

Gyórfy Zsuzsa* – Ádám Szilvia

AZ ORVOSNŐI HIVATÁS MAGATARTÁSTUDOMÁNYI VIZSGÁLATA

Szerepkonfliktus és az egészségi állapot alakulása orvosnők körében

Jelen tanulmányunk folytatni kívánja azt a 16 évvel ezelőtt készült munkát, amely a magyarországi orvosok/orvosnők egészségi állapotát, életminőségét tárta fel. A kiugróan rossz mortalitási és morbiditási mutatók hátterében akkor az egyenlőtlen terhelés, a mozgászegény életmód és a kedvezőtlen életkörülmények szerepeltek magyarázó változóként.

2001 tavaszán 72 orvosnővel készítettünk életút-interjút, és vettünk fel az egészségi állapotukra vonatkozó kérdőívet. Vizsgálatunk legfőbb célja az volt, hogy feltérképezzük az orvosnők hivatásbeli és családi terheinek alakulását, megvizsgáljuk az egészségügyi problémákat, a szerepkonfliktusokat, illetve ezek megoldási kísérleteit.

Kutatásunk az életút számos fontos elemét igyekezett megvizsgálni: a pályaválasztás, szakválasztás kérdéséről a munkahelyeken át a család és az anyaság kérdéséig.

Munkánk ugyanakkor előtanulmánynak tekinthető, amely későbbi egészségi állapottal és szerepkonfliktussal kapcsolatos országos vizsgálat alapjául szolgálhat.

Kulcsszavak: egészségi állapot, hivatás, szerepkonfliktus, szerepakumuláció, gyermekvállalás és gyermeknevelés

Mintegy 15 évvel ezelőtt a Semmelweis Egyetem munkatársai dr. Molnár László professzor vezetésével kutatást indítottak a gyakorló orvosok egészségi állapotának felmérésére. Empirikus adatgyűjtés indult az orvosok munkaterheltségének, egészségmagatartásának és megbetegedéseinek összefüggéseiről. A kutatás megdöbbentő eredménnyel zárult: a negyven év feletti orvosok halandósága jelentősen felülmúlta a lakosság halálozási mutatóit. Az orvosnők mortalitása azonban még a férfi orvosokét is meghaladja, hiszen amíg a lakosságban a középkorú nők halálózása a középkorú férfiakéhoz képest 60%-os, addig a középkorú orvosnőké 90%-os. A vizsgált elhunyt orvosnők 51,5%-a, a férfi orvosoknak pedig 34,2%-a nyugdíjas kora előtt halálozott el (Molnár és Mezey 1991).

A magyar orvosnők hivatási megterhelése óriási, a szerepütközések – orvos, nő, feleség, anya – hatalmas emocionális feszültséget váltanak ki.

* Levelező szerző:

Gyórfy Zsuzsa, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet
1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.

Mindezek alapján feltételezzük, hogy a hivatás és a családi szerep összeegyeztethetetlenlensége jelentősebb konfliktushelyzetet teremt az orvosnők körében, mint a férfi orvosoknál, valamint a nem orvos diplomásoknál.

2002 tavaszán folytatni kívántuk a probléma körülményeit. Kutatásunk az alábbi kérdésekre igyekezett választ kapni:

- Milyen változások történtek az orvosnők egészségügyi mutatóinak alakulásában az 1988-as adatfelvétel óta?
- Milyen szociológiai jellemzőkkel írhatóak le az orvosnők Magyarországon 2002-ben? Az életút mely elemei tekinthetők fordulópontoknak?
- Milyen kísérletek történnének a hivatásbeli és a családi szerepek összeegyeztetésére? Milyen az orvosnőkre háruló kettős teher természete? A nemzetközi szakirodalom szerepkonfliktust középpontba állító elmélete vagy pedig a szerepakkumulációs teóriája helytálló a magyar orvosnők esetében? (Nagy 2001) Milyen jellegűek a kettős karrierű családok konfliktusai?
- Milyen megoldási stratégiák merülhetnek fel a megterhelés mértékének csökkentésében?

MINTA ÉS MÓDSZEREK

A felvétel kvantitatív és kvalitatív módszerek együttes alkalmazásával történt. 2002 tavaszán 72 orvosnővel készítettünk strukturált mélyinterjút, és vettünk fel az egészségi állapotukra vonatkozó kérdőívet.

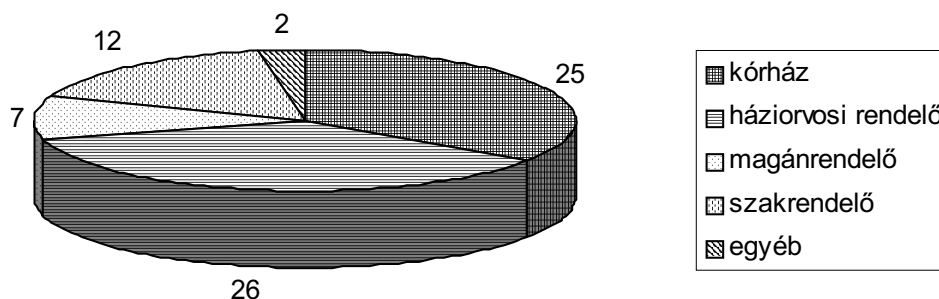
Az interjúk a következő főbb kérdések köré csoportosultak:

- családi háttér, iskolai évek, pályaválasztás,
- a munkába állás, szakválasztás, a munkával töltött első évek, karriertörténet,
- a családi körülmények alakulása, gyerekvállalás, gyereknevelés,
- a családi élet és a munka kombinálása, a háztartási teendők megosztása,
- két karrier jelenléte egy családban.

Az egészségi állapotra vonatkozó kérdőív a betegségek meglétére, a prevencióra, a szubjektív egészségképre, valamint az életminőség mutatóira vonatkozott.

A minta leírása

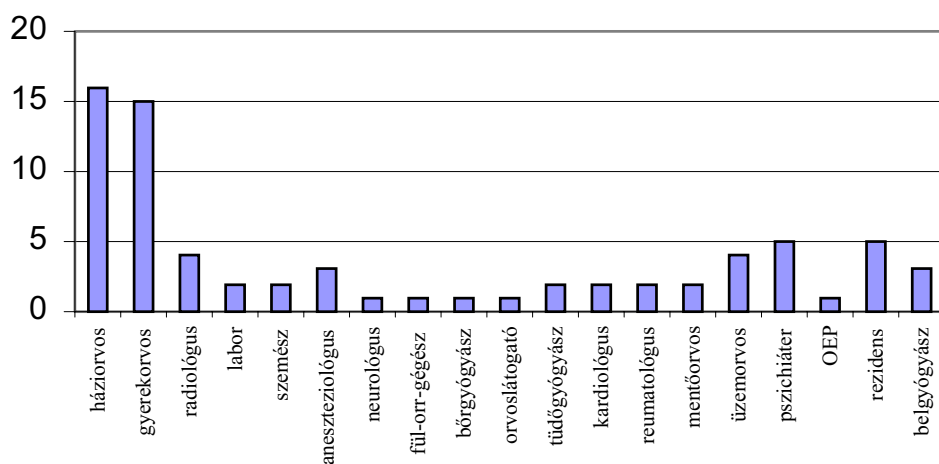
A vizsgált 72 orvosnő közül 42 a fővárosban él és dolgozik, 13 megyeszékhelyen, 11 városban és 6 községben.



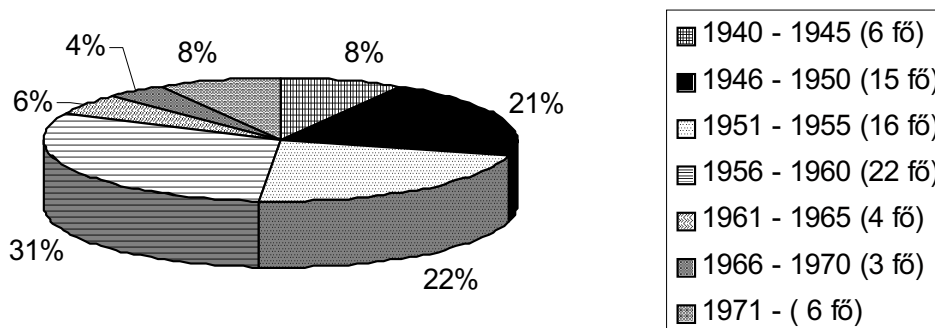
1. ábra. A munkahely jellege a vizsgált személyek körében

Életkorukat tekintve a 27 és 64 év közöttiek, vagyis a vizsgált orvosnők fele 45 évnél fiatalabb. A fiatal, 30 körüli, szakvizsgával még nem rendelkező rezidensek száma 6. A kis elemszám meglehetősen nehézvé teszi a rendszerváltás előtti és utáni helyzet összehasonlítását a pályakezdő orvosnők helyzetére vonatkozóan, de tanulmányunkban megkíséreljük a kérdés minél alaposabb körüljárását (3. ábra).

