

**A KIÉGÉS VIZSGÁLATA
A MUNKAHELYI ELÉGEDETTSÉG, A SZERVEZETI ELKÖTELEZETTSÉG
ÉS A MOTIVÁCIÓ FÜGGVÉNYÉBEN ORVOSOK KÖRÉBEN**

Szerző:

Vladár Anita
Debreceni Egyetem

Szerző e-mail címe:
vladar.anita@gmail.com

Lektorok:

Csukonyi Csilla
Debreceni Egyetem

Papp Gábor
Debreceni Egyetem

Mező Ferenc
Debreceni Egyetem

Nemes Magdolna
Debreceni Egyetem

Vladár Anita (2016): A kiégés vizsgálata a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció függvényében orvosok körében. *Különleges Bánásmód*, II. évf., 2016/3. szám, 15-29. DOI 10.18458/KB.2016.3.15

Absztrakt

Jelen tanulmány arra a kérdésre keresi a választ, hogy az orvosok milyen kiégési értékekkel rendelkeznek, és ezek milyen összefüggésben állnak az esetükben mért munkahelyi elégedettséggel, szervezeti elkötelezettséggel és motivációval. Vajon az az orvos, aki elégedett a munkájával, elkötelezett a szervezet iránt és megfelelő motivációs szinttel rendelkezik, valóban alacsonyabb kiégési értékeket fog mutatni? Milyen lehet az összefüggés e három tényező között? Különböző szakterületen dolgozó orvosok különböző értékeket fognak mutatni? Kutatásunkban négy csoportot vizsgáltunk: belgyógyászok, háziorvosok/házi gyermekorvosok, traumatológusok és pszichiáterek csoportját. Az eltérő típusú munka és betegszám elég okot adhat a különbségekre. Vizsgáltuk az életkor, a nem és az ügyelet vállalásának befolyását a kiégés szindróma kialakulására.

Kulcsszavak: kiégés szindróma, elégedettség, elkötelezettség, motiváció

Diszciplínák: társadalomtudomány, szociálpszichológia

Abstract

RESEARCH OF BURN-OUT WORK SATISFACTION DEPENDING ON ORGANIZATIONAL COMMITMENT AND MOTIVATION AMONG DOCTORS

The aim of this study is to measure the level of the burnout of the doctors asked and to find what connections it has with job satisfaction, the commitment of employees and motivation. We wonder if a doctor who is satisfied with his work, committed to his organisation and has a proper motivation level, is less burnout? What can be the connection among these three factors? Can it be supposed that the doctors with different specializations will have different results? We have conducted a research on four special groups: the research of internists, GP

(General Practitioners), traumaologists and psychiatrists. The different type of works and the different number of patients can be good reasons for getting different results. Moreover, we would like to know what influence age, sex, and being on duty have on the development of burnout syndrome.

Keywords: burnout syndrome, satisfaction, commitment , motivation

Disciplines: social sciences, social psychology

A 21. század orvoslásának egyik legnagyobb kihívást okozó probléma a kiégés szindróma, mely a munkavégzéssel kapcsolatos betegség. A jelenséggel csak az 1970-es években kezdtek elfoglalkozni, Herbert J. Freudenberger német pszichoanalitikus írta le először. Főleg segítő szakmákban jelenik meg, pedagógusoknál, ügyfélszolgálati és egészségügyi dolgozóknál, tehát olyan szakmákban, ahol a dolgozók más emberek problémáival foglalkoznak, de előfordulhat jogászoknál vagy politikusoknál is. A kiégés oka valószínűleg a hosszú ideig fennálló, krónikus, folyamatos munkahelyi stressz, ami kimerültségen, deperszonalizáción, valamint csökkent elégedettségen alapulhat. A kiégett személy mentálisan, érzelmileg és fizikálisan is kimerült, gátolttá válik a munkavégzésben (Ónody, 2001).

Az orvosok különösen veszélyeztetett csoportot alkotnak a kiégés szindróma szempontjából. A kiégett orvos kevésbé érdeklődik a betegek állapota iránt, megkérdőjelezi a saját szakmai kompetenciáját és tudását, kevésbé élvezi a munkáját, fáradékonyá, dekoncentrálttá és stresszessé válhat. Nemcsak a munkahelyén viselkedhet szarkasztikusan és kritikusan, hanem élete egyéb területein is. Azért különösen fontos az orvosok kiégésére kitüntetett figyelmet szentelni, mert esetükben egy hiba akár végzetes következményekkel is járhat, így nem engedhetik meg maguknak a kiégés bizonyos fázisaival járó nagyobb hibázás valószínűségét. Orvosnak lenni nemcsak mentálisan megterhelő, hanem érzelmileg és fizikailag is; a kiégés szindróma pedig mind a három területen erősebb terheléseket eredményezhet (Kopp és Berghammer, 2005).

Ennek ellenére az orvosi társadalom a kutatások alapján nagyobb kiégési értékekkel rendelkezik, mint a normál lakosság, a magyar orvosok esetében pedig ez különösen igaz. Egy elővizsgálat elvégzése alapján valószínűsíthető, hogy ebben többek között az alacsony fizetés, a nem megfelelő munkakörülmények, a kiszámíthatatlan ügyeleti idő, a hosszú munkaidő, valamint a nem megfelelő társas közeg játszik szerepet.

A kiégést rengeteg tényező befolyásolhatja, ilyen a munkával való elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció is. Ezzel a három jelenséggel valószínűleg csökkenthetők a kiégési értékek. Bizonyos vizsgálatok szerint az az orvos, aki elégedett a munkájával, elkötelezett a munkahelye iránt és megfelelő motivációs szinttel rendelkezik, sokkal alacsonyabb kiégési értékeket fog mutatni, míg az elégedetlenség, a motiválatlanság és alacsony elkötelezettség növeli az értékeket. Mindhárom említett tényezőt sok-sok más tényező is befolyásolhat. Társadalmunk közös érdeke, hogy orvosaink ne legyenek kiégették és örömmel végezzék a munkájukat.

Témafelvetés

Jelen tanulmány célja kideríteni, hogy az általunk vizsgált orvosok milyen kiégési értékekkel rendelkeznek, és ezek milyen összefüggésben állnak az esetükben mért munkahelyi elégedettséggel, szervezeti elkötelezettséggel és motivációval. Vajon az az orvos, aki elégedett a munkájával, elkötelezett a szervezet iránt és megfelelő motivációs szinttel

rendelkezik, valóban alacsonyabb kiégési értékeket fog mutatni? Milyen lehet az összefüggés e három tényező között? Különböző szakterületen dolgozó orvosok különböző értékeket fognak mutatni? Kutatásunkban négy csoportot vizsgáltunk - ezek: belgyógyászok, háziorvosok/házi gyermekorvosok, traumatológusok és pszichiáterek. Az eltérő típusú munka és betegszám elég okot adhat a különbségekre. Az életkor, a nem és az ügyelet vállalásának hatását is vizsgáltuk a kiégés szindróma kialakulása szempontjából.

