

Kik a boldog orvosnők Magyarországon?

GYÓRFFY Zsuzsa

BEVEZETÉS – Az orvosokkal foglalkozó széles körű nemzetközi kutatások legújabb vizsgálati területe a gyógyítók jóllétének és boldogságának alakulása. Magyarországon mindeddig ez a fajta „szemléletváltás” a kutatásokban még nem indult el. A jelen kutatásunkban ezért a hazai orvosnők pozitív életminőségének vizsgálatát tűztük ki célul.

MINTA ÉS MÓDSZER – Kvantitatív, keresztmetszeti szociológiai vizsgálat (n=408). A pozitív életminőség mérésére a WHO Well-Being Index rövidített, magyar változatát használtuk.

EREDMÉNYEK – Vizsgálatunkban úgy találtuk, hogy a magyarországi orvosnők jóllétének kulcsa az „idő” tényezőjében található. A WHO Well-Being Index alapján szignifikánsan magasabb jóllétről számoltak be azok az orvosnők, akik nyolc órát vagy kevesebbet dolgoztak (p=0,000), nem ügyeltek (p=0,042), napi egy óra „saját idővel” (szabadidővel) rendelkeztek (p=0,021), és elégedettek voltak a betegekre jutó idő mennyiségével (p=0,005). A magasabb jóllétpontszám nem függött össze az életkorral, a családi állapottal, a gyerekszámával és a választott szakkal.

KÖVETKEZTETÉSEK – Hasonlóan a nemzetközi trendekhez, a jóllét a magyarországi orvosnők számára is szorosan összefügg a munkával és a munkával való elégedettséggel. Az „elégedett gyógyító” a hatékonyan működő egészségügyi rendszer kulcsa, így mind az elkövetkező vizsgálatoknak, mind a prevenciónak és intervenciónak fokozott figyelemmel kell kísérnie a gyógyítói jóllét alakulását és annak meghatározó tényezőit.

orvosnők, szubjektív jóllét, munkaidő, elégedettség

WHO ARE THE HAPPY FEMALE PHYSICIANS IN HUNGARY?

BACKGROUND – The female Physicians' well-being and happiness has become the latest researching field of the "Physicians studies". In Hungary the researches haven't focused on this subject. Our aim was to examine the subjective well-being of the Hungarian female Physicians.

METHODS – Representative, cross-sectional, quantitative survey on a representative sample of female Physicians (N=408). Modified version of WHO Well-Being Index was performed to measure of subjective Well-Being.

RESULTS – We have found that the key to the Hungarian female Physicians' well-being is the "time". Significantly higher rate of well-being is associated with reduced work-hours (8 hour or less, p=0.000), and duty hours (p=0.042), having one hour free time daily (p=0.021) and they satisfied with the time of doctor-patient interaction (p=0.021). The higher rate of Well-Being scores haven't associated with age, marital status, number of children and the speciality.

CONCLUSION – Similarly to the national trends, the Hungarian female Physicians' well-being is depending on the work and the satisfaction with work. The satisfied healer is the key of the health system therefore the future studies and the prevention and intervention have to focus on the Physicians' well-being.

female physicians, subjective well-being, work-hour, satisfaction

dr. GYÓRFFY Zsuzsa (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet/Semmelweis University of Medicine, Institute of Behavioural Sciences; H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: gyorzsu@net.sote.hu

Érkezett: 2013. július 7.

Elfogadva: 2013. szeptember 25.

Nagyon kevés azoknak az írásoknak a száma, amelyek a pozitív tapasztalatokat, példákat hangsúlyozzák, s háttérbe szorulnak azok a pszichológiai és szociológiai megközelítések, amelyek arra irányulnak, hogy miként írhatóak le a boldog, sikeres, szakmájukkal elégedett gyógyítók.

Az utóbbi évtizedekben a gyógyítók helyzetével kapcsolatban megjelent tanulmányok, problémafelvetések igen nagy számban foglalkoznak az orvosi hivatás változásával, a deprofesszionalizáció jelenségével, valamint a gyógyítók testi-lelki jóllétével (1–4). Bár ezek a vizsgálatok különböző perspektívából közelítik meg az orvosok helyzetének leírását, abban mindannyian közös álláspontra helyezkednek, hogy az egészséges és elégedett gyógyító az egészségügyi rendszer kulcsa: a betegek mortalitási és morbiditási mutatói, a műhibák és szövődmények száma, az elégedett, bizalommal teli és együttműködő beteg szoros kapcsolatban van az egészségügyi személyzet jóllétével (5–7).

