

Orvostanhallgatók Magyarországon: átalakuló vagy elnőiesedő hivatás?

Győrffy Zsuzsa dr.¹ ■ Csala Irén dr.^{1,2} ■ Sándor Imola¹

Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, ¹Magatartástudományi Intézet,

²Kútvölgyi Klinikai Tömb, Klinikai és Kutatási Mentálhigiénés Osztály, Budapest

Bevezetés: Az orvostanhallgatók pályaszocializációjáról, testi-lelki egészségéről számos hazai és nemzetközi vizsgálat született. **Célkitűzés:** A medikusok pályaválasztással kapcsolatos motivációinak, testi-lelki egészségének és stresszterhelésének összehasonlítása. **Módszer:** Orvostanhallgatók (n = 731) körében végzett országos, kvantitatív felmérés. **Eredmények:** A medikák korábban döntenek az orvosi pálya mellett, nem áll előttük orvosszerepmodell és a pályaválasztási motivációik altruisztikusabbak a medikusokkal összehasonlítva. Az orvostanhallgató nők jobban érintettek a pszichoszomatikus tünetekben és több stressztényezőről számolnak be, mint férfi kollégáik. Nagyobb arányban fordul elő körükben alvászavar, túlterheltebbnek érzik magukat, valamint a kiegészítő emocionális kimerülés komponense is szignifikánsan nagyobb mértékben jelentkezik körükben. **Következtetések:** A vizsgálat eredménye felhívja a figyelmet arra, hogy a medikák testi-lelki egészségvédelme kulcsszerepű a későbbi orvosnői morbiditás megelőzésében. *Orv. Hetil.*, 2013, 154(49), 1950–1958.

Kulcsszavak: orvostanhallgatók, pályaválasztás, stressztényezők, gender

Medical students of Hungary. A changing profession or feminisation?

Introduction: Career motivations, professional socialization, as well as somatic and mental health of medical students have received a growing interest. **Aim:** To explore gender-related differences among medical students in the fields of career motivations, somatic and mental health, and stress factors. **Method:** Nationwide, cross-sectional, quantitative survey on a sample of medical students (n = 731). **Results:** Female medical students choose their profession earlier, and their career motivations are more altruistic than their male colleagues. The lack of the role model is more typical for females. Female students have more psychosomatic disorders, and complain about more stress factors than males. Workload, sleeping disorders and emotional exhaustion are significantly higher among female medical students. **Conclusions:** The results show that health protection of female medical students may have a key role in the prevention of subsequent morbidity of female physicians in Hungary.

Keywords: medical students, career motivation, factor of stress, gender

Győrffy, Zs., Csala, I., Sándor, I. (2013). [Medical students of Hungary. A changing profession or feminisation?]. *Orv. Hetil.*, 154(49), 1950–1958.

(Beérkezett: 2013. október 6.; elfogadva: 2013. október 31.)

Az orvostanhallgatókkal és a hivatás változásával kapcsolatos kutatások mind a nemzetközi, mind pedig a hazai szakirodalom meghatározó részét alkotják. Az orvoslás gazdasági, társadalmi, tudományos és technikai körülményeinek gyors változásai mind a hivatásra készülőköt, mind pedig a hivatásgyakorlókat jelentős kihívások elé állítják. Az orvosok testi-lelki jólléte mellett a leginkább kutatott területként talán a hivatás változásai: a depro-

fesszionalizáció és a reprofesszionalizáció jelenségei kerülnek előtérbe. Az orvosi hivatás fogalma sok szerző véleménye szerint markánsan átalakul: a karizmatikus gyógyítói szerep mellett egyre inkább kirajzolódik a szolgáltató szakember profilja [1, 2]. Ennek megfelelően változások figyelhetők meg az orvosi szakma rekrutációjában: kevésbé jelenik meg hangsúlyos módon a család (az orvos szülő) hatása és a korai elköteleződés. Az alt-

ruisztikus motivációk mellett egyéb szempontok (életstílus, biztos munka, külföldi munkalehetőség) is megjelennek a pályaválasztáskor [3, 4, 5].

A fenti trendek mellett világszerte megfigyelhető jelenség az orvosi szakma „elnyőiesedése”. Magyarországon a KSH adatsora alapján elmondható, hogy a fiatal (26–29 éves) korosztályban az orvosnők aránya a kétszerese férfi kollégáikénak [6, 7]. E jelenség – sok egyéb vonatkozása mellett – azért is figyelemreméltó, mert a hazai kutatások egyértelműen jelzik a magyarországi orvosnők magas testi-lelki morbiditását, az ún. „magyarországi orvosnő-paradoxon” jelenségét. A magyarországi orvosnők körében egyes krónikus betegségek gyakrabban és halmozottabban fordulnak elő, mint más diplomás szakmában dolgozóknál [8]. Mindezeket túl a fiatal orvosnőkre irányuló vizsgálatainkban megállapítottuk, hogy idősebb kollégáikkal való összevetésben náluk jelentősebb a kiégés, emocionális kimerülés és teljesítménycsökkenés dimenziója, összefüggésben a magasabb depressziópontszámokkal és az öngyilkossági gondolatok nagyobb arányával [9].