Az orvosi pálya megpróbáltatásai

Amikor valaki úgy dönt, hogy orvosi tanulmányokba kezd, nagyon komoly elköteleződést vállal, hiszen nem csak szakmát, hanem életmódot és hivatást is választ. Már az egyetemi felvételi is jelentős stresszhelyzetnek számít, emellett a képzés két felében eltérő nehézségek jelentkeznek, illetve a klinikai gyakorlatban eltöltött évek során is (Shaw, Wedding, Zeldow és Diehl, 2001, idézi Kopp és Berghammer, 2003). Többek között az időnyomás és a kudarcból való félelem szerepel a stresszorok listáján. A szoros időbeosztás megszervezése újszerű feladatként jelentkezhet a hallgatók életében, ha életük minden területére szeretnének elegendő időt fordítani. Emiatt fontossági sorrend felállítása válik szükségessé. A kudarcból való félelem pedig az esetek nagy többségében azért jelentkezik, mert a középiskolásként kiválóan teljesítő diákok az egyetemen azzal szembesülnek, hogy sokkal erősebb teljesítményt kell nyújtaniuk azért, hogy hasonlóan eredményesen végezzék el az egyetemet. A klinikai évek során a csapatmunka nehézségeit kell elsajátítani, miközben a hierarchia alján helyezkednek el. Az emiatt kialakuló konfliktusok az egészségügyi személyzet és a hallgató között egy olyan stresszor, amire még nincsenek eléggé felkészülve a hallgatók. Emellett megnövekedik a hallgatókban a feszültség a hirtelen érkező hatalmas felelősség révén (Kopp és Berghammer, 2003).

Ahhoz, hogy az orvosok képesek legyenek ellenállni ezeknek a stresszoroknak, és a későbbiekben lehetőségük legyen a szakmabeli érvényesülésre, szükség van bizonyos alapvető kompetenciákra és képességekre. Ezeknek a kompetenciáknak köszönhetően az 1900-as évektől az orvoslás soha nem látott eredményeket ért el – alapvetően nőtt az átlagéletkor, többek között a fertőző betegségek előfordulásának csökkentésével –, ennek ellenére az orvosokkal és az orvoslással való elégedetlenség gyakorta kifejezésre kerül a betegek részéről. Emiatt is nagyon fontos megőrizni az orvos lelki egészségét. Az orvosi pszichológia alapvetően a szomatikus és pszichológiai kezelési módok integrálása és bemutatása, emellett fontos eszköz lehet az orvosok lelki és mentális egészségének a megőrzésében is. Az orvosi pszichológia szorosan összefügg az orvosi kommunikációval is, mivel a gyakorló orvos élete során több százezer pácienssel találkozhat, és nem megfelelő lelki egészség esetén a találkozás frusztrálóvá válhat. Továbbá a betegek kezelése során is segítséget jelenthet az orvosi pszichológia elsajátítása (Kopp és Berghammer, 2003).

Az orvosok között előforduló leggyakoribb mentális betegségek közé tartozik a depresszió, az öngyilkosság – ez a második leggyakoribb halálok a balesetek után – és a különféle addikciók. A női hallgatókra és orvosnőkre jellemző a stressz és az öngyilkosság magas kockázata. Az öngyilkosság esélyét bizonyos személyiségtényezők növelhetik, mint a depresszió, az ellenségesség, a negativizmus, a gyanakvás, a dependencia és az impulzivitás. Emellett hozzájárulhat az elkövetéséhez a merev személyiség, az időgazdálkodás zavarai, a perfekcionizmus és az omnipotencia. Háttértényezők is befolyással lehetnek az öngyilkosság valószínűségére, például a vezetési stílus, a munkaidő hossza, az ügyelet, az alvás megvonás és az ellenséges légkör. Mindemellett az egészségügyben dolgozókra, így az orvosokra is különösen nagy veszélyt jelent a kiégés (burnout) szindróma, melyről az alábbiakban

olvashatunk. A gyakorló orvosok körülbelül 10-20%-a betegszik meg valamely pszichiátriai zavarban (Kopp és Berghammer, 2005).

A kiégés szindróma

Eredetileg a burnout, azaz a kiégés a technológiában használatos fogalom, mellyel az energia-forrás gyengülésének a folyamatát szeretnék leírni egészen a megsemmisülésig. Fontos kiemelni, hogy ez a fogalom folyamatot jelöl – tehát egy folyamatos, több szakaszból álló formát, mely visszafordítható –, nem pedig végső állapotot, melyet burned-out címszóval említhetnénk (Ónody, 2001).

A fogalmat Herbert J. Freudenberger (1974) német születésű amerikai pszichoanalitikus írta le először. Főként emberekkel foglalkozó munkatípusoknál – önszervező csoportokban, krízisintervenciós és egészségügyi intézmények dolgozóinál – vizsgálta a kiégés problémakörét. Herbert munkássága óta többen is kutatták a burnout szindrómát, ezáltal egyre több adatot találhatunk mind elméleti, mind gyakorlati szociálpszichológiai megközelítésben (Freudenberger, 1974; Ónody, 2001).

A burnout szindrómát a BNO-10 (2006) a betegségek közé sorolja a z73 kategóriába. Ez a kategória azokat a betegségeket foglalja magába, melyek az életirányítással és az önmenedzsment problémáival kapcsolatosak, mint amilyen a stressz és a szociális szerepzavar (BNO 10, 2006). A burnout szindróma a kimerültségen, a deperszonalizáción és a teljesítménnyel való csökkent elégedettségen alapszik. Legtöbb esetben a krónikus stressz következtében alakul ki. Az ápolói és a szociális munkakörök esetében fedezhetjük fel, többek között szociális munkásoknál, tanároknál és pedagógusoknál, nővéreknél, orvosoknál és fogorvosoknál (Weber és Jaekel-Reinhard, 2000).

Kopp és Berghammer (2003) a kiégés szindrómának öt fő tünetcsoportját különböztette meg:

- affektív (például érzelmi kimerülés),
- kognitív (például koncentrációs zavarok),
- testi-fizika (például fejfájás, táplálkozási zavarok),
- viselkedéses (például csökkent munkateljesítmény),
- motivációs (például a célok elvesztése, elszemélytelenedés) (Kopp és Berghammer, 2003).

Egyes becslések szerint az orvosok 30-40%-nál megjelenik a kiégés szindróma olyan szinten, hogy az már befolyásolhatja nem csak a szakmai teljesítményt, de a személyes viselkedésüket is (WHO, 2000). Linzer és munkatársai 2001-ben 5700 orvost vizsgáltak meg. Az eredményekből kiderült, hogy a kiégési szindróma gyakorisága az Egyesült Államokban tevékenykedő orvosok körében 22 százalékos volt. Hollandiában 2400 orvost vizsgáltak, akiknek 11 százalékánál diagnosztizálták a szindrómát. Whippen és Canellos 1991-ben az egyesült államokbeli onkológusok 56 százalékánál tapasztalt kiégést (Linzer, Visser, Oort és mts., 2001; Whippen és Canellos, 1991).

