

Gyógyítók helyzete és egészsége – a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése

GYÓRFFY ZSUZSA^{1*} – MOLNÁR REGINA² – SOMORJAI NOÉMI¹

¹ Semmelweis Egyetem, ÁOK, Magatartástudományi Intézet, Budapest

² Szegedi Tudományegyetem, ÁOK, Népegészségtani Intézet, Szeged

(Beérkezett: 2011. augusztus 31.; elfogadva: 2012. április 3.)

A gyógyítók helyzetével, testi-lelki állapotával kapcsolatos vizsgálatok a magyarországi magatartástudományi kutatások fontos részévé váltak az elmúlt évtizedekben. Célunk, hogy áttekintsük és bemutassuk a gyógyítók, valamint a gyógyító hivatásra készülők helyzetével foglalkozó, az elmúlt években végzett legfontosabb vizsgálatokat, kutatási irányokat és trendeket. A hazai vizsgálatok kiindulópontjául az orvosi mortalitással és morbiditással kapcsolatos felmérések szolgálnak, ezek nyomán került a figyelem fókuszába a szomatikus és pszichés egészség részletes vizsgálata, illetve a speciális stressztényezők (szerepkonfliktus, kiégés) hatásmechanizmusainak feltárása. Mindezen kutatásokkal párhuzamosan előtérbe kerültek az orvostanhallgatói pályaszocializáció, a stresszel való megküzdés, illetve a protektív és rizikófaktorok kimutatására irányuló vizsgálatok. A gyógyítókkal kapcsolatos elemzések összegzése új vizsgálati irányok felé mutathat, katalizálva ezzel a további kutatómunkát.

Kulcsszavak: orvosok, orvosnők, hivatás, egészség, pályaszocializáció, stressz

1. Bevezetés

Az orvosokra kiemelten nagy társadalmi figyelem irányul Magyarországon is. Bizonyítják ezt a rendszerváltás óta eltelt évtizedek vizsgálatait, amelyek rendkívül nagy számban foglalkoznak a gyógyító hivatásban tevékenykedők társadalmi helyzetével, képzésével, testi-lelki egészségével, stresszfaktoraival. Mindez egybecseng a nemzetközi kutatási trendekkel: az egészségügy területén dolgozók életmódját, egészségi állapotát, szociális körülményeit világszerte vizsgálják, és az eredményekről nagyszámú közlemény jelenik meg. Különösen nagy érdeklődésre tartanak számot az orvostársadalommal kapcsolatos negatív „szenzációk”, mint például a drámai öngyilkossági mutatókra vonatkozó vizsgálatok (Schernhammer & Colditz, 2004).

* Levelező szerző: dr. Gyórfy Zsuzsa, Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: gyorzsu@net.sote.hu

A magyarországi felmérések a hetvenes évekig nyúlnak vissza. A legelső kutatások a gyógyító hivatásban tevékenykedők egészségi állapotát, mortalitási és morbiditási mutatóit helyezték a középpontba: az 1970–1980-as évek vizsgálatai az orvosok és ápolók magasabb halandósági mutatóiról számoltak be, kiemelve az orvosnők különösen kedvezőtlen helyzetét (Balog, 1978; Molnár & Mezey, 1991a, b, c). Ugyancsak úttörők voltak a morbiditással kapcsolatos kutatások, amelyekben a gyógyítók krónikus betegségeinek és egészségmagatartásának vizsgálatára helyezték a hangsúlyt (Molnár & Mezey, 1991a, b, c). A pályaszocializációval foglalkozó kutatások pedig a korai pályaválasztástól az orvosegyetemi professzionalizáción át a hivatással való belső azonosulásig mutatták be a szakmai szocializáció állomásait (Bánlaky, Kérész, & Solymosi, 1981; Császi, 1989). Az orvosok testi-lelki egészségére irányuló vizsgálatok nemcsak a hivatás helyzete miatt igen jelentősek, hanem közvetett módon az egész egészségügyi rendszer működésére, indirekt módon pedig a lakosság egészségi állapotára kifejtett hatásuk miatt is kitüntetett szerepűek.

Magyarországon az egészségügy az összes hazai munkavállaló 5%-át foglalkoztatja. Ez a nagy létszámú csoport ugyanakkor erősen tagolt, mind az iskolai végzettség, mind pedig a munkamegosztásban elfoglalt hely szerint (Pásztor, 2006). Erre való tekintettel jelen írásunkban az orvosi és az orvosnői hivatással, valamint az orvostanhallgatókkal foglalkozó vizsgálatokra helyezük a hangsúlyt; az ápolói, fogorvosi, gyógyszerészi és más paramedikális szakmák helyzetével kapcsolatos kutatások összefoglalása meghaladná e cikk kereteit.

Áttekintő tanulmányunkban az 1990 utáni időszak legfontosabb kutatási területeit, irányvonalait és trendjeit kívánjuk bemutatni, mindvégig az orvosi hivatást helyezve a középpontba. Írásunk hat téma köré szerveződik: a hivatással és a hivatás átalakulásával; a pályaszocializációval; a testi-lelki egészséggel; az orvosnői szerepkonfliktussal; a kiegészéssel; valamint a migrációval, mobilitással, pályaelhagyással kapcsolatos legfontosabb vizsgálatok bemutatását tűzzük ki célul.

2. Hivatás és deprofesszionalizáció

A hivatás az orvosi szociológia egyik fontos alapfogalma. A magyarországi kutatások – támaszkodva Parsons (1939) és Freidson (1970) elméleti megalapozására – hangsúlyozzák, hogy a hivatás a társadalmi munkamegosztás és tagolódás lényeges eleme, s az orvosi hivatásnak sok más foglalkozástól megkülönböztethető ismérvei vannak. Ezek közül az autonómia, a hosszú idejű specializált képzés, valamint a mások szolgálatára való fel-

készültség a meghatározó. Mindezen ismervek alapján elmondható, hogy a hivatás nem egyszerűen egy a munkamegosztási feladatok közül, hanem olyan elkötelezettség, amely az egész életre kihat. Ebben az értelemben több mint szakma vagy foglalkozás: betöltése, gyakorlása végigkíséri az életet (Csepeli, 1997; Sági, 2006).

A hivatás fogalmának klasszikus definíciója mellett egyre több értelmezési keretben kap szerepet az „átalakuló hivatás” fogalmának meghatározása. Ennek értelmében a hivatás fogalmának értelmezésekor nem szabad figyelmen kívül hagynunk, hogy a 20. és 21. században az orvostudomány, az orvoslás jelentős átalakuláson ment és megy keresztül (Kapocsi, 2000). A társadalomban élő hagyományos orvoskép, az orvosi szakmával és annak attribútumaival kapcsolatos reprezentáció – más, preferáltabb pályák előtérbe kerülése mellett – figyelemre méltó változásokat könyvelhetett el a rendszerváltást követő évek társadalmi-gazdasági folyamataival összefüggésben (Molnár, Csabai, & Csörsz, 2003). Megváltoztak az orvosi tevékenység szervezeti, társadalmi és gazdasági feltételei. Átalakult az a társadalmi közeg is, amelyben az orvostársadalom tevékenykedik. Alapvető változások figyelhetők meg abban a tekintetben, hogy a laikusok egyre inkább igénylik és gyakorolják aktív részvételüket az egészségügyben, az (ön)gyógyításban. Módosult az orvosszerep, a hatalmat és tekintélyt egyre inkább a tanácsadói, szolgáltatói szerep váltja fel, az orvosi autonómia jelentősen csökken.

