

Fiatal orvosnők testi-lelki egészsége

Az emocionális kimerülés a hiányzó láncszem?

Győrffy Zsuzsa dr. ■ Ádám Szilvia dr.

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

Bevezetés: Az orvosnők testi-lelki egészségére vonatkozó magyarországi vizsgálatok kiemelik a fokozott orvosnői morbiditás problémáját. **Célkitűzés:** A szerzők két orvosnői csoport, a 24–43 évesek és a 44–76 évesek testi-lelki egészséggel, munkavégzéssel kapcsolatos mutatóit hasonlították össze, és keresték azokat a potenciális kockázati tényezőket, amelyek a fiatal orvosnőket veszélyeztetve a későbbi megbetegedések szempontjából kulcsszerepűek. **Módszerek:** 2003–2004-ben lefolytatott, reprezentatív, kvantitatív vizsgálat (N = 408). **Eredmények:** Megállapították, hogy a fiatal orvosnők szignifikánsan nagyobb arányban látnak el ügyeleti és éjszakai munkát, kevesebb szabadidővel és szabadsággal rendelkeznek, kevésbé elégedettek munkájukkal, munkahelyükkel, a kollegiális támogatással és a munkájuk anyagi jellegű elismerésével. A fiatal orvosnői csoportban szignifikánsan magasabb a kiégés, emocionális kimerülés és teljesítménycsökkenés dimenziója, összefüggésben a magasabb depressziópontszámokkal és az öngyilkossági gondolatok nagyobb arányával. **Következtetések:** A későbbi morbiditás szempontjából kulcsszerepűnek tűnik a kiégés szindróma emocionális kimerülés komponensének nagyarányú megjelenése. A kutatás eredményei a prevenció és az intervenció szükségességére hívják fel a figyelmet. *Orv. Hetil.*, 2013, 154, 20–27.

Kulcsszavak: fiatal orvosnők, egészségi állapot, kiégés

Somatic and mental morbidity of young female physicians

Does emotional exhaustion constitute the missing link?

Introduction: The high prevalence of morbidity among female physicians in Hungary is well documented, however, little is known about the prevalence of that in certain age groups. **Aims:** To assess the prevalence of somatic and psychiatric morbidity in two age cohorts (Cohort 1: age 24–43 and Cohort 2: age 44–76) of female physicians and to explore the relationship between morbidity and potential risk factors including work-related stressors. **Methods:** Representative, cross-sectional, quantitative survey among representative samples of female physicians (N = 408). **Results:** Physicians in Cohort 1 reported more frequent night shift rotation, less leisure time, and fewer days off compared to physicians in Cohort 2. Physicians in Cohort 1 were less satisfied with their work, workplace, reported less support from their colleagues, and received lower salary compared to physicians in Cohort 2. Physicians in Cohort 1 scored significantly higher on the emotional exhaustion and the personal accomplishment scales MBI as compared to Cohort 2 physicians. In Cohort 1 emotional exhaustion and personal accomplishment were associated with high depression scores and frequent suicidal ideation. **Conclusions:** The role of emotional exhaustion is decisive of young physicians' well-being. Future research should focus on understanding the psycho-social, individual, organizational, and societal correlates of the high prevalence of morbidity among young female physicians in Hungary. *Orv. Hetil.*, 2013, 154, 20–27.

Keywords: young female physicians, morbidity, burnout

(Beérkezett: 2012. november 9.; elfogadva: 2012. november 23.)

Az elmúlt évtizedek fontos vizsgálati területe az orvosok és orvosnők testi-lelki egészségének kérdése. Számos vizsgálat, tanulmány látott napvilágot, amelyek középpontjában a gyógyítók morbiditása, valamint a kérdéskör szélesebb társadalmi perspektívájának elemzése állt. Az orvosok szomatikus egészsége, mentális megbetegedései, kiégése és az orvosnői szerepkonfliktus té-

mája sok szempontú megközelítés tárgya lett: az utóbbi években például a betegelégedetlenség, a műhibák és kórházi fertőzések emelkedő tendenciáját számos kutatás összefüggésbe hozza a gyógyítók jóllétével [1, 2].

A nemzetközi kutatások egy jelentős részében ugyanakkor a hangsúly még mindig a morbiditás kérdésén van: számos kutatás kiemeli, hogy az orvosok a más ér-

telmiségi szakmákban tevékenykedőkhöz képest jobb szomatikus egészséggel bírnak, kifejezetten hangsúlyozva, hogy például a dohányzás és az ezzel összefüggő betegségek az utóbbi évtizedekben jelentősen visszaszorultak [3]. Nem ennyire egyértelmű a kép a mentális panaszok tekintetében: a szorongás, a depresszió, a különféle addikciók és az öngyilkossággal kapcsolatos mutatók szerint kedvezőtlenebb az orvostársadalom helyzete [4, 5, 6]. Az orvosnők különös veszélyeztettségét mind a depresszió, mind pedig a suicidium területén kiemelten fontos kérdésnek kezeli a szakirodalom [6, 7, 8].

A magyarországi vizsgálatok a jelenség más aspektusára is rávilágítanak: az orvosok és különösen az orvosnők szomatikus és pszichés megbetegedései már az 1990-es éveket megelőző időszak vizsgálataiban is kiemelt témaként jelentek meg [9]. Két évtized magyarországi vizsgálatainak összegzésekként elmondhatjuk, hogy a magyarországi orvosok a krónikus megbetegedések, valamint a mentális problémák tekintetében más diplomásokhoz képest kedvezőtlenebb mutatókkal rendelkeznek [10, 11, 12, 13].