A kiégés nem csak a finn orvosok körében számít gyakorinak, hanem alapvetően az egész orvostársadalomban. Amerikában, Hollandiában, Angliában és Olaszországban mind 20-30% között van a kiégésben szenvedő orvosok aránya (Major, Ress, Hulesch és Túry, 2006). A magyarországi orvosok között Györfly és Girasek (2015) végzett reprezentatív felmérést, ahol közel 5000 orvost vizsgáltak. Arra jutottak, hogy az orvosok 65%-a érzi, hogy veszített teljesítményéből és 49%-a, hogy érzelmileg kimerült.

A szakorvosok között kevésbé jellemző a kiégés, mint a szakvizsgával nem rendelkezők között. Általában azokat említik veszélyeztetettebbnek, akik rendszerint halálos vagy gyógyíthatatlan betegségekkel foglalkoznak. Továbbá a női orvosok kiégése is gyakoribb, és nagyobb a hajlandóság a depresszióra, valamint az öngyilkosságra is. Ennek valószínűleg a

szerepkonfliktus lehet az oka, mely az orvosi szakmát a családjának szereppel állítja szembe (Györfly és Ádám, 2004; Györfly és Girasek, 2015).

Györfly és Girasek (2015) vizsgálatában a fiatal orvosok, a rezidensek és a fekvőbeteg-ellátásban dolgozók érték el magas értékeket a kiégés dimenzióiban. Az ügyeleti munkavégzés és a párhuzamosan több munkahely vállalása is szoros összefüggéseket mutat a kiégéssel.

Néhány befolyásoló tényező

A kiégés szindróma egyik befolyásoló tényezője lehet a munkahelyi elégedettség. Krasz Katalin 2002-es publikációja szerint a kutatók kizárólag a személyes szükségletekhez kapcsolódó tényezőként gondoltak az elégedettségre, ebből pedig az következik, hogy az elégedettség a munkával járó haszon függvénye, mely hozzájárul a munkavállaló szükségleteinek a kielégítéséhez. Tehát amennyiben a munka lehetővé teszi a munkavállaló szükségleteinek a kielégítését, akkor elégedettségről számol be, ha nem, akkor viszont elégedetlenségről (Krasz, 2002; 2007). Feltételezhetjük, hogy nyilvánvaló a kapcsolat az elégedettség mértéke és bizonyos szervezeti jelenségek között, mint amilyen a hiányzás, a fluktuáció vagy a teljesítmény (Kun, 2002). Éppen ezért a szervezeteknek érdemes arra törekedniük, hogy a dolgozóik elégedettsége a lehető legnagyobb szintet érje el.

A kiégés kialakulására a szervezeti elkötelezettség is hatással lehet. Olyan hivatások esetén, ahol a munkavállaló közvetlen kapcsolatban van a fogyasztóval – ezáltal befolyásolja a szervezetről kialakult véleményt –, különösen fontos a dolgozóba való befektetés, mely révén emelkedhet a szolgáltatás minősége (Hallowell, 1996). Ilyen az orvosi hivatás is, mely során kiemelten lényeges a szervezeti elkötelezettség megléte. Magyarországon „*általános vélemény, hogy a munkaadónak gazdasági érdeke a képzett és motivált munkavállalók megtartása, főleg olyan területeken, ahol nehezen pótolható a több év alatt megszerzett szaktudás. A vállalatok számára a családbarát hozzáállás tehát nem karitatív tevékenység, hanem olyan program, amelynek a gazdasági, pénzügyi megtérülésével is számolnak*” (Borbíró, Juhász, Nagy és Pál, 2007, 61. o.). Az elkötelezettség megértésére számos elméleti modellt dolgoztak ki, például a cél-egybeesési elméletet, mely a humanisztikus pszichológia azon állítására lett alapozva, miszerint az emberek esszenciális tulajdonsága a célirányosság, melynek köszönhetően minden cselekedetünknek jól körülhatárolható célja és értelme van. A modell azt állítja, hogy amennyiben a munkavállaló céljai és a szervezeti célok azonosak, illetve, ha a saját célok megvalósíthatók a szervezeti keretek között, akkor a munkavállaló elkötelezett lesz a szervezet iránt. A szervezeti szocializáció során a munkavállalók megtapasztalják a szervezeti értékrendet, célokat és elvárásokat, továbbá képesek megállapítani, hogy mekkora az egyezés a saját értékrenddel. Amennyiben kicsi az egyezés, a dolgozó elégedett lesz (János, 2005).

Pines amerikai szociálpszichológus úgy gondolta, hogy a motiváció és a kiégés szindróma között ok-okozati összefüggésekre lelhetünk azon személyek esetében, akik segítő foglalkozásúak. Ennek bizonyítása érdekében elvégzett egy longitudinális vizsgálatot, mely során a következő tüneteket jegyezte le: krónikus fáradtság, fejfájás, alvászavar, emocionális kimerültség, negatív önértékelés, depresszió, szakmai inkompetencia érzése, reménytelenség érzése és csökkent produktivitás (Pines és Keinan, 2005). A szervezet számára az a kedvező, ha a dolgozóik motiváltak. A motiváció az, amely meghatározza, hogy az egyén energiája mekkora részét hajlandó a munkájába fektetni megfelelő körülmények között. Amennyiben a dolgozó megfelelően motivált, akkor jó teljesítményt lehet elérni, még gyengébb képességű dolgozó esetén is. Ennek tudatában már a munkaerő kiválasztásánál is figyelmet lehet fordítani az egyén képességei és személyisége mellett a motivációra, tehát a viselkedés hajtóerejére és okára (Csukonyi, 2002). A kutatásban használt motivációs szintet mérő

kérdőív McClelland motivációs elméletén alapul, mely nagyobb hangsúlyt helyez a tanult szükségletekre a belső szükségletekkel szemben. A hatalom, a teljesítmény és a kapcsolatok iránti szükségletekkel próbálta magyarázni az emberek motivációs rendszerét. Kiemeli, hogy ezek a motívumok tanultak, és eltérő társadalmakban vagy eltérő fejlődési stádiumokban más-más jellemzőket mutathatnak. A Maslow-féle szükséglet-hierarchiával ellentétben nem számol be hierarchikus elrendeződésről. McClelland szerint mindhárom motiváció megtalálható minden emberben eltérő mintázattal, és mind fejleszthető különböző képzésekkel, tréningekkel (Csukonyi, 2002; Fodor, 2007).

Kutatás bemutatása

Vizsgálatunkban arra a kérdésre kerestük a választ, hogy vajon a vizsgált orvosok milyen mértékben vannak kiegészítve. Vajon a négy csoport – a belgyógyászok, a traumatológusok, a háziorvosok/házi gyermekorvosok és a pszichiáterek – eredményei között lesz-e kimutatható eltérés? Továbbá kérdés, hogy a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció mutat-e bármilyen összefüggést a kiegészítés értékeivel. Vajon a nem, az életkor és az ügyelet befolyásolja-e a kiegészítés megjelenését? A hipotézisek a következők:

H1: A traumatológusok és a belgyógyászok érzelmileg kimerültebbek lesznek, mint a pszichiáterek és a háziorvosok.