Új jelenségek figyelhetők meg az orvosi hivatáson belül is: az egységes hivatás fragmentálódik, az egyes orvosi területek és képviselőik között hatalmas különbségek alakulnak ki. Jelentős kihívást jelent az orvosi hivatásrend számára továbbá az is, hogy a paramedikális hivatások egyre több funkciót vesznek át a gyógyításban, megkérdőjelezve az orvos kizárólagos szerepét. Mindezekből következik, hogy a hivatásfogalom változása is folyamatban van. A szakirodalomban fontos kérdésként jelenik meg a gyógyítók és a társadalom kapcsolata, az orvosi hivatás presztízsvesztése, a hivatásba vetett bizalom megrendülése. Szükségesnek tűnik tehát az orvosi hivatás újraértelmezése, újraértékelése, „új professzionalizációja” (Armstrong, 1990; Irvine, 2001; Kapocsi, 2004).

„Válság vagy megújulás – válaszüton az orvosi hivatás” – ezekkel a drámai szavakkal indítja cikkét Kapocsi Erzsébet is (Kapocsi, 2004), és a nemzetközi szakirodalom tapasztalatait összegezve kiemeli, hogy elengedhetetlen az orvosi hivatás céljainak, feladatainak, értékeinek újrafogalmazása. Az új professzionalizációban a szakemberek négy tényezőt emelnek ki: a szakmai kompetencia, a hivatás önkontrollja és az etikai értékek megerősítését, valamint az oktatás megreformálását. „A megújulás e négy kulcselemét a szakirodalom egyaránt fontosnak tartja, az eltérések inkább

csak súlypontiak. A szakmai és etikai önkontroll jelentőségét azért hangsúlyozzák, mert hagyományosan ez adja a hivatás autonómiájának bázisát és a hivatás további léte szempontjából is jelentős. Egyetértés van abban is, hogy az oktatás megreformálása döntő tényező a megújulás sikerességéhez. Fontos, hogy az orvostanhallgatók curriculumuma már kezdettől fogva tartalmazza azokat a tantárgyakat, amelyek a szakmai és etikai kompetencia erősítését és minőségi javítását szolgálják. Az úgynevezett humán tárgyak (kommunikáció, antropológia, etika, pszichológia, szociológia) ebben a koncepcióban nem mellékes, hanem a szakmai tárgyakkal egyenrangú fontosságot nyernek” (Kapocsi, 2004, 72. o.).

A hivatás változásában a világháló is formáló erőként jelentkezik. Az internet jelentőségét annak létrejöttét követően rögtön felismerték az orvosok, s azt elsősorban a kapcsolattartás eszközeként használták. 2004 óta már a web 2.0 hódít, amely a közösségi információszolgáltatást és -megosztást jelenti. Olyan szolgáltatásokról van szó, amelyek többsége ingyenes, használatuk nem igényel informatikai tudást, valamint a felhasználó számára lehetővé teszi a visszajelzést a szolgáltató felé. Az orvosi információk így a laikusok számára is hozzáférhetőkké válnak, s ez határozottan átformálja az orvos–beteg kapcsolatot, és ezen keresztül a hivatásra is jelentős hatással van. Az orvosi/laikus tájékoztatás mellett nagyon fontosá váltak az internetes betegközösségek, amelyek sok esetben a gyógyítás folyamatában is komoly szerepet kapnak (Meskó & Dubecz, 2007).

A hivatás átalakulásával párhuzamosan kiemelt helyre kerültek a gyógyító szakmák presztízsének változásával kapcsolatos vizsgálatok is. Érdekes kettősség figyelhető meg ezekben a kutatásokban: míg az összpuláció véleménye szerint az orvosi hivatás az egyik legmagasabb presztízsű foglalkozás (Sági, 2006), addig a gyógyító szakmában tevékenykedők jelentős része közepes vagy alacsony presztízsű pályának minősíti az orvoslást (Hajagos, Feith, & Kovácsné, 2006; Kovácsné, Feith, & Balázs, 2004). Ezek a kutatások rávilágítanak arra, hogy az alacsony presztízs szoros összefüggést mutat a negatív jövőképpel, az esetleges pályaelhagyással, továbbá a munka- és párkapcsolati stressz alakulásával.

Összefoglalásként elmondható, hogy az orvosi hivatás jelentős átformálódásának lehetünk tanúi, amelynek során egyre hangsúlyosabban rajzolóódik ki a szolgáltató szakember profilja, kiegészítve és módosítva a karizmatikus gyógyító évezredes képét.

3. Pályaszocializáció

A magyarországi pályaszocializációval kapcsolatos korai kutatások nemzetközi összehasonlításban is jelentős eredményeket értek el, mind az elméleti megközelítés, mind pedig a módszertan tekintetében. Ezen vizsgálatok szinte mindegyikének konklúziója egyezett abban, hogy az orvosi hivatás különösen erős azonosulást kíván meg vállalójától (Túry & Lajtai, 2005; Váriné Szilágyi, 1981). A végleges döntés a pálya mellett nagyon gyakran már 14 éves kor előtt bekövetkezett, a korai választás hatását a későbbi pályára azonban többféleképpen írta le a szakirodalom. Akik gyermekkorban elköteleződtek az orvosi pálya mellett, azoknak az egyetemi évek alatti identitása, hivatástudata is erőteljesebb volt, és jellemzőbbnek mutatkozott a pályán maradásra irányuló szándék (Molnár & Molnár, 2005). A szerepkonfliktus vonatkozásában pedig ambiciózusabbak voltak, nagyobb belső kontrollal rendelkeztek, könnyebben kötöttek kompromisszumot, mint a pálya mellett később elköteleződő társaik (Gyórfy & Ádám, 2003). Más tanulmányok szerint azonban az idealisztikus gyermeki döntés később az orvosi szereppel való azonosulás képtelenségéhez, kiégéshez is vezethet (Benson, 1994; Csabai & Barta, 2000). Mindemellett számos kutatás elemezte a pályaválasztási motivációk, illetve az orvosi hivatással kapcsolatos hallgatói elvárások komplex kérdéskörét. Ezeknek eredményei szerint az orvostanhallgatók motivációi között az altruisztikus természetűek fontos helyen szerepelnek (Molnár, Girasek, Csinády, & Bugán, 2010).

Az orvosi hivatás változásaival párhuzamosan azonban a hallgatói motivációk átalakulásának is tanúi lehetünk. Girasek, Molnár, Eke és Csernus (2009) elsőéves orvostanhallgatók, illetve rezidensek körében végzett felmérése szerint a szakmai érdeklődés és a másokon való segítség, azaz a hagyományos altruisztikus motivációk mindkét csoportnál erőteljesen jelen voltak, az elsőévesek motivációiban azonban nagyobb szerepet kaptak a karrierépítésre, külföldi munkavállalási lehetőségekre utaló motivációk is. Az orvoslás mint segítő foglalkozás képe a hallgatók előzetes elképzeléseiben jelentősen módosult, egy lehetséges külföldi karrier eszköze (is) lett (Girasek és mtsai, 2009).

Az egyetemi évek alatt két fontos színtere van az orvosi pályaszocializációnak: a direkt és az indirekt. Az első konkrét ismereteket közvetít arról, hogyan kell viselkedniük a leendő orvosoknak, a másodikban közvetett módon fejlesztik orvosi tudásukat, viselkedésüket. Ez utóbbinak fontos része a példakövetés, a már dolgozó orvosok, orvosnők viselkedése, értékrendje, amely mérceként, mintául szolgál, s amelyet a hallgatók beépítenek saját értékrendszerükbe, beállítódásaikat is módosítva (Molnár & Molnár, 2002). A pályaszocializációval foglalkozó irodalom egyik fontos megállá-

pítása azonban, hogy a hallgatók, a fiatal orvosok előtt álló példaképek száma csökken, és a rendszerváltás utáni nemzedék már nehezen fogadja el a merev, hierarchikus struktúrát, s inkább a kölcsönös bizalmat, megbecsülést, illetve a csapatmunkát helyezné előtérbe (Gaál, 2008).