Fontos hangsúlyozni azonban azt is, hogy az orvosokkal kapcsolatos vizsgálatok alapvetően a „patomechanizmusok” felől közelítenek: a vizsgálatok fókuszában az egészséggel kapcsolatos témák mellett megjelenik a pályaelhagyás, a migráció, a szerepkonfliktus és a kiegészítés kérdése. Nagyon kevés azoknak az írásoknak a száma, amelyek a pozitív tapasztalatokat, példákat hangsúlyozzák, s háttérbe szorulnak azok a pszichológiai és szociológiai megközelítések, amelyek arra irányulnak, hogy miként írhatóak le a boldog, sikeres, szakmájukkal elégedett gyógyítók. Pedig – mint ahogyan ezt korábban Molnár Reginával közös tanulmányunkban már jeleztük – alapvető kérdés, hogy a problémák mellett az erőforrásokat és a protektív tényezőket is meghatározzuk és leírjuk (8).

Bár a nemzetközi vizsgálatokban is alapvetően a „negatív szenzációk” leírása dominál, néhány kutatás témájának választotta a gyógyítók boldogságának, jóllétének leírását. A „boldogságot” a témával foglalkozó szakirodalom „szubjektív jóllét”-ként (subjective well-being, SWB) határozza meg, egy olyan állapotként, amelyre jellemző az élettellel való elégedettség, a pozitív érzések magas szintje, valamint a negatív érzések alacsony aránya (9). A vizsgálatok és a kutatási eredmények összehasonlíthatóságát ugyanakkor megnehezíti a módszertani eltérések és a különböző mérőeszközök használata. A gyógyítók elégedettségével kapcsolatos vizsgálatok jelentős része ugyanis inkább a munkaelégedettségre, a munkahelyi stressz redukálására és a munka/magánélet egyensúlyának kérdéseire irányul (10–13).

A legfontosabb „boldogságvizsgálatok” közül számos kutatás eredményei figyelemreméltóak. Egy korábbi, longitudinális norvég orvosvizsgálatban három alkalommal (1994, 2002, 2004) kérdezték a gyógyítókat boldogságukról, munkaelégedettségükről. A norvég doktorok egy hétfokozatú skálán 5,3-es pontszámra értékelték jóllétü-

ket, és a válaszadók fele kifejezetten magas (6, 7) értéket adott. További érdekesség, hogy a jóllétpontszám 1994 óta szignifikáns emelkedést mutatott, valamint, hogy az orvosi szakok között is különbségeket fedezhettünk fel: a családorvosok és a pszichiáterek álltak a lista élén, míg az aneszteziológusok és a belgyógyászok kisebb elégedettségről számoltak be (14).

Érdekes adalékokkal szolgált a témáról való további gondolkodáshoz a kanadai orvosok 2004-es vizsgálata is. Úgy találták a kutatók, hogy az úgynevezett „controllable lifestyle”-al jellemezhető szakmák képviselői jelentősen elégedettebbek. A „kontrollálható életstílus” fogalma a munkakörülmények mind kedvezőbb megválasztásával függ össze: a rugalmasabb munkaidővel, az ügyelet hiányával, a magánéletre jutó idő nagyobb arányával (15).

A gyógyítók boldogságára irányuló kutatások közül talán a „legnagyobb szabású” az Amerikai Egyesült Államokban lefolytatott „Happy Physicians Study 2012”. Ebben a vizsgálatban közel 30 ezer gyógyítót kérdeztek meg 25 fajta szakterületről, és az eredmények szerint minden harmadik orvos igen boldognak érezte magát. A vizsgálat megajzolta a legboldogabb és legelégedettebb gyógyító profilját: a legboldogabb az a 60 év feletti reumatológus, aki Amerikában született, jó egészségnek örvend, normál testsúlyú, hetente négyszer sportol, napi rendszerességgel fogyaszt csekély mennyiségű alkoholt, és nem dohányzik. Házas, és tevékenykedik valamilyen karitatív szervezetben is (16). A fenti eredményeket azonban árnyalja egy másik amerikai, nagymintás orvoscselekmérés (n=12 000), amelynek eredményei azt mutatják, hogy a megkérdezett orvosok közel 77,4%-a pesszimista az orvoslás jövőjét illetően, és hozzávetőlegesen 60%-uk nem ajánlaná az orvosi hivatást gyermekének (17).

A külföldi vizsgálatokkal szemben Magyarországon mindeddig egyetlen vizsgálat fókuszált kifejezetten az orvosok és orvosnők elégedettségére: 2009-ben a WebBeteg és a Szinapszis Kft. 561 orvos vizsgálata alapján úgy találta, 10 orvosból kilenc érzi úgy, hogy nagyon nehéz gyógyítóként tevékenykedni Magyarországon. Az orvosok jelenlegi szakmai helyzetének megítélése egy 1 és 10 közötti skálán átlagosan 6,3-es osztályzatot kapott, míg az anyagi helyzetüket a megkérdezettek 5,0-es osztályzattal ítélték (18).

A gyógyítókkal kapcsolatos hazai vizsgálatok is elsősorban a problémák megjelenítésére teszik a hangsúlyt. Így az orvosnőkre irányuló vizsgálatokban kirajzolódik egyfajta magyarországi „orvosnő-paradoxon”: a morbiditásra vonatkozó vizsgálatok egyértelműen jelzik, hogy a magyar

orvosnők körében – más diplomás foglalkozású nőekkel összevetve – nagyobb arányú a krónikus betegségek előfordulása és halmozódása (19). A fenti vizsgálat eredményeit is figyelembe véve fontosnak gondoljuk, hogy – a nemzetközi trendeket követve – egyfajta szempontváltással megvizsgáljuk, kik és milyen körülmények között lehetnek „boldog gyógyítók” Magyarországon.

Jelen vizsgálatunkban célul tűztük ki, hogy feltérképezzük a hazai orvosnők szubjektív jóllétmutatóit, és azokat a háttértényezőket, amelyek a jóllétüket leginkább meghatározzák. A nemzetközi szakirodalom eredményei alapján feltételezzük, hogy a jóllét szorosan összefügg az életkorral, a választott szakkal és a „kontrollálható életstílus” (ügyeletek, rugalmas munkaidő) egy-egy dimenziójával. Nem tudunk olyan hazai vizsgálatról, amelyben országos, reprezentatív minta alapján került volna bemutatásra a szubjektív jóllét mutatója, így e tekintetben munkánk elsőnek tekinthető Magyarországon.

Minta és módszer

Kutatásunk módszerül keresztmetszeti kvantitatív szociológiai vizsgálat szolgált. A kvantitatív elemzés során az orvosnői minta (n=408) szubjektív jóllétmutatóit hasonlítottuk egy reprezentatív diplomás lakossági kontrollcsoporthoz (n=818, „Hungarostudy 2002”).

A kvantitatív minta vizsgálati populációját a 2003-ban és 2004-ben lefolytatott felmérés szolgáltatta (n=650). Mintaválasztási módszerül *véletlen kezdőpontú szisztematikus mintavételt* alkalmaztunk, amely a Magyar Orvosi Kamara (MOK) nyilvántartásából volt biztosítható. A kiválasztott minta 62,7%-a (n=408) adott értékelhető választ anonim, postai önköltés kérdőívünkre. Válaszóink között nagyobb arányban voltak jelen az alapellátásban, illetve az üzemorvosi szakmákban dolgozók, így a kapott 408 fős mintát súlyoztuk a KSH és a MOK által megadott munkahelyi dimenziók alapján. Az orvosnői minta kontrollcsoportját a „Hungarostudy 2002” országos lakossági felmérés diplomás női csoportja alkotta (n=818) (20). Ezt a diplomás női csoportot *kor szerint illesztettük* az orvosnői mintához.

Jelen vizsgálatunkban a szubjektív jóllét mérésére vonatkozóan a WHO öttételes Well-Being Indexét használtuk. A Well-Being Indexet 1982-ben dolgozták ki, célul tűzve ki, hogy a krónikus betegek kezelése során ne csak a negatív életminőség mutatók (depresszió, szorongás) kerüljenek a fókuszba, hanem a pozitív életminőségmutatókra is irányuljon figyelem (21). A WHO

Well-Being öt tételből álló indexének alkalmazását az indokolta, hogy ezt a mérőeszközt alkalmazták a „Hungarostudy 2002” országos vizsgálatban, így az orvosnői minta és a kontrollcsoport értékeinek összevetése lehetségessé vált. Az orvosnői mintában a WHO Well-Being Index Cronbach- α -értéke 0,785.

A mérőeszköz a következő öt kérdésből áll:

Az elmúlt két hét során érezte-e magát

1. vidámnak és jókedvűnek?
2. nyugodtnak és ellazultnak?
3. aktívnak és élénknek?
4. ébredéskor frissnek és élénknek?
5. a napjai tele voltak az Ön számára érdekes dolgokkal?

A válaszadók egy négyfokozatú skálán értékelhettek (0–3), az elérhető összpontszám 15 volt. Eredményeink értékelése során az átlag felletti pontszámot (8 pontnál magasabb értéket) tekintettük „magas jóllét” mutatónak.

A szubjektív jóllét háttérváltozóinak vizsgálatkor az alábbi kérdéseket használtuk:

– Az *egészségi állapot önbecslésére* vonatkozó kérdés: „Hogyan minősíti egészségi állapotát” – ezt egy ötfokú skálán értékelte a válaszadó (1: nagyon rossz, 2: rossz, 3: közepes, 4: jó, 5: kiváló).

– A *kiégés* mérésére a Maslach Burnout Inventort (MBI) használtuk (22). Az MBI egy 22 tételből álló kérdőív, amely a kiégést három dimenzióban méri (emocionális kimerülés, depersonalizáció és teljesítményvesztés). A résztvevők egy hétfokozatú Likert-skálán (0–6-ig terjedően) jelzik, hogy egyes, munkájukkal kapcsolatos érzéseiket milyen gyakran észlelik.

– A *szerepkonfliktusra* vonatkozóan egy kérdést tettünk fel (23, 24). Ezt a kérdést („Milyen gyakran érzi magát ingerültnek vagy elégedetlennek amiatt, hogy munkahelyi, családi és házastársi vagy partneri kötelezettségei közül az egyiket csak a másik rovására tudja ellátni?”) 1-től 4-ig terjedő Likert-típusú skálán értékelték a megkérdezettek (1: soha, 2: ritkán, 3: gyakran, 4: nagyon gyakran). A vizsgált változót az elemzések egy részében kétértékűvé alakítottuk: 1: nem vagy ritkán érez szerepkonfliktust, 2: gyakran, nagyon gyakran érez szerepkonfliktust.

– A *sportolás* gyakoriságát a következő kérdéssel mértük: „Milyen gyakran sportol? (például úszás, futás, kerékpározás, labdarúgás, aerobic stb.)” A válaszlehetőségek: 1: naponta, 2: hetente többször, 3: hetente egyszer, 4: rendszeresen, 5: soha. A válaszokat dichotóm módon csoportosítottuk: 1: sportolás alkalmanként, 2: soha nem sportol.

– Vizsgáltuk továbbá a *változó műszakbeosztás* meglétét, elsősorban az ügyeleti munkára fo-

Úgy találták a kutatók, hogy az úgynevezett „controllable lifestyle”-al jellemezhető szakmák képviselői jelentősen elégedettebbek.

2009-ben a WebBeteg és a Szinapszis Kft. 561 orvos vizsgálata alapján úgy találta, 10 orvosból kilenc érzi úgy, hogy nagyon nehéz gyógyítóként tevékenykedni Magyarországon.

kuszálva. Kérdésünk a következőképpen hangzott: „Hogyan ügyel? Milyen az ügyeleti beosztása? (Nem ügyel, készenlét, hétköznapi, hétvége, összevont orvosi ügyelet, központi ügyelet, sürgősségi ügyelet.)” A feldolgozás során a válaszokat két kategóriába rendeztük: 1: nem ügyel, 2: ügyel.

– Fontos volt továbbá a munkavégzés során felmerülő feszült, nehéz helyzetek vizsgálata. Ezt a „Milyen gyakran fordul elő munkavégzés közben megterhelő, feszült helyzet?” kérdéssel mértük, amelyet egy háromfokozatú skálán kellett megítélni: 1: egyáltalán nem jellemző, 2: jellemző, és 3: teljesen jellemző. A változó átalakításakor a nem jellemző és a jellemző/teljesen jellemző kategóriákat hoztuk létre.

– Ötfokú Likert-skálán értékelték a válaszadók a munkájukkal, munkahelyükkel és a munka megbecsültségével kapcsolatos benyomásait.

– A munkatársi támogatás mértékének megítélésére a Caldwell-féle társas támogatás kérdőív hazai viszonyokra adaptált változatának (25) egy kérdését használtuk. Arra kérdeztünk rá, hogy nehéz élethelyzetben az illető mennyire számíthat munkatársi segítségre (1: egyáltalán nem, 2: keveset, 3: átlagosan, 4: nagyon). Az elemzés során a következő kategóriákat alakítottuk ki: 1: egyáltalán nem/keveset, illetve 2: közepesen/nagyon.

Deskriptív elemzésünk során az orvosnői minta és a kontrollcsoport összehasonlítását végeztük el; a folytonos változók esetében átlagokat, míg a diszkrét változók között frekvenciákat vizsgáltunk. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket is jeleztük. A változók típusa szerint független mintás t-próbát, illetve χ^2 -próbát

alkalmaztunk. A statisztikai értékelést az SPSS 15.0. statisztikai programcsomag segítségével végeztük.

Eredmények

Az elemzések során az orvosnői mintában a munkahelyjelleg szerint súlyozott adatokat használtuk, valamint a kontrollcsoport kor szerint illesztett adatait vettük alapul. Mivel a kontrollcsoportot kor szerint illesztettük az orvosnői mintához, e dimenzió esetében az átlagértékek, illetve az előfordulási arányok (%) megegyeznek: a válaszadó személyek átlagéletkora 45,1 életév volt (SD=10,23). Lakóhelyüket tekintve a vizsgált minta tagjai közel 40%-ban budapestiek, 25, illetve 24%-ban megyeszékhelyen, illetve városban élnek és 11%-uk községi lakos. A legtöbb orvosnő (67,5%) és diplomás nő (63,3%) házas volt a felméréskor, de a százalékos arányokat tekintve megállapítható, hogy az orvosnők nagyobb hányada él partnerrel, csoportjukra kisebb arányban jellemző a válás. A gyerekszám tekintetében jelentős, statisztikailag is igazolható különbség áll fenn a két csoport között: az orvosnői csoportban jellemző a több gyermek vállalása ($\chi^2=16,759$, $df=3$, $p=0,001$, Cramer $V=0,118$, $p=0,001$). Alábbi táblázatunkban az orvosnői minta munkahelytípus szerinti megoszlását ismertetjük (1. táblázat).

A következő lépésben az orvosnői csoportot és a diplomás női kontrollcsoportot hasonlítottuk össze a WHO Well-Being Index pontszámai alapján. Az orvosnői minta 22,9%-ának esetében volt átlagon felüli WHO Well-Being Index pontszáma, míg a diplomás kontrollcsoport esetében

1. táblázat. A főmunkahely típusának százalékos arányai % (n)

Főmunkahely, főfoglalkozás	Orvosnők (n=406)
Alapellátás	26,8 (109)
Szakellátás	47 (191)
Üzemorvos	10,3 (42)
Egyéb (magánrendelés, szakértői intézet, köztisztviselő, egyetemi oktató, gyógyszerlátogató)	15,8 (64)

2. táblázat. A WHO Well-Being Index alakulása az orvosnői és a kontrollcsoportban

WHO Well-Being Index pontszám	Orvosnői csoport (n=407) % (n)	Kontrollcsoport (n=817) % (n)	Szignifikanciaszint*
Átlag alatti (>8)	77,1 (314)	54,5 (445)	NS (0,087)
Átlag feletti (<8)	22,8 (93)	45,5 (372)	0,000

*Független mintás t-próba eredménye alapján

45,5%-ban volt jellemző a magas pontszám (2. táblázat). A két csoport között a különbség szignifikánsnak mutatkozott ($p=0,000$).

A következő lépésben megvizsgáltuk, hogy melyek azok a legfontosabb háttérváltozók, amelyek az orvosnői mintában összefüggésben állnak a WHO Well-Being Index pontszámokkal (3. táblázat).

Elemzéseink során úgy találtuk, hogy sem az életkor, sem a családi állapot, sem a gyerekszám, sem pedig a választott szak jellege (*külön táblázatban nem mutatva*) nincsen szignifikáns kapcsolatban a szubjektív jóllétmutató alakulásával.

Az átlagon felüli jóllétpontszámmal rendelkező orvosnői csoportra jellemző, hogy nyolc órát vagy kevesebbet dolgoznak ($p=0,000$), nem végeznek ügyeleti munkát ($p=0,042$), rendelkeznek minimum napi egy óra szabadidővel, „saját idővel” ($p=0,021$). A magasabb jóllétről beszámoló orvosnői csoport szignifikánsan kevésbé érzi magát túlterheltnak ($p=0,005$).

A magas jóllétmutatók és a munkával/munkakörülményekkel való elégedettség között számos esetben szignifikáns összefüggéseket találtunk. A Well-Being Index átlagon felüli pontszámai az orvosnők esetében szignifikáns kapcsolatot mutatnak a munkával való elégedettséggel ($p=0,003$), a munkakörülményekkel való elégedettséggel ($p=0,050$), a munka nem anyagi jellegű elismertségének érzésével ($p=0,000$), és ezek az orvosnők elégedettebbek a betegeikre jutó idő mennyiségével is ($p=0,005$). A munkatársaktól kapott támogatás ugyanakkor nem mutatott szignifikáns kapcsolatot a szubjektív jóllét átlagon felüli szintjével.

A magas jóllétpontszám szignifikáns összefüggést mutatott a magasabb szubjektív egészségi állapot pontszámokkal ($p=0,005$), valamint a nagyobb arányú sporttevékenységgel ($p=0,048$).

A magasabb jóllétpontszámmal rendelkező orvosnők körében szignifikánsan alacsonyabb a megterhelő, feszült helyzetek száma ($p=0,000$), alacsony szerepkonfliktusról számolnak be ($p=0,000$), és a kiegészítő teljesítménycsökkenés dimenziójában is szignifikánsan alacsonyabb pontszámmal jellemezhetőek ($p=0,000$).

Megbeszélés

2011-ben e lap hasábjain jelent meg *Kapocsi Erzsébet* nagyhatású cikke a „Boldogtalan orvosok – a jelenség, és ami mögötte van” címmel (18). E cikkében a szerző a nemzetközi kutatások eredményeit szintetizálva világít rá a 21. századi „orvosi lét”, a változó hivatás legfontosabb problémáira. A jelen írásunkat is ez a problémafeltevés

inspirálta, de igyekeztünk egyfajta „szempont-váltást” alkalmazni, kutatásunk során a „boldog magyarországi orvosnőket” és azokat a tényezőket kerestük, amelyek jóllétüket leginkább befolyásolták.

Reprezentatív, orvosnőkre irányuló kutatásunkban az ötételes WHO Well-Being Index alapján úgy találtuk, hogy a megkérdezettek mintegy 22,8%-a átlagon felüli jóllétpontszámmal jellemezhető. Ez az arány ugyan szignifikánsan alacsonyabb, mint a „Hungarostudy 2002” országos vizsgálat diplomás női esetében, ám mégis azt mutatja, hogy a gyógyítók közel negyede alapvetően nem „boldogtalan”. A háttérváltozók vizsgálata azt jelezte, hogy az orvosnői jóllét kulcsa az „idő” tényezőjében rejlik. Szignifikánsan magasabb jóllétről számoltak be azok az orvosnők, akik nyolc órát vagy kevesebbet dolgoztak, nem ügyeltek, napi egy óra „saját idővel” (szabadidővel) rendelkeztek, és elégedettek voltak a betegeikre jutó idő mennyiségével. A magasabb jóllétpontszám nem függött össze az életkorral, a családi állapottal, a gyerekszámával és a választott szakkal.

Kutatásunkban úgy találtuk, hogy a magasabb jóllétpontszám szignifikáns összefüggést mutat a munkával, munkakörülményekkel való elégedettséggel, valamint a szerepkonfliktus és a kiégés alacsonyabb arányával. A vizsgálat keresztmetszeti jellegéből fakadóan a pontos ok-okozati viszonyok nem tárhatók fel, de a magasabb munkaelégedettség minden bizonnyal pozitívan befolyásolja a jóllétet, illetve a jóllét magasabb szintje növelheti a munkával való elégedettséget, így ebben az esetben a változók közötti cirkuláris okságot feltételezzük. Eredeti hipotéziseinkkel szemben azonban nem találtunk szignifikáns különbséget sem az életkor, sem pedig a választott szak dimenzióiban.

Ugyanakkor az orvosnői jóllétben meghatározó szerepet játszó „időfaktor” alátámasztja a „kontrollálható életstílus” hipotézisét. A nemzetközi szakirodalomban már 1989 óta jelen van a fogalom, amelynek értelmében az orvosi szakválasztáskor egyre markánsabb szerepet kap a munkaidő mennyisége, jellege, kontrollálhatósága (26). A téma első kutatásaiban kontrollálható életstílusú szakmáknak azokat definiálták, ahol az orvos meghatározhatja, mennyit dolgozik, és a munkavégzés során „nem keveredik” a munkaidő és a szabadidő (27).

Fontos hangsúlyozni, hogy míg a nemzetközi vizsgálatokban egyértelműen kirajzolódik az, hogy a nők esetében magasabb a „kontrollálható életstílus” alapján szakot választók aránya, addig ez a trend Magyarországon nem jellemző az orvosnői szakválasztás során. A hazai orvosnői

A hazai orvosnői szakválasztásban ugyanis – a munka minden előrelátható nehézsége ellenére – alapvetően az altruisztikus motivációk dominálnak mind az orvosi pályaválasztás, mind pedig a szakterületválasztás tekintetében.

szakválasztásban ugyanis – a munka minden előrelátható nehézsége ellenére – alapvetően az altruisztikus motivációk dominálnak mind az orvosi pályaválasztás, mind pedig a szakterület-választás tekintetében. Vagyis a „humanisztikus motivációk” jelenleg fontosabbak a magyarországi orvosnők számára, mint az, hogy jól kiszámítható, tervezhető munkakört töltsenek be (26). Ugyanakkor jelen vizsgálatunk eredményei azt tükrözik, hogy azok, akik „kontrollálható életstílus” mentén dolgoznak, magasabb jóllétről, nagyobb munkaelégedettségről számolnak be.

Fenti eredményeinket alátámasztják a nemzetközi szakirodalom megállapításai is. A kanadai orvosok kvantitatív és kvalitatív módszerekkel történő vizsgálata egyértelműen megmutatta, hogy az idő (és elsősorban a munkán kívül eltöltött idő) mennyisége és minősége a legmeghatározóbb eleme az orvosi jóllétnek (28).

A nemzetközi vizsgálatok eredményei ugyanakkor azt is jelzik, hogy az idő tényezője mellett a munkatársi támogatás faktora is pozitív előrejelzője a gyógyítói elégedettségnek, ugyanakkor ez a trend jelen orvosnői vizsgálatunkban nem rajzolódott ki. 2012-ben holland orvosok körében végeztek „boldogságvizsgálatot”. A kvantitatív kutatás során úgy találták, hogy a megkérdezett gyógyítók – egy tízes skálán – átlagosan 7,6 pontot értékelték a saját boldogság-szintjüket. A fiatalabb orvosok alacsonyabb pontszámot adtak, mint idősebb kollégáik, és a résztvevők életük legnagyobb boldogságforrása-ként a munkavégzésükben nagy segítséget adó családi kötelekeket, családi támogatást nevezték meg (29). Számos más kutatás erősíti meg és hangsúlyozza a munkatársi és partneri támogatás kulcsszerepét az orvosi jóllét alakulásában; e terület vizsgálatának érdemes lenne megjelennie a magyarországi kutatásokban is (30, 31).

Vizsgálatunk során megkíséreltük meghatározni a hazai orvosnők szubjektív jóllétének és a jólét háttértényezőinek prevalenciáját és összefüggéseit. Vizsgálatunk erősségei között kell megem-

lítenünk, hogy reprezentatív orvosnői minta eredményeit tudtuk egy ugyancsak reprezentatív, kor szerint illesztett diplomás női mintához hasonlítani. Tudomásunk szerint a hazai szakirodalomban nem történt olyan felmérés, amelynek keretében a gyógyítók szubjektív jóllétmutatóinak felmérésére és lakossági adatokkal való összehasonlítására került volna sor. Ugyancsak erősségként kell megemlíteni, hogy vizsgálatunk egy validált és széles körben használt mutató (WHO Well-Being Index) alapul. Ugyanakkor a kutatás keresztmetszeti jellege korlátként említhető meg, illetve a vizsgálat lefolytatása óta eltelt idő jelentős gazdasági és egészségpolitikai változásai is hatással lehetnek a gyógyítók szubjektív jóllétére. Eredményeinket minden bizonnyal pontosítja majd a 2012–2013-ban lefolytatott országos, reprezentatív orvoskutatás adatainak kiértékelése, amelyben a legújabb trendek mellett lehetővé válik a gender szempontú összehasonlítás is.

Azonban az eddig kirajzolódó eredmények is felhívják a figyelmet arra, hogy az orvosnői lét egyik legneuralgikusabb pontja az idővel való gazdálkodásban, az időmenedzsmentben rejlik. Vizsgálatunk nyomán a rugalmasabb munkaidő és a munkavégzés feletti kontroll mellett fontosnak gondoljuk a „tudatos tervezést”: azt, hogy a fiatal orvosnő-generáció felkészülten kezdje meg a gyógyítói tevékenységet, megelőzve ezzel az orvosnői hivatás későbbi kritikus helyzeteit.

Köszönetnyilvánítás

A tanulmány a Bolyai János Kutatási Ösztöndíjnak támogatásával készült.

Az orvosnői kutatást az OKTK 2003/0168-as és 2004/0109-es programja támogatta.

A 2003–2004-es orvosnői kutatásban nyújtott segítségéért ezúton mondok köszönetet dr. Ádám Szilviának.

A jelen cikk a XIII. Magatartástudományi Napok keretében (Debrecen, 2013. június 20–21.) elhangzott 10 perces előadás bővített és átdolgozott változata.

Irodalom

1. Fridner A, Belkic K, Marini M, Minucci D, Pavan L, Schenck-Gustafsson K. Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): cross-sectional associations with work stressors. *Gend Med* 2009;6(1):314-328.
2. Nedić O, Belkic K, Filipović D, Jocić N. Job stressors among female physicians: relation to having a clinical diagnosis of hypertension. *Int J Occup Environ Health* 2010;16(3):330-40.
3. Compton MT, Frank E. Mental health concerns among Canadian physicians: results from the 2007–2008 Canadian Physician Health Study. *Compr Psychiatry* 2011;52(5):542-7.
4. Gyórfy Zs, Molnár R, Somorjai N. Gyógyítók helyzete és egészsége – a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2012;12(2):107-26.
5. Cimiotti JP, Aiken L, Sloane DM. Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *American Journal of Infection Control* 2012;40(6):486-90.
6. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S. Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries.

- International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23(4):357-64.
7. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet* 2009;374:1714-21.
 8. Molnár R, Gyórfy Zs. Az orvosokkal, orvostanhallgatókkal foglalkozó vizsgálatok távlatai. *Orvosi Hetilap* 2012; 153(44):1738-44.
 9. Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective Well-Being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 1999;125(2):276-302. http://dipeco.economia.unimib.it/persona/stanca/ec/diener_suh_lucas_smith.pdf Letöltve: 2013. 06. 23.
 10. Dyrbye LN, Freischlag J, Kaups KL, Oreskovich MR, Satele DV, Hanks JB, et al. Work-home conflicts have a substantial impact on career decisions that affect the adequacy of the surgical workforce. *Arch Surg* 2012; 147(10):933-9.
 11. Rizvi R, Raymer L, Kunik M, Fisher J. Facets of career satisfaction for women physicians in the United States: a systematic review. *Women Health* 2012;52(4):403-21.
 12. Van Ham I, Verhoeven AA, Groenier KH, Groothoff JW, De Haan J. Job satisfaction among general practitioners: A systematic literature review. *Eur J Gen Practice* 2006; 12:174-80.
 13. Suchman AL, Zeldin T. The influence of health care organizations on well being. *Western Journal of Medicine* 2001;174:43-7.
 14. Nylenna M, Gulbrandsen P, Førde R, Aasland OG. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994–2002. *BMC Health Serv Res* 2005;5:44.
 15. Baerlocher MO. Happy doctors? Balancing professional and personal commitments. *CMAJ* 2006;174(13):18-31.
 16. Peckham C. Profiles in happiness: Which physicians enjoy life most? *Medscape* 2012 Mar 22. <http://www.medscape.com/viewarticle/760127?src=rss> Letöltve: 2013. 06. 23.
 17. A survey of American's physicians: Practise patterns and perspectives. 2012. http://www.physiciansfoundation.org/uploads/default/Physicians_Foundation_2012_Biennial_Survey.pdf Letöltve: 2013. 06. 24.
 18. Kapocsi E. „Boldogtalan orvosok” – a jelenség, és ami mögötte van. *Lege Artis Medicinae* 2011;21(8-9):584-8.
 19. Gyórfy Zs. Az (orvos)egészséghez való jog anomáliái – Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében. *Budapest: Emberi Jogok Magyar Központja Közalapítvány; 2010.*
 20. Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á, et al. A HUNGAROSTUDY2002 országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica* 2003;18(2):83-94.
 21. Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M. A WHO-jóllét kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2006;7(3):247-55.
 22. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach burnout inventory manual (3rd edition). Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press; 1996.
 23. Firth L, Mellor DJ, Moore KA, Loquet C. How can managers reduce employee intention to quit? *Journal of Managerial Psychology* 2004;19(2):170-87.
 24. Warde C, Allen W, Gelberg L. Physician role conflict and resulting career changes. Gender and generational differences. *Journal of General Internal Medicine* 1996;11(12): 729-35.
 25. Kopp M, Skrabski Á, Réthelyi J, Kawachi I, Adler N. Self-rated health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Behavioral Medicine* 2004;30:65-70.
 26. Girasek E. Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációi. PhD-értekezés 2012 (kézirat). http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/girasekedmond.d.pdf Letöltve: 2013. 06. 25.
 27. Schwartz RW, Haley JV, Williams C, Jarecky RK, Strodel WE, Young B, et al. The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection. *Acad Med* 1990;653:207-10.
 28. Wallace JE, Lemaire J. On physician well being – You'll get by with a little help from your friends. *Social Science & Medicine* 2007;64:2565-77.
 29. Van Dongen CM, van der Graaf Y. The happy doctor. *Ned Tijdschr Geneeskde* 2012;156(51):A5847.
 30. Li J, Yang W, Cho S. Gender differences in job strain, effort-reward imbalance and health function among Chinese physicians. *Social Science & Medicine* 2006;62:1066-77.
 31. Shanafelt TD, Novonty P, Johnson ME, Zhao X, Steensma DP, Lacy MQ, et al. The well-being and personal wellness promotion strategies of medical oncologists in the North Central Cancer Treatment Group. *Oncology* 2005;68:23-32.



illusztráció: Sándor Zsolt