H2: A háziorvosokat kevésbé érinti a deperszonalizáció problémája, mint a másik 3 orvoscsoportot.

H3: A pszichiáter szakorvosok és a traumatológusok a legérintettebbek a teljesítményvesztés dimenziójában.

H4: Az alacsony kiegészítési értékekkel rendelkező orvosok magas értékeket érnek el a motivációs teszten, az elégedettség teszten és az elkötelezettség teszten is.

H5: A női orvosok kiegészítési mutatói magasabbak lesznek, mint a férfiaké.

H6: A kiegészítési mutatók az életkor növekedésével arányosan nőnek.

H7: Az ügyeletet vállaló orvosok magasabb értékeket érnek el a kiegészítési teszten, mint az ügyeletet nem vállalók.

A vizsgálati minta

Eredetileg négy csoport kiegészítési értékeinek vizsgálata volt a cél, melyek a következők:

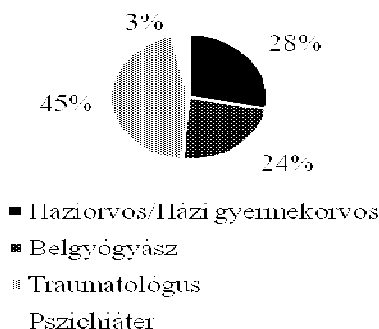
- Traumatológusok
- Belgyógyászok
- Pszichiáterek
- Háziorvosok és Házi gyermekorvosok

Azért ezekre a területekre esett a választás, mert ezen csoportok szakorvosai merőben eltérő körülmények között dolgoznak és eltérő betegszám jellemzi munkájukat. Többek között Gyórfy és Girasek 2015-ös munkája miatt keltették fel ezek a csoportok a figyelmemet. Kutatásuk eredményéül azt kapták, hogy a belgyógyászok, a traumatológusok és a pszichiáterek magas kiegészítési mutatókkal rendelkeznek. Míg a traumatológusokra, pszichiáterekre és belgyógyászokra a kórházi körülmények jellemzők, addig a háziorvosok és házi gyermekorvosok inkább rendelőkben tevékenykednek. Az első három csoport szakorvosainak munkája során jóval több kollégával kell együtt dolgozniuk, míg a háziorvosok kisebb közösségek tagjai. A magas betegszám mind a négy csoportot jellemzi, ám a háziorvosoknak bizonyos időszakokban – például influenza idején – különösen magas betegszámmal kell megbirkóznia.

A kérdőívet összesen 140 fő töltötte ki, ebből 63 traumatológus szakorvos, 39 háziorvos/házi gyermekorvos, 33 belgyógyász szakorvos és 5 pszichiáter, melynek a

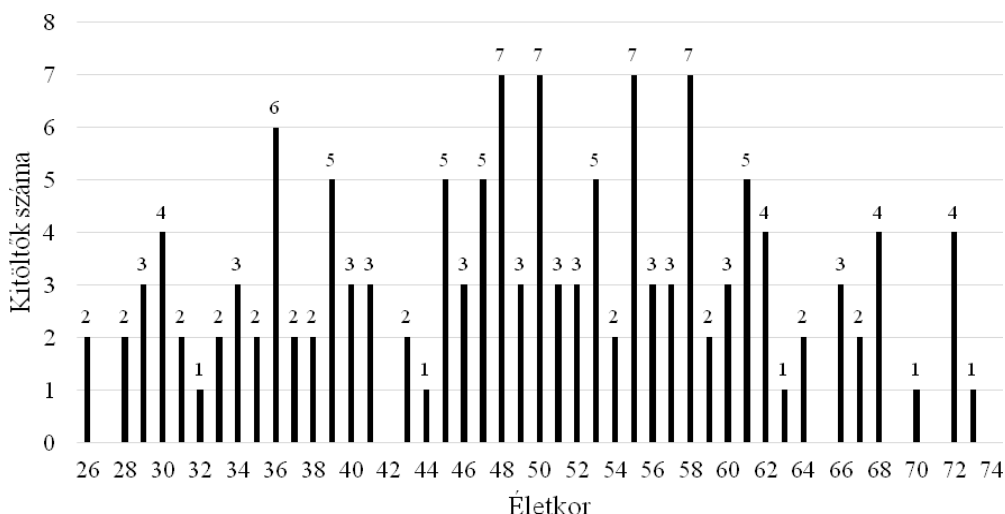
százalékos megoszlása az 1. ábrán látható. A pszichiáter szakorvosok csoportjából igen kisszámú minta érkezett, ezért ez a csoport csak azoknál a hipotéziseknél volt számításba vehető, ahol a kérdések nem szakterületspecifikusak.

1. ábra: Szakterület szerinti megoszlás (forrás: a Szerző)



A nemek arányát tekintve jóval több férfi (89 fő, 63,6%) válaszadó volt, mint női (51 fő, 36,4%). 26 éves kortól 73 éves korig oszlik meg a kitöltők életkora, a megoszlás a 2. ábrán látható.

2. ábra: A kitöltők kormegoszlása (forrás: a Szerző)



A következő egységek segítették a kutatási mintám összegyűjtését elektronikus formában:

- Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának I. sz. Belgyógyászati Klinikája
- Magyar Traumatológus Társaság
- Kastélypark Klinika Kft.
- Házi Gyermekorvosok Országos Egyesülete
- Falusi Körzeti Orvosok Országos Szövetsége
- Magyar Orvosi Kamara Hajdú-Bihar Megyei Területi Szervezete
- A Debreceni Egyetem három tanszékéről papír alapon gyűjtöttem be a tesztetket:

- Debreceni Egyetem Családorvosi Tanszék
- Debreceni Egyetem Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék
- Debreceni Egyetem Pszichiátriai Tanszék

Módszer

A vizsgálati minta összegyűjtése önkitöltős kérdőív segítségével történt, kitöltése átlagosan 20 percet vett igénybe. A kérdőív öt kisebb kérdőívből áll, összesen 90 kérdést tartalmaz. A felhasznált kérdőívek a következők:

- Személyes adatok, demográfiai kérdőív
- Maslach Burnout Inventory kérdőív (MBI)
- Szervezeti elkötelezettség kérdőív (OCQ)
- Munkahelyi elégedettség kérdőív (MSQ)
- Diák Karrier Teszt (DKT)

Személyes adatok, demográfiai kérdőív

Ez a kérdőív a kutatás szempontjából releváns demográfiai és személyes változókra kérdez rá. Összesen 13, többnyire eldöntendő kérdéseket tartalmaz, ám bizonyos esetekben rövid válaszokat vár. Rákérdez az általános mutatókra – mint amilyen a nem, az életkor, a családi állapot, illetve a szakterület és a beosztás –, a jövőbeli, munkával kapcsolatos tervekre, továbbá az ideális munkahelyről való vélekedésre.