A fentiekkel párhuzamosan a hallgatók orvosszerepről való elképzeléseiben annak az „ideális gyógyító orvosnak” a képe bontakozik ki, aki gyakorlati téren kompetens, jól kommunikál a beteggel és munkája szilárd elméleti alapokon nyugszik (Molnár, 2006; Csabai & Barta, 2000). Ugyanakkor számos vizsgálat kimutatta, hogy a hallgatók az egyetemi évek fő jellemzőjének az elméleti képzés túlsúlyát, dominanciáját tartották, míg a gyakorlati képzést nagymértékben hiányosnak gondolták, illetve kritikával illették. A Váriné Szilágyi Ibolya által 1976-ban publikált tanulmányban közzétett vélemények a képzéssel kapcsolatban megdöbbentő egybeesést mutatnak a 2000-ben, 2004-ben és 2008-ban végzett empirikus vizsgálatok megállapításaival, amelyek szerint ellentmondásos a pályakezdő orvosok szakmai kompetenciaérzése (Csabai & Barta, 2000; Molnár & Molnár, 2005; Papp & Túry, 2010; Váriné Szilágyi, 1976). Az e vizsgálatokban részt vevő hallgatók szinte mindegyike beszámolt a hiányzó gyakorlati rutinról és az önálló orvosi munkavégzéssel kapcsolatos félelmeiről. Az első vizsgálat óta több mint 30 év telt el, és a probléma lényegében változatlan maradt, az oktatás és az egészségügy jelentős korszerűsödése mellett. Az okok sokrétűek lehetnek. Kereshetők az oktatásban részt vevő klinikai orvosok, osztályok túlterheltségében, az eszközhiányban, de a hallgatók beszámoltak egy további érdekes jelenségről is: az első néhány év során olyan mértékben azonosultak a passzív tanulással, hogy később nehézséget okozott számukra az aktív tanulásra való áttérés (Moldvay, 2009).

Több vizsgálat kiemeli, hogy az orvosi tanulmányok időszaka egyfajta „átmeneti életszakasz”, részben a szakmaivá válás, a professzionalizáció szempontjából, részben pedig az ifjúkor és a felnőttkor átmenetének folyamatában. A kutatások tanúsága szerint az átmenetekkel való megbirkózás komoly feladat, a sikeres adaptáció, az új szerepek felvétele jelentős kihívást jelent a hallgatók számára. Más tanulmányokat folytatókkal összevetve kiderült, hogy ebben az életszakaszban az orvostanhallgatók több stresszt élnek meg, mint más egyetemeken hallgatói (Hazag & Major, 2008; Túry & Lajtai, 2005). A magas stresszterhelés feltételezett negatív hatása, a reális pályakép kialakulásának szükségessége, a megküzdési módok fejlesztésének igénye számos intervenció programot hívott életre. A junior Bálint-csoportok bevezetése (Harmathy & Lajtai, 2001), a Semmelweis Egyetemen működő Humánia Pályaszocializációs Műhely (Major, Ress, Hulesch, & Túry, 2006) kiváló példái a megelőzésre irányuló törekvéseknek. Az egye-

temek diáktanácsadó szolgálatai pedig a krízisben levő hallgatók pszichológiai támogatását igyekeznek elősegíteni (Hazag és Molnár, 2001).

A szakmai szocializáció kulcsszerepet tölt be a professzionális státusz kiépítésében. A gazdasági-társadalmi változások, a mindennapi élet nehézségei jelentősen módosíthatják az embereken való segítség fentiekben említett, önzetlen motivációjának fennmaradását: megjelenik a „pályán maradni vagy a pályát elhagyni” kérdése, amely komoly problémaként bukkan fel az orvosi hivatás gyakorlóinak körében.

4. A gyógyítók testi-lelki egészségével kapcsolatos vizsgálatok

Korábbi magyarországi vizsgálatok megállapították, hogy az orvosok halandósága magasabb a megfelelő korcsoport halandóságához képest (Balog, 1978; Molnár & Mezey, 1991a, b, c). A morbiditásra vonatkozó elemzések az átlaglakossággal és az egyéb értelmiségi foglalkozásúak csoportjával összehasonlítva kimutatták, hogy a középkorú orvosok esetében kiemelkedően nagy számban fordulnak elő a krónikus betegségek, és különösen jelentős az infarktus okozta halálozás mértéke (Molnár & Mezey, 1991a, b, c). Fontos hangsúlyoznunk ugyanakkor, hogy ezen vizsgálatok többsége 20–30 évvel ezelőtt készült, és új, valid adatok nem állnak rendelkezésünkre.

Ugyanakkor az említett kutatások több, az orvosok egészségére vonatkozó reprezentatív vizsgálatot is inspiráltak. 2003-ban egy reprezentatív orvosi minta és egy lakossági diplomás kontrollminta összehasonlítását végezték el a kutatók az egészségmutatók, az egészségmagatartás és az életminőség területein (Gyórfy, Ádám, & Kopp, 2005). E vizsgálat során bebizonyosodott, hogy mind az orvosok, mind pedig az orvosnők körében a krónikus betegségek előfordulási gyakorisága, az egészségre ártalmas szerek (dohányzás, nyugtató) fogyasztása, a depressziós tünetek és az öngyilkossági gondolatok előfordulása magasabb értéket mutat, mint más diplomás foglalkozásúak esetében.

Ezt követően több, speciálisan az orvosnői morbiditással kapcsolatos tanulmány látott napvilágot. A Hungarostudy 2002 reprezentatív lakossági felmérés egészségügyben dolgozó diplomás női csoportjában a munkastressz és a reprodukciós problémák összefüggéseinek feltárását kísérelték meg a kutatók. E vizsgálat (Gyórfy, Mészáros, Ádám, & Kopp, 2004) kimutatta, hogy az egészségügy területén dolgozó diplomás nők munkastressz-terhelése közel kétszerese a nem egészségügyben dolgozó nőkének, valamint az egészségügyben dolgozók legjelentősebb stresszterhelési faktorának a munkaidő ritmusa és mennyisége bizonyult. A munkastressz-

problémák befolyásolták a gyermekvállalást: gyakrabban jelentkeztek terhespatológiai problémák, a nagy munkastresszel járó egészségügyi ágazatokban dolgozó nők háromszor nagyobb eséllyel váltak meddővé, illetve másfélszer több eséllyel estek át művi abortuszon.

Az orvosnőkkel folytatott vizsgálatok sorába illeszkedik a 2003–2004-ben lefolytatott keresztmetszeti vizsgálat is: a kutatási eredmények nemcsak a morbiditás különböző paramétereit mutatták be, hanem a háttérváltozók feltárásával is megpróbálkoztak (Gyórfy, Ádám, & Kopp, 2009). Az eredmények szerint az orvosnők körében magasabb a krónikus betegségek, reprodukciós zavarok előfordulása, mint a diplomás kontrollcsoport tagjainál. A krónikus betegségek egy része korábbi életkorban és halmozottan jelentkezik. A megbetegedések háttértényezőinek vizsgálatakor az egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés, az alvászavarok fokozott jelenléte, valamint a közepes és erős mértékű szerepkonfliktus a hagyományos kockázati tényezők mellett egyaránt jelentős magyarázó tényezőknak bizonyultak.