Néhány hazai vizsgálat mindezeket kiegészítve kiemeli, hogy az orvostanhallgató nők pályaszocializációjuk során altruistább, családcentrikusabb, korán elköteleződő, idealisztikusabb elképzelésekkel bírnak férfi kollégáiknál, illetve a más egyetemen (jogi pályán) tanuló nőknél [10]. 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 pályaválasztásban, 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 teremthetne számukra [11].

A fent ismertetett témákon túlmenően elmondható, hogy a magyarországi orvostanhallgatókkal kapcsolatos kutatások igen sokszínűek. Fontos vizsgálati területként a pályaválasztás és a pályaszocializáció alakulása [10, 12], az egészségmagatartás vizsgálata [13, 14, 15], valamint a hallgatói elköteleződés és a kiégés kutatási irányai [16, 17] rajzolódhatnak ki.

A hazai vizsgálatokkal összhangban számos nemzetközi kutatás rámutat arra, hogy az orvostanhallgatók viszonylag magas kockázatnak vannak kitéve a stressz, a depresszió, a szorongás [18, 19], az öngyilkossági gondolatok [20] és a kiégés [18] szempontjából. Egy norvég longitudinális vizsgálat eredménye szerint a harmadéves hallgatók mintegy 30 százaléka számolt be olyan mentális problémáról (depresszió, szorongás, stressz), amely kezelést igényelt volna, ezzel szemben több mint 50 százalékuk nem keresett szakszerű segítséget. Ebben a vizsgálatban az egyes betegségek prevalencia értéke és a prediktorai tekintetében nem volt különbség a két nem között [19]. Egy 2007-es svéd vizsgálat is hasonló eredményekről számolt be, itt a harmadéves hallgatók 27%-ának volt pszichiátriai diagnózisa, és a hallgatók 42

százaléka számolt be depressziós epizódról [21]. Hogy az orvoseképzésre bekerülve fokozatosan romlik a hallgatók testi-lelki egészsége, azt más nemzetközi vizsgálatok is alátámasztják, kimutatva, hogy ezek háttérben gyakran a nagyfokú emocionális, intellektuális igénybevétel és a társas kihívás áll. A képzés sikeres elvégzése számos olyan – intellektuális képességtől független – külső és belső erőforrás függvénye, amelyekkel nem rendelkezik magától értetődően minden hallgató. Például a stresszhelyzetek kihívásként való értékelése vagy a reziliencia (rugalmasság) olyan védőfaktorok bizonyultak, amelyek bizonyítottan eredményesebbé és egészségesebbé teszik a hallgatókat [22].

A fent ismertetett eredmények fényében fontosnak gondoljuk, hogy az orvostanhallgató nőkre vonatkozóan releváns, új kutatási eredmények lássanak napvilágot, amelyek a későbbi morbiditás alakulása szempontjából fontos szereppel bírhatnak. Vizsgálatunk célkitűzése, hogy a hazai orvostanhallgató nők és férfiak pályaválasztását, pályamotivációját, testi-lelki egészségét és stresszterhelését feltérképezzük, és a körükben jelentkező hasonlóságokra és különbségekre rávilágítsunk.

Módszer

A 2012/2013-as tanév során a négy magyarországi orvosegyetem (Budapest, Debrecen, Pécs, Szeged) általános orvos szakos hallgatóinak körében vettünk fel önkéntes, anonim kérdőíveket. A mintavételkor kiválasztásunk fő szempontja az volt, hogy a preklinikai, valamint a klinikai képzésben tanuló hallgatók hasonló arányban jelenjenek meg a mintában. A szakirodalom eredményei alapján [23] a leginkább „vívásvezetőnek” tekinthető tanulmányi időszakban levő, azaz az I., a III., valamint a VI. évfolyamos hallgatók mintába kerülésének minél nagyobb arányát tartottuk szem előtt. A kérdőíves felméréshez – adatvédelmi okokból – nem tudtunk valószínűségi mintavételt alkalmazni. A hallgatók szociodemográfiai összetételére vonatkozóan sem áll rendelkezésre olyan részletes statisztikai adat, amely lehetővé tette volna a reprezentativitásnak megfelelő utólagos súlyozást, így eredményeink csak korlátozottan általánosíthatók a hazai orvostanhallgató populáció egészére. A vizsgálatot a Semmelweis Egyetem Etikai Bizottságának engedélyével folytattuk le.

Kutatásunk középpontjában a hazai orvostanhallgatók testi-lelki egészségének, egészségmagatartásának, stresszterhelésének és megküzdési stratégiáinak, valamint pályamotivációinak felmérése állt. Jelen felmérésünk kérdőívtervezésénél nagymértékben támaszkodtunk korábban végzett, orvosokra irányuló kutatásainkra [8, 24].

