* 2001;111:170-5.
16. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-8.
17. Grassi L, Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000;69:329-34.
18. Pikó B. A nővéri munka magatartás-tudományi vizsgálata. *LAM* 2001;11:318-25.
19. Gyórfy Zs, Ádám Sz. Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle* 2004;3:107-27.
20. Kopp MS, Réthelyi J. Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality – the Central-Eastern European health paradox. *Brain Research Bulletin* 2004;62:351-67.
21. Olkinuora M, Asp S, Juntunen J, Kauttu K, Strid L, Aarimaa M. Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finnish physicians. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1990;25:81-6.
22. Shanafelt TD, Habermann T. Medical residents' emotional well-being. *JAMA* 2002;288:1846-7.
23. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71:1263-9.
24. Hsu, K, Marshall V. Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns, and fellows. *Am J Psychiatry* 1987;144:1561-6.
25. Gyórfy Zs, Ádám Sz. Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle* 2004;3:107-27.
26. Gyórfy Zs, Ádám Sz. Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Medicinae* 2003;13:2.
27. Arnetz BB. Physicians' view of their work environment and organisation. *Psychother Psychosom* 1997;66:155-62.
28. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 1996;347:724-8.
29. Kjeldmand D, Holmstrom I, Rosenqvist U. Balint training makes GPs thrive better in their job. *Patient Educ Couns* 2004;55:230-5.
30. Tyssen R, Vaglum P, Gronvold NT, Ekeberg O. The impact of job stress and working conditions on mental health problems among junior house officers. A nationwide Norwegian prospective cohort study. *Med Educ* 2000;34:374-84.
31. Evans BJ, Stanley RO, Mestrovic R, Rose L. Effects of communication skills training on students' diagnostic efficiency. *Med Educ* 1991;25:517-26.
32. Weiner EL, Swain GR, Wolf B, Gottlieb M. A qualitative study of physicians' own wellness-promotion practices. *West J Med* 2001;174:19-23.
33. Spickard A Jr, Gabbe SG, Christensen JE. Mid-career burnout in generalist and specialist physicians. *JAMA* 2002;288:1447-50.
34. Pető Cs. És ki segít a segítőnek? *Család, Gyermek, Ifjúság* 1988;3.