2007-ben került sor egy speciális orvosnői csoport, a pszichiáternők testi-lelki egészségének és egészségmagatartásának vizsgálatára (Ádám és mtsai, 2010; Gyórfy és mtsai, 2008). Az egészségmagatartás és az életmód meghatározó tényezőinek vizsgálata során a női pszichiáterek mintájában jellemzőnek bizonyult a túlterheltség, a hosszú munkaidő és a nem elegendes alvásmennyiség. Mind a diplomás kontrollcsoporthoz, mind pedig az orvosnői kontrollcsoporthoz viszonyítva a pszichiáternők többet dohányoztak, több nyugtatót fogyasztottak, kevesebbet sportoltak és elsősorban náluk volt kiugró az alkoholfogyasztás. A női pszichiáter mintában a depressziós tünetegyüttesre utaló kérdőívponyszámok szignifikánsan magasabbak voltak, valamint az öngyilkossági gondolatok és kísérletek gyakorisága is eltért a diplomás kontrollcsoportban kimutatható értékektől.

Hegedűs Katalin és munkatársai súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében készítettek felmérést (Hegedűs & Riskó, 2006). Mintegy kétszáz egészségügyi dolgozó és – kontrollcsoportként – a Hungarostudy 2002 véletlenszerűen kiválasztott dolgozó csoportjának vizsgálata alapján a kutatók megállapították, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók mind a testi, mind a lelkiállapot tekintetében rosszabb mutatókkal rendelkeznek. A terminális betegekkel dolgozók körében különösen magas a depresszió, az öngyilkossági kísérletek előfordulási aránya, magasabb az egészségkárosító szerek használatának prevalenciája, valamint sok közöttük az egyedülálló személy, nehéz helyzetben pedig nem számíthatnak környezetük (család, barátok, szomszédok) segítségére.

Rurik és Kalabay az 1979-ben végzett budapesti orvosegyetemi évfolyam tagjait vizsgálta meg az egészségmutatók és az egészségmagatartás tekintetében (Rurik & Kalabay, 2008). Vizsgálatukban kimutatták, hogy a megkérdezett orvosok egészségi állapotukat jobbnak minősítették kortársaikénál, bár jelentős hányaduk szenvedett magasvérnyomás-betegségtől, és esetükben a dohányzás, valamint a sporttevékenység hiánya is igen jellemzőnek bizonyult.

Orvosnőkkel és diplomás ápolónőkkel végzett vizsgálatok arra mutatnak rá, hogy az egészségügyben dolgozók egészségmegőrző magatartása, egészségvédelme problémás, így egészségmegőrző társadalmi szerepük hatékonysága hitelességük csökkent volta miatt egyértelműen megkérdőjelezhető (Feith, Kovácsné, & Balázs, 2008b). Szakirodalmi adatok emelik ki, hogy az orvosok betegeik számára a legfontosabb modellszerepet töltik be, így az orvostársadalom megbetegedéseinek, egészségkárosító szokásainak közvetve jelentős hatása lehet az egész társadalomra (Maulen, 2008).

Magyarországon ez idáig kevés átfogó, szociológiai vizsgálat foglalkozott az egészségügyi felsőoktatásban tanulók testi és lelki állapotával, egészségvédő és egészségkárosító magatartásával. A Semmelweis Egyetemen orvosok, fogorvosok-hallgatók és gyógyszerészhallgatók bevonásával készült epidemiológiai felmérés az érintettek egészségéről, valamint egészségkárosító magatartásáról (Sima, Pikó, & Simon, 2004). Megállapítást nyert, hogy a női hallgatók inkább lelki, a férfi hallgatók viszont jobbra testi panaszokról számoltak be. A válaszadók 19,3%-a dohányzott, 30,2% rendszeresen fogyasztott alkoholt, 25,4% gyógyszert szedett és 24,9% kipróbált valamilyen drogot. A gyógyszerfogyasztás az egyébként a legnagyobb ismeretanyaggal rendelkező gyógyszerészhallgatók körében volt a legmagasabb. A magas kockázatú csoportban (vagyis azoknál, akiknek a lelki egyensúlya sérült) azt találták, hogy minden egészségkárosító magatartásforma gyakoribb; a szerhasználat tehát valószínűleg szorongásoldó szerepet töltött be a hallgatók életében. Egy, orvostanhallgatók dohányzásának felmérésével foglalkozó vizsgálat (Pikó, 2008) azt mutatta ki, hogy az 1990-es évekhez viszonyítva nem csökkent a dohányosok száma, sőt némi emelkedés is megfigyelhető. Ugyanakkor a Debreceni Egyetem öt évfolyamának körében készített vizsgálat a fenti eredményekkel szemben úgy találta, hogy az átlagnépesség azonos korosztállyával összehasonlítva az orvostanhallgatók közül kevesebben dohányoznak, és a naponta dohányzók aránya is kisebb; ugyanakkor a hallgatók körében szignifikánsan magasabb a lelki egészség zavarára utaló pontszám átlaga, mint a hasonló korú átlagnépességénél (Bíró, Balajti, Ádány, & Kósa, 2008).

5. Szerepkonfliktus

A fentiekben ismertetett magyarországi vizsgálatok megerősítik az orvosnők fokozott sérülékenységét. Az orvosnőkre irányuló magyarországi felmérések középpontjában többek között a családi és munkahelyi szerepek összeegyeztethetőségének kérdése és ennek az egészségi állapotra gyakorolt hatása állt.

Számos vizsgálat arra mutatott rá, hogy az orvosnők napjainkban már nem akarnak választani a karrier és a család között, mindkét területen vannak elvárásai; ezért különböző formában kombinálják családi és hivatásbeli teendőiket (Feith, 2009). Ez nagyban függ a választott szakágtól, annak jellegétől és gyermekeik számától. Ugyanakkor a nyugat-európai országokhoz képest jelentős terhet jelent az is, hogy a hazai egészségügy és munkaerőpiac feltételei kevésbé rugalmasak, így sok esetben csak nehéz kompromisszumok árán lehet összeegyeztetni az élet különböző területeit.

A szerepek összeegyeztethetőségének problémájára irányuló vizsgálatok az elmúlt évtizedben váltak intenzívekké. A TÁRKI 1500 fős országos reprezentatív mintán, 2001-ben végzett magyarországi felméréséből kitűnik, hogy minél magasabb valakinek az iskolai végzettsége, annál nagyobb konfliktust érez munkahelyi és családi szerepei között. Mindez fokozottan érvényesül az egészségügyi pályákon tevékenykedők körében, hiszen a fizikai és emocionális megterhelés, a munkaidő mennyisége és megoszlása speciális kihívások elé állítja a gyógyító szakmában tevékenykedőket. A 2000-ben, a Szegedi Tudományegyetem orvosnői körében végzett felmérés tanúsága szerint a válaszadók 2%-a szerint egyáltalán nem, 46%-a szerint nehezen, 32%-a szerint csak részben egyeztethető össze az orvosi hivatás a családi teendővel, és mindössze 20%-uk nyilatkozott úgy, hogy össze lehet egyeztetni a kettőt (Molnár & Feith, 2000).