Maslach Burnout Inventory (MBI) kérdőív

A kiégés szindróma mérésére a Maslach nevével fémjelzett kérdőív a legáltalánosabban használt nemzetközileg elismert kérdőív (Maslach és Jackson, 1981). Jelentős áttörést jelentett a téma vizsgálatának történetében. Három dimenzió alapján méri a kiégési értékeket, melyek a következők (Maslach, Jackson és Leiter, 1996):

- Érzelmi kimerülés
- Deperszonalizáció
- Személyes teljesítmény és hatékonyság

Az érzelmi kimerülés a kiégés egyik legjellemzőbb tünete, mely szerint a kiégett személy úgy érzi, hogy érzelmi erőforrásai nap végére elfogynak. A deperszonalizáció a negatív és rideg hozzáállást jelez a pácienssel vagy kollégákkal szemben, emellett a kialakult helyzetért mások okolását. A harmadik dimenzió megmutatja, hogy az egyén az önmagától elvárthoz képest milyen szinten teljesít, mely negatív önértékelést idézhet elő (Tandari-Kovács, 2010).

A kérdőív 22 kérdést tartalmaz, mely elsősorban a segítő szakmákban dolgozók számára készült. A válaszadóknak egy hétfokú Likert-típusú skálán kellett jelölniük válaszaikat, mely szerint az 1-es érték jelentette, hogy egyáltalán nem jellemző rá egy állítás és a 7-es érték, hogy teljes mértékben jellemző.

Megalkotói a kiégést folyamatként értelmezik, értéke alacsonytól magasig terjedhet. Ha valaki magas pontszámot ér el az érzelmi kimerültség és a deperszonalizáció skálákon, és alacsony pontszámot a személyes hatékonyság skálán, az magas kiégettségről számolhat be (Maslach és Jackson, 1993; idézi Tandari-Kovács, 2010).

Szervezeti elkötelezettség kérdőív (OCQ)

A szervezeti elkötelezettség mérésére az OCQ, azaz az Organizational Commitment Questionnaire kérdőív magyar adaptációját alkalmaztam, melyet eredeti nyelven elsőként Porter és munkatársai dolgoztak ki, majd Meyer és Allen (1997) módosították. A kidolgozás során nagy hangsúlyt fektettek a Mowday és munkatársai által létrehozott rendszerre, mely a

szervezeti elkötelezettség struktúráját próbálja definiálni. Ez a kérdőív a globális elkötelezettséget méri (Naser, 2007; Kanning és Hill, 2013).

Meyer és Allen háromkomponensű elkötelezettségelméletét számos ország kutatói vizsgálták, például Iverson és Buttigieg, Chang, Wastii és Mueller. Megerősítő faktoranalízis segítségével képesek voltak igazolni azt a feltételezést, hogy a háromfaktoros modell mutatja a legnagyobb egyezést az adatokkal (Naser, 2007).

A szervezeti elkötelezettség Meyer és Allen által meghatározott három komponensén – affektív, normatív, folyamatos – alapul. A kérdőívben a következőképpen jelennek meg (Balogh, 2008):

- (1) a szervezet céljaival és értékelésével való azonosulási képesség;
- (2) a szervezetért tenni akarás megléte, a hajlandóság a cselekvésre a szervezet javára;
- (3) a hosszú távú tagság iránti vágy.

A kérdőívet kitöltők ebben az esetben is egy hét fokozatú Likert-típusú skálán jelölhették a válaszaikat. 15 kérdést tartalmaz.

Munkahelyi elégedettség kérdőív (MSQ)

A Minnesotai Egyetem egyik kutatásához hoztak létre. Létezik rövidebb és hosszabb változata is, utóbbi 100 kérdést tartalmaz (Weiss, Davis és England, 1967). Lefedi a legtöbb munkával kapcsolatos értéket. A rövidebb változat többek között vizsgálja az önállóság, a stabilitás, a képességek felhasználása és a fizetés témakörét, és a dolgozók ezekkel kapcsolatban érzett elégedettségét (Kun, 2002). A kérdőív kitöltése során 20 kérdés esetében ötfokú Likert-skálán szükséges jelölni a válaszokat.

Diák Karrier Teszt

A Diák Karrier Teszt a teljesítménymotiváció feltárására ad lehetőséget. McClelland 1985-ös motivációelméletén alapszik. Öt dimenzióra osztva vizsgálja az általános teljesítménymotivációt, a célra irányuló- és az elkerülő teljesítménymotivációt, illetve a hatalmi és a kötődési motivációt. Minden dimenzió vizsgálatára 4 kérdést tesz fel. Az általános teljesítménymotiváció azt a vágyat jelöli, hogy hatékonyak és eredményesek legyünk magunkhoz és másokhoz képest is. A teljesítménymotiváció vizsgálatakor figyelembe kell vennünk, hogy a motivációnk elkerülő vagy közelítő jellegű, ez alapján beszélhetünk célra irányuló és elkerülő teljesítménymotivációról. A hatalmi motiváció szintje megmutatja, hogy az egyén mennyire igényli a mások fölötti kontrollt, a presztízszt, a pozíciót és a befolyást. A kötődési motiváció a kapcsolatok és a társaság iránti igényünket mutatja meg (Münnich, 2002).

Feldolgozás

A kérdőív segítségével szerzett adatok feldolgozása az SPSS statisztikai program használatával történt.

Eredmények

Az első három hipotézis vizsgálata párhuzamosan történt. Első lépésként ellenőriztük, hogy a kiégés három dimenziója a három csoporton belül normál eloszlást követ-e. Ehhez egymintás Kolmogorov-Smirnov próbát használtunk. Az eredmények azt mutatták, hogy a kiégés dimenziói nem követnek normál eloszlást ($p < 0,05$), ezért a továbbiakban nem paraméteres statisztikai eljárásokat használtunk az elemzéshez.

Kruskal-Wallis próbával néztük meg, hogy a csoportok között van-e szignifikáns különbség. Ezután a különbségek pontosabb meghatározása érdekében Mann-Whitney próbát végeztünk, mellyel lehetőség volt összehasonlítani párosával is a csoportokat.

Kruskal-Wallis próba alapján szignifikáns ($p=0,01$) különbséget találtunk a három vizsgált csoport között az *Érzelmi kimerülésben*. A házi orvosok medián értéke volt a legalacsonyabb (Medián = 23), ez szignifikánsan különbözött a belgyógyászokétól (Medián = 30, $p = 0,001$) és a traumatológusokétól (Medián = 31, $p = 0,01$).

Szignifikáns ($p=0,002$) különbséget kaptunk a *Deperszonalizáció* szempontjából is. Ebben az esetben is a házi orvosok medián értéke a legalacsonyabb (Medián = 8), és szignifikánsan eltér a belgyógyászokétól (Medián = 14, $p = 0,001$) és a traumatológusokétól (Medián = 12, $p = 0,001$).

Személyes hatékonyság szempontjából nem találtunk szignifikáns különbséget a három csoport között ($p= 0, 239$), a mediánértékek is hasonlóak voltak: a házi orvosoké 38, ez nem sokban tér el a belgyógyászokétól (Medián = 36, $p = 0,08$) és a traumatológusokétól (Medián = 36, $p = 0,124$).