A kutatás során *életkori kohorszokat* határoztunk meg, a születési időpontok és az egyetemi évek megkezdésének kombinálásával. Feltételezzük ugyanis, hogy az életszakaszok (az egyetemre való bekerülés, szak-



2. ábra. A vizsgált személyek megoszlása a jelenlegi szakágak szerint



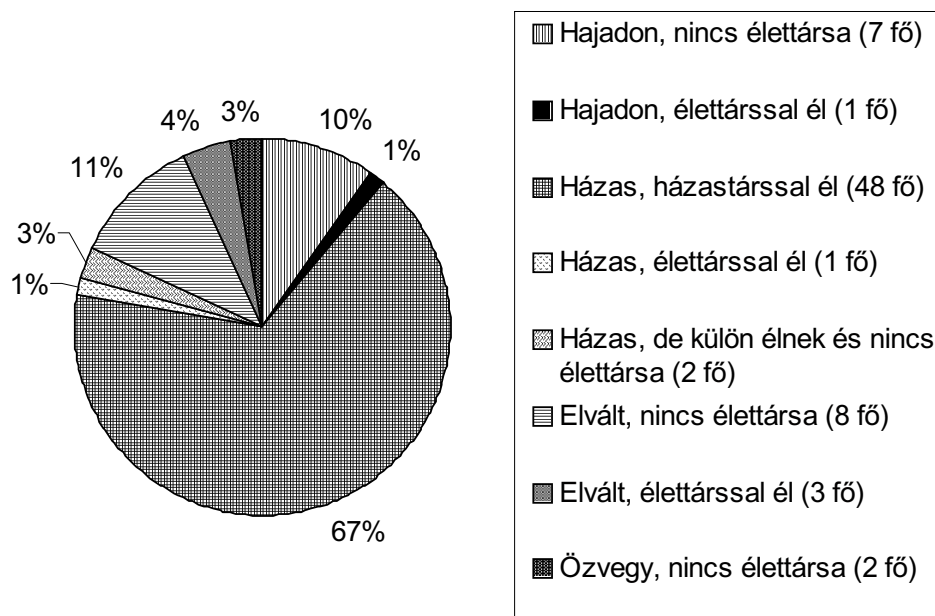
3. ábra. A vizsgálatban résztvevők születési időszakok szerinti megoszlása

választás, elhelyezkedés, munkahelyek) és a főbb családi események (házasságkötés, gyerekszülés, válás), a gazdasági és politikai berendezkedés változásai, az intézményi változások és természetesen az 1990-es rendszerváltás különbözőképpen alakítja az eltérő korosztályok helyzetét – gondoljunk a praxis-privatizációra, vagy akár a rezidensképzés bevezetésére. Mindezek alapján az első kohorszba azok kerültek, akik 1960 előtt születtek, vagyis az 1990-es rendszerváltás idején már túl voltak a pályakezdés első nehézségein. 52-en kerültek ebbe a kohorszba, így elmondható, hogy a vizsgált doktornők nagy részének karrierútja még a rendszerváltás előtt indult meg. A második kohorsz tagjai azok, akik 1960 után születtek, így a rendszerváltás utáni évekre tehető karrierjük megindulása.

A *családi állapotra* vonatkozóan a következőket mondhatjuk: 48 orvosnő házas, 4 élettárssal él, nyolcan hajadonok, tízen elváltak és kettő közülük özvegy. A mintába került orvosnők közel 15%-a tehát elvált (4. ábra).

Úgy tűnik, hogy vizsgálatunkban az orvosnők körében a válások száma alulreprezentált a lakossági válásarányokhoz képest (2000-ben közel 40 000 házasságra 24 000 válás jutott a KSH adatai szerint, vagyis a válási arány 60%-os) (Dóra és mtsai 2002). Ez az eredményünk megerősíteni látszik a legfrissebb nemzetközi szakirodalomban olvasható eredményeket, amelyben kiemelik az alulreprezentált válási arányt az orvosnők körében (Wedding 2001).

Kapott eredményeinket megerősítheti Molnár Regina és Feith Helga 1999-ben a SZOTE egyetemi, klinikai intézményeiben készített kutatása is, ahol a kérdőíves vizsgálatban részt vevő 108 orvosnőnek 74,5%-a társal élt, míg 25,5%-nak a felmérés idején nem volt társa. Ebbe a csoportba nemcsak az elváltak, hanem az egyedülállók és özvegyek is beletartoztak (Molnár és Feith 2000).



4. ábra. A vizsgálatban részt vevő személyek családi állapota

Vizsgálatunk kiemelt területe a *gyerekvállalás, gyermeknevelés* kérdése. Feltételezzük ugyanis, hogy a család versus munka problémájának leglátványosabb ütközőpontja a gyermekvállalás kérdése. Alaphipotéziseink közé tartozott, hogy a gyermek/gyerekek születése az előrejutást megnehezítheti, félbeszakíthatja, sok esetben munkahely- vagy akár szakváltásra is kényszeríti a doktornőket. Mindezek figyelembevételével különösen érdekesnek hatnak a következő szám adatok: 72 orvosnőből 61-nek van gyermeke. 10 orvosnőnek van egy, 31-nek kettő, 17-nek három gyermeke, és bekerült a mintába 1-1 négy-, öt-, illetve hatgyerekes doktornő is. Az alábbiakban ismertetett mélyinterjúk során rákérdeztünk arra, hogy a gyermekvállalás milyen jelentőségű a doktornők életében, hogyan alakult az életük a kérdéses időszakban, hogyan és mennyi időre hagyták abba a munkát, valamint arra, hogy hogyan hangolták össze az előttük álló feladatokat. Ezen kérdéskör tárgyalásakor érvényesül talán leginkább az ún. kohorszhatás, hiszen a gyermekvállalás drasztikus csökkenése a '90-es évek jellemzője, így az 1950 előtt születetteket ez a trend még nem érinti. Ugyancsak meghatározó tényező a GYES, illetve a későbbiekben a GYED bevezetése. Nyilvánvaló módon a kohorszhatás itt is jelentkezik, hiszen azok, akik 1968 előtt vállaltak gyermeket, nem vehették igénybe ezt a lehetőséget. A nemzetközi szakirodalom tárgyalja továbbá azt a viszony-

lag új, az orvosnők körében határozottan jelentkező változást, mely szerint a szülőképes korú nők nagy százaléka alaposan átgondolja a gyermekvállalást, és közel 30%-uk a gyermektelenség mellett dönt (Heins 1982). További – általunk is vizsgált – kérdés azonban az, hogy mennyire igaz az a „törvényszerűség”, hogy a nők kevesebb gyermeknek adnak életet, mint amennyit eredetileg elterveznek.

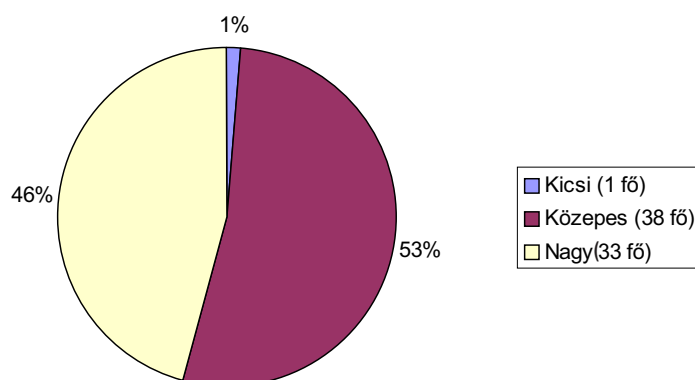
AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT MUTATÓI

Az életút-interjúkban igyekeztünk az orvosnők egészségi állapotának alakulásában közrejátszó magyarázó változókat megtalálni. Kérdőívünk segítségével pedig a jelenlegi egészségi-, illetve életminőség-mutatókra kérdeztünk rá. Ennek alapján elmondható, hogy a megkérdezettek közel egyharmada szenved krónikus betegségben, mely a harmincas éveik végén jelentkezett először. Ők adják egyben a rendszeres gyógyszerek csoportját is.

Az orvosnők többsége hétköznaponként 6–7 órát alszik, hétvégén pedig 7–8 órát. Bevallásuk szerint ez nem elegendő számukra, sokan panaszkodnak kialvatlanságra, és arra, hogy a fáradtság napközbeni teljesítményüket is befolyásolja.

A legtöbben közepesnek vagy jelentősnek ítélték leterheltségüket (5. ábra). A jelentős leterheltségről beszámolóknak mindegyikénél a munkahely jellege meghatározó változóként lépett fel. Sokan említik a feszült helyzetek állandó meglétét, mint a fáradtság másik összetevőjét.

A mintába került doktornőknek ugyanakkor csak mintegy 3%-a dohányzik és fogyaszt rendszeresen alkoholt.



5. ábra. Leterheltség érzése a vizsgáltak körében

A kevés szabadidő szinte általános probléma: hét közben maximálisan egy, hétvégén pedig legfeljebb két óra az, ami szabadidőnek tekinthető. A szabadidő eltöltésének pedig leggyakoribb módja az olvasás, a rendszeres sporttevékenységet csak igen kevesen említik, noha az elhízás mint kockázati faktor nem jellemző a mintába került orvosnőkre.

Érdeemes viszont megfigyelni, hogy az orvosnők igen magas pontszámot adtak egészségi állapotuk jelenlegi pozitív megítélésére. Fontos kérdést vet fel, hogy vajon mennyire megbízhatóak kapott válaszaink, mennyire van szó inkább „vélekedésekről”. A viszonylag kis minta nem tette lehetővé ennek a feltételezésnek az igazolását.