A 2002-ben orvosnőkkel készített életútinterjúk a szakmaváltásokkal, a gyermekvállalás során megjelenő problémákkal, a lemondásokkal, továbbá a párkapcsolatok válságával támasztották alá a szerepkonfliktus jelenlétét (Gyórfy & Ádám, 2003, 2004a). A 2005 és 2007 között orvosnők és orvosok körében végzett kérdőíves vizsgálat szerint a munkahely-család konfliktus prevalenciája az orvosnők körében kiemelkedően magas. Az orvosnők 56%-a számolt be súlyos munkahely-család konfliktusról, és 99%-uk jelzett valamilyen fokú konfliktust, amely a szerzők összehasonlítása alapján magasabb a más országokban előforduló aránynál (Ádám és mtsai, 2009). Ezek a kutatási eredmények megerősítik, hogy a szerepek közötti konfliktus és a pszichés jóllét-mutatók között szoros kölcsönhatás figyelhető meg (Gyórfy és mtsai, 2005). A szerepek közötti konfliktus erős

jelenléte ugyanakkor kapcsolatot mutat az alacsonyabb munkahelyi és családi elégedettséggel, a pszichés distresszel és a szomatikus megbetegedésekkel is (Feith és mtsai, 2008b). Az orvosnők a család és a hivatás kettős szerepkötelezettségével sok esetben felkészületlenül kerülnek szembe, s mint látható, mindez komoly fizikai és pszichés terheket ró rájuk. A magyar egészségügyi viszonyok között dolgozó nők további hátrányokkal küzdenek: alacsony jövedelem, rugalmatlan időbeosztás, éjszakai munkavégzés, elégtelen munkafeltételek (Feith, Kovácsné, & Balázs, 2008a).

„Orvos akarok lenni, anya és feleség” – a 2003-ban, Berlinben megrendezett 13. Nemzetközi Bálint-kongresszus egyik legsikeresebb, legnagyobb figyelmet kiváltó előadásának címe szintén utal a hivatás és a családi szerep ütközésének hatalmas emocionális feszültségére, összeegyeztethetőségének konfliktusára. Érdekes kiegészítése ennek a Molnár, Nyári és Molnár (2008) által orvostanhallgató és joghallgató nők részvételével végzett vizsgálat is, mely azt mutatta, a diplomára törekvő nők családi és hivatásbeli szerepeikkel kapcsolatos attitűdjei szinte azonosak, valóban nem szeretnének már választani e kettő között. A megvalósításra vonatkozó terveik, elképzeléseik azonban jelentősen különböznek. A szerepkonfliktusok sok esetben már a pályaválasztáskor, a pályaszocializáció során, az egyetemi évek alatt megjelenhetnek. Ez a jelenség egyben felhívja a figyelmet a stresszel való megküzdés képességének, készségének – már hallgatókorban – fejlesztendő területére (Csörsz, 2005; Molnár és mtsai, 2010).

6. Kiegészítés

Az egészségügyi dolgozók kiegészével foglalkozó vizsgálatok az elmúlt évtizedben egyre növekvő számban jelentek meg a szakirodalomban. Magyarországon – a nemzetközi trendekhez hasonlóan – különösen nagy figyelem irányul az egészségügyi dolgozókon belül az ápolók, nővérek kiegészési mutatóinak vizsgálatára, valamint egyre nagyobb szerepet kapnak az orvosokra vonatkozó vizsgálatok is (Ádám, Győrffy, & Csoboth, 2006; Ádám és mtsai, 2008, 2009; Bognár, Kolosai, Hegedűs, & Pilling, 2001; Győrffy & Ádám, 2004b; Hegedűs, 2000; Kovács, 2006b).

A kiegészítés magyarországi kutatásában elsőként a mélyinterjú vizsgálatok voltak jellemzőek. Hegedűs Katalin kutatócsoportja kvalitatív vizsgálatot folytatott különböző szakterületeken dolgozó orvosok részvételével. Elemzése arra a jelenségre mutattak rá, hogy az orvosok úgy érik el az érzelmi távolságtartást, hogy egyre kevesebbszer keresik fel a beteget a betegágyánál (Bognár és mtsai, 2001; Kovács, 2006a). E vizsgálatokban körvonalazódik a társas támogatás igénye, különösen szakmai nehézségek esetén fo-

kozottabb az igény a kollégák támogatására (Hegedűs, 2000; Pikó, 2006). További, szintén interjútechnikán alapuló vizsgálatok szerint a kiégést indukáló munkahelyi stressz három faktor köré csoportosítható: az orvosi hivatásból eredő stresszre, a munkaszervezet jellegére és a munkavégzés feletti kontrollra. Ezekben a vizsgálatokban fontos új elemként jelenik meg a szerepkonfliktus mint a kiégés alakulásában jelentős rizikótényező (Győrffy & Ádám, 2004b).

A Maslach Kiégés Leltáron (Maslach Burnout Inventory – MBI) alapuló kérdőíves kutatások kiemelik az érzelmi kimerülés és a teljesítményvesztés magas arányát a vizsgált orvosi/orvosnői populációban. Az orvosi kiégés prevalenciájának feltárására irányuló reprezentatív kutatások szerint a vizsgált minta 21,2%-ára jellemző a magas fokú emocionális kimerülés, 7,7%-ára a deperszonalizáció és 33,1%-ára a teljesítményvesztés (Ádám és mtsai, 2006). A kiégés és a szociodemográfiai változók között is kimutatható volt összefüggés; a kiégés egyenes arányú kapcsolatot mutatott a szomatikus és pszichés megbetegedések prevalenciájával, a rossz egészségmagatartással és a munkahely-otthon közötti szerepkonfliktussal.

Más kutatások a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátás területén dolgozó szakemberek állapotát tárták fel. A kiégés – különösen az érzelmi kimerülés – számottevő problémának mutatkozott ezen a területen (Kovács, 2006a). Pikó Bettina (2006) vizsgálata a szerepkonfliktus, a kiégés és a munkával való elégedettség közötti kapcsolatra igyekezett rávilágítani. A kutatási eredmények azt mutatták, hogy a kiégési szindróma érzelmi kimerülés- és deperszonalizáció-dimenziója összefüggésbe hozható a pszichoszomatikus panaszokkal, a szerepkonfliktussal és a munkaelégedettséggel – ez utóbbival fordított kapcsolatban állt (Pikó, 2006).

Igen fontosak azok a vizsgálatok is, amelyeknek a középpontjában a hallgatói, pályakezdő orvosi/rezidensi kiégés áll. A pályakezdő orvosokkal kapcsolatos vizsgálatok azt mutatják, hogy a válaszadók mintegy 30%-a tartozik a magas kiégettségi szinttel jellemezhető csoportba (Papp & Túry, 2010). A háziorvos-rezidensekkel végzett vizsgálatok ugyanakkor azt mutatták, hogy körükben 25%-os az érzelmi kimerülés, 42%-os a deperszonalizáció és 98%-os a teljesítménycsökkenés mértéke (Ádám, Győrffy, & László, 2009).

A kiégéssel foglalkozó magyarországi kutatások mindeddig egy fontos módszertani problémával is küzdöttek. Ahogyan ezt Kovács Mariann diszsertációjában összegzi: a hazai vizsgálatok a kiégés mérésére vonatkozóan többfajta kérdőívet sorakoztatnak fel (Tandari-Kovács, 2011): „Az alkalmazott mérőeszközök között fellelhetők a Freudenberger- (Pálfi, 2003), az Appelbaum- (Pálfi, 2003), a Pines- (Pines és mtsai, 1992) és a Maslach- (Maslach & Jackson, 1986) féle kérdőívek.” Majd utal rá, hogy mindez

megnehezíti a kapott eredmények összehasonlítását. Másrészt komoly probléma az is, hogy Magyarországon nincs egységes, standardizált mérőeszköz a burnout-tünetcsoport mérésére. Még azok a kutatók sem biztos, hogy ugyanazt a fordítást használják, akik egy mérőeszközzel (pl. MBI) dolgoznak. Ezek a metodológiai problémák óvatosságára intenek a kapott eredmények összehasonlíthatóságának és megbízhatóságának tekintetében. Ugyanakkor fontos megemlíteni, hogy az orvostanhallgatók körében használható MBI-változat validálása időközben megtörtént, a kérdőív magyar változata megbízható és érvényes mérőeszköznek bizonyult a hallgatói kiégés mérésében (Hazag, Major, & Ádám, 2010), illetve a *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* jelen számában jelenik meg az MBI humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló változatának (MBI-HSS) validitását vizsgáló tanulmány is.¹