Ezekből az eredményekből egyértelműen kiderül, hogy az *Érzelmi kimerülés* és a *Deperszonalizáció* dimenziók esetében szignifikáns különbség van a házi orvosok/házi gyermekorvosok és a másik két csoport között. Így az első és a második hipotézist (*H1*: A traumatológusok és a belgyógyászok érzelmileg kimerültebbek lesznek, mint a házi orvosok. *H2*: A házi orvosokat kevésbé érinti a deperszonalizáció problémája, mint a másik két orvoscsoportot.) igaznak tekinthetjük: valóban alacsonyabb kiegészítő értékekkel rendelkeznek a házi orvosok az *Érzelmi kimerülés* és a *Deperszonalizáció* dimenziók esetében, mint a traumatológusok és a belgyógyászok. A harmadik hipotézis (*H3*: A traumatológusok a legérintettebbek a *Személyes hatékonyság* dimenziójában.) kérdésében nem sikerült szignifikáns különbséget kimutatni a három csoport között, így a harmadik hipotézist nem sikerült igazolni.

A negyedik hipotézis szerint azok az orvosok, akik kevésbé kiégettek, magas értékeket fognak mutatni a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció szempontjából is. A kérdés vizsgálata előtt végzett egymintás Kolmogorov-Smirnov-féle normalitásvizsgálat eredménye szerint a vizsgált változók nem normális eloszlásúak. A továbbiakban ezért Spearman-féle rangkorrelációs próbát alkalmaztunk a kapcsolatok vizsgálatára, melynek eredményeit az 1. táblázatban láthatjuk.

1. táblázat: Spearman-féle rangkorrelációk a változók között. Forrás: a Szerző.

Változó	Maslach-féle kiégés kérdőív		
	Érzelmi kimerülés	Deperszonalizáció	Személyes hatékonyság
OCQ	-0,457**	-0,388**	0,412**
MSQ	-0,319**	-0,357**	0,469**
Általános teljesítménymotiváció	-0,131	-0,282**	0,457**
Célra irányuló teljesítménymotiváció	-0,194*	-0,307**	0,295**
Elkerülő teljesítménymotiváció	-0,167*	-0,254**	0,233**
Hatalmi teljesítménymotiváció	-0,152	-0,098	0,261**
Kötődési teljesítménymotiváció	-0,046	-0,132	0,198*

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Általában véve gyenge, legfeljebb mérsékelt ($|r_s| = 0,167$ és $0,469$ között) szignifikáns korrelációkat tapasztaltunk.

Az érzelmi kimerülés szempontjából igazolt a mérsékelt negatív korreláció 0,01-es szignifikancia-szinten a munkahelyi elégedettséggel és a szervezeti elkötelezettséggel, 0,05-ös szignifikanciaszinten pedig a célra irányuló és az elkerülő teljesítménymotivációval (ezek gyenge azonban gyenge kapcsolatok). Tehát azok az orvosok, akik alacsony pontszámot értek el a Maslach-féle kiégés kérdőív *Érzelmi kimerülés* dimenziójában, azaz kevésbé kimerültek érzelmileg, elégedettebbek és elkötelezettebbek a munkahelyük iránt, és valószínűbben magas célra irányuló és elkerülő teljesítménymotivációval rendelkeznek – s fordítva.

A *Deperszonalizáció* alskála szempontjából igazolásra került a mérsékelt negatív korreláció 0,01-es szignifikanciaszinten a munkahelyi elégedettséggel, a szervezeti elkötelezettséggel, az általános-, a célra irányuló- és az elkerülő teljesítménymotivációval is. Tehát akiket kevésbé érint a deperszonalizáció problémája, azok az orvosok valószínűbben elégedettebbek, elkötelezettebbek a munkájuk iránt és magas a teljesítménymotivációjuk – s fordítva.

A *Személyes hatékonyság* pozitívan (de legjobb esetben is mérsékelt szinten) korrelál az összes vizsgált tényezővel, 0,01-es szinten a munkával való elégedettséggel, a szervezeti elkötelezettséggel, az általános-, a célra irányuló- és az elkerülő teljesítménymotivációval és a hatalmi motivációval, 0,05-ös szignifikanciaszinten a kötődési motivációval.

Az ötödik hipotézis szerint a női orvosok kiégési mutatói magasabbak, mint a férfi orvosoké. Tekintve, hogy a Kolmogorov-Sirnov próba szerint a változók nem normális eloszlásúak, így Mann-Whitney próbát alkalmaztunk. Nem sikerült szignifikáns különbséget kimutatni a két csoport között sem érzelmi kimerülésben ($p = 0,96$, Medián: nőknél = 25, férfiaknál = 29), sem deperszonalizációban ($p = 0,236$, Medián: nőknél = 10, férfiaknál = 11), sem személyes hatékonyságban ($p = 0,436$, Medián: nőknél = 37, férfiaknál = 36).

A hatodik hipotézis szerint az életkor növekedtével a kiégési értékek is nőnek. Az elvégzett Spearman-féle rangkorrelációs vizsgálat releváns eredményeit az 5. táblázat összegzi.

5. táblázat: Az életkor és a kiégési mutatók összefüggése Spearman-féle rangkorreláció vizsgálatban. Forrás: a Szerző.

	Maslach-féle kiégés kérdőív		
	Érzelmi kimerülés	Deperszonalizáció	Személyes hatékonyság
Életkor	-0,224**	-0,238**	0,169*

* $p \leq 0,05$

** $p \leq 0,01$

Gyenge negatív korrelációt sikerült kimutatni az életkor és az *Érzelmi kimerülés*, valamint a *Deperszonalizáció* dimenziók között, és gyenge pozitív kapcsolat mutatkozott az életkor és a *Személyes hatékonyság* között. Az életkor előrehaladtával egyre kevésbé jellemző az érzelmi kimerülés és a deperszonalizáció az orvosoknál, míg a személyes hatékonyságot egyre jobbnak érzik. Ennek az lehet az oka, hogy a pályakezdő orvosok nagy lelkesedéssel és elvárásokkal rendelkeznek (Kopp és Berghammer, 2005), de hirtelen nagy mennyiségű

stresszorzal találkoznak, melyekkel szembe kell nézniük. Az idősebb orvosok megtanulják kezelni ezeket a stresszorokat, valószínűleg emiatt alacsonyabbak a kiegészi mutatói. A hatodik hipotézist tehát nem sikerült igazolni, az eredmények szerint az ellenkezője igaz.

A hetedik, egyben utolsó hipotézist szintén Mann-Whitney próbával elemeztük, és szignifikáns különbséget találtunk az ügyeletet végzők és nem végzők között az *Érzelmi kimerülés* ($p = 0,000$, Medián: ügyeletet végzőknél = 30, nem végzőknél = 22) és a *Deperszonalizáció* ($p = 0,001$, Medián: ügyeletet végzőknél = 12, nem végzőknél = 8) dimenziókban. Frekvenciaanalízis során kiderült, hogy az ügyeletet vállalók magasabb értékeket érnek el az előbb említett két dimenzióban. *Személyes hatékonyság* ($p = 0,05$, Medián: ügyeletet végzőknél = 36, nem végzőknél = 38) szempontjából nem tapasztalható különbség.