A fenti eredmények mellett egy másik tendencia kirajzolódását is megfigyelhetjük: a magyarországi orvosnők testi-lelki morbiditása a lakossági trendektől eltérő mintázatot mutat, és sokkal inkább a férfiak trendjeihez illeszkedik [9, 10, 13]. Mindezen vizsgálatok inspirálták a 2003–2004-ben orvosnők körében lefolytatott, reprezentatív, keresztmetszeti kutatásunkat is: ebben a kutatásban nemcsak a morbiditás jellemzőit kívántuk bemutatni, hanem a háttérváltozók feltérképezésére is kísérletet tettünk. Eredményeink 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 tényezőknél bizonyultak [14].

A fenti kutatási eredmények ösztönözték jelen vizsgálatunkat is, amelyben célunk az orvosnői morbiditás korai rizikófaktorainak beazonosítása volt. Munkánk alapjául a fenti reprezentatív orvosnői vizsgálat szolgált, ahol a fiatalabb (24–43 éves) és az idősebb (44–76 éves) orvosnői csoport helyzetét igyekeztünk összehasonlítani, és kerestük azokat a potenciális rizikótényezőket, amelyek a fiatal orvosnőket veszélyeztetve a későbbi megbetegedések szempontjából kulcsszerepűek.

Módszer

Kutatásunk módszerül keresztmetszeti kvantitatív szociológiai vizsgálat szolgált. A kvantitatív minta vizsgálati populációját a 2003-ban és 2004-ben lefolytatott felmérés szolgáltatta (N = 650). Mintaválasztási módszerül

véletlen kezdőpontú szisztematikus mintavételt alkalmaztunk, amely a Magyar Orvosi Kamara (MOK) nyilvántartásából volt biztosítható. A kiválasztott minta 62,7%-a (N = 408) adott értékelhető választ anonim, postai önkitöltős kérdőívünkre. Válaszadóink között nagyobb arányban voltak jelen az alapellátásban, illetve az üzemorvosi szakmákban dolgozók, így a kapott 408 fős mintát súlyoztuk a KSH és a MOK által megadott munkahelyi dimenziók alapján.

Az orvosnői célcsoporton belül a testi-lelki morbiditás háttértényezőit elemeztük, és jelen vizsgálatunkban a fiatal (még potenciálisan gyermekvállalási korban lévő) orvosnők mutatóit hasonlítottuk a minta idősebb tagjaiéhoz. Most bemutatott kutatásunkban (N = 395) vizsgálati mintánkat tehát a 164 főből álló „fiatal orvosnői minta” és a 231 főből álló, 44 és 76 év között lévő orvosnői csoport adja.

Vizsgálatunk legfőbb célkitűzése az volt, hogy a fiatal orvosnők egészséggel, munkával és szociális szerepekkel kapcsolatos rizikótényezőit felmérjük, és összehasonlítsuk az idősebb generáció hasonló mutatóival, valamint célul tűztük ki azt is, hogy a magas orvosnői morbiditás lehetséges korai előrejelzőit meghatározzuk.

Felhasznált kérdőívünk az alábbi vizsgált területek köré szerveződött:

1. Demográfiai adatok: életkor, lakóhely, családi állapot, gyerekszám.
2. Munkahelyre vonatkozó adatok: munkahelytípus, jelenlegi szak, szakvizsgák száma, ügyletek száma, mellékállások, magánpraxisok, előző munkahelyek, munkaidő és szabadidő mennyisége, munkával és munkahellyel kapcsolatos attitűdök.
3. Egészségi állapotra vonatkozó adatok: 39 tételből álló betegséglista, egészségi állapot önbecslése, reprodukciós zavarok.
4. Pszichológiai tényezők: depresszió, alvászavarok, öngyilkossági magatartás, kiégés, szerepkonfliktus.
5. Az egészség-magatartás tényezői: dohányzás, alkohol- és nyugtatófogyasztás, sportolás, orvoshoz fordulás.

A *depressziót* a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel vizsgáltuk [15]. Kutatásunkban a BDI Cronbach-alfa értéke: 0,792. Az *alvászavarokat* az Alvászavarok Skála *módosított* változatával mértük [16, 17]. A *szerepkonfliktusra* vonatkozóan egy kérdést tettünk fel: „Milyen gyakran érzi magát ingerültnek vagy elégedetlennek amiatt, hogy munkahelyi, családi és házastársi vagy partneri kötelezettségei közül az egyiket csak a másik rovására tudja ellátni?” [18, 19].

A *kiégés* mérésére a Maslach Burnout Inventoryt (MBI) használtuk. Az MBI egy 19 tételből álló kérdőív, amely a kiégést három dimenzióban méri (emocionális kimerülés, depersonalizáció és teljesítményvesztés). A résztvevők egy hétfokozatú (0–6-ig terjedő) Likert-skálán jelzik, hogy a munkájukkal kapcsolatos egyes érzéseiket milyen gyakran észlelik [20].