7. Migráció, mobilitás, pályaelhagyás

A rendszerváltást megelőző évtizedek gazdasági-politikai körülményei között az orvosok pályaelhagyása több szempontból sem volt jellemző Magyarországon. Az 1990-es évektől azonban új lehetőségek, új feltételek befolyásolták az orvosi egyetemet végzettek számára a munkavállalási körülményeket. A felsőoktatás reformja következtében tudásukat már hallgatókoruktól bővíthették és bővíthetik ma is közgazdasági, jogi, informatikai és egyéb ismeretekkel. Következésképpen alkalmuk van és lesz az orvosi szaktudás birtokában a pályaelhagyásra, illetve az ún. „hibrid karrier” megvalósítására: a gyógyítás mellett más pénzkereseti lehetőségek kihasználására is (Molnár, 2006; Molnár és mtsai, 2008). Napjainkban több kutatás állította fókuszába a pályaelhagyás szándékainak kérdését. Míg a pályakezdő orvosok 26%-a fontolgatta az egészségügyön kívüli munkavállalást (Papp & Túry, 2010), addig a hallgatók 42,5%-a nyilatkozott úgy, hogy foglalkoztatja a pályaelhagyás gondolata (Molnár és mtsai, 2008).

A pályaelhagyás mellett a migráció jelensége határozza meg leginkább az egészségügyi munkaerőpiac alakulását. Az orvosok, illetve az egészségügyi dolgozók migrációja fontos kérdés, mert döntően befolyásolja az egészségügyi ellátórendszer működését és közvetve az egész populáció egészségi állapotát. Más oldalról tekintve a migráció kérdését, elképzelhe-

¹ Ádám, Sz., & Mészáros, V. (2012). A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 13, 127–143.

tó, hogy azok, akik egyébként kényszerűségből pályát módosítanak, jelenleg inkább a külföldi munkavállalás lehetőségét használják ki, és akár néhány év múlva – saját tapasztalataikkal gazdagítva szakterületüket – esetleg visszatérnek Magyarországra (Szkrajcsics, 2005).

Az Európai Unióhoz való csatlakozás után Magyarország elsősorban munkaerő-exportáló országgént jelenik meg az orvosok munkaerőpiacán. A magyar orvosok elsősorban a nyugat-európai országokban vállalnak munkát (Svédország, Nagy-Britannia, Hollandia, Németország, Ausztria). Az egészségügyi szakdolgozók munkaerőpiacán ellenben munkaerő-importőrökként vagyunk jelen (Szlovákia, Románia, Ukrajna irányából; Garaj & Vingender, 2007).

A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központjában 2003 óta zajló Egészségügyi emberi erőforrások kutatási projekt, illetve a 2008-as Rezidensorvosok munkaerő-piaci elhelyezkedési szándékainak és pályaválasztási motivációinak vizsgálata elnevezésű kutatás fontos mérőföldkövei az orvosvándorlásról szóló vizsgálatoknak (Eke, Girasek, & Szócska, 2009). Ezek a vizsgálatok megállapítják, hogy a Magyarországról való elvándorlás a 30–49 éves korcsoportban a legjellemzőbb, vagyis azokat az orvosokat érinti leginkább, akik szakvizsgákkal és gyakorlattal rendelkeznek, továbbá ők azok, akik a következő orvosgeneráció tagjait oktathatnák. A bevándorlók körében ugyanakkor inkább a fiatalabb generáció, a 20–29 éves, szakvizsgával még nem rendelkező orvosok vagy a frissen szakvizsgázottak vannak többségben. A rezidensek körében folytatott vizsgálat megerősíti, hogy a frissen végzettek 60–70%-a tervezi a külföldi munkavállalást. A külföldi munkavállalás okaként egyébiránt nem kizárólagosan a magasabb fizetést jelölik meg, hanem az előmeneteli lehetőségek, a társadalmi megbecsültség és a kutatási lehetőségek limitált voltát Magyarországon, valamint a munkakörülmények kedvezőtlen jellegét (Eke és mtsai, 2009).

Az orvosmigráció jelentősége mindenképpen óriási – a szakemberhiányos és eloszlásbeli egyenlőtlenségekkel küzdő egészségügyi rendszernek az egyik kulcsproblémájává válhat az elkövetkező években. Az eloszlási egyenlőtlenségek egy további problémájára világít rá egy orvosi mobilitással foglalkozó friss tanulmány (Balázs, 2011), amely szerint a magyarországi orvosok erős helyi kötődéssel rendelkeznek, s a Mobilitás Program 2007 sikertelensége jelzi a magyarországi orvosok mobilitásának gyakorlatilag teljes hiányát.

8. Összegzés

Tanulmányunkban az elmúlt két évtized gyógyítókkal kapcsolatos kutatásainak néhány területét kíséreltük meg áttekinteni. Mint az előzőekben összegzett számos vizsgálat is bizonyítja, az egészségügyben tevékenykedők helyzete és egészsége igen fontos kutatási területté vált ebben az időszakban. Az orvostársadalom szerepe kiemelt jelentőségű, hiszen közvetve jelentős hatást gyakorol a társadalom egészének egészségi mutatóira. Mindezekben túl azért is válhatott az orvosi hivatás oly nagyszámú vizsgálat tárgyává, mert más szakmákhoz képest a hivatás gyakorlóinak lényegesen több érzelmi és fizikai kihívásnak kell megfelelniük (Kapocsi, 2011).

A „hagyományos” kutatási irányok – testi-lelki morbiditás – mellett számos új perspektíva is megjelent az utóbbi évek vizsgálati anyagaiban. Felmerült az internet szerepének, hatásának kérdése a hivatással és az orvos-beteg viszonytal kapcsolatos vizsgálatokban, és a pályaszocializáció egyik kulcskérdésévé vált a „fehérköpenyes mágus” és a „vállalkozó” dilemmája. Ehhez a felvetéshez szorosan kapcsolódnak az új társadalmi jelenségek és az orvossá válás kapcsolatát bemutató kutatások, mint például a hálapénzkérdés és az orvostanhallgatói elképzelések, attitűdök vizsgálata (Horváth, Terebessy, & Balázs, 2011). Számos nagy, reprezentatív vizsgálat és kisebb kutatás tárta fel a hivatással, pályaszocializációval, testi, lelki egészséggel, stresszel és a migrációval kapcsolatos problémákat. A fentiekben összegzett tanulmányok számos erősséget tudnak felsorakoztatni, a bemutatott vizsgálatok mindegyike igen jelentős hatással bír.

Ugyanakkor az ismertett kutatások számos új, további vizsgálatra érdemes terület felé is utat mutatnak. Ezek közé tartozhatnak például a magyarországi orvostársadalom halandóságával kapcsolatos új felmérések, a munkastressz és az egészség összefüggéseire vonatkozó újabb vizsgálatok, a kiegészítő szindróma személyiségtényezőkkel kapcsolatos aspektusainak kutatása vagy akár a szerepkonfliktus kérdésének férfiak körében történő feltérképezése.