Következtetések és javaslatok

A tanulmány célja az volt, hogy megismerjük négy orvoscsoport kiegészi mutatóit, és feltárja az összefüggéseket a kiegész és a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és a motiváció között. Hét hipotézist állítottunk fel, melyeket $n = 140$ fős minta segítségével vizsgáltam.

Az eredmények többnyire igazolják a szakirodalmi bevezetőben állítottakat. Mint minden kutatási terület esetében, a pszichológiai kísérleteknek is fontos részlete a mintaszám méretének a megválasztása. Egyes kutatásokat 50%-os eséllyel kudarcra ítélni a kis minta választása, ha a méret meghatározása során téves, intuitív felfogás szerint döntünk. Az optimális méretet statisztikai programcsomagokkal előre meg lehet határozni, így elkerülhetők az esetleges műtermékek (Cohen, 1962; Tversky, 1971).

Az első három hipotézis elemzése azonos statisztikai eljárással történt, melyek szerint az *Érzelmi kimerülés* és a *Deperszonalizáció* dimenziókban a házi orvosok és házi gyermekorvosok alacsonyabb pontszámokat értek el, mint a traumatológusok és a belgyógyászok, tehát a házi orvosok kevésbé kimerültek érzelmileg, és nem érinti őket olyan mértékben az elszemélytelenedés problémája, mint a belgyógyászok és a traumatológusok. Ez az eredmény leginkább arra vezethető vissza, hogy e három orvoscsoport merőben eltérő körülmények között végzik a munkájukat. A házi orvosok kevésbé stresszes légkörben dolgoznak, általában rendelőkben, kisebb munkacsoportban, míg a traumatológusok klinikai körülmények között nagyobb munkacsoport segítségével tevékenykednek. A házi orvosoknak kialakult betegkörük van, a pácienseikkel több évtizedes kapcsolatot is ápolhatnak, emiatt közelebről is megismerheti egymást az orvos és a páciens, kisebb lesz a személytelenség közöttük. A traumatológusok és a belgyógyászok kevesebb személyes interakciót folytatnak egy beteggel, és korántsem biztos, hogy a jövőben újra találkoznak. A harmadik hipotézist nem sikerült igazolni, úgy tűnik, hogy személyes hatékonyságukat hasonlóan ítélik meg az orvoscsoportok. Fontos kiemelni, hogy önkitaltós tesztekéről van szó, tehát a kitöltő szubjektív véleményét ismerhetjük meg a kérdőív által.

A tanulmánynak szintén célja volt felderíteni, hogy vajon a munkahelyi elégedettség, a szervezeti elkötelezettség és az orvosok motivációs szintje milyen mértékben befolyásolja a kiegészüket, van-e közöttük bármilyen összefüggés. A várakozásoknak megfelelően sikerült igazolni az összefüggést a kiegész és az említett három tényező között. Azok az orvosok, akik alacsony kiegészi mutatókkal rendelkeztek, elégedettebbek voltak a munkájukkal, elkötelezettebbek a munkahelyük iránt és magasabb motivációs szinttel rendelkeztek. Ezt az állítást érdemes fordítva is szemügyre venni: azok az orvosok, akik elégedettek a munkájukkal, elkötelezettek a munkahelyük iránt, és megfelelő motivációs szinttel rendelkeznek, kevésbé veszélyeztetettek a kiegész szempontjából. Mivel orvosaink megfelelő

mentális és lelki egészsége közös érdekünk, úgy gondolom, hogy ezt minden munkáltatónak érdemes figyelembe vennie, mikor meghozzák a szervezettel kapcsolatos, orvosokat is érintő döntéseiket.

Összehasonlításra kerültek a női és a férfi orvosok kiégési mutatói. A szakirodalom alapján feltételezhető volt, hogy a női orvosok magasabb kiégési mutatókkal fognak rendelkezni, mivel felléphet náluk a szerepkonfliktus, mely szembe állítja az anyai szerepet az orvosi szakmával, ám ezt nem sikerült igazolni. Elképzelhető, hogy nagyobb számú minta esetén láthatóvá vált volna az eltérés a női és férfi kiégési értékek közt.

Hatodik hipotézisünk arra vonatkozott, hogy az életkor előrehaladtával növekedni fognak a kiégési mutatók is. Feltételeztük, hogy az orvosok idősebb korokra a pácienseket egyre inkább „adatként” fogják kezelni, ennek alapját pedig az szolgáltatta, hogy a gyógyító tevékenységet folytató emberek, mint amilyenek az orvosok is, fokozottan veszélyeztetettek a kiégés szindróma szempontjából. A több évtizeden keresztül tartó folyamatos fizikai, mentális és lelki leterheltség, az állandó stressz és felelősség eredményezheti a kiégés kialakulását az idősebb orvosok esetében. Ezzel szemben ellenkező eredményt kaptunk: a kiégés szintje fordítottan arányos a korrallal, mind a három dimenzió esetében (*Érzelmi kimerülés, Deperszonalizáció és Személyes teljesítmény és hatékonyság*). Ennek az lehet az oka, hogy a fiatal orvosok nagy lendülettel, lelkesedéssel, és magas elvárásokkal érkeznek a szakmába, ám hirtelen velük szemben lesznek magasak az elvárások. Nagy felelősséggel és újszerű, nehéz feladatokkal kell szembenézniük. Kopp és Berghammer (2003, 2005) szerint már az egyetemi felvételi is jelentős stresszhelyzet, ám az egyetem és kezdetben a klinikai évek nehézségei folyamatosan megkövetelik az alkalmazkodást. Az alapvető kompetenciák elsajátítása hosszas folyamat, de feltétlenül szükséges ahhoz, hogy az orvosok képesek legyenek felvenni a harcot a kiégés szindrómával szemben.

Logikusnak tűnhet az utolsó hipotézis eredménye, miszerint az ügyeletet vállalók érzelmileg kimerültebbek, és deperszonalizáltabbak, mint azok az orvosok, akik nem vállalnak ügyeletet. Az ügyelet egy nagy mentális és fizikai megterhelést jelent, főleg, ha az orvos közvetlenül a munkája után végzi.

A kérdőív rákérdezett arra is, hogy milyen az ideális munkahely a kitöltők szerint. Rengeteg válasz érkezett, de volt néhány tényező, amit számos kitöltő említett. Legtöbb esetben a korrekt munkahelyi körülményeket és a megfelelő eszkozhátteret emelték ki az orvosok, de ezen kívül sokszor fordult elő a stabilitás, a megbízhatóság, az elismerő légkör fontossága, a megfelelően magas jövedelem, presztízs, a szakmai kihívás, az önállóság, a nyugodt és barátságos, esetenként családi légkör, a vezető alkalmassága és a kiszámítható munkaidő és ügyelet. A háziorvosok és házi gyermekorvosok közül többen úgy gondolták, hogy az ideális munkahely olyan, mint a jelenlegi munkahelyük. Ezek olyan tényezők, amikre fontos lenne több figyelmet fordítani.

Szeretnénk a jövőben további kutatásokat végezni ebben a témakörben nagyobb mintával. Ennek érdekében helyet kapott a kérdőívben néhány kérdés, melyek érdekes vizsgálatokat tesznek lehetővé a későbbiekben. A családi állapot (ami nem csak a kiégés szindróma kialakulását befolyásolhatja, de a motivációra is hatással lehet) tekintetében nőknél és férfiaknál eltérő eredményekre számítunk. A szakmában eltöltött évek száma is fontos változó lehet, valamint érdekes lehet megvizsgálni azt is, hogy ebből hány évet töltött a kitöltő a jelenlegi munkahelyén, illetve milyen beosztásban tevékenykedik. Sokat kideríthetünk abból is, hogy a válaszadó hány évre tervez a jelenlegi munkahelyén. Kérdés lehet az is, hogy a külföldi munkavállalás milyen hatással van a kiégési értékekre, illetve a kiégési értékek milyen hatással vannak a külföldi munkavállalási szándékra.

Manapság már számos tréning és technika létezik annak érdekében, hogy a kiégés szindróma veszélyét csökkentsék a dolgozóknál. Ezek nagyon fontosak, hiszen lényeges,

hogy az orvost elkerülje a kiégés és megfelelő elégedettséggel, elkötelezettséggel és motivációval végezze a munkáját.

Összefoglalás

A kiégés szindróma a 21. század orvoslásának egyik legégetőbb problémája. Az orvosok különösen veszélyeztetett csoportot alkotnak a kiégés szempontjából, mely gátolja őket a munkavégzésükben. A kiégett orvos kevésbé érdeklődik a betegek állapota iránt, megkérdőjelezi a saját szakmai kompetenciáját és tudását, kevésbé élvezi a munkáját, fáradékonnyá, dekoncentrálttá és stresszessé válhat. Számos befolyásoló tényezője közül három változóra fektettünk nagyobb hangsúlyt e tanulmányban: a munkahelyi elégedettségre, a szervezeti elkötelezettségre és a motivációra.

E kutatási terület számos további vizsgálatra ad lehetőséget. Kérdőívünkben elhelyeztünk néhány kérdést a jövőre való tekintettel, melyeket szándékunkban áll egy következő vizsgálat keretében felhasználni.

Irodalom

- Balogh, L. (2008): *A teljesítményt befolyásoló szervezetszichológiai tényezők vizsgálata interaktív sportcsapatoknál*. Doktori értekezés. Pécsi Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskola, Pécs.
- BNO-10 (2006): *Betegségek Nemzetközi Osztályozása: gyakori kódok betűrendes mutatója. 10. revízió*. Animula, Budapest.
- Borbíró, F., Juhász, B., Nagy, B., Pál, K. (2007): *Férfibeszéd - családról és munkáról*. Fiatal Nőkért Alapítvány, Budapest.
- Cohen, J. (1962): The Statistical Power of Abnormal-Social Psychological Research: A Review. *J Abnorm Soc Psychol*, 65, 145-53.
- Cohen, J. (1962): The Statistical Power of Abnormal-Social Psychological Research: A Review. *J Abnorm Soc Psychol*, 65, 145-53.
- Csukonyi, Cs. (2002): A motiváció alapelvei. In: Münnich Á. (szerk.): *A jövő vezetőinek jelene*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Fodor, L. (2007): *Fejezetek a motivációkutatásból*. Gondolat Kiadó, Budapest.
- Freudenberger, H.J. (1974): Staff Burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159-175.
- Gyórfy, Z., Ádám, S. (2004): Az egészségi állapot, a munka-stressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle*, 11, (3), 107-128.
- Gyórfy, Zs., Girasek, E. (2015): *Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek?* *Orvosi Hetilap*, 156, (14), 564-570.
- Hallowell, R. (1996): Southwest Airlines: A Case Study Linking Employee Needs Satisfaction and Organizational Capabilities to Competitive Advantage. *Human Resource Management*, 35, (4), 513-534.
- János, R. (2005): *Szervezetszichológia*. Oktatási segédanyag, Pécsi Tudományegyetem, Pécs.
- Kanning, U.P., Hill, A. (2013): Validation of the Organizational Commitment Questionnaire (OCQ) in six Languages. *Journal of Business and Media Psychology* 4, (2), 11-20.
- Kopp, M., Berghammer, R. (2003): *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest.
- Kopp, M., Berghammer, R. (2005): *Orvosi pszichológia*. Medicina, Budapest.
- Krasz, K. (2002): *A munkahelyi elégedettség befolyásoló tényezők*. Oktatási segédlet. Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Ergonómia és Pszichológia Tanszék, Budapest.

- Krasz, K. (2007): *Alapismeretek a vezetői gyakorlathoz*. Oktatási segédanyag, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Ergonómia és Pszichológia tanszék, Budapest.
- Kun, Á. (2002): A munkával való elégedettség megismerésének elméleti és módszertani alapjai. In: Münnich Á. (szerk.): *A jövő vezetőinek jelene*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Linzer, M., Visser, M.R., Oort, F.J. és mts. (2001): Predicting and preventing physician burnout: Results from the United States and the Netherlands. *The American Journal of Medicine*, 111, 170-175.
- Major, J., Ress, K., Hulesh, B., Túry, F. (2006): A kiégés jelensége az orvosi hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 4, 367-373.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1981): *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Maslach, C., Jackson, S.E. (1993): *Maslach Burnout Inventory: Manual (2nd ed)*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California.
- Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M.P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory (3rd ed.)*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.
- Meyer, J., Allen, N. (1997): *Commitment in the Workplace: Theory, Research, and Application*. Sage Publications.
- Münnich, Á. (2002): *A jövő vezetőinek jelene: az egyetemi diákság karrierépítésének lélektani háttere*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
- Naser, S. (2007): Egyetemi oktatók szervezeti elkötelezettsége, és annak kapcsolata a szervezeti kultúrával. *Magyar Pedagógia*, 107, (3), 185-203.
- Ónody, S. (2001): Kiegészi tünetek (burnout szindróma) keletkezése és megoldási lehetőségei. *Pedagógiai szemle, Május*, 15-21.
- Pines, A.M., Keinan, G. (2005): Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39, (3), 625-635.
- Shaw, D.L., Wedding, D., Zeldow, P.B., Diehl, N. (2001): Special problems of medical students. In: Wedding, D. (szerk.): *Behavior and medicine*. Hogrefe and Huber, Göttingen, 67-84.
- Tandari-Kovács, M. (2010). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében*. Doktori (PhD) Értekezés, Semmelweis Egyetem, Budapest.
- Tversky, A., Kahneman, D. (1971): Belief in the Law of Small Numbers. *Psychological Bulletin*, 76, 105-110.
- Weber, A., Jaekel-Reinhard, A. (2000): Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies?. *Occup Med (Lond)* 50, (7), 512-517.
- Weiss, D.J., Dawis, R.V., England, G.W. (1967): Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 22, 120.
- Whippen, D.A., Canellos, G.P. (1991): Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol*, 9, (10), 1916-1920.
- WHO-World Health Organization (2000): *The World Health Report, 2000*. Geneva.