1. táblázat | Munkamegterheléssel kapcsolatos tényezők a két orvosnői csoportban

Változók	24–43 éves orvosnők (N = 164), % (N)	44–76 éves orvosnők (N = 231), % (N)	p*
Gazdasági aktivitás			0,001
Alkalmazott/közalkalmazott	56,9 (93)	32,9 (73)	
Vállalkozó	29,4 (48)	51,6 (119)	
<i>Munkahelyek száma</i>			0,001
Egy	63,8 (104)	43,9 (101)	
Kettő vagy több	34,1 (55)	52,4 (121)	
Szakvizsgák száma			0,000
0	23,3 (38)	1,7 (4)	
Egy	45,1 (74)	39,3 (91)	
Kettő vagy több	31,6 (52)	59 (136)	
<i>Ügyeletek</i>			0,001
Nem ügyel	44,4 (73)	63,2 (145)	
Több mint nyolc órát ügyel/hét	55,6 (91)	36,1 (83)	

*A p-érték folytonos változók esetében a független mintás t-tesztnek vagy a Mann-féle U-próbának, kategoriális változók esetében a χ^2 -próbának megfelelő szignifikanciaértéket jelöli.

2. táblázat | Munkával kapcsolatos attitűdök a két orvosnői csoportban

Változók	24–43 éves orvosnők (N = 164), % (N)	44–76 éves orvosnők (N = 231), % (N)	p*
Közepesen/nagyon elégedettek a munkájukkal	38,8 (63)	55,6 (128)	<0,000
Közepesen/nagyon elégedettek a munkahelyükkel	39,2 (64)	68,8 (158)	<0,000
Közepesen/nagyon elégedettek a munkakörülményeikkel	41,4 (67)	58,6 (135)	<0,000
Közepesen/nagyon elégedettek a munkájuk anyagi elismertségével	11,4 (18)	20,5 (47)	<0,000

*A p-érték folytonos változók esetében a független mintás t-tesztnek vagy a Mann-féle U-próbának, kategoriális változók esetében a χ^2 -próbának megfelelő szignifikanciaértéket jelöli.

A munkával (munkahellyel, munkatársi támogatással, munkakörülményekkel, a munka anyagi és nem anyagi jellegű elismerésével) való elégedettséget egy ötfokú attitűdskálával mértük (1 – nagyon elégedett, 5 – nagyon elégedetlen). Az elemzés során a következő kategóriákat alakítottuk ki: 1 – egyáltalán nem vagy kevéssé elégedett, 2 – közepesen/nagyon elégedett.

Vizsgálatunk során az *öngyilkossági gondolatok* mérésére Paykel „Öngyilkossági gondolatok és kísérletek” kérdőívének második kérdését használtuk. Az öngyilkossági gondolatokra vonatkozó kérdés a következő volt: „Foglalkoztatták-e öngyilkossági gondolatok élete során?” [21].

A statisztikai értékelést az SPSS 15.0 statisztikai programcsomag segítségével végeztük. Elemzésünk során a két orvosnői csoport (24–43 évesek és 44–76 évesek) összehasonlítására került sor, ahol a folytonos változók esetében átlagokat, míg a diszkrét változók között frekvenciákat vizsgáltunk. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket is jeleztük. A változók típusa szerint független mintás t-próbát, Mann–Whitney-

féle U-tesztet, illetve χ^2 -próbát alkalmaztunk. Analíziseinkben a $p = 0,05$ -os szignifikanciaszintet használtuk.

Eredmények

A minta szociodemográfiai jellemzőinek leírása

Jelen vizsgálatunkban a 24–43 év közötti orvosnők csoportját (N = 164), valamint a 44 és 76 év közötti orvosnőket (N = 231) hasonlítottuk össze. A fiatal minta orvosnőinek átlagéletkora 35,25 év (SD = 5,741), míg a másik csoporté 52,51 év (SD = 5,934). Lakóhelyüket tekintve a vizsgált minta tagjai közel 40%-ban budapestiek, 25, illetve 24%-ban megyeszékhelyen és városban élnek, és 11%-uk községi lakos. Leíró elemzésünk alapján megállapítottuk, hogy a fiatal orvosnői csoportban szignifikánsan nagyobb arányban vannak jelen azok, akik partnerrel élnek (77,3% vs. 68,3%, $p = 0,053$). Gyerekszám tekintetében megállapítható, hogy a fiatalabb orvosnők nagyobb arányban gyermektelenek

3. táblázat | Az emocionális kimerülés alakulása a két orvosnői csoportban

	Alacsony emocionális kimerülés, % (N)	Közepes emocionális kimerülés, % (N)	Magas emocionális kimerülés, % (N)
24–43 éves orvosnők (N = 164)	9,1 (15)	47,6 (78)	43,3 (71)
44–76 éves orvosnők (N = 232)	12,5 (29)	58,3 (135)	29,3 (68)

4. táblázat | A teljesítménycsökkenés alakulása a két orvosnői csoportban

	Alacsony teljesítménycsökkenés, % (N)	Közepes teljesítménycsökkenés, % (N)	Magas teljesítménycsökkenés, % (N)
24–43 éves orvosnők (N = 164)	29,7 (49)	13,3 (21)	57 (93)
44–76 éves orvosnők (N = 232)	47,6 (110)	14,4 (33)	38 (88)

(27,3% vs. 7,9%, $p = 0,000$). A munkahelytípust vizsgálva úgy találtuk, hogy a fiatal orvosnői csoport szignifikánsan nagyobb arányban dolgozik fekvőbeteg-elátásban (37,8% vs. 16,3%, $p = 0,000$).

Munkával kapcsolatos tényezők a két orvosnői csoportban

A munkával kapcsolatos tényezők vizsgálatakor számos dimenzió mentén hasonlítottuk össze a két orvosnői csoportot. Mindezek alapján megállapítható, hogy a fiatal orvosnők nagyobb arányban dolgoznak közalkalmazottként (56,9% vs. 32,9%, $p = 0,001$), valamint, hogy szignifikánsan kevesebb munkahellyel rendelkeznek (63,8% vs. 43,9%, $p = 0,001$). Megállapítható továbbá az is, hogy a fiatal doktornők kevesebb szakvizsgával rendelkeznek (45,1% vs. 39,3%, $p = 0,000$), ugyanakkor több órát ügyelnek (55,6% vs. 36,1%, $p = 0,001$) (1. táblázat). Jelentős különbséget találtunk a napi szabadidő, valamint a szabadságon töltött idő mennyiségében: a fiatal orvosnők szignifikánsan nagyobb arányban jelezték, hogy hétköznap egyáltalán nem rendelkeznek szabadidővel (9,3% vs. 1,3%, $p = 0,050$), illetve azt, hogy hétvégén is kevesebb mint nyolc óra szabadidővel rendelkeznek (57,3% vs. 35,5%, $p = 0,001$). Jellemző ugyanakkor az is, hogy a fiatal orvosnők kevesebb mint 20 napot töltenek szabadságon egy évben (10,1% vs. 24,8%, $p = 0,000$).

A munkaidő mennyiségén és a munkabeosztás jellemzőin túl rákérdeztünk a munkával kapcsolatos orvosnői attitűdökre is. Vizsgálatunkban azt találtuk, hogy a fiatal orvosnők szignifikánsan kevésbé elégedettek munkájukkal, munkahelyükkel, munkakörülményeikkel és munkájuk anyagi elismertségével (2. táblázat).

Megvizsgáltuk a kiégés szindróma egyes dimenzióinak alakulását a két orvosnői csoportban. Ha a kiégés szindróma egyes komponenseinek súlyossági fokát tekintjük át (alacsony, közepes, magas), azt találjuk, hogy a fiatal orvosnői csoportban szignifikánsan magasabb arányú a közepes és magas arányú emocionális kimerülés ($p = 0,001$) és a teljesítménycsökkenés ($p = 0,000$),

mint az idősebb orvosnői csoport esetében. A deperzonalizáció dimenziójában nem találtunk szignifikáns különbséget a két vizsgált csoport között (3. és 4. táblázat).

A következőkben megvizsgáltuk az emocionális kimerülés és a teljesítménycsökkenés háttértényezőit a fiatal orvosnői csoportban. Az emocionális kimerülés szignifikáns kapcsolatban állt a túlterheltségérzéssel, a feszült helyzetek meglétével ($p = 0,002$), az ügyetek vállalásával ($p = 0,000$), az elégtelen alvásmennyiséggel ($p = 0,003$), az alváshiányból fakadó napközbeni fáradtságérzéssel ($p = 0,005$), a munkatársakkal való elégedetlenséggel ($p = 0,031$). Mindezeket túl az emocionális kimerülés szignifikáns kapcsolatot mutatott a depressziós tünetekkel ($p = 0,016$) és a gyomorfekély-problémákkal ($p = 0,004$).

A kiégés teljesítménycsökkenés dimenziója szignifikáns kapcsolatban állt az ügyetek számával ($p = 0,015$), a túlterheltséggel ($p = 0,008$), a munkakörülményekkel ($p = 0,004$), a munkatársakkal való elégedettséggel ($p = 0,004$) és a munka anyagi elismerésével ($p = 0,048$). A teljesítménycsökkenés mindezeket túl szignifikáns kapcsolatot mutatott az öngyilkossági gondolatok megjelenésével is ($p = 0,018$).

A családi és a munkahelyi szerepek konfliktusát tekintve elmondható, hogy a két orvosnői csoport között nem találtunk szignifikáns eltérést. Míg a fiatal orvosnői csoport tagjai 65,1%-ban érezték gyakran, illetve nagyon gyakran konfliktust a különböző szerepek összeegyeztetése során, addig a másik orvosnői csoportban az észlelt magas szerepkonfliktus aránya 61,2% volt.

A szomatikus és mentális egészség, valamint az egészség-magatartás mutatóinak alakulása

A következőkben megvizsgáltuk a két orvosnői csoport szomatikus és mentális egészségmutatóit, valamint az egészség-magatartás meghatározó tényezőit. Az egészségi állapot subjektív megítélésénél a jelenlegi egészségi állapotot, valamint a saját korosztályhoz való viszonyítást tekintve a fiatal orvosnői csoport szignifikánsan

5. táblázat | A depresszióponyszámok alakulása a két orvosnői csoportban

BDI	24–43 év közötti orvosnők (N = 164), % (N)	44–76 év közötti orvosnők (N = 232), % (N)
Enyhe	20 (32)	11,1 (25)
Közepes	3,3 (5)	3,5 (8)
Súlyos	2 (3)	0 (0)

tartja jónak, illetve nagyon jónak az egészségi állapotát (63,9% vs. 36,1, $p = 0,001$). Ugyancsak szignifikánsan kevesebb krónikus betegséggel is rendelkeznek és kevesebbet fordulnak orvoshoz, mint az idősebb orvosnői korcsoport tagjai (adat nem mutatva).

Korábbi vizsgálataink eredményeit alapul véve kiemelten fontosnak tartottuk, hogy az alvással és alvászavarokkal kapcsolatos mutatókat feltérképezzük. Jelen eredményeink azt mutatják, hogy a fiatal orvosnők számára szignifikánsan kevésbé elegendő a rendelkezésre álló napi alvásmennyiség (51,8%-uk számára nem elegendő, míg a másik orvosnői csoportban 35,5% ez az arány, $p = 0,001$). Ezzel párhuzamosan szignifikánsan több fiatal orvosnő jelezte, hogy komoly problémát jelent számára a kialvatlanság miatti fáradtság napközben (39,9% vs. 22,2%, $p = 0,007$). Ugyancsak szignifikáns a különbség a tekintetben is, hogy ez a kialvatlanságból eredő fáradtság jelentős mértékben befolyásolja a fiatal doktornők napi teljesítményét (57,1% vs. 45,1%, $p = 0,003$). Az alvászavarok tekintetében azonban nem találtunk szignifikáns különbséget a két vizsgált csoport között.

A Beck-féle depresszióponyszámok alapján a fiatal orvosnői mintában az enyhe depresszió szignifikánsan magasabb arányú ($p = 0,000$) (5. táblázat).

Az orvosnői minta mindkét csoportjában megvizsgáltuk az öngyilkossági gondolatok és kísérletek előfordulását. A fiatal orvosnői csoportban a megkérdezettek 26,1%-a számolt be öngyilkossági gondolatokról, míg a másik orvosnői csoportban 14,1% volt az arány. Ez szignifikáns különbséget jelent a két csoport között ($p = 0,001$). Ugyanakkor az öngyilkossági kísérletek vizsgálatakor nem találtunk különbséget a két csoport között.

Az egészség-magatartás különböző tényezőit vizsgálva megállapítottuk, hogy a fiatal orvosnők szignifikánsan kevesebbet dohányoznak (25,6% vs. 41,1%), többet sportolnak (66,9% vs. 51,2%), ugyanakkor – saját megítélésük szerint – kevésbé táplálkoznak egészségesen (55,6% vs. 42,1%).

Megbeszélés

Korábbi vizsgálataink eredményeit alapul véve, jelen tanulmányunkban a fiatal (24–43 év közötti) orvosnők helyzetét, valamint a későbbi megbetegedésekben szerepet játszó potenciális rizikótényezőket igyekeztünk beazonosítani. Két orvosnői korcsoportot (24–43 év

és 44–76 év) alapul véve kíséreltük meg a munkából, a munka és családi szerepek összeegyeztetéséből, valamint a szomatikus és mentális egészségmutatókból, egészség-magatartási tényezőkből kirajzolódó különbségeket leírni.

Vizsgálatunk nyomán megállapítható, hogy a fiatal doktornők nagyobb arányban dolgoznak közalkalmazottként és fekvőbeteg-ellátásban. Nagyobb arányban látnak el ügyeleti munkát is, és szignifikánsan kevesebb szabadidővel/szabadsággal rendelkeznek idősebb kollégáiknál. A munkával kapcsolatos attitűdök vizsgálata egyértelműen azt mutatja, hogy kevésbé elégedettek munkájukkal, munkahelyükkel, munkakörülményeikkel és munkájuk anyagi elismerésével. A kiégés szindróma tekintetében idősebb kollégáiknál szignifikánsan jobban érintettek az emocionális kimerülés és a teljesítményvesztés dimenziójában. Ugyanakkor a szerepkonfliktust vizsgálva nem találtunk szignifikáns különbséget a két orvosnői csoport között: a munka és a családi szerepek összehangolásának problémájában mindkét csoport mintegy 60%-ban érintett.

A szomatikus egészségmutatók tekintetében a fiatal orvosnői csoport egészségesebbnek bizonyult (szubjektív egészségmutatók, megbetegedések, dohányzás, nagyobb arányú sporttevékenység), ugyanakkor a mentális egészség néhány aspektusa már problémát jelez. Nem találtunk különbséget az alvászavarok tekintetében, de elmondható, hogy a fiatal orvosnők komoly alváshiánnyal küzdenek: szignifikánsan kevésbé elegendő számukra a naponta rendelkezésre álló alvásmennyiség, és szignifikánsan jellemző a napközbeni kialvatlanság és teljesítményromlás is a körükben. A Beck-féle depresszióponyszámokat összehasonlítva megállapítottuk, hogy az enyhe depresszió a fiatal orvosnőkre szignifikánsan jellemzőbb. Az öngyilkossági gondolatok alakulásában is fiatal orvosnői többletet találtunk, azonban az öngyilkossági kísérletek tekintetében nem tártunk fel különbséget.

Korábbi vizsgálatunk az orvosnői morbiditás rizikofaktorainak tekintetében három tényező kulcsszerepére hívta fel a figyelmet: a káros anyagokkal való érintkezés, az alvászavarok és a szerepkonfliktus problémájára [14]. A káros anyagokkal való érintkezés esetében nem találtunk szignifikáns különbséget a két orvosnői csoport között.

Ugyanakkor jelen vizsgálatunkban is fontos tényezőként mutatkozott meg az alvászavarok problémája: az elégtelen alvásmennyiség, a fokozott ügyeleti terhek, a változó műszakbeosztásból fakadóan a cirkadián ritmus felborulása, a fáradtság és teljesítményromlás mind a későbbi alvászavarok „előhírnökeiként” jelennek meg.

Harmadik tényezőként a szerepkonfliktus problémája mindkét csoportban 60%-ban fordul elő; ez azt jelzi, hogy minden bizonnyal mindkét életszakaszban a családi és a munkahelyi szerepek összeegyeztetése komoly problémát jelent. Bár eredményeink nem mutatják, hogy a fiatal orvosnők nagyobb nehézségként

élnék meg szerepeik összeegyeztetését, mégis úgy találtuk, hogy a gyermekvállalás, valamint a kisgyermekgondozás és -nevelés szempontjából kitüntetett időszakban (a 24. és 43. életév között) a legnagyobb az orvosnők munkamegterhelése, és ebben az időszakban látnak el legnagyobb arányban éjszakai munkát. Vizsgálatunkkal párhuzamosan számos nemzetközi kutatás jelzi, hogy a változó munkabeosztás és az éjszakai munkavégzés jelentős tényező az orvosnői distressz és megbetegedések alakulásában [22, 23].

Korábbi vizsgálatunkban úgy találtuk, hogy a kiégés szindróma nem jelenik meg közvetlen veszélyeztető tényezőként a krónikus betegségek kialakulásában, de mind az alvászavarok, mind pedig a szerepkonfliktus fontos háttérváltozójaként kirajzolódik [14]. A két orvosnői csoportot összehasonlító vizsgálatunkban új eredményként úgy találtuk, hogy a kiégés szindróma emocionális kimerülés és teljesítménycsökkenés aspektusa jelentősen különbözik: a fiatal orvosnők különösen érintettek az emocionális kimerülés és a teljesítménycsökkenés dimenziójában. Eredményeinkkel összhangban a nemzetközi szakirodalom megerősíti, hogy a kiégés tekintetében a fiatal orvosok vannak a legnagyobb veszélyben: az idealisztikus elképzelések és a realitás találgatása sok esetben okoz problémát, valamint a nagy munkamegterhelés és az alacsony munkavégzés feletti kontroll is potenciális veszélyeztető tényezőként jelenik meg [24, 25, 26].

Számtalan vizsgálat tárgya a kiégés egyes dimenzióinak gender aspektusa is: ezek megerősítik, hogy a nagyobb érzelmi bevonódással, magasabb empátiás attitűddel rendelkezők (sok esetben inkább az orvosnők) hamarabb válnak az emocionális kimerülés áldozatává [27, 28]. A személyiségtényezők mellett fontos kérdés a munkafeltételek, a munkakörnyezet és a munkatársi támogatás kérdése is [29]. Ahogy az vizsgálatunkban is kirajzolódik, a munkával, a munkafeltételekkel és az anyagi megbecsültséggel kapcsolatos tényezők kulcsszerepűek lehetnek a kiégés és közvetve a későbbi megbetegedések kialakulásában.

Kutatásunk eredménye azt mutatja, hogy a fiatal orvosnők mintegy 90%-ban közepesen vagy magas arányban érintettek az emocionális kimerülésben, s ennek a jelenségnek minden bizonnyal kulcsszerepe van a fiatal orvosnők testi-lelki jóllétében – szoros összefüggésben a jelenlegi depresszió és öngyilkossági gondolatok mutatóival, valamint a későbbiekben megjelenő megbetegedések esetleges prediktoraként. A kiégés különböző dimenzióit vizsgáló magyarországi kutatásokhoz képest jelen vizsgálatunk fiatal orvosnői magasabb emocionális kimerülést mutatnak [30, 31, 32, 33]. A szakirodalom alapján elmondható, hogy az emocionális kimerülés hátterében több tényező hatása figyelhető meg: állandó, intenzív kapcsolat a betegekkel, negatív érzelmek, események magas száma, a bevonódás és a távolságtartás egyensúlyának felborulása, gyakori krízishelyzetek [34].

Néhány hazai vizsgálat mindezeket kiegészítve kiemeli, hogy az orvostanhallgató nők pályaszocializációjuk során altruistább, családcentrikusabb, korán elköteleződő, idealisztikusabb elképzelésekkel bírnak férfi kollégáiknál, illetve a más egyetemeken (jogi pálya) tanuló nőknél [35]. A fenti vizsgálatot erősíti az a szakterület-választásra vonatkozó kutatás is, amelyben kirajzolódik, hogy az orvosnők esetében mérhetően magasabb az altruisztikus motivációk szerepe mind az orvosi pálya-választásban, mind a szakterület-választásban: úgy tűnik, hogy a leendő orvosnők számára fontosabb az, hogy segítsenek a betegeknek, mintsem, hogy jól kiszámítható munkakört töltsenek be, amely talán könnyebb életkörülményeket teremthet számukra [36]. Valószínűsíthetően a munkára vonatkozó elképzelések és a valós helyzetből fakadó feszültségek, valamint az élet különféle területein való maximális megfelelés igénye sok esetben olyan feloldhatatlan problémát jelent, amely a munka – előbbiekben felsorolt – megterhelő elemei mellett további veszélyeztető tényezőként jelenik meg. Mindezeket megerősítik a szerepkonfliktus és a kiégés kapcsolatára vonatkozó kutatások is, amelyekben a szerepkonfliktus magasabb szintje és a burnout-pontszámok emelkedése között szoros összefüggés figyelhető meg [37, 38, 39].

Kutatásunk céljával tűztük ki az orvosnői morbiditás korai rizikófaktorainak beazonosítását. Jelen vizsgálatunkban azokat a tényezőket kerestük, amelyek jelentősek a későbbi megbetegedések szempontjából. Kapott eredményeink a fiatal orvosnők jelentős munkamegterhelését mutatják, illetve a nagyarányú emocionális kimerülés és teljesítménycsökkenés kulcsszerepére hívják fel a figyelmet. Vizsgálatunk korlátai között kell megemlítenünk, hogy mind a szerepkonfliktus, mind pedig a munkastressz mérése egy-egy tétellel történt, valamint, hogy a keresztmetszeti vizsgálat jellege a pontos okozati viszonyok meghatározását nem teszi lehetővé. Ugyanakkor reprezentatív orvosnői mintán mindaddig még nem történt hasonló vizsgálat Magyarországon, így jelen munkánk fontos szerepet tölthet be a gyakorlati prevenció és intervenció területén. Az orvosnői mentális morbiditás megelőzését és kezelését tekinti feladatának a 2012 tavaszán életre hívott Gyógyító Nőkért Alapítvány (www.gyogytonokert.hu) is, amely anonim, on-line tanácsadó szolgálatával – Magyarországon elsőként – igyekszik professzionális segítséget nyújtani a mentális problémákkal, kiégéssel, kimerültséggel küzdő doktornőknek. Bízunk benne, hogy jelen vizsgálatunk a megelőzés ehhez hasonló módszereinek hatékonyabb kidolgozását segíti elő.

A tanulmány az első szerző Bolyai János Kutatási Ösztöndíjának támogatásával készült.

Az orvosnői kutatást az OKTK 2004/0168-as és 2005/0109-es programja támogatta.

Irodalom

- [1] *Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., et al.*: Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am. J. Infect. Control*, 2012, 40, 486–490.
- [2] *Aiken, L. H., Sloane, D. M., Clarke, S., et al.*: Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int. J. Qual. Health Care*, 2011, 23, 357–364.
- [3] *Smith, D. R., Leggat, P. A.*: An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health*, 2007, 7, 115. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1906758/>. Accessed: 2012.10.24.
- [4] *Embricaco, N., Hraiech, S., Azoular, E., et al.*: Symptoms of depression in ICU physicians. *Ann. Intensive Care*, 2012, 2, 34. [Epub ahead of print] <http://www.annalsintensivecare.com/content/pdf/2110-5820-2-34.pdf>. Accessed: 2012.10.24.
- [5] *Tyssen, R.*: Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind. Health*, 2007, 45, 599–610.
- [6] *Schernhammer, E. S., Colditz, G. A.*: Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am. J. Psychiatry*, 2004, 161, 2295–2302.
- [7] *Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Shanafelt, T. D.*: Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad. Med.*, 2006, 81, 354–373.
- [8] *Túry, F., Lajtai, L.*: Profession and personality. Psychological problems of physicians and medical students. In: *Medical psychology*. Eds.: Kopp, M., Berghammer, R. [Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái. In: *Orvosi pszichológia*.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2005, 240–248. [Hungarian]
- [9] *Molnár, L., Mezey, M.*: About the doctors' mortality and morbidity I–III. [Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról I–III.] *Lege Artis Medicinae*, 1991, 2, 524–528., 640–644., 966–970. [Hungarian]
- [10] *Győrffy, Zs., Ádám, Sz., Kopp, M.*: Health status of physicians in Hungary: a representative study. [A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota – országos reprezentatív minta alapján.] *Orv. Hetil.*, 2005, 146, 1383–1391. [Hungarian]
- [11] *Hegedűs, K., Riskó, Á.*: Physical and psychological condition of health care workers dealing with the seriously ill. In: *The life quality of Hungarian population on the turn of millennium*. Eds.: Kopp, M., Kovács, M. [Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. In: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006, 302–313. [Hungarian]
- [12] *Rurik, I., Kalabay, L.*: Morbidity, demography, life style and self-perceived health of Hungarian medical doctors 25 years after graduation. *Med. Scie. Monit.*, 2008, 14, SR1–SR8.
- [13] *Győrffy, Zs., Molnár, R., Somorjai, N.*: Health status and well-being of health care workers in Hungary. A literature review. [Gyógyítók helyzete és egészsége – a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése.] *Mentálhigiénié és Pszichoszomatika*, 2012, 12, 107–126. [Hungarian]
- [14] *Győrffy, Zs.*: Licence to health: Morbidity and stress predictors among female Hungarian physicians. [Az (orvos)egészséghez való jog anomáliái – Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében.] *Emberi Jogok Magyar Központja Közalapítvány*, Budapest, 2010. [Hungarian]
- [15] *Rózsa, S., Szádóczy, E., Fűredi, J.*: The short version of Beck depression scale in a Hungarian sample. [A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.] *Psychiatria Hungarica*, 2001, 16, 384–402. [Hungarian]
- [16] *Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., Paparrigopoulos, T. J.*: The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J. Psychosom. Res.*, 2003, 55, 263–267.
- [17] *Novák, M., Mucsi, I., Shapiro, C. M., et al.*: Increased utilization of health services by insomniacs – an epidemiological perspective. *J. Psychosom. Res.*, 2004, 56, 527–536.
- [18] *Firth, L., Mellor, D. J., Moore, K. A., et al.*: How can managers reduce employee intention to quit? *Journal of Managerial Psychology*, 2004, 19, 170–187.
- [19] *Warde, C., Allen, W., Gelberg, L.*: Physician role conflict and resulting career changes. Gender and generational differences. *J. Gen. Intern. Med.*, 1996, 11, 729–735.
- [20] *Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P.*: *Maslach Burnout Inventory Manual* (3rd edition). Consulting Psychologist Press, Palo Alto, California, 1996.
- [21] *Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., et al.*: Suicidal feelings in the general population: a prevalence study. *Br. J. Psychiatry*, 1974, 124, 460–469.
- [22] *Wang, Y. J., Hsu, K. L., Chang, C. S., et al.*: Interrelationships between romance, life quality, and medical training of female residents. *J. Chin. Med. Assoc.*, 2012, 75, 402–408.
- [23] *Hayasaka, Y., Nakamura, K., Yamamoto, M., et al.*: Work environment and mental health status assessed by the general health questionnaire in female Japanese doctors. *Ind. Health*, 2007, 45, 781–786.
- [24] *Sochos, A., Bowers, A., Kinman, G.*: Work stressors, social support, and burnout in junior doctors: Exploring direct and indirect pathways. *Journal of Employment Counseling*, 2012, 49, 62–73.
- [25] *Shirom, A., Nirel, N., Vinokur, A. D.*: Work hours and caseload as predictors of physician burnout: The mediating effects by perceived workload and by autonomy. *Applied Psychology*, 2010, 59, 539–565.
- [26] *Chen, D. R.*: Psychosocial work environment and self-rated health: A comparative study of DC and ERI models in a sample of medical specialists. *Taiwan Journal of Public Health*, 2006, 25, 93–106.
- [27] *Backović, D. V., Živojinović, J. I., Maksimović, J., et al.*: Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education. *Psychiatr. Danub.*, 2012, 24, 175–181.
- [28] *Kovács, M.*: The phenomenon of burnout in view of the Hungarian and the international literature. [A kiégés jelensége a kutatási eredmények tükrében.] *Lege Artis Medicinae*, 2006, 16, 981–987. [Hungarian]
- [29] *Leiter, M. P., Maslach, C.*: Nurse turnover: the mediating role of burnout. *J. Nurs. Manag.*, 2009, 17, 331–339.
- [30] *Fülöp, E., Devecsery, Á., Csabai, M.*: Relationship between emotional involvement and burnout among psychiatric residents. [Az érzelmi bevonódás és a kiégés összefüggései pszichiáter rezidensek körében.] *Mentálhigiénié és Pszichoszomatika*, 2012, 12, 201–217. [Hungarian]
- [31] *Harmatta, J., Ádám, Sz., Győrffy, Zs., et al.*: Workload and work stress among the Hungarian psychiatrists. [A munkamegterhelés és a munkával kapcsolatos stressztényezők a magyarországi pszichiáterek körében.] *Psychiatria Hungarica*, 2010, 25, 417–424. [Hungarian]
- [32] *Papp, Sz., Túry, F.*: Future perspectives and health conditions of recently graduated physicians. [A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota.] *Lege Artis Medicinae*, 2010, 20, 423–429. [Hungarian]
- [33] *Ádám, Sz., Torzsa, P., Győrffy, Zs., et al.*: Frequent high-level burnout among general practitioners and residents. [Gyakori magas fokú kiégés a háziorvosok és a háziorvos rezidensek körében.] *Orv. Hetil.*, 2009, 150, 317–323. [Hungarian]
- [34] *Major, J., Ress, K., Hulesch, B., et al.*: Burnout phenomenon in the medical profession. [A kiégés jelensége az orvosi hivatásban.] *Lege Artis Medicinae*, 2006, 16, 367–373. [Hungarian]
- [35] *Molnár, R., Girasek, E., Csinády, A., et al.*: What is the doctor like, if female? – Female doctors' ideal image based on empirical studies. [Milyen az orvos, ha nő? – Az orvosnő ideáltípi-

- kus képe empirikus vizsgálatok alapján.] *Lege Artis Medicinae*, 2012, 22, 218–224. [Hungarian]
- [36] *Girasek, E.*: The role of the lifestyle in the specialities choice. [Életstílus szerepe az orvosi szakterület-választásban.] http://gyogyitonokert.hu/wp/gyogyitonok/?page_id=995 [Hungarian]
- [37] *Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., et al.*: Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch. Intern. Med.*, 2012, 172, 1377–1385. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199. [Epub ahead of print]
- [38] *Wang, Y., Liu, L., Wang, J., et al.*: Work-family conflict and burnout among Chinese doctors: The mediating role of psychological capital. *J. Occup. Health*, 2012, 54, 232–240.
- [39] *Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Balch, C. M., et al.*: Relationship between work-home conflicts and burnout among American surgeons: A comparison by sex. *Arch. Surg.*, 2011, 146, 211–217.

(Győrffy Zsuzsa dr.,
Budapest, Nagyváradi tér 4., 1089
e-mail: gyorzsu@net.sote.hu)

Tudomány szórakoztatóan
Az Akadémiai Kiadó
ÚJ POLIHISZTOR sorozata

AKADÉMIAI KIADÓ

AKADÉMIAI KIADÓ Zrt.
1117 Budapest, Prielle K. u. 19.
Telefon: (06 1) 464 8200
email: ak@akrt.hu
www.akademiaikiado.hu