Az új utak mellett nem tekinthetünk el a hiányosságok megemlítésétől sem: a testi-lelki egészséggel foglalkozó magyarországi munkák alapvetően patogenetikus megközelítésűek; a pozitív példák, az erőforrások és a protektív tényezők konkrét vizsgálata elenyésző. Ugyancsak a morbiditással kapcsolatos vizsgálatok jellemzője az is, hogy az egészségi állapot vizsgálatakor sok esetben hiányzik a más szakmákkal való összevetés, pedig feltehetően a morbiditásra vonatkozó eredmények így jobban értelmezhetőkké válnának. Ugyancsak hiányoznak a – nemzetközi szakirodalomban jól ismert – longitudinális vizsgálatok, amelyek szintén pontosab-

ban jelzik a lehetséges oki összefüggéseket. Határokon átlépő problémaként lehet értelmezni a több országra kiterjedő, összehasonlító jellegű orvosvizsgálatok hiányát is. Mindezekén túl szükségesnek látszik a hazai kutatásokból összeállított metaanalízis elkészítése, elsősorban a morbiditásra és a kiegészésre vonatkozó vizsgálatok területén. Ez a kutatási eredmények összegzése mellett katalizálhatná a szakmai nyelv és a szakirodalmi terminusok egységes használatára vonatkozó elvárásokat is.

Amint a fentiekből kitűnhetett, összegző áttekintésünknek kettős célja volt: egyfelől az elmúlt húsz esztendő kutatási irányait, trendjeit kívántuk felvázolni, másfelől pedig az új kérdések és perspektívák megjelenése előtt szeretnénk kaput nyitni. Úgy véljük, a sikeres megküzdéssel, a szerepek megfelelő egyeztetésével, a testi-lelki egészségvédelemmel foglalkozó eljövendő kutatások önbeteljesítő jóslatként és valódi alternatívaként jelenhetnek meg az orvostársadalom és a szakmai-politikai döntéshozók előtt.

Irodalom

- Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., & Csoboth, Cs. (2006). Kiegészés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, 8(2), 113–117.
- Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., Harmatta, J., Túry, F., Kopp, M., & Szényei, G. (2010). A magyarországi pszichiáterek egészségi állapota. *Psychiatria Hungarica*, 25(1), 55–61.
- Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., & László, K. (2009). A munkahelyi elégedetlenség magas prevalenciája orvosnők körében: a munkahelyi és családi szerepek közötti konfliktus mint lehetséges rizikótényező. *Orvosi Hetilap*, 150(31), 1451–1456.
- Ádám, Sz., Gyórfy, Zs., & Susánszky, É. (2008). Physician burnout in Hungary. *Journal of Health Psychology*, 13(7), 847–856.
- Ádám, Sz., Torzsa, P., Gyórfy, Zs., Vörös, K., & Kalabay, L. (2009). Gyakori a magas fokú kiegészés a házi orvosok és a házi orvosi rezidensek körében. *Orvosi Hetilap*, 150(7), 317–323.
- Armstrong, L. (1990). Medicine as a profession: Times of change. *British Medical Journal*, 301, 691–693.
- Balázs, P. (2011). Orvosi mobilitás Magyarországon, sebész és szülész-nőgyógyász szakorvosok példája alapján. *Lege Artis Medicinae*, 21(5), 362–368.
- Balog, J. (1978). A magyarországi orvosok halálózása az 1960–1964 években. *Népegészségügy*, 59, 250–259.
- Bánlaky, P., Kérész, Gy., & Solymosi, Zs. (1981). *Orvosok Magyarországon*. Budapest: Akadémiai Kiadó
- Benson, K. (1994). *Orvosegyetemre akarok menni*. Budapest: Semmelweis Kiadó
- Bíró, É., Balajti, I., Ádány, R., & Kósa, K. (2008). Az egészségi állapot és az egészségmegtartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. *Orvosi Hetilap*, 149(46), 2165–2171.
- Bognár, T., Kolosai, N., Hegedűs, K., & Pilling, J. (2001). „Kellene, aki megfogná a haldokló kezét.” Orvosokkal készült mélyinterjúk elemzése a haldokló gondozás nehézségeiről. *Lege Artis Medicinae*, 11(2), 154–162.

- Csabai, M., & Barta, K. (2000). Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. *Lege Artis Medicinae*, 10(7–8), 638–644.
- Császi, L. (1989). Az orvosok professzionalizációja. In L. Molnár (szerk.), *Orvosi szociológia* (182–188). Budapest: Medicina
- Csepeli, Gy. (1997). *Szociálpszichológia*. Budapest: Osiris
- Csörsz, I. (2005). Mi lesz, ha az én betegem is meghal? Junior Bálint-csoportok az orvosképzésben. *Lege Artis Medicinae*, 15(1), 84–86.
- Eke, E., Girasek, E., & Szócska, M. (2009). A migráció a magyar orvosok körében. *Statistikai Szemle*, 87(7–8), 795–827.
- Feith, H. (2009). Női szerepek és konfliktusok egészségügyi diplomások életpályáin. *Orvosi Hetilap*, 150(23), 1089–1095.
- Feith, H., Kovácsné, T.Á., & Balázs, P. (2006). Az ötödéves orvostanhallgató-nők karrier- és családtervei. *Lege Artis Medicinae*, 16(6), 585–589.
- Feith, H., Kovácsné, T.Á., & Balázs, P. (2008a). Egészségügyi diplomás nők családi és munkahelyi szerepeinek konfliktusa. *Lege Artis Medicinae*, 18(5), 413–418.
- Feith, H., Kovácsné, T.Á., & Balázs, P. (2008b). Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 289–304.
- Feith, H., Kovácsné, T.Á., Hajagos, O., & Balázs, P. (2007). Hivatáspresztízs és önértékelés. Összehasonlító elemzés diplomás ápolónők és orvosnők véleménye alapján. *Nővér*, 20(7), 3–11.
- Freidson, E. (1970). *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company
- Gaál, Cs. (2008). Vonzó-e még a sebészet? *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 46(2), 34–36.
- Garaj, E., & Vingender, I. (2007). Migráció kezelése a kórházmenedzsmentben. *Orvos- és Kórháztechnika*, 4(2), 47–50.
- Girasek, E., Molnár, R., Eke, E., & Csernus, R. (2009). Az orvosi pálya választásának motivációi napjainkban – orvostanhallgatók és rezidensek véleménye alapján. *Orvosképzés*, 4, 255–336.
- Gyórfly, Zs., & Ádám, Sz. (2003). Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 13(2), 159–164.
- Gyórfly, Zs., & Ádám, Sz. (2004a). Az orvosnői hivatás magatartástudományi vizsgálata. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5, 27–53.
- Gyórfly, Zs., & Ádám, Sz. (2004b). Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle*, 3, 107–127.
- Gyórfly, Zs., Ádám, Sz., Harmatta, J., Túry, F., Kopp, M., & Szényei, G. (2008). Pszichiáter-nők életminősége és egészségi állapota. In M. Kopp (szerk.), *Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban* (356–365). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Gyórfly, Zs., Ádám, Sz., & Kopp, M. (2005). A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota – országos reprezentatív minta alapján. *Orvosi Hetilap*, 146, 1383–1391.
- Gyórfly, Zs., Ádám, Sz., & Kopp, M. (2009). Morbiditás és háttértényezői a magyarországi orvosnők körében. *Lege Artis Medicinae*, 19(06–07), 423–430.
- Gyórfly, Zs., Mészáros, E., Ádám, Sz., & Kopp, M. (2004). Az egészségügyben dolgozó nők gyermekvállalással és terhességgel kapcsolatos mutatói országos reprezentatív minta alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5, 321–333.
- Hajagos, O., Feith, H., & Kovácsné, T.Á. (2006). *Diplomás ápolónők és orvosnők az egészségügyi szolgálatában*. Letöltve: 2011. 07. 08-án: http://www.eski.hu/new3/kiadv/nover/2006/200603/2006_03.htm#5

- Harmathy, É., & Lajtai, L. (2001). Bálint Mihály hagyatéka. In J. Füredi és mtsai (szerk.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (819–823), 2. kiadás. Budapest: Medicina
- Hazag, A., & Major, J. (2008). A hallgatói kiégés jelensége, medikusok lelki egészségvédelme. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 305–322.
- Hazag, A., Major, J., & Ádám, Sz. (2010). A hallgatói kiégés szindróma mérése. A Maslach Kiégés-teszt Hallgatói Változatának (MBI-SS) validálása hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11, 151–168.
- Hazag, A., & Molnár P. (2001). Az Ariadne-fonala Pszichológiai Konzultációs Szolgálat Bemutatása. Egyetemi és főiskolai hallgatók pszichés egészségvédelme. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2, 82–83.
- Hegedűs, K. (2000). A haldokló betegeket kísérő személyzet mentálhigiénéje. A kiégés és a pszichés terhek csökkentésének lehetőségei. *Lege Artis Medicinae*, 10(5), 448–452.
- Hegedűs, K., & Riskó, Á. (2006). Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi- és lelkiállapota. In M. Kopp, & M. Kovács (szerk.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón* (302–313). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Horváth, F., Terebessy, A., & Balázs, P. (2011). A hálapénz kérdése értékelése a IV. éves orvostanhallgatók körében. *Lege Artis Medicinae*, 21(8–9), 559–563.
- Irvine, D. (2001). Doctors in the UK: Their new professionalism and its regulatory framework. *Lancet*, 358, 1807–1810.
- Kapocsi, E. (2000). Az orvosi hivatás autonómiájának etikai vonatkozásai. *Lege Artis Medicinae*, 10(4), 358–364.
- Kapocsi, E. (2004). Válság vagy megújulás. Válaszúton az orvosi hivatás. *Lege Artis Medicinae*, 14(1), 72–75.
- Kapocsi, E. (2011). „Boldogtalan orvosok” – a jelenség és ami mögötte van. *Lege Artis Medicinae*, 21(8–9), 584–588.
- Kovács, M. (2006a). Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés a pszichiátriai-pszichoterápiás ellátásban. *Pszichoterápia*, 15(1), 19–25.
- Kovács, M. (2006b). A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében. *Lege Artis Medicinae*, 16(11), 981–987.
- Kovácsné, T.Á., Feith, H.J., & Balázs, P. (2004). A diplomás ápoló hallgatók pályaválasztási motivációja és pályaelhagyás. *Nővér*, 17, 9–14.
- Major, J., Ress, K., Hulesch, B., & Túry, F. (2006). A kiégés jelensége az orvosi hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 16(4), 367–373.
- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual* (2nd ed.). Palo Alto: Consulting Psychologists Press
- Mauln, B. (2008). Orvos az orvosnál. Ajánlások orvoshoz forduló és kollégát kezelő orvosoknak. *Orvostovábbképző Szemle*, 15(5), 39–43.
- Meskó, B., & Dubecz, A. (2007). Az orvostudomány és a világháló nyújtotta új lehetőségek. *Orvosi Hetilap*, 148(44), 2095–2099.
- Moldvay, J. (2009). Az orvosi pálya választásának motivációi Magyarországon az ezredfordulón. *Medicina Thoracalis*, 52(2), 101–107.
- Molnár, L., & Mezey, M. (1991a). Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról I. *Lege Artis Medicinae*, 1, 524–528.
- Molnár, L., & Mezey, M. (1991b). Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról II. *Lege Artis Medicinae*, 1, 640–644.
- Molnár, L., & Mezey, M. (1991c). Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról III. *Lege Artis Medicinae*, 1, 966–970.

- Molnár, P., Csabai, M., & Csörsz, I. (2003). Orvosi professzionalizáció és magatartástudomány. *Magyar Tudomány*, 11, 1391–1395.
- Molnár, R. (2006). A gyógyító orvossá válás néhány jellemzője és problémája napjainkban. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 11, 588–591.
- Molnár, R., & Feith, H. (2000). Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Medicinae*, 10(10), 810–815.
- Molnár, R., Girasek, E., Csinády, A., & Bugán, A. (2010). A szerepkonfliktus pályaszocializációs eredete: a hivatásbeli és a családi szerepek az orvosnőkről és a jogásznőkről alkotott sztereotípiák tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11, 31–51.
- Molnár, R., & Molnár, P. (2002). Az orvosi pályaszocializáció – ahogyan a hallgatók látják. *Lege Artis Medicinae*, 12(4), 250–254.
- Molnár, R., & Molnár, P. (2005). Az orvosszerepről – a pályaszocializáció tükrében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6, 123–140.
- Molnár, R., Nyári, T., & Molnár, P. (2008). Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései. *Orvosi Hetilap*, 149(18), 843–848.
- Papp, Sz., & Túry, F. (2010). A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota. *Lege Artis Medicinae*, 20(6–7), 423–429.
- Parsons, T. (1939). The professions and social structure. *Social Forces*, 17, 29–37.
- Pásztor, K. (2006). Az egészségügyi dolgozók orvoshoz-fordulási szokásai. *Nővér*, 19(3), 3–9.
- Pikó, B. (2006). Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 311–318.
- Pikó, B. (2008). Preklinikai orvostanhallgatók dohányzásnak és dohányzással kapcsolatos attitűdjének vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 149(52), 2471–2478.
- Rurik, I., & Kalabay, L. (2008). Morbidity, demography, life style and self-perceived health of Hungarian medical doctors 25 years after graduation. *Medical Science Monitor*, 14(1), 1–8.
- Sági, M. (2006). Az orvosi hivatás. In Zs. Szántó, & É. Susánszky (szerk.), *Orvosi szociológia* (86–103). Budapest: Semmelweis Kiadó
- Schernhammer, E.S., & Colditz, G.A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161(12), 2295–2302.
- Sima, Á., Pikó, B., & Simon, T. (2004). Orvosegyetemi hallgatók pszichés egészségének és egészségkárosító magatartásának epidemiológiai vizsgálata. *Orvosi Hetilap*, 145, 123–129.
- Szkrajcsics, D. (2005). A migráció jelentősége az ápolók körében. *ETInfo*, 8(1), 16–19.
- Tandari-Kovács, M. (2011). *Érzelmi megterhelődés, lelki kiégés az egészségügyi dolgozók körében*. Letöltve: 2012. 01. 16-án: http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/tandari-kovacsMariann.m.pdf
- Túry, F., & Lajtai, L. (2005). Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái. In M. Kopp, & R. Berghammer (szerk.), *Orvosi Pszichológia* (237–249). Budapest: Medicina
- Váriné Szilágyi, I. (1976). Az orvosképzés néhány problémájáról – ahogyan a pályakezdő orvosaink látják. *Szociológia*, 1, 118–136.
- Váriné Szilágyi, I. (1981). *Fiatal értelmiségiek a pályán*. Budapest: Akadémiai Kiadó

Health status and well-being of health care workers in Hungary: A literature review

GYÓRFFY, ZSUZSA – MOLNÁR, REGINA – SOMORJAI, NOÉMI

Physical and emotional illness and well-being in physicians has become an issue of growing interest in the past few years in Hungary. The aim of our study is to review and show the most important and decisive researches, survey directions, and trends among physicians and medical students in the last two decades in Hungary. The results of several surveys based on objective parameters indicate that morbidity of physicians is higher compared to that of the adequate age-group. Therefore several studies were designed to assess the prevalence of morbidity and its risk factors among physicians in the Hungarian context. Some researchers explored the prevalence, psychosocial characteristics and antecedents of work-family conflict and burnout. Another important research field is the aspects of medical training: the professional socialization, the experienced stress and coping strategies were focused. Our objective was to report on the current research in health professions. Our second objective was to introduce potential recent research fields and to encourage new perspectives.

Keywords: physicians, female physicians, professional socialization, vocation, stress, health