Kérdőívünk az alábbi kérdéscsoportokat tartalmazta:

1. Demográfiai adatok (nem, életkor, évfolyam, egyetem).

2. Egészségi állapotra vonatkozó adatok (pszichoszomatikus tünetlista, egészségi állapot önbecslése).
3. Pszichológiai tényezők (depresszió, alvászavarok, öngyilkossági magatartás, kiégés, empátiás attitűd alakulása, szülői kötődés).
4. Az egészségmagatartás tényezői (dohányzás, alkoholfogyasztás, sportolás).
5. A hivatás háttértényezői (orvos szülők, pályaválasztás időpontja, pályaválasztási motivációk).
6. Stresszforrások az orvosegyetemi évek alatt (stressztényezők, vizsgastressz, túlterheltség, megküzdés, boncolással kapcsolatos stresszforrások).

Mérőeszközök

Tanulmányunk fókuszában a következő mérőeszközök állnak:

A *depressziót* a Rövidített Beck Depresszió Kérdőívvel mértük [25]. A Rövidített Beck Depresszió Kérdőív összpontszámait az eredeti verzióra átszámítva (összpontszám/9×21) a kapott érték alapján hagyományosan négy depressziókatételező kategória különböztethető meg: 0–9: a depressziós tünetek nem jellemzőek; 10–18: enyhe depressziós tünetek; 19–26: közepes depresszió; 26 felett: súlyos depressziós tünetek. Ennek ismeretében hoztuk létre a Rövidített Beck Depresszió két kategóriás változóját: 0: nincs depresszió (a skála pontértéke 0–9), 1: enyhe, közepes, súlyos depresszió (a skála pontértéke 10 felett). Vizsgálatunkban a BDI Cronbach-alfa-értéke: 0,806.

Az *alvászavarokat* az Alvászavarok Skálával (Athéni Insomnia Skála rövidített, magyar változata) mértük [26, 27]. Az eredeti skála 8 kérdést tartalmaz, például: „Vannak-e alvással kapcsolatos problémái, amelyek az elmúlt hónap során hetente 3 alkalommal előfordultak?”, „Problémát okoz az elalvás? Az éjszakai felébredés? A túl korai ébredés? Az alvás teljes időtartama?” (0: nem okoz problémát, 1: enyhe problémát okoz, 2: jelentős problémát okoz, 3: súlyos problémát okoz). Az epidemiológiai felmérésekben a 10 pontos pontszám megfelelő, korábbi adatok alapján feltételezve, hogy az átlagpopuláció körében az inszomnia prevalenciája 10 százalék körüli [26]. Mintánkban az AIS magyar változatának Cronbach-alfa-értéke: 0,866.

Vizsgálatunk során az *öngyilkossági gondolatok* mérésére Paykel „Öngyilkossági gondolatok és kísérletek” kérdőívének második kérdését használtuk [28]. Az öngyilkossági gondolatokra vonatkozó kérdés a következő volt: „Foglalkoztatták-e öngyilkossági gondolatok élete során?” A kapott válaszokat (1. nem, 2. egy éven belül, 3. öt éven belül, 4. régebben) dichotóm módon csoportosítottuk (1. nem volt öngyilkossági gondolata, 2. élete során előfordult öngyilkossági gondolata).

A pszichoszomatikus tüneteket a PHQ szomatikus tünetlista segítségével mértük. E skála a leginkább előforduló szubjektív testi tüneteket és ezek súlyosságát méri fel, egyfajta „indirekt stressz indikátorként” [29, 30]. A PHQ olyan tünetekre kérdez rá, mint a gyomorfájás, fejfájás, mellkasi fájdalom, ízületi fájdalmak, fá-

radtság, alvással kapcsolatos problémák stb. A kérdőív az elmúlt hónapban előforduló tüneteket firtatta, s az egyes tüneteket súlyosságuk szerint három csoportba soroltuk: 0: nem fordult elő, egyáltalán nem zavart, 1: előfordult és kismértékben zavart, 2: előfordult és nagymértékben zavart. Az egyes tünetekre adott összpontszám alapján négy övezet alakítható ki, ahol a magasabb pontszámok a tünetek intenzív jelenlétére és súlyosságára utalnak (0–4: nincs tünet, 5–9: alacsony, 10–14: közepes és 15 felett: magas). Elemzésünkben e változót dichotóm módon alakítottuk át: 10 pont alatt alacsony, míg 10 pont felett magas értékben. A skála Cronbach-alfa-értéke: 0,782.

A hallgatói kiégést a Maslach Burnout Inventory hallgatói változatával vizsgáltuk (MBI-SS) [31]. A hallgatói kiégés mérőeszköze egy 15 tételből álló skála, amely három alszálából (emocionális kimerülés, cinizmus, teljesítményvesztés) áll. