

# A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében

Kovács Mariann

## THE PHENOMENON OF BURNOUT IN VIEW OF THE HUNGARIAN AND INTERNATIONAL LITERATURE

Nemzetközi viszonylatban a segítő foglalkozású szakemberek kiégésének óriási szakirodalma van. Magyar nyelven különösen a legátfogóbb tanulmány ebben a témakörben Fekete Sándor pszichiáter tizenöt évvel ezelőtt született írása. Az elmúlt tizenöt évben az egészségpszichológiai, a magatartás-tudományi, az egészségpszichológiai és az életminőség-vizsgálatok, valamint a munkastressz egészségkárosító hatása egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a tudományos és a közéletben. A tanulmány első részében a kiégés fogalom határainak tisztázása, kialakulása, folyamata, mérése, kezelésének fő irányai kerülnek bemutatásra, a második részben pedig a kiégéskutatás harminc évének történetét ismerteti a szerző, különös tekintettel a legújabb nemzetközi és hazai kutatásokra, a kutatási trendek változásaira.

There is plethora of international publications on the topic of burnout among health professionals. The most comprehensive study in Hungarian on this issue was written fifteen years ago by psychiatrist Sandor Fekete. In the past fifteen years there has been a growing interest among both the scientific community and the public in studies on health psychology, behavioural sciences, sociology of health and quality of life as well as in the harmful effects of work stress. The first part of the study presents clarification of the concept of burnout, its development, course, assessment and treatment, whereas the second part gives a brief overview of the history of burnout research in the past thirty years with special focus on the most recent international and Hungarian literature, as well as on changes in research trends.

### kiégés, munkastressz burnout, job stress

Kovács Mariann (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University, Institute of Behavioural Sciences, H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: kovacsMariann@jgytf.u-szeged.hu

Erkezett: 2006. április 18. Elfogadva: 2006. augusztus 8.

A szakirodalom 1974 óta használja a kiégés fogalmát. Először *Herbert Freudenberger*, pszichoanalitikus alkalmazta a szakmai viselkedés leírására, amely szerint az egyén fizikai és lelki erőforrásának kiapadásáról van szó.

„Ez a szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, amely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s amelyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek” (1).

*Schmidbauer* 1977-ben a segítő szindróma fogalmát vezette be. Pszichoanalitikusi szempontból a segítő személyiségét, a foglalkozásválasztás motivációját, vala-

mint a segítő-kliens kapcsolat buktatóit vizsgálta. Nagyon fontos, hogy megkülönböztessük a burnout és a segítő szindróma jelenségét. *Schmidbauer* szerint a Helfer-szindróma a segítő saját ingatag pszichés egyensúlyával hozható összefüggésbe, ami a szociális segítesen keresztül merev életformává alakul. A pályaválasztás motivációja az öngyógyítás. A segítő szindróma a humanisztikus pályamotiváció sajátos alakulása, míg a kiégés fogalmát inkább a munkastresszel hozzák kapcsolatba.

*Cherniss* szerint a kiégés „olyan folyamat, amelyben a stressz és a hajsolt munka hatására a hajdanában elkötelezett szakember eltávolodik munkájától” (2).

*Dista Kafry* csak segítő foglalkozásokkal kapcsolatosan használja a fogalmat. „A kiégés tartós vagy ismételt

emocionális terhelés eredménye más emberekért való hosszú távú, intenzív erőfeszítéssel összefüggésben” (3).

Christina Maslach szerint az egyén a törődési szándékát veszíti el azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik – a háttérben ő is az érzelmi kapacitás kimerülését hangsúlyozza, aminek következtében az egyén nem lesz képes pozitív érzéseket, tiszteletet, empátiát tanúsítani a kliens iránt.

A fogalom számos meghatározásában közös, hogy tartós érzelmi megterhelés, stressz hatására a személy fizikai, lelki és érzelmi kimerülés állapotába kerül, és ezt a szokásos módon nem tudja megoldani. Olykor összetévesztik a krónikus fáradtsággal vagy a kifáradással – ez utóbbi esetén nem jelenik meg a reményvesztettség, a tehetetlenség és a „nincs kiút” érzése. Izgalmas kérdés a depresszió és a kiégés rokonságának kérdése is, hiszen hasonló jellemzőik vannak, mégis két

külön jelenségről van szó. A magas kiégést mutatók a depressziósokkal szemben inkább képesek élvezni az élet dolgait, ritkán fogynak le, és kevésbé jellemzők rájuk a suicid gondolatok. Ha büntudatuk van, az reálisabb, mint a depressziós betegek esetén. A kiégésben szenvedők inkább fáradtságuknak és nem betegségüknek tulajdonítják határozatlanságukat, inaktivitásukat, valamint inkább elalvási nehézségeik vannak (4).

A fogalom határai mára jobban kijelöltek. Munkahelyi kiégésen ma olyan pszichológiai tünetcsoportot értünk, amely tartós, személyek közötti stresszkeltő tényezőkre adott válaszként értelmezhető. Ebből kiderül, hogy a munkahelyi kapcsolatokban rejlő stressztényezők alapján ragadják meg a jelenséget; az individuális és környezeti meghatározottság egyaránt megjelenik a fogalom meghatározásában.

## Komponensek: egy vagy több dimenzió?

Az egydimenziós elképzelés alapján a mérőeszközt úgy alkották meg, hogy valamennyi kérdés ugyanazt a jelenséget méri, amelyet kiégésnek neveznek. Ilyen típusú Pines (1992), Freudenberg (1980) a kiégés fokozatait mérő, és Appelbaum (1981) testi és pszichológiai tüneteket feltáró kérdőíve is (5). Amennyiben a kiégés mértékét, előfordulási gyakoriságát kívánjuk feltárni, akkor célszerű ezeket a kérdőíveket használni.

A kiégéssel foglalkozó terület talán legjelentősebb képviselői Maslach és Jackson, akik a kiégést többdimenziós jelenségnek képzelték el. Az általuk összeállított kérdőív a Maslach Burnout Inventory (MBI) három dimenzió mentén mér. Az érzelmi kimerülés – a kérdőív legerősebbnek bizonyuló dimenziója, a kiégés vezető tünete – arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kiapadnak, úgy érzi, nincs semmi, amit másoknak lelki szempontból adhatna. A deperszonalizáció, negatív és személytelen attitűd kialakítása a kli-

enssel és azokkal szemben, akikkel együtt dolgozik a személy. Azt a meggyőződést is magában foglalja, hogy a többiek megérdemlik ezt a hozzáállást, és az őket ért rossz dolgokért ők a felelősek. A kérdőív harmadik dimenziója a személyes hatékonyság, teljesítmény csökkenése arra vonatkozik, hogy az egyén teljesítménye eltér attól, amit önmagától elvár és ehhez még nagyfokú negatív önértékelés is társul (6).

Ez a rövid, 22 tételes kérdőív könnyen kitölthető, egyszerűen értékelhető, jó megbízhatósági mutatókkal rendelkezik (7). Az MBI használata világviszonylatban elterjedt, különösen akkor célszerű használni, amikor a kiégés mértékének meghatározásán túl, ok-okozati összefüggések feltárása a célunk, vagy a vizsgálni kívánt változók kapcsolatát szeretnénk megragadni, és fontosnak találjuk az egyes komponensek önmagukban történő vizsgálatát is.

## Folyamatjelleg

A kiégés olyan folyamat, amely ciklikusan ismétlődik. Edelwich és Brodsky négy fázist különít el: a lángoló lelkesedést, idealizmust, amelynek vezető jellegzetessége az irreális elvárások rendszere; ezt a stagnálás, kiábrándulás követi – a teljesítőképességünk csökken –, majd a frusztráció időszaka következik, amikor egyre idegesítőbbek a munkával kapcsolatos terhek, és végül az apátia fázisa, amikor a szakmai munka rutinszerűvé válik. Becker az idealizmus és a stagnálás közé egy újabb fázist tett be: a realizmust (8).

Hézszer munkájában a burnout szindróma alakulását 12 lépcsős folyamatként írja le (9). Ezek a következők:

- A bizonyítani akarástól a bizonyításkényszerig.
- Fokozott erőfeszítés.
- A személyes igények elhanyagolása.
- A személyes igények és a konfliktus elhanyagolása.
- Az értékrend megváltozása.
- A fellépő problémák tagadása.
- Visszahúzódás.
- Magatartás- és viselkedészavarok.
- Deperszonalizáció.
- Belső üresség.
- Depresszió.
- A teljes kiégettség.

Fontos a ciklikus elképzelés, amely arra utal, hogy számtalanszor megismételheti önmagát. Érdeemes tisztázni, hogy hol tart az egyén ebben a folyamatban, hiszen a kiégés különböző fázisaiban különböző intervenciók lépéseket kell tenni.

## Kezelés

A kiégés kezelésébe a szakember két ponton tud beavatkozni: a munkakörülmények módosításával vagy az egyén megváltoztatásával (2).

Vannak, akik a kiégés kezelésének szervezeti és egyéni kerete mellett megkülönböztetnek egy harmadik segítő formát: a támogató csoportot, ahol empátiás kap-

Az egyén nem képes pozitív érzéseket, tiszteletet, empátiát tanúsítani a kliens iránt.

csolatok alakulhatnak ki, amelyeknek köszönhetően a résztvevők kevésbé érzik, hogy egyedül lennének problémáikkal, lehetőségük van a közös, alkotó problémamegoldásra, a sikeres problémamegoldó tapasztalataikat átadhatják egymásnak (10).

Mások úgy közelítik meg a burnout szindróma terápiáját, hogy a beavatkozásokat különböző szinteken – prevenció, intervenció, krízisintervenció – képzelik el (4).

A kiégés folyamatjellegének köszönhetően a kezelés szempontjából máshová kerül a fókusz. „A lelkesedés fázisában a realitásra kerül a súlypont, míg a stagnáció állapotában a mozgósítás, képzések, tréningek kerülnek előtérbe. A frusztráció állomásán a pozitívumok láttatása, az elnyomott energiák felhasználásával a változtatás lehetősége fontos, míg az apátia fázisában új, reális célok keresését, reális involvációt céloz a beavatkozás” (11).

## Kezdeti kutatások

A hetvenes években a kutatások célja az volt, hogy leírják a jelenséget. A vizsgált populációt leginkább egészségügyi dolgozók, valamint a szolgáltatássector dolgozói alkották. Ekkor leíró, kvalitatív jellegű munkák születtek, az alkalmazott vizsgálati módszerek interjú, esettanulmány és megfigyelés voltak. A hangsúly az intervencióra, a probléma azonnali megoldására, kezelésére terelődött, számtalan burnout workshop került meghirdetésre.

A kiégéskutatás e korai fázisában két irányvonal körvonalazódott: az egyik a *személyiség oldaláról* próbálja vizsgálni a témát, arra fókuszálva, hogy milyen hajlamosító tényezők vannak a személyiségjegyek szintjén, milyen tünetei vannak a jelenségnek, ez egyfajta klinikai-személyiségpszichológiai látásmódot igényel. *Schmidbauer* négy jellegzetes típusú viselkedést írt le a Helfer-szindrómában (1). *Freudenberger* pedig három olyan személyiségtípust azonosított, amely ki van téve a kiégés veszélyének: az áldozatkész és elkötelezett, a túlzottan elkötelezett, munkába bonyolódó és az autoriter, lekezelő (12).

A kutatások másik csoportja elsősorban a munkahely, a társas környezet, a segítő és segítséget kérő közötti kapcsolat, a *munka, illetve a szervezet specifikumai oldaláról* vizsgálódik, ami inkább szervezeti-szociálpszichológiai megközelítést jelent. A munkahely kapcsán a munkastressz került a vizsgálatok fókuszába. Nem meglepő, hogy a kiégés és stressz között kapcsolatot találtak, hiszen a tartós stressz nyomán fellépő jelenségről van szó.

A nyolcvanas években elérkezett a kiégéskutatás szisztematikus empirikus vizsgálatának korszaka. A jelenség kvantitatív vizsgálata kérdőíves módszerrel lehetővé tette nagyobb populáció megkérdezését (13). Ekkor fejlesztették ki a Maslach Burnout Inventory (MBI) mérőeszközét is, elsőként a humán foglalkozásúak, később az oktatásban dolgozók kiégésmutatóinak feltárására. *Maslach* és *Jackson* egészségügyi dolgozók – ápolók és orvosok – körében vizsgálták a ki-

égés mértékét az általuk összeállított kérdőívvel, és az ő kérdőíves eredményeiket hasonlították össze más humán foglalkozású személyek eredményeivel – érdekes különbségeket találtak. Az ápolóknál a burnout szindrómán belül az érzelmi kimerülés és a személyes hatékonyság csökkenése volt jellemző, míg az orvosoknál az érzelmi kimerülés mellett a deperszonalizáció jelentkezett. A vizsgált csoportokban az érzelmi kimerülés hasonló mértékben jelentkezett, a deperszonalizáció tekintetében jelentős különbség mutatkozott. Ezt *Maslachék* azzal magyarázták, hogy talán a páciensekkel való foglalkozás eltér a két szakmában, más megküzdési stratégiákat használnak az ápolók, mint az orvosok. Elképzelhető, hogy nemi különbségek álltak a háttérben – a nyolcvanas évek Amerikájában az orvosok többnyire férfiak, míg az ápolók nők voltak –, ami összefügghet az empátiás készséggel. A személyes hatékonyság csökkenését másként érzékelték a vizsgálatban szereplő orvosok és az ápolók, ezt a különbséget a szakmákból adódó különbségeknek tudták be – a teljesítménnyel kapcsolatos visszajelzés, az előmenetel, a fizetés, a presztízs eltérő volt a két foglalkozás esetén (7).

*Maslach* és *Jackson* kutatásaik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy bár kétségtelenül fontosak a személyi változók a burnout kialakulásában és magyarázatában, a jelenség jobban megragadható a munkastressz oldaláról. Az egészségügyi dolgozók munkájában kulcsszerepet töltenek be a páciensek, és ez a közvetlen kapcsolat érzelmileg megterhelő több szempontból is: különös tekintettel a beteg érzéseire, viselkedésére, egészségi állapotára, a kommunikációs problémákra, a páciens családjával történő kapcsolattartásra. A másik tényező, ami befolyásolja az érzelmi terheltséget: a siker és a kudarc aránya. A kudarc stresszel jár, az ismétlődő kudarc pedig tanult tehetetlenséghez vezet. A tehetetlenség egy kontroll nélküli állapot, amit mind fizikálisan, mind pszichés szempontból megszenved szervezetünk. A stresszreakciót befolyásolják mások elvárásai, a teljesítménnyel kapcsolatos visszajelzések – ha ezek hiányoznak, a személy szerepbizonytalanságot él át, ami a kontroll hiányához köthető, és kapcsolódik a munkaelégedettséghez, a gyengébb munkateljesítményhez, a stressz testi tüneteihez (6).

A kérdőív megalkotása komoly fordulatot hozott, s akkor még senki sem gondolta, hogy *Maslach* és munkatársai ezzel megteremtették a közös nyelvet, amelyet világszerte valamennyi kutató megért és használ. Kezdetben, Amerikában és Kanadában születtek keresztmetszeti vizsgálatok, a kilencvenes évektől kezdve más országokban is erősödtek az ilyen irányú kutatások, így mára a kiégés vizsgálatának kétségtelenül nemzetközi jelentősége van. Elindultak a longitudinális jellegű vizsgálatok.

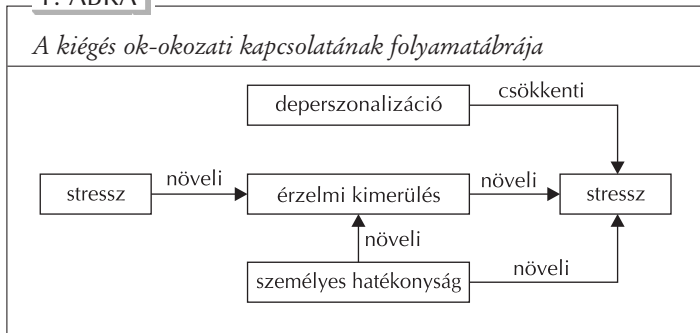
---

Az érzelmi kimerülés arra utal, hogy a személy érzelmi erőforrásai kiapadtak, úgy érzi, nincs semmi, amit másoknak lelki szempontból adhatna.

---

1. ÁBRA

A kiégés ok-okozati kapcsolatának folyamatábrája



## Multidimenzionális jelleg

A kilencvenes években az empirikus vizsgálatok az egészségügy, valamint az oktatás területén dolgozókon kívül hivatalnokokra, menedzserekre, katonákra irányultak. Az egyén munkahelyi világán túl a családi életre is fókuszáltak, ennek jelentősége abban a felismerésben rejlik, hogy a támogató otthoni környezet védő tényezőként működik (5).

A kilencvenes évektől kezdve leginkább az érdekelte a kutatókat, hogy milyen összetett kapcsolat lehet a kiégés egyes komponensei és a szervezeti tényezők, jellemzők között. Ez az érdeklődés vezetett el a kiégés szerkezeti modelljéhez – a burnout szindrómát befolyásoló, előrejelző, mediáló tényezők, a következményváltozók meghatározásához. A longitudinális vizsgálatok során a vizsgálódások hom-

lokterébe a munkakörnyezet feltérképezése az egyik időpontban, az egyén érzései, gondolatai egy későbbi időpontban, illetve ezek összefüggése került (13). Sajnos a legtöbb longitudinális vizsgálat csak néhány hónapos vagy egyéves utánkövetést jelentett. Ez alól kivétel *Cherniss* vizsgálata, aki tizenkét év után kérdezte meg újra a vizsgálatban résztvevőket. Valamennyi hosszmet-

szeti kutatás azt igazolja, hogy a kiégéskérdőív pontszámai viszonylag stabilak, ezzel alátámasztva azt a feltevést, hogy a burnout a tartós munkastressz hatására fellépő, elhúzódó válaszreakcióként értelmezhető (13). Egy hároméves utánkövetéssel *McManus* és munkatársai, orvosok körében történő kérdőíves vizsgálat alapján, ok-okozati kapcsolatokat tártak fel. Eredményeik alapján az 1. ábrán látható modell rajzolódik ki.

A szerzők szerint amennyiben a deperszonalizáció ennélfogva funkcióit tölt be, adaptív válaszként is értelmezhető, míg a személyes hatékonyság csökkenése maladaptív válasz (14).

## Kutatási trendek napjainkban

A munkastressz egészségre gyakorolt hatása kétségtelen tény, de a stresszbetegségek miatt kiesett munkanapok miatt egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a gazdasági szempontok. Olyan stressztényezőket vizsgáltak, mint a szerepbizonytalanság, szerepkonfliktus, negatív munkakapcsolat, munkahelyi légkör, személyközi konfliktusok, abúzusok, a vezetés jellege, a vezető személye, társas támogatás (4, 15–17).

A helyzeti tényezőket feltáró kutatások három főbb területre irányultak: a munka specifikumai (esetszám, túlterheltség), a foglalkozás jellegzetességei (például a pszichiáterek kiégésében szerepet játszhat a páciens suicidiuma, vagy a tanároknál a diákok magaviselete, orvosoknál a „nehéz esetek” jelenléte), valamint a szervezet specifikumai (működési szabályok, szervezeti hierarchia, leépítések) (13).

Az elmúlt harminc évben a jelenség mérésével kapcsolatban is történtek előrelépések: újabb mérőeszközöket dolgoztak ki. *Kristensen* és munkatársai a Copenhagen Burnout Inventory (CBI) megalkotásával nemcsak egy új mérőeszközzel, hanem egy új elméleti koncepcióval készítették a legnevesebb kutatókat gondolkodásra (18). Hat pontban foglalták össze észrevételeiket azzal kapcsolatban, hogy miért ne az MBI-t használjuk a kiégés mérésére. Visszatértek az egydimenziós elképzeléshez, amit testi és szellemi fáradtság és kimerültség névvel illettek. Szerintük hiba az egyén kimerültségének mértékét, a személytelen bánásmódot mint megküzdési stratégiát és a csökkent teljesítményt kiégésként emlegetni, amikor a mérőeszköz is külön kezeli a kiégés ezen aspektusait. A CBI egyedülálló módon a kiégést általában az életre, speciálisan a munkahelyre és a klienseknek (például betegeknek) nyújtott szolgáltatásra vonatkoztatja, vagyis hangsúlyozza, hogy nem kizárólag a munka világában értelmezhető jelenséggel állunk szemben. A *Jerabek's Burnout Inventory* (JBI) négy dimenzió mentén méri a kiégést: érzelmi kimerülés, általános kimerülés, deperszonalizáció és a munkával kapcsolatos érdektelenség (19). Megszületett továbbá a *Farber Inventory of Burnout Subtypes* (FIBS), amely a kiégésben szenvedők altípusait próbálja azonosítani: az egyénnek el kell döntenie, hogy a három jellemzés, profil szerint mennyire tudja magát elhelyezni, melyik jellemzéssel tud azonosulni. A *Shirom-Melamed Burnout Measure* (SMBM) kidolgozása során három faktort neveztek meg: a testi fáradtságot, az érzelmi kimerülést és a kognitív elfáradást (20). Az új mérőeszközöknek nemcsak gyakorlati haszna van, hiszen elméleti megalapozottságuk is előtérbe kerül, így ismét kérdésessé válhat a kiégés fogalmi meghatározása.

Az utóbbi évek kultúrközi vizsgálatainak köszönhetően körvonalazódnak a különböző hatások, amelyek kétségtelenül érintik az egyén énképét, identitását, érték- és normarendszerét, munkakörnyezetét, ennélfogva kiégését (21, 22). *Perrewé* és munkatársai a szerepkonfliktus, szerepbizonytalanság stresszortényezőket, az énhatékonyságot, valamint a kiégést mérték.

Univerzális eredménynek bizonyult az énhatékonyság és kiégés között fellépő negatív kapcsolat, az egyes változók tekintetében azonban akadtak kulturális különbségek – például izgalmas, hogy Franciaország kiégési mutatói alacsonyok voltak, míg a stresszorok tekintetében a legmagasabb értékeket jelző országok közé tartozott. Ezt az érdekes eredményt azzal magyarázták, hogy Franciaországban a leghosszabb a szabadságotól való távollét idő, és fontos érték az élet minősége (21).

Napjainkban ismét erősödik a kiégés pszichoanalitikusi szempontból történő tanulmányozása, a jelenség egzisztenciálszociológiai elméleti keretbe helyezésével. Az alapgondolat az, hogy az egyén egzisztenciális jelentőségét munkáján keresztül is megélheti. Ha a karierválasztás hátterében tudattalan szükségletek állnak, akkor a személy hatalmas elvárásokkal, szenvedéllyel veti bele magát a munkába. A gyerekkori sebek vagy begyógyulnak, vagy a traumatikus élmények ismétlődnek (23, 24).

Az egyén oldaláról vizsgálódó kutatásokban előkelő helyet töltenek be a megküzdés (25, 26), a kontroll helye (27), az énhatékonyság, az érzelmi intelligencia, érzelmi munka (28), a szelf (29) és az interszubsztantívitás (24) – hogyan észlelem munkakapcsolataimat – jelentőségét hangsúlyozó felmérések.

A korai időszak kutatásait jellemző megosztottság kezd eltűnni – valójában az egyén a szervezet részeként működik, így mind a klinikai, mind a szociálszociológiai megközelítésnek létjogosultsága és haszna van. Azzal, hogy az egyént a környezet részeként szemlélik, az elméleti modellt is tágabb keretbe helyezik. *Maslach* és *Leiter* a kilencvenes évek végén kezdte el kidolgozni elméletét, amelynek alapgondolata az egyén és a munkakörnyezet minél jobb illeszkedése. A munkakörnyezet hat területét jelölték meg – munkaterhelés, kontroll, jutalom, értékek, közösség és fair bánásmód –, ahol kulcsszerepe lehet az összeillésnek (matching) vagy össze nem illésnek (mismatching). Az elképzelés szerint az egyén és a munkakörülmények – akár az egyik vagy valamennyi területen – tartós illeszkedési zavarai alakul ki a kiégés (13). *Maslach* egyik tanulmányában különösen kiemeli a személyközi dinamikák jelentőségét, vagyis a dolgozó és a kollégák kapcsolatának jelentőségét, hiszen ezzel az elképzeléssel újabb stresszhatások azonosíthatók (30).

## Hazai kutatások

Hazánkban az utóbbi években növekvő tendenciát mutatnak a témakörben megjelenő publikációk. Elsősorban az egészségügyi dolgozókat vették górcső alá – különösen az ápolók, nővérek (31–33), illetve az orvosok (11, 34) váltak a burnoutkutatás alanyaivá. A tanárok kiégésével empirikus munkák ritkán foglalkoznak (35, 36).

*Szicsiek*, *Hegedűs* és munkatársainak kutatása a társas védőháló és a munkahelyi légkör szerepére, *Pikó* a szerepkonfliktusok és a pszichoszomatikus panaszok jelenlétére, *Pálfi* az osztály mint ellátási forma szerepére,

*Kovács* pedig az érzelmi kapcsolatok és a munkával töltött idő szerepére mutat rá.

*Szicsiek Margit* krónikus osztályon és szociális intézményben dolgozó ápolók kiégettségét és pszichológiai immunkompetenciáját vizsgálta. „Azoknál a dolgozóknál, akiknél a kiégettségi mutató magasabb volt, a pszichológiai immunkompetencia bizonyos értékei eltértek az átlagtól.” Úgy tűnik, hogy nem a munkából adódó stressztényezők okozzák a legnagyobb veszélyt, inkább a munkahelyi légkörnek van döntő szerepe a tünetcsoport alakulásában. Az emocionális kimerülés értéke emelkedett, az elszemélytelenedés, és különösen az egyéni teljesítménycsökkenés értékei viszont nem mutattak igazán értékelhető emelkedést (33).

*Hegedűs* és munkatársai mélyinterjúkat készítettek különböző szakterületeken dolgozó orvosokkal. Arra már utaltam korábban, hogy a kiégés komponenseként ismert dehumanizációt megküzdési stratégiaként is fel foghatjuk. Elemzéseik alapján arra a jelenségre mutatnak rá, hogy az orvosok úgy érik el az érzelmi távolságtartást, hogy egyre kevesebbszer keresik fel a beteget a betegágyánál (37). A vizsgálatban körvonalazódik a társas támogatás igénye, különösen szakmai nehézségek esetén fokozottabb az igény a kollégáktól kapott támogatásra, támogató csoportokra (11, 31).

*Hegedűs* súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapotát vizsgáló nagyszabású kutatásából kiderül, hogy valamennyi mutató szerint – öngyilkossági gondolatok, depresszió, betegségek – súlyosabb képet jeleznek, mint más egészségügyi dolgozók. Ebből pedig kétségtelül következik az a kérdés, hogy vajon az osztály jellegéből, vagy az adott szakterület jellegéből speciálisan adódó többterhelés hogyan befolyásolja a kiégés, a testi-lelki egészség alakulását (34).

Saját vizsgálatom a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás területén dolgozó szakemberek állapotát célozta meg. A kiégés, különösen az érzelmi kimerülés számottevő probléma ezen a területen. A minta 38%-a közepes, 33%-a magas érzelmi kimerültségről panaszkodott. Ez azért is aggasztó, mert a pszichiátriai és pszichoterápiás gyógyítótevékenység fókuszában éppen az érzelmi munka áll. A vizsgálatban szereplők érzelmi kimerülése és dehumanizáló hozzáállása szempontjából nem mellékes, hogy hány órát dolgoznak hetente, míg hatékonyságérzésük szempontjából az a fontos, hogy hány emberrel foglalkoznak érzelmi kapcsolatban (38).

Egy 2000-ben Pécsen végzett nagyszabású (N=805) kérdőíves felmérés eredménye szerint az osztály ellátási formája meghatározó a kiégés szempontjából: legmagasabb a mutatója az intenzív osztályon dolgozóknak, őket a krónikus, majd az aktív osztály dolgozói követik. A vizsgált minta 34%-a a kiégés szempontjából veszélyeztetett, 5,5% kiégettség állapotában van, és közel 1% gyógyításra szorul (32).

---

Az orvosok kiégettségére utalhat, ha egyre kevesebbszer keresik fel a beteget a betegágyánál.

---

Pikó kérdőíves vizsgálatában a kiégés, szerepkonfliktus, munkaelégedettség között keresett kapcsolatot. Abból indult ki, hogy a munkahelyi légkör előbb említett pszichoszociális tényezői befolyásolják a pszichoszomatikus tünetek előfordulását. A kiégés érzelmi kimerülés és deperszonalizáció dimenziója összefüggés-

be hozható a pszichoszomatikus panaszokkal, a szerepkonfliktussal és a munkaelégedettséggel – ez utóbbival fordított kapcsolatot mutatott. A személyes hatékonyság a munkaelégedettséggel pozitív, a szerepkonfliktussal és pszichoszomatikus betegségekkel negatív összefüggést mutatott. Nem meglepő az, hogy a munkaelégedettség és a szerepkonfliktus képes megjósolni az érzelmi kimerülést és a dehumanizáló attitűdöt (31).

Petróczi a pedagógusok közérzetét, a kiégés létrejöttében szerepet játszó tényezők jelenlétét vizsgálta kérdőíves és interjú módszerrel. Eredményei a társas támogatás jelentőségére hívják fel a figyelmet. A vizsgálatban a legjelentősebb stresszortényezők: a jelzésekre nem reagáló

vezetés, az együttműködés hiánya, a kollégák őszinteségének hiánya, az elismerés hiánya, a vezetőkkel való egyet nem értés, a tanulók tiszteletlen magatartása, a gyermekek agresszivitása, csúnya beszéde, a saját család háttérbe szorulása, a szülőkkal való konfliktusok. Kiemelendő, hogy a stresszortényezők hatására megjelenő tünetek közül a legmagasabb arányban az elégedetlenségérzés (58%) jelentkezett, ezt követte a jövő miatti aggodás, a problémák jövőbeni megoldásának bizonytalansága, koncentrációs problémák, állandó fáradtságérzés, kilátástalanság, a tehetetlenségérzés, a rosszabb egészségérzet, illetve közérzet (35).

A pedagógusokat vizsgálva, a munkahelyi elégedettség és a burnout kapcsolatát kutattam. Kiderült, hogy nemtől, kortól, pályán eltöltött időtől függetlenül jelentkezhet a probléma. Minél kiégettebb valaki,

annál kevésbé találja érdekesnek a munkáját, annál kevesebb önállóságot él meg a munkájával kapcsolatban, annál elégedetlenebb a szakmai támogatottsággal és az elismeréssel. Az anyagi elismerésnél sokkal fontosabb a társak, a vezetőség elismerése. A szociális háló szerepét még egy dolog támasztja alá: a társas környezettel való elégedettség volt az egyetlen olyan terület a munkahelyi elégedettség kérdőívnek, amelynek megítélése különbözött a két iskolában. A gimnáziumi tanárokkal szemben a szakközépiskolában tanítók elégedetlenebbek voltak az intézményben kialakult társas közeggel, itt több pedagógus mutatta a kiégés jeleit (36).

A hazai kutatások rövid áttekintése alapján körvonalozódik, hogy mind az egyén oldaláról, mind a szervezet, a társas környezet oldaláról – követve a nemzetközi trendeket – vizsgálni kezdték a jelenséget. A kutatások eredményei nehezen összevethetők, hiszen a kiégést különböző mérőeszközökkel mérték.

## Összegzés

A XXI. századi kiégéskutatás alapját elsősorban az új elméleti törekvések – az egyén és a munka illeszkedésével kapcsolatos elképzelések – adják. Ennek alapján érdemes a további vizsgálatokat tervezni. Hazai viszonylatban fel kellene térképezni a magyar kulturális sajátosságokat, több foglalkozási csoportot bevonni a vizsgálatokba, és az eredmények tanulságai alapján a kezeléshez támpontokat nyújtani. Fontos lenne az is, hogy hazai viszonylatokra megtörténjen a mérőeszközök validálása. Ezzel biztosítva lenne a hazai tudományos igényű vizsgálatok összehasonlíthatósága a nemzetközi eredményekkel.

Végző célunk, a kutatási eredmények tükrében, általános szinten és adott foglalkozási csoportra, adott kulturális közegre vonatkozóan, hatásos prevenciós, intervenciós és terápiás módszerek kidolgozásával és alkalmazásával a segítő foglalkozás szakemberek kiégésének csökkentése.

## IRODALOM

1. Fekete S. Segítő foglalkozások kockázatai. Helfer szindóma és burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica* 1991;1:17-29.
2. Herr EL. Kiégés. In: Szilágyi K, Váry A (eds.). A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség. Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem; 1997. p. 27-40.
3. Ónody S, Bálintné dr. Dancsó M. Segítő kapcsolat, segítő beszélgetés. „Egy kapcsolat, mely érthetővé tehető.” Szeged: Officina Press Kft.; 2001.
4. Brennkemeyer V, Van Yperen NW, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Personality and Individual Differences* 2001;30(5):873-80.
5. Pines A, Aronson E, Kafry D. Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung, Klett-Cotta, Stuttgart; 1992.
6. Maslach C, Jackson SE. Burnout in health professions. A social psychological analysis. In: Sanders GS, Suls J (eds.). Social Psychology of Health and Illness. NJ Erlbaum: Hillsdale; 1982. p. 227-47.
7. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory: Manual (2nd ed). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press; 1993.
8. Edelwich J, Brodsky A. A kiégés fogalma. In: Szilágyi K, Váry A (eds.). A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burn-out jelenség. Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem; 1997. p. 9-25.
9. Hézszer G. Miért? Rendszerszemlélet és lelkipedagógiai gyakorlat. Pasztorálpszichológiai tanulmányok. Kálvin János Kiadó; 1996.
10. Bagdy E, Telkes J. Személyiségfejlesztő módszerek az iskolában. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó; 1999.
11. Hegedűs K. A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae* 2000;10(5):448-52.
12. Clarkson P. Kiégés – kedvezőtlen minták a segítő foglalkozásúak személyiségében. In: Szilágyi K, Váry A (eds.). A pszichés terhelés és a munkaközvetítés. A burnout jelenség. Gödöllő: Gödöllői Agrártudományi Egyetem; 1997. p. 75-85.
13. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review Psychology* 2001;52:397-422.

14. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudinal study of UK doctors. *The Lancet* 2002;359:2089-90.
15. Pikó B. A társas támogatottság hatása az egészségi állapotra. *Végek Alapítvány* 1995;6(1):12-5.
16. Sarros JC, Sarros AM. Social support and teacher burnout. *Journal of Educational Administration* 1992;30(1):55-69.
17. Pines AM, Ben-Ari A, Utasi A, Larson D. A cross-cultural investigation of social support and burnout. *European Psychologist* 1999.
18. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress* 2005;19:192-207.
19. Cunningham TLS. The impact of inclusion on teacher burnout (dissertation). *Tennessee State University* 2003.
20. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management* 2006;13(2):176-200.
21. Perrewé PL, Hochwarter WA, Rossi AM, Wallace A, Maignan I, Castro SL, et al. Are work stress relationships universal? A nine-region examination of role stressors, general self efficacy, and burnout. *Journal of International Management* 2002;8(2):163-87.
22. Pines AM, Keinan G. Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences* 2005.
23. Pines AM. Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work and Stress* 2004;18(1):66-80.
24. Vanheule S, Lievrouw A, Verhaeghe P. Burnout and intersubjectivity: A psychoanalytical study from Lacanian perspective. *Human Relations* 2003;56(3):321-38.
25. Tully A. Stress, source of stress and ways of coping among nursing students. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004;43-7.
26. Anderson DG. Coping strategies and burnout among veteran child protection workers. *Child Abuse and Neglect* 2000;24(6):839-48.
27. Schmitz N, Neumann W, Oppermann R. Stress, burnout and locus of control in German nurses. *International Journal of Nursing Studies* 1999;37(2):95-9.
28. Zapf D. Emotion work and psychological wellbeing. *Human Resource Management Review* 2002;12(2):237-68.
29. Friedman IA, Farber BA. Professional self-concept as a predictor of teacher burnout. *Journal of Educational Research* 1992;86(1):28-35.
30. Maslach C. Job burnout. New directions in research and intervention. *Current Directions in Psychological Science* 2003;12(5):189-92.
31. Pikó B. Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 2006.
32. Pálfi F. Szolgálat, önfeláldozás, hivatás? – A kiegészítő egészségügyi ápolók körében. *Nővér* 2003;16(6):3-9.
33. Szigecsek M. Kiegészítő és pszichológiai immunkompetencia összefüggései az ápolói munkában. *Kharón, Thanatológiai Szemle* 2004;8(1-2):88-131.
34. Hegedűs K, Riskó Á, Mészáros E. A súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelki állapota. *Lege Artis Medicinae* 2004;14(11):786-93.
35. Petróczy E, Fazekas M, Tombácz Zs, Zimányi M. A kiegészítő pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle* 1999;3:429-41.
36. Kovács M. Fáradtan, kiegészítő a katedrán 2002. (kézirat)
37. Bogárné T, Kolosai N, Hegedűs K, Pilling J. „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét.” Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldokló gondozás nehézségeiről. *Lege Artis Medicinae* 2001;11(2):154-62.
38. Kovács M. Érzelmi megterhelődés, lelki kiegészítő a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban. *Pszichoterápia* 2006;15(1):19-25.



HÍR

## TUDOMÁNYOS TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAM

A Belügyminisztérium Központi Kórház és Intézményei Neurológiai Osztálya „Stroke betegem van” címmel háziorvosok, rezidensek, neurológusok és alapellátó orvosok számára tudományos továbbképző tanfolyamot indít.

*Időpont:* 2006. november 17., 10–16 óráig.

*Helyszín:* Belügyminisztérium, Központi Kórház és Intézményei, előadóterem, Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 9–13.

*Jelentkezési határidő:* 2006. november 10.

*Levélcím:* dr. Pongrácz Endre osztályvezető főorvos, BM Központi Kórház, Neurológia; 1071 Budapest, VII. kerület, Városligeti fasor 9–13.

E-mail: [epongracz@bm.gov.hu](mailto:epongracz@bm.gov.hu)

A tanfolyam ingyenes, és kreditpontértéke előreláthatóan 10 pont.

### *Program:*

– Megnyitó: Szilvásy István, dr. Csiba László

Megelőzhető-e a stroke? dr. Fekete István; A háziorvos teendői stroke gyanúja esetén:

dr. Pongrácz Endre; Stroke-központok és a háziorvosi ellátás kapcsolatrendszere a sürgősség tükrében: dr. Káposzta Zoltán; A stroke-beteg intézeti ellátása: dr. Szegedi Norbert; Szempontok a stroke-beteg intézeti és otthoni rehabilitációjához: dr. Szél István; A gondozás és másodlagos prevenció a háziorvos szempontjából: dr. Horváth Sándor

– Szimpózium a stroke aktuális gyógyszeres kezeléséről dr. Pongrácz Endre vezetésével

– Kerekasztal-megbeszélés dr. Fekete István vezetésével

– Tesztvizsga