AZ ÉLETÚT-INTERJÚK KIEMELT KÉRDÉSEI

I. Gyermekkor, iskolai évek, pályaválasztás

Az orvosi pálya elnőiesedése már sok esetben állt a szociológiai kutatók középpontjában. A horizontális szegregáció fogalmának értelmezése szerint a férfiak és a nők más-más foglalkozási ágakban, területeken, szektorokban helyezkednek el. Az orvosi pályán belül gondolhatunk például a sebészi vagy a nőgyógyászati szakmákra, amelyeket szinte kizárólag férfiak töltenek be, míg például a gyerekgyógyászok között többségben vannak a nők.

Mivel a 20. század folyamán a nők munkába állása egyre nagyobb mértékű lett, a foglalkozások feminizálódása gyakran megfigyelhető jelenséggé vált. Több magyarázat is született arra, hogyan zajlott le ez a folyamat: a nők nagy számban történő beáramlása az egyes foglalkozási ágakba annyira leszorította a jövedelmeket, hogy a férfiak ezeket a területeket elhagyták, vagy pedig a nők eleve a kisebb jövedelmű, alacsonyabb presztízsű szakmákba tudtak bejutni (England 1992; Nagy 2001).

Az orvosi pályára ez utóbbi feltételezés semmiképpen sem helytálló. A nők megjelenése az orvosi pályán egy hosszú diszkriminációs időszak lezárulása után valósulhatott meg. A szakma „elnőiesedése” a század-előhöz képest joggal állítható, de napjainkban az orvosegyetemi statisztikákat figyelembe véve a férfiak és nők aránya kiegyenlítettnek mondható.

A nők és férfiak arányát az orvostudományi, gyógyszerészeti karok nappali tagozatos hallgatói között az 1. táblázat mutatja be.

1. táblázat. Nők és férfiak arányának megoszlása a magyarországi egészségügyi felsőoktatásban (Forrás: Dóra és mtsai 2002)

| Tanulmányi ág | 1990 | | 2000 | |
|-------------------------------|------|-------|------|-------|
| | nő | férfi | nő | férfi |
| orvostudományi, gyógyszerészi | 53,1 | 46,9 | 55,6 | 44,4 |

A vizsgált mintában szereplők pályaválasztásának módját, körülményeit jelentősnek ítéltük meg a későbbi esetleges szerepkonfliktus tekintetében. Feltételeztük ugyanis, hogy a korai elköteleződés, a hivatás iránti gyerekkori ambíciók csökkenthetik a későbbi konfliktusokat, mintegy segítenek a kellő egyensúly megtalálásához. Ez a „korán elköteleződő” csoport magabiztosabb, ambiciózusabb és nagyobb belső kontrollal rendelkezik, mint azok, akik később döntöttek az orvosi hivatás mellett. Feltételezésünk egybevág a nemzetközi vizsgálatok eredményeivel: míg az első csoportba tartozó nők a házasságkötés és a gyerekvállalás után is tudnak valamilyen kompromisszumos módon számukra megfelelő munkát végezni, addig a második csoport hajlamosabb a gyerekek megszületése után feladni azt (Bowman és Allen 1990).

Interjúalanyaink nagy többsége viszonylag későn, már a középiskolás évek alatt döntött az orvosi hivatás mellett. A választás a legtöbb esetben egyedül történt, de az ezt követő években nagy segítséget nyújtott a család, a rokonok és a barátok köre.

„Senki sem volt orvos a közeli rokonságomban. Igazából nem voltak hatással rám a szülők az orvosi pálya szempontjából, hanem csak támogattak az elképzeléseimben, és természetesen mindenben segítettek, hogy megszerezhessem az orvosi diplomámat.” (35. sz. interjú)

„Édesanyám már kiskorom óta úgy nevelt, hogy bármilyen pályát is választok, mindig lelkiismeretes és kitartó munkát végezzek. Szüleim mindenben segítettek, úgy érzem, nagyon sokat köszönhetek nekik.” (21. sz. interjú)

„Az orvosi pályát tényleg nem tudom, hogyan választottam, egyszerűen jött, családomban közel-távol senki nem volt még csak egészségügyi dolgozó sem. Pályafutásom során mindig kérhettem tanácsot a családom tagjaitól, akik élettapasztalatukkal vagy csak lelki támaszként rendelkezésemre álltak.” (44. sz. interjú)

Az interjúk tanúsága szerint a továbbtanulási döntés általában a szülők és gyerekeik teljes egyetértésével történik, a szülők többsége szeretne „diplomás embert tudni” a gyerekeiből, de az értelmiségi pályán belül szabad választást enged.

Érdekes módon azonban a szülők – a támogatás mellett – nagyon sok esetben tartanak az orvosi pálya választásától. Több interjúalanyunk fogalmazta meg, hogy édesapja „féltette” a pályától.

„Apám azt mondta, hogy egy nő nem lehet orvos. Azt akarta, hogy az öcsém menjen orvosnak, és én válasszak valami más, nőknek való pályát.” (57. sz. interjú)

„Édesanyám nem ellenezte, hogy orvos legyek. Édesapám azonban „nőiesebb” pályát szánt nekem.” (27. sz. interjú)

„Remélem, hogy sikerült kikerülnöm azt, amitől édesapám óvott, és nem áldoztam fel a családomat a hivatás oltárán.” (25. sz. interjú)

A fenti két, markánsan elkülöníthető csoport mellett még két típus rajzolható meg. Az egyik esetben a szülői példa a döntő, ekkor a szülők talán szándékosan igyekeznek gyermekeiket saját hivatásuk felé terelni.

„Édesapám elhivatottságával példát mutatott.” (6. sz. interjú)

„Apám befolyása volt a döntő. A szüleim mindenképpen ebbe az irányba akartak elindítani.” (7. sz. interjú)

„Az orvosi pályára a szüleim hívták fel a figyelmemet. Számukra mindig is ez volt a nagybetűs hivatás.” (39. sz. interjú)

„Lényegében a választásban a szüleim hatása volt a döntő, sokat beszéltek róla, hogy ez a legszebb pálya. A buktatóit természetesen nem látták, s akkor még én sem.” (63. sz. interjú)

A negyedik csoport tagjai – az előző három csoporttal szemben – már kisgyermekkoruk óta orvosok kívántak lenni. Sokan nem tudták rekonstruálni, miért éppen ezt a hivatást választották, „amióta az eszüket tudják”, mindig orvosok szerettek volna lenni. Jelentős részüket azonban valamilyen súlyos vagy visszatérő betegség terelte ebbe az irányba.

„Meghatározó volt az első orvossal való találkozásom. Azt hiszem, mindenkinek az életében van egy ilyen ‚Lídia néni‘, de rám Ő akkora hatást gyakorolt, hogy már kisiskolás koromtól fogva tiszta elhatározással tudom, hogy orvos leszek.” (25. sz. interjú)

Az interjúk tanúsága szerint a pályaválasztás kérdésében a „későn döntők” és a „korán elköteleződők” két markáns csoportja rajzolódik ki. A két csoport természetesen további alcsoportokra bontható, ahol a szülők pozitív, támogató példája, illetve az apák ellenző attitűdje a meghatározó.

II. Egyetemi évek, szakválasztás, munkába állás

A vizsgált mintában szereplők kis része hozott már korán döntést az orvosi hivatás választásával kapcsolatban. (A későbbiekben még visszatérünk a korai elköteleződés és a szerepkonfliktus esetleges negatív kapcsolatára.) Az interjúk felvételénél azonban megfigyelhető volt, hogy sokan már a pályaválasztással kapcsolatos legelső kérdésfeltevésükor megemlítik, hogy nőként nehezebb helytállni az orvosi pályán, mint férfi kollégáiknak.

„Már az egyetem első éveiben is gátló tényező volt, hogy nő vagyok. Tisztán emlékszem arra, hogy sokkal nagyobb volt a követelmény, jobban kellett teljesíteni, bizonyítani.” (29. sz. interjú)

Az orvosi szakmán belül a horizontális szegregáció jelensége szinte teljes mértékben megfigyelhető. Vannak speciális orvosi szakmák, amelyekben a nők száma magasan felülreprezentált szerte a világon. Gondoljunk a belgyógyászatra, gyermekgyógyászatra, bőrgyógyászatra vagy akár a pszichiátriára (AMA 1989). Az orvosszociológiai kutatások már régóta szeretnének választ találni e kérdésre. Egyes elképzelések szerint a férfiak és a nők között alapvető különbségek vannak a szakmaválasztásban (Bowman és Allen 1990). Míg a férfiak számára elsősorban a pénzügyi szempontok döntőek a szakválasztásban, addig a nőket elsősorban a „beteg” és a „betegségek típusai” befolyásolják. Más feltételezések szerint (Kovács és Kolozsi 1992) a szakmaválasztást befolyásolhatja, hogy a férfiak igyekeznek az orvoslás átfogó jellegéhez kapcsolódó szakágakat választani, szemben a nőkkel, akik a magasan specializálódott szakágakat – szemészet, radiológia, labor – preferálják (2. táblázat).

Vizsgálatunk is megerősíteni látszik a „nemspecifikus” szakmaválasztást. Interjúalanyaink hangsúlyozzák, hogy a függetlenség, a rövidebb és kiszámítható munkabeosztás, az éjszakai ügyeletek minimalizálása volt választásukban a döntő, az esetlegesen magasabb presztízzsel és ezzel járó pénzügyi előnyökkel szemben.

A szakirodalom eltérő megállapításai és vizsgálatunk eredménye alapján feltételezzük, hogy nem feltétlenül a szakma jellege a meghatározó, hanem a leendő munkakörülmények azok, amelyek a választást döntően befolyásolják.

2. táblázat. Az orvosok száma szakképesítésük szerint, 1999
(Forrás: Dóra és mtsai 2002)

| Szakorvos | Férfi | Nő |
|---|-------|-------|
| Belgyógyász | 1320 | 1695 |
| Sebész | 1721 | 169 |
| Szülész és nőgyógyász | 1243 | 88 |
| Csecsemő- és gyermekgyógyász | 521 | 1514 |
| Tüdőgyógyász | 218 | 423 |
| Bőr- és nemibetegségek szakorvosa | 106 | 366 |
| Fül-, orr- és gégegyógyászat szakorvosa | 230 | 250 |
| Urológus | 415 | 13 |
| Fog- és szájbetegségek szakorvosa | 1509 | 2004 |
| Elme- és ideggyógyász | 626 | 1064 |
| Szemész | 171 | 644 |
| Egyéb orvos | 6932 | 6851 |
| Összesen | 15012 | 15081 |

A szakválasztás viszonylag szűk lehetőségek közötti mozgását azonban még számos tényező határozta meg:

- A vélt vagy valós nemi diszkrimináció:
„A szakirány-választás előtt női mivoltom és a férfiúi előítéletek jelentősen befolyásoltak. Ezért nem választottam a sebészetet vagy a nőgyógyászatot, mert tudtam, hogy úgysem jutnék munkához.” (61. sz. interjú)
- Az elhelyezkedés általános nehézségei, az, hogy a munkahely, a szakág megválasztása alapvetően külső tényezőkön múlik (üresedés, lakóhelyhez való közelség, személyes kapcsolatok hatása):
„Itt volt üresedés, itt tudtam elhelyezkedni az egyetem elvégzése után” – mondja interjúalanyaink közel kétharmada.
- Az elhelyezkedést érdekes módon még egy kiemelt tényező befolyásolta: a férjek elhelyezkedése, a házasság, a kapcsolat fenntartásának igénye. Sokan azért választották szakágukat, mert férjükhöz közel kívántak dolgozni:

„A férjem után választottam, úgy, hogy egy városba kerüljünk.” (64. sz. interjú)

„Férjemmel egy szobában dolgoztunk, én voltam az appendix.” (46. sz. interjú)

„Orvos-házaspárokat kerestek, párban hirdették meg az állásokat. Így kénytelen voltam elfogadni a sebészi állás párját, a labort.” (65. sz. interjú)

Az interjúk lekérdezése után világossá vált számunkra, hogy megkérdezetteink közül kevesen mondhatják magukat olyan szerencsésnek, hogy saját maguk választották volna munkahelyüket. Az elhelyezkedés szabad megválasztását az esetek jelentős részében a külső körülmények és a női mivoltból fakadó alkalmazkodási szükségességek gátolták.

„Amikor ötödév tájékán kellett választani, hogy milyen szakvizsgát szeretnék majd tenni, úgy láttam, hogy a szakágak 90%-a összeegyeztethetetlen a családdal. Ekkor tetszett meg a szemészet. Úgy tűnt, mellette több időm jut majd a gyerekeimre. Hatodévben született meg a lányom. Akkor még pályázat alapján lehetett elhelyezkedni, így Zalaegerszegen sikerült a férjemmel állást szereznünk: ő megkapott egy ortopéd-, én pedig egy szemész állást. Szolgálati lakást is kaptunk.” (30. sz. interjú)

Az egyetemi éveket és a munkába állást befolyásolta még sok esetben az a tény, ha interjúalanyunk vagy családjuk nem tudott azonosulni az 1990 előtti politikai rendszerrel. Sok esetben az egyházi középiskolában szerzett érettségi gördített akadályt a felvételi elé, vagy a KISZ-ből való kilépés bizonyult gátló tényezőnek. Ugyanakkor elmondható az is, hogy sokan az orvoslást mint abszolút politikamentes foglalkozást említik, s olyan pályának gondolják, ahol a karrier elengedhetetlen előfeltételei között az MSZMP-tagság nem volt meghatározó tényező.

III. Az életút fordulópontjai

„Az orvoslás nem foglalkozás, hanem életforma.” (53. sz. interjú)

Az életút talán legfontosabb eleme az, hogy az interjúalany mit tekint pályája fordulópontjának. Esetünkben az életút fordulópontjai egyben a feltételezett szerepkonfliktus vagy szerepakkumuláció magyarázó tényezői. Tanulmányunkban szerepkonfliktus alatt a szerepek összeegyeztetéséből fakadó észlelt nehézséget értjük, míg szerepakkumulációnak a külön-

böző szerepek összeegyeztetéséből fakadó előnyöket tekintjük. Vizsgált mintánkban a fordulópontok a következő kérdések köré csoportosulnak:

- az első munkahely szerepe, az első főnök szakmai, emberi példája,
- gyerek/gyerekek születése,
- váltás a kórház és a rendelőintézeti/háziorvosi praxis között.

Úgy találtuk, hogy jelentős szakmai, emberi hatásként jelenik meg az első főnök, az első munkahely. Sokan olyan munkahelyre kerültek, amelyet nem választhattak, így a szakma iránti motiváció felkeltésében és fenntartásában nagyon fontos szerep jut azoknak, akik az első lépéseiket egyengették.

„1981 tavaszán tudtam az Újpesti Kórház gyerekosztályára menni, X főorvoshoz. Őt tartom a legjelentősebb szakmai mentoromnak, aki nemcsak a tapasztalatát tudta nyújtani, hanem szeretetét és emberségességét is. Szakmai pályafutásom kezdő állomásaiban az alaposágra és pontosságra való törekvésem túl elsajátítottam a legfontosabb orvosi tudást: az empátiát.” (25. sz. interjú)

A munka és a családi élet alakulásának mintegy közös fordulópontja a munkahelyváltás. Ez a munkahelyváltás sok esetben jelent szakváltást és „munkahely-típus” váltást is (kórház, rendelőintézet, háziiorvosi praxis). Mintánkról határozottan állítható, hogy a családi életben bekövetkezett változások (gyerekszülés, kisgyerekek gondozása, gyereknevelés) szoros korrelációt mutatnak a fent említett fordulópont bekövetkeztével. Interjúalanyaink megemlítik, hogy gyerekeik születése után nem kívántak teljes munkaidőben dolgozni, nem akartak éjszakai ügyeleteket vállalni. Ugyanakkor a munkahelyváltást szakmailag sokan negatívan élik meg:

„Kudarc volt számomra a kórház elhagyása. A háziiorvoslás sokkal unalmasabb és kisebb presztízsű munka. A megterhelés azonban kétségkívül kisebb. Számomra a gyerekek születése után vált egyértelművé, hogy a függetlenség fontosabb, mint a presztízs. Hiányolom a kórházi munkát, de ma már nem váltanék.” (46. sz. interjú)

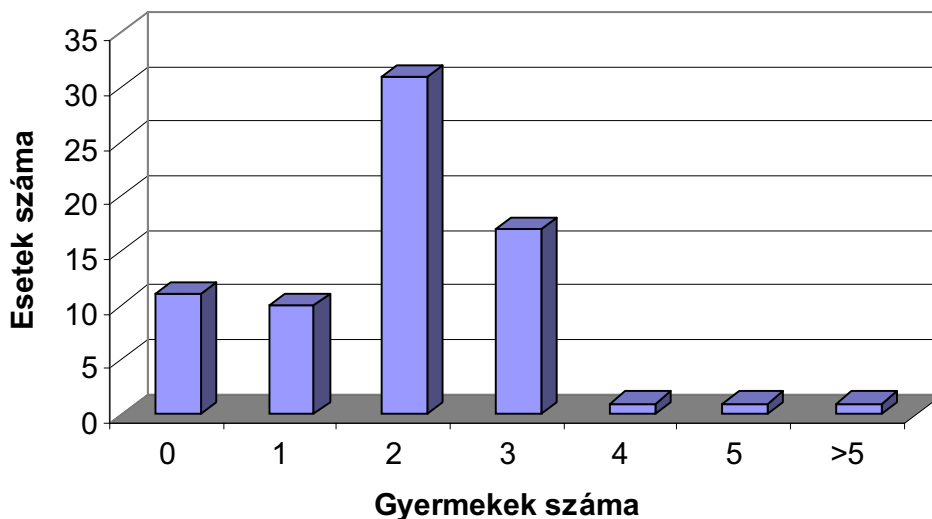
Mint látjuk, a szerepkonfliktus egyik megoldási kísérlete a munka jellegének radikális megváltoztatása. A megnövekedett feladatok ellátása miatt tehát kompromisszumra kellett jutni. A kutatás kezdetén feltételezéseink közé tartozott, hogy a kórházi, klinikai munka és a családi élet összeegyeztethetősége különösen nagy nehézségekbe ütközik. Feltételez-

tük, hogy a feszített munkatempót vállalók többsége egyedül él, vagy pedig gyermektelen házaspár. Nem zártuk ki továbbá azt sem, hogy körükben magasabb a válások száma. A kompromisszum ugyanakkor nem jelent feltétlenül megalégedettséget a munkával. Állításunkat alátámasztják egyéb nemzetközi vizsgálatok is, amelyek úgy találták, hogy a családos, gyermekes orvosnők munkájukkal kevésbé elégedettebbek, mint az egyedülálló, a gyermektelen párkapcsolatban élők, és mint a férfi orvosok (Cujec és mtsai 2000).

IV. Gyerekvállalás, gyereknevelés

Mint már bevezetőnkben említettük, feltételezzük azt, hogy az orvosnői szerepkonfliktusok leglátványosabb ütközőterülete a gyerekszülés, gyereknevelés időszaka.

Az általunk megkérdezett orvosnők nagy százalékban a gyerekvállalás mellett döntöttek, fel sem merült bennük, hogy lemondjanak az anyaság örömeiről, még ha ez esetleg határozottan módosította is munkavállalási lehetőségüket, előrejutásukat, karrierjüket (6. ábra). Ugyanakkor – mint látni fogjuk – fordítva ez az állítás nem állja meg a helyét, a gyerekvállalás miatt sokan váltani kényszerültek. A szerepkonfliktus megoldásában ugyanakkor interjúalanyaink zöme egyfajta kompromisszumos megoldást választott: jelentős részük nagyon rövid ideig maradt otthon kisgyermekével és ezzel párhuzamosan munkahelyet, intézményt, szakterületet váltott, hogy a hosszúra nyúló munkaidőt, az éjszakai ügye-



6. ábra. Gyermek száma a kutatásban vizsgált személyek esetében

letek számát minimalizálja. Az eltelt idő távlatából ez a konszenzusos megoldás mégsem tűnt a legideálisabbnak. A doktornők egy része úgy érezte, hogy a váltás után munkája már nem jelent számára jelentős kihívást, illetve presztízsvesztést tapasztaltak. A gyerekek szempontjából pedig az anyától való túl korai elválás mindenképpen problémásnak tekinthető, hiszen a gyerekek életének első időszaka, első három éve meghatározó pszichológiai és biológiai fejlődésük szempontjából (Kopp és Skrabski 2001).

Itt kap kiemelt jelentőséget kutatásunk azon megfigyelése, hogy mintánk 72 doktornője közül mindösszesen ketten maradtak otthon gyermekeikkel három évig. Leginkább 1 évet töltöttek otthon, de jelentős számban voltak olyanok is, akik fél évnél kevesebbet, sőt hárman egyáltalán nem maradtak otthon gyermekeikkel. A nemzetközi vizsgálatok eredménye is egybevág adatainkkal: az Egyesült Államokban 1988-ban végzett vizsgálat szerint (Sinal és Weavil 1989) a gyermeket vállaló orvosnők 60%-a hat hetet vagy kevesebbet tölt otthon gyermekével, 21%-uk hat hét és három hónap közti időt, míg a fennmaradó 19% három hónapnál hosszabb időt tölt otthon gyermekével.

Annak alakulását, hogy interjúalanyaink jelentős része igen rövid ideig maradt otthon gyermekével, számos tényező befolyásolta. Egyrészt ebben érvényesül leginkább a kohorszhatás, hiszen a GYES bevezetése előtt nem volt lehetséges a hosszabb otthonmaradás, így interjúalanyaink egy része a gyermekgondozási rendszer bevezetésének pozitív hatásait nem élvezhette. Másrészt megkérdezetteink jelentős része az egyetem befejezésének vagy a szakvizsga megszerzésének kényszere miatt, esetleg a nehezen megszerzett állás megtartásának okán ment vissza mielőbb dolgozni.

„Még az egyetem alatt szültem, de nem halasztottam, nehezen ugyan, de megcsináltam a hatodévet. Mindössze három hónapot, a nyarat hagytam ki, és diplomaosztás után rögtön mentem dolgozni. Nehezen tudtam elvégezni a teendőimet, de gyermekem ekkortól kezdve már bölcsődébe járt, és még évekig a nagyszülőkkel éltünk, akik segítettek nekünk.” (41. sz. interjú)

„Viszonylag korán hoztam gyermekeimet a világra, de akkor már megvolt a biztos munkahelyem és ezért ki tudtam hagyni egy-két hónapot. Mivel a háziorvos munkája nem igényel fizikai rátermettséget – több órás műtétek –, és a gyógyítás is viszonylag nyugodt körülmények között zajlik, nem maradtam otthon sokáig a gyerekekkel. Szülések előtt egy-egy hónapot, utána kb. fél évet vettem ki. Nem mertem megkockáztatni, hogy kevesebb betegem legyen.” (42. sz. interjú)

„Az első és második gyerekem születésekor még nem volt szakvizsgám, így velük csak egy-egy évet maradhattam otthon. Hamar bölcsődébe kerültek. Ez jó megoldásnak bizonyult, mert munkahelyi bölcsőde, illetve később óvoda várta őket, együtt jöttünk-mentünk, éppen csak a szoros munkaidő tartama alatt nem voltam velük. De akkor is bármikor meg tudtam őket lesni! Jól érezték magukat, és én is nyugodt voltam, hogy jó helyen vannak. 1987-ben, amikor a legkisebb gyerekem született, már mindkét szakvizsgát letettem. Így három évet lehettem vele otthon. Jó volt kiélvezni egy kisgyerek fejlődésének, világra csodálkozásának minden pillanatát, másrészt a két nagy szempontjából is jó volt, hogy többet tudtam velük foglalkozni, mint a munka mellett. Nagyon szép időszaka volt ez az életemnek, öröm volt a három szép gyerekemmel foglalkozni, ellátni őket.” (43. sz. interjú)

„Az első két gyerekemmel nem voltam GYES-en. Ugyanis olyan főnököm volt, aki választás elé állított.” (53. sz. interjú)

„Én egy-egy évet voltam otthon a gyerekeimmel. De ha újra ott lennék, biztosan három-három évet maradnék itthon. Ezek az évek nagyon értékesek, bepótolhatatlanok. De sok orvosnő ismerősöm van, akik most szültek, és bizony csak fél évig maradtak otthon. Ma biztosan nehezebb meghozni a döntést a gyerekvállalással kapcsolatban. Szerintem mindenképpen 30 alatt kellene szülni, de ezt nagyon nehéz összeegyeztetni a rezidens-képzéssel, szakvizsgákkal, nagyon kitolódott a képzés időtartama. Ha pedig már dolgozol valahol, és közben szeretnél gyereket, nem veheted ki a szükséges időt, mert elveszítheted az állásodat.” (21. sz. interjú)

Nagyom sokan hivatkoztak továbbá arra is, hogy anyagi nehézségeik lettek volna, ha kiesik a keresetük. Interjúalanyaink ezen csoportja egyértelműen anyagi okokat nevezett meg a munkához való gyors visszatérés okaként.

„Az első gyerekem születésekor nem engedhettük meg, hogy abbahagyjam a munkát. Nem tudtuk volna a költségeket finanszírozni kezdő orvosként a párommal.” (8. sz. interjú)

„1988-ban szültem, a szülés után egy évet voltam otthon. Az új családtag érkezésével a kibővült család pénzügyi hátterét kellett és a mai napig kell megteremtenem. Nagy terhet jelent számomra a pénz kérdése.” (72. sz. interjú)

„Egy gyermekem van. A fiam születésekor kilenc és fél hónapra hagytam abba a munkát, majd utána a férjem volt otthon a babával GYÉSEN. Szerettem volna több gyereket, de az anyagi bizonytalanság miatt nem vállalhattuk.” (57. sz. interjú)

Az orvosnők kisebb része nagyon tudatosan döntött a munka hosszabb időre való megszakítása mellett. A karriernél, az anyagi tényezőknél fontosabbnak ítélték a gyerekvállalást, és azt, hogy gyermekük születése után a hangsúly egyértelműen a családi életre helyeződjön át.

„1984 novembere jeles dátum az életemben, ekkor született meg első gyermekem. A kis jövevény betöltötte mindennapjaimat, szakmai előrehajlásom így egyelőre, egészen pontosan 5 évre lekerült a porondról. Ugyanis közben 1986 júliusában megszületett második gyermekem. 1989-ig maradtam otthon velük. Jól döntöttem, hogy nem hagytam magam befolyásolni a környezetem által, akik gyakran emlegették, hogy egyre csúszik a szakvizsga. Úgy gondolom, hosszú távon mindez lényegtelen.” (55. sz. interjú)

„Két gyermekem van, két év korkülönbséggel. Születésükkor 5 évre abbahagytam a munkát. Az időpont teljesen tervezett volt, mindent megszerveztünk. Akkor számomra ez volt a legfontosabb. Természetesen, amíg a gyerekek kicsik voltak, gyakran kellett áldozatot hoznom. Ha betegek voltak, táppénzre mentem, ilyenkor ott kellett hagynom a betegeimet. Ezt már az elején leszögeztem a munkahelyemen. Szerintem a beteg gyerekek az anyjára van szüksége, nem is a nagymamára. Ebben a korban később már beforraszthatatlan sebeket ejthetünk gyerekeinken, és ez nem éri meg. Kezdő koromban akkor már idős főnököm mesélte, hogy a gyerekei a mai napig a fejéhez vágják, hogy soha nem volt velük betegségük idején, mindig a nagymama vigyázott rájuk. Persze adódtak ebből is konfliktushelyzetek, például sohasem kaptam jutalmat, mondván, hogy rám nem lehet számítani. Ez ugyan 1985-ben történt, ma már lehet, hogy ezért elbocsátják a fiatal orvos szülőket.” (44. sz. interjú)

Sokszor a váltás, változtatás szükségességének felismerése keserves tapasztalatok árán vált világossá. Interjúalanyaink egy része úgy érezte, hogy „megáll nélküle a világ”, ha nem megy vissza a gyerekszülést követően egy éven belül a munkahelyére. A szakmájuk, hivatásuk iránt maximálisan elkötelezett doktornők nehezen birkóztak meg azzal a gon-

dolattal, hogy munkájukból hosszú időre kiessenek, vagy hogy érdekes, kihívásokkal teli munkájukat „családbarátabbra” cseréljék.

„Mindkét terhességemből való visszatérésem után úgy éreztem, hogy kezdőként kezelnek, amint pedig kérdésem volt, szememre vetették, hogy nem vagyok kezdő. Kiestem az előtte megszokott munkaritmusból, nehezen tudtam alkalmazkodni. Amint valamelyik gyermekem beteg lett – ami két kisgyereknél bizony előfordul –, megbízhatatlanná váltam úgy az orvosok, mint a nővérek szemében. Ez is közrejátszott abban, hogy úgy döntöttem, üzemorvosként folytatom tovább a munkámat. Amíg azt csináltam, amit igazán szerettem, addig felőrölte az életemet a harc a kórházban a különböző orvosokkal és nővérekkel, a harc a családban, hogy ki maradjon otthon, ha betegek a gyerekek. Úgy érzem, a hivatás és a munka ma már újra együtt van, ez a munkám – az üzemorvoslás – is van olyan hasznos, mint az effektív gyógyító tevékenység.” (7. sz. interjú)

„Az X kórházban 10 évet dolgoztam, körülbelül két év megszakítással. Ezalatt három gyermekem született. Az első gyermekem születése után meghalt, a második, Mátyás, rá egy évre született, Miklóst pedig 15 hónappal később hoztam a világra. A gyerekeket korán bölcsődébe, óvodába járatam, hogy a munkámat el tudjam látni. Mindketten sokat betegeskedtek, különösen Mátyás, ezért állandóan frusztrált voltam. Ha másra hagytam őket, hogy a munkámból ne hiányozzak, azért, ha velük voltam, hogy beteg gyerekeimet gondozzam, akkor a kollégákkal szemben éreztem lelkiismeretfurdalást, hogy helyettem kell többet ügyelniük, amikor nekik is van családjuk, s amúgy is sokat dolgoznak. Azt hiszem, ekkor kezdődött a magasvérnyomás-betegségem. 10 év után a férjem is megunt, hogy alig vagyok otthon, s azt mondta, válasszak: vagy a kórház, vagy a házasságunk. Neki lett elege a mindig fáradt feleségből, a munkája melletti állandó gyereknevelésből. Akkor nehezen, de otthagytam a kórházat, úgy éreztem, igaza van, ez nem élet. Ezután egy évig otthon maradtam, felkészültem az üzemorvosi szakvizsgára, majd levizsgáztam. Egy héten háromszor üzemorvosként dolgoztam a Lapkiadó Vállalatnál. Ezután megüresedett egy körzeti orvosi állás, így kikerültem körzetbe. Jelenlegi munkámat úgy tudom szervezni, hogy csak 4 napot dolgozom a héten. Péntekre sikerült helyettest találnom, így jut idő a sportra, a továbbképzésekre, az agoltanulásra és a gitározásra...” (63. sz. interjú)

A család és a hivatás kombinálása az általunk felkeresett orvosnők közül csaknem mindenki számára nehézséget okoz/okozott. Az azonban mindenképpen elmondható, hogy a családi és a hivatásbeli szerepek összeegyeztethetősége nagymértékben múlik azon, hogy ki honnan és mennyi segítséget kapott a háztartási teendőkben és a gyereknevelésben. Ez a segítség érkezik a nagyszülőktől, akik elsősorban a kisgyerekkor éveiben válnak nélkülözhetetlenné, másrészt mindig központi kérdéssé válik a férjek szerepvállalása. A fiatalabb orvosnő-generáció tagjai ezen felül – az anyagi tényezők nem elhanyagolható függvényében – külső segítséget is igénybe vesznek elsősorban a gyermekfelügyeletben, másodsorban a házimunkában.

A „csodálatos nagymamákon” nagyon sok minden múlik. A család és a hivatás optimalizálhatósága sokszor azon áll vagy bukik, hogy a nagyszülői segítség milyen mértékű.

„Mikor újra dolgozni kezdtem, a gyerekeket bölcsődébe, óvodába jártattuk. Ekkor édesanyám hozta-vitte őket, és ő vigyázott rájuk, ha betegek voltak. Döntő volt az, hogy tudtam rá számítani.” (13. sz. interjú)

„Pályakezdeként, amíg a fiam kicsi volt, a családi élet és a munka egyensúlyát a nagyszülők segítségével oldottam meg. Sokat jelentett a nagymamák segítése, mert tudtam, hogy a gyerekem biztos kezekben van. Csak így lehetett a munkára maximálisan koncentrálni.” (9. sz. interjú)

A férjek szerepvállalása már problémásabb kérdés. Interjúalanyaink közel kétharmada érezte úgy, hogy férjeik kevésbé veszik ki részüket a házimunkából, miközben nekik egyre több helyen kellett helytállniuk.

„Az otthoni munkamegosztásom olyan, mint a többi magyar nőé, én végzem a munkát, a többi ül az asztalhoz. A férjem elkényeztetett ember. Napi két órát töltök házimunkával. Ennyi kellett volna a gyereknevelésre is, erre a fiamnál sajnos nem volt időm.” (49. sz. interjú)

„A férjem kezdettől fogva szinte egyáltalán nem vesz részt a háztartási teendők ellátásában. Egyrészt így szokta meg eredeti családjában, otthon, másrészt nagyon sokat dolgozik, elég kiszámíthatatlan hazaérkezésének időpontja. Este nagyon fáradt, inkább a televízió előtt lazít és kapcsolódik ki.” (43. sz. interjú)

„A házimunka java részét én végzem. Természetesen a férjem nagyon ritkán, de próbál segíteni, de neki is ott a munkája, és ki nem mondott véleménye szerint: a háztartás a nő feladata.” (42. sz. interjú)

„A háztartás elég kínos téma. Mindent én csinállok, már amire időm jut. Általában minden percet kihasználom a rendelés és az ügyelet között, kiporszívózok, vagy kimosok egy rend ruhát. A férjem sokat dolgozik, nem igazán tud segíteni.” (64. sz. interjú)

„Anyagi szempontból egyértelműen a férjem dominál. Neki alapvetően az a véleménye, hogy a feleségnek elsősorban jó családayának és háziasszonynak kell lennie. A pénzszerzés és a családfenntartás – anyagi értelemben – a férfi dolga, a nőé pedig a gyereknevelés és a háztartás vezetése. Ebből a szempontból, mint dolgozó nőt nem értékeli kellőképpen, de tudja, hogy szeretem a munkámat, és lelkiismeretesen csinálom, és ezt nagyra becsüli.” (52. sz. interjú)

Mint már a fentiekben említettük, mintánk a háztartási munkamegosztás szempontjából túlnyomórészt tradicionális képet mutat. A feleségek egy kisebb csoportja azonban jelentős támogatást, segítséget kapott és kap mindmáig. Szembetűnő, hogy azokban az esetekben, ahol a férfiek kimagaslóan segítik feleségük munkáját, ott a munka és a családi feladatok összehangolása megoldható, az egyensúly megvalósulhat. Ezekben a családokban mindkét fél mind a karrierjéből, mind pedig a családi feladatokból leadott.

„Még az éjszakai és a hétvégi ügyeletek is átvészeltetők pontos tervezéssel, és nem utolsósorban egy segítőkész férjjel együtt. A férjem jól főz, és ha teheti, a házimunka ezen részét mindig szívesen felvállalja, a többi teendőt pedig felosztjuk egymás között. A gyereknevelésben nehézséget okoztak az ügyeletek, ekkor a férjemre maradt még ez is a házimunka mellett. Tudatos tervezéssel el lehetett mégis érni, hogy mindig ráérjen valaki a gyerekekre. Ehhez persze vállalnia kellett a férjemnek azt is, hogy a szakmai előmeneteléről – ha csak rövid időre is – de le kellett mondania. Megjegyzendő azonban, hogy mindezek ellenére egy nyugdíjas nagyszülő nélkül ez így vagy úgy nehezen lett volna elképzelhető.” (25. sz. interjú)

„A háztartási teendők zömét én végzem, a férjem segít. A sütés-főzés többnyire az én feladatom, a mindennapos teendők úgyszintén. A bevásárlást a férjem szokta végezni, zömmel a hétvégi takarítást is, va-

lamint a családi adminisztrációt (csekkek, biztosítások, gépkocsival kapcsolatos teendők, egyéb intéznievalók), a javítások, szerelések, festés, tapétázás, fűnyírás stb. szintén a férjem feladata, reggelente ő viszi a gyerekeket óvodába-iskolába. Én hozom őket, öltöztetem, etetem, mosdatom, ruháikról gondoskodom, süteményeket sütök, segítek a tanulásban, sokat játszom velük, olvasok nekik, verset tanítok, udvarra kiviszem és felügyelem őket, házimunkákba bevonom. Napi 2-3 óra jut háztartási teendőkre, kb. ugyanannyi a gyerekekkel való foglalkozásra, hétvégén kicsit ugyan több a háztartási teendő, de sokkal több a gyerekprogram.” (36. sz. interjú)

A családi és hivatásbeli kérdések kombinálásából eredő problémák a munkahely- és szakváltás, a gyerekekkel otthon töltött rövid idő eddig tárgyalt pontjain túl a párkapcsolatok válságában is jelentkeznek. A mintánkba került 72 doktornő közül 21 válaszolta azt, hogy nem házas. Közülük 11-en váltak el, 8-an hajadonok, és ketten özvegyek. Négyen a fent említett csoportból élettárral élnek.

Két alapvető kérdés merült fel bennünk ezzel kapcsolatban. Az egyik az, hogy vajon a család és a hivatás kombinálásából eredő nehézségek vezettek-e a családi- és magánélet válságához? A másik, hogy valóban az egyedül élők és a gyermektelenek munkaterhei fokozottabbak-e, ők töltenek-e be felelősségteljes és komoly presztízsű kórházi, klinikai és sürgősségi pozíciókat? Ez utóbbi elképzelésünk igaznak bizonyult, tekintve, hogy az interjúk feldolgozása után szembetűnő volt, hogy az egyedülállók közül heten dolgoznak kórházi osztályokon, ketten pedig mentőorvosként. Azon doktornőknél, akik már nem fiatal rezidens pályakezdőként mondták magukat egyedülállónak, életük ily módon történő alakulásában hasonló motívumok lelhetőek fel:

„Nem mentem férjhez, nincsenek gyerekeim. Tanulmányaim, hivatásom mindig lekötött, ezen túl vidéki lakóhelyem is behatárolta a kapcsolatteremtés lehetőségeit. Ilyen módon nincs szükségem a családi élet és a munka összehangolására. A hivatásom abszolút elsődleges, de a rokonaim és a barátaim is fontos szerepet töltenek be az életemben. Míg a szüleim éltek, ápolásuk gyakran háttérbe szorította a hivatásomból eredő kötelezettségeket.” (56. sz. interjú)

„Nem házasodtam meg, nincsenek gyermekeim. Ez teljes mértékben a karrieremmel függ össze. Aki ezt a hivatást választja, elkötelezettnek kell lennie. Úgy érzem, a család és a hivatás az én életemben összeegyeztethetetlen lett volna. Bár tudok ellenpéldákat is mondani, hiszen

a másod-unokatestvérem mérnök, orvos feleségével pedig két gyereket neveltek fel. A kórházban is dolgozik egy orvos házaspár, akik három gyereket tudtak felnevelni. Szerintem ez tisztán attól függ, hogy a férj mennyire tud részt venni a gyereknevelésben, gyerekefelügyeletben.” (20. sz. interjú)

„Nincsen férjem és gyermekem. Nem tudtam összeegyeztetni a munkát és a magánéletet. Teljesen csak a munkámnak élek. Okos volt az a középiskolás kislány 30 évvel ezelőtt, aki azt mondta, hogy dehogy leszek én orvos...!” (15. sz. interjú)

A válaszok okairól – természetesen a kérdés személyes, intim jellegéből adódóan – keveset tudtunk meg. A házastársak hivatásbeli rivalizálása, karrierütközése azonban az elvált doktornők válaszaiban fel-felbukkan.

„Az orvos–jogász rivalizálás az egyetem befejezése után szinte azonnal elkezdődött. Nehéz volt ugyanis eldönteni azt, hogy ki húzódjon vissza, hogy a kevésbé látványos háztartási teendőket ellássa. Erre volt talán válasz a válásunk.” (7. sz. interjú)

„Elváltam 12 éve. A férjem hagyott el egy másik nő miatt, aki a kolléganője volt. Az biztos, hogy túl korán házasodtunk, 19, illetve 21 évesen, és kevés komoly kapcsolaton voltunk túl, de a délutáni, esti, éjszakai munkák, a konferenciák sem használtak a kapcsolat fennmaradásának.” (70. sz. interjú)

„Férjem szerint költséges passzió volt a foglalkozásom. Egy ideig csendesen tűrt, aztán egyre kevésbé tolerálta a mindig rohanó, fáradt, türelmetlen feleséget.” (46. sz. interjú)

Világosan látható tehát, hogy a munka és a család összeegyeztetése rendkívül nehéz, kölcsönös lemondásokkal járó feladat. Annál a kérdésünk-nél, amelyben arra voltunk kíváncsiak, hogy kik, mely tényezőkön változtatnának az egyensúly mind maradéktalanabb fenntartása érdekében, két érdekes választípus rajzolódott ki. Sokan – az orvosi hivatás kötött jellegének dacára – a részmunkaidő intenzív igénybevétele mellett tették le voksukat, sőt mintánk 5 orvosnője már jó néhány éve részmunkaidős állást vállalt. A részmunkaidős foglalkoztatás ugyanakkor Magyarországon még nem vált elterjedt munkavállalási formává – különösen az orvosi hivatáson belül tűnik meglehetősen nehéznek megvalósítása –, noha az OECD országok többségében az amúgy is magas részmunkaidős fog-

lalkoztatás a teljes munkaidősnél sokkal gyorsabban bővült. Ezekben az országokban a gazdaságilag aktív nők 20–40%-a részmunkaidőben dolgozik. Arányuk a gyereknevelés szempontjából kritikus korcsoportokban különösen magas (KSH 2002).

Interjúalanyaink másik alternatív megoldásként a természetgyógyászattal való megismerkedést említik. Sokan úgy gondolják, hogy a professzionális és a hagyományos orvoslás kombinálása, különösen, ha ez magánpraxisban valósulhat meg, nemcsak szakmailag és anyagilag válhat kielégítővé, hanem a függetlenség megtartását is megalapozhatná. Interjúalanyaink közül ugyanakkor jelenleg mindössze ketten foglalkoznak a hivatalos orvoslás mellett a komplementer medicinával.

A kettős karrier kérdésével zártuk interjúnkat. Abból az elméleti megközelítésből indultunk ki, ami már a Rapoport házaspár hetvenes évekbeli kutatásaiból nyilvánvalóvá vált (Rapoport és Rapoport 1971): azoknál a házaspároknál, ahol mindkét fél kiemelt fontosságú beosztást tölt be, fokozottabban érvényesülnek a szerepek összeegyeztethetőségéből fakadó nehézségek. Az úgynevezett kettős karrier sokszor nagyobb leterheltséget, a munka iránti fokozottabb elkötelezettséget, és a keresőtevékenység rövidebb megszakítását jelenti. A kettős karrierű családokban nem érvényesülhet továbbá a tradicionális háztartási munkamegosztás, ekkor a férjek e téren való fokozottabb munkavállalására van szükség.

A mintánkban szereplő orvosnők jelentékeny része nyilatkozott úgy, hogy munkája nem vethető össze – ebben a kérdésben sem – más szakmákkal, hiszen esetükben a karriernek egy-egy beteg meggyógyulása a fokmérője. Így karrier alatt interjúalanyaink többsége azt érti, hogy tudja-e végezni munkáját, és úgy, ahogyan azt szeretné. Sokan mondják azt, hogy elérték saját területükön, amire vágytak, bár – amint már láthattuk – sok-sok kompromisszum árán. Ugyanakkor kivétel nélkül mindenki azt hangsúlyozza, hogy két „karrier” egy családban csak akkor lehetséges, ha nem vállalnak gyermekeket. Minden más esetben az egyik fél többé-kevésbé feladni kényszerül munkájának egy részét ahhoz, hogy a család működőképes maradjon.

„A két karrier egy családban dilemmája csak az olyan családokban lehet jelen, ahol az anyai teendőket nem tekintik egyfajta önmegvalósításnak.” (58. sz. interjú)

„Egy családos nőnek karriert nem lehet csinálni, mert mind a kettő teljes embert kíván. Én úgy érzem, hogy nem vágytam soha karrierre, mert akkor az életemből hiányozna valami, ami sokkal fontosabb: a család.” (66. sz. interjú)

„Igen, létezik két karrier, de akkor nincs család, vagy ha van, gyerekek nélkül. Nagy segítséget jelentenek természetesen a nagyszülők is, de ha valaki gyerek mellett karrierre vágyik, akkor azt csak idősebb korában valósíthatja meg, amikor a gyerekek már nem laknak otthon, és magukról gondoskodnak.” (10. sz. interjú)

„Két karrier, főleg két hivatás nem képzelhető el egy olyan családban, amiben két gyereket becsülettel, rendesen akarnak felnevelni. Áldozatot mindkettőnknek hoznia kellett. Választhattuk volna a karriert, mehettem volna kutatónak, a férjem is léphetett volna előrébb. Azt hiszem, egyikünk sem sajnálja, hogy nem így tett.” (25. sz. interjú)

ÖSSZEGZÉS

Tanulmányunkban arra tettünk kísérletet, hogy empirikus kutatás tükrében vizsgáljuk meg a magyar orvosnők egyes szociológiai jellemzőit és életpályáját. Alapvető kérdésünk az volt, hogy mely motívumok állhatnak az orvosnők igen rossz morbiditási és mortalitási mutatóinak hátterében. Igyekeztünk feltérképezni az interjúalanyaink vállára nehezedő kettős teher természetét, vázoltuk azokat a kísérleteket, amelyek a családi és hivatásbeli szerepek összeegyeztetésére irányulnak.

Az általunk megvizsgált időszak orvostársadalmának közel felét nők teszik ki. Vizsgálatunk pályaorientációs és pályaszocializációs állomásainál úgy találtuk, hogy interjúalanyainknak van egy markáns, de kisebbséget alkotó csoportja, akik kora gyerekkori elköteleződésüknek megfelelően léptek orvosi pályára. Ők adják talán a legmagasabb hivatástudattal rendelkező csoportot, melynek tagjai a későbbiekben a család és a hivatás kérdésénél mindig „az arany középút” megteremtésére hivatkoztak.

Kutatásunk során egyértelműen úgy találtuk, hogy – legalábbis interjúalanyaink körében – érvényesül az úgynevezett nőies szakválasztás jelensége, mind a szakterületet, mind pedig a munkahely jellegét illetően. Az életútinterjúk ugyanakkor rámutatnak arra, hogy interjúalanyaink közel sem alkotnak homogén csoportot. Fontos differenciáló faktor orvosnőink életkora és munkahelyének jellege. A bevezetőben említett kohorszhatást mindig szem előtt kell ugyanis tartanunk, legyen szó a szakvizsgák letételének, vagy akár a gyermekvállalás körülményeinek alakulásáról. Kutatásunk itt veti fel leginkább a további vizsgálatok szükségességét. Láthattuk ugyanis, hogy viszonylag kevés fiatal, szakvizsga és családalapítás előtt álló orvosnő került a mintába. Feltételezésünk sze-

rint az ő esetükben a szerepkonfliktus-probléma talán még bonyolultabb, gondoljunk a képzés kitolódására, a társadalmi-politikai viszonyok megváltozására, vagy akár a munkaerő-piaci változásokra. Úgy gondoljuk, hogy az orvosi hivatás talán legnehezebb szakasza a pályakezdés, amelyet a szakmai, pénzügyi problémák mellett a családalapítás nehézségei is végigkísérnek (Levey 2001).

Az orvosnőkkel folytatott interjúink igazolták a szerepkonfliktus-elmélet helyénvalóságát. Mind a szakmaváltások, mind pedig a gyerekvállalás körülményeinek változói alátámasztották, hogy az életút egyes fordulópontjai sok esetben keresztezik egymást. Erre utalnak az interjúk során kapott azon válaszok is, mely szerint az orvosnők jelentős része egyenlőre nem változtatna jelenlegi helyzetén, mert a jelen körülmények között kevesebb területre kell egyszerre koncentrálniuk, ami talán kevésbé emészti fel energiáikat.

Ugyanakkor számos esetben a szerepakkumulációs elmélet is igazolódni látszott, hiszen sokan igen elégedettek jelenlegi helyzetükkel, munkájukkal, családi életükkel. Ők azok, akik az egyik terület sikereit képesek a másik irányába projektálni, és életüket az általuk még ideálisnak tartott kompromisszumok erejével szervezni. Ebbe a csoportba tartoznak azok, akik már korán elhatározták, hogy orvosi pályára lépnek, s munkájukban családjuk, különösen pedig férjeik nagymértékben támogatják őket.

Életút-interjúinkban igyekeztünk az orvosnők egészségi állapotában közrejátszó magyarázó faktorokat megtalálni. A megkérdezettek közel egyharmada szenved krónikus betegségben, és rendszeres gyógyszereszedő. A legtöbben közepesnek vagy jelentősnek ítélték leterheltségüket (munkahelyük jellegétől függően), és sokan panaszkodtak kialvatlanságra is. Sokan említik a feszült helyzeteket, mint a fáradtság másik fontos összetevőjét. Szabadidejük kevés, naponta mindössze egy-két óra.

Az orvosnők egyénileg igen magas pontszámot adtak az egészségi állapotuk jelenlegi megítélésére. A szubjektív egészségkép az orvosnők esetében igen problémásnak bizonyult. Az egészségi- és az életminőségmutatók elemzése során mind a nagyfokú és egyenlőtlen megterhelés, mind pedig a mozgásszegény életmód markáns faktorként rajzolódik ki. Ez egybevág az 1988-as felmérés eredményeivel is (Molnár és Mezey 1991), így lényegesnek tartjuk a 14 évvel korábban készült vizsgálat nyomán az egészségi állapotra vonatkozó egyéb információk gyűjtését.

Vizsgálatunk kiindulási alapként szolgálhat további hasonló jellegű kutatások folytatásához. A szerepkonfliktus-probléma részletesebb elemzése szándékaink szerint a fiatal orvosnőkre kell fókuszáljon, illetve újabb adatokhoz szeretnénk jutni a pszichés-mentális állapot és a kiégés kér-

désében. Célul tűzzük továbbá ki, hogy egy országos, széles körű adatfelvétel keretében mérjük fel a magyarországi orvosnők egészségi állapotát, összehasonlítva a korábbi hazai és nemzetközi kutatásokkal.

Irodalom

- AMA Data Source (1989): *Women in Medicine*. American Medical Association.
- Bowman, M. A., Allen, D. I. (1990): *Stress and Women Physicians*. Springer-Verlag, New York-Berlin.
- Cujec, B. et al. (2000): Career and parenting satisfaction among medical students, residents and physician teachers at Canadian Medical School. *Canadian Medical Association Journal*, March 7, p. 162.
- Dóra L., Nagy I., Polónyi K. (szerk.) (2002): *Nők és férfiak Magyarországon, 2001*. Szociális és Családügyi Minisztérium, Budapest.
- England, P. (1992): *Comparable Worth*. Aldine de Gruyter, London.
- Heins, M. (1982): Medicine and Motherhood. *JAMA* 249 (2): 209-210.
- Kopp M., Skarbski Á. (2001): A házasság és a család válságának újraértelmezése a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 1-2: 5-18.
- Kovács K., Kolozsi B. (1992): Medikusok véleménye az egyes orvosi szakterületek presztízséről. *Orvosi Szociológiai Tanulmányok*. SOTE, Budapest, 89-111.
- KSH (2002): *A nők munkaerőpiaci helyzete*. Időszaki tájékoztató.
- Levey, R. E. (2001): Sources of stress for residents and recommendations for programs to assist them. *Academic Medicine* 76 (2): 142-150.
- Molnár L., Mezey M. (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I-III. rész *Lege Artis Medicinae* 1 (8): 524-528, (9-10): 640-644, (11): 966-970.
- Molnár R., Feith H. (2000): Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Medicinae* 10 (10): 810-815.
- Nagy Beáta (2001): *Női menedzserek*. Aula 2001.
- Rapoport, R., Rapoport, R. (1971): *Dual-Carrier Families*. Middlesex Ltd., Harmondsworth.
- Sinal, S., Weavil, P. (1989): Child Care Choices of Women Physicians. *Journal of American Medical Women Association* 44 (6): 183-184.
- Wedding, D. (ed.) (2001): *Behaviour & Medicine*. 3rd ed., Hargrave & Huber, Seattle.

GYÓRFFY, ZSUZSA – ÁDÁM, SZILVIA

BEHAVIOURAL SCIENCES PERSPECTIVE OF THE MEDICAL PROFESSION BY FEMALE PHYSICIANS

The aim of the present report is to describe the vocational/professional and family burden amongst female physicians and to investigate the effect of work overload and role conflicts on inducing ill health. To explore this subject as well as the way female physicians tackle these health-destroying issues, a survey using questionnaires was conducted amongst 72 female physicians in the spring of 2001.

This survey is subsequent to earlier research conducted 16 years ago, which examined the quality of life and the status of health of female physicians in Hungary. The research

revealed that unbalanced, heavy workload, lack of sport and unfavourable living conditions played a crucial role in the development of high mortality and morbidity prevalent in this population. In our present research, we aimed at investigating the role of certain factors in influencing the health of female physicians including career and speciality selection, workplace, family duties, childbearing and child rearing.

Our present study may serve as a basis for future, nationwide research to explore further the relationship between health status and role conflicts.

Keywords: health status of female physicians, characteristics of medical practice, role conflict, role accumulation, childbearing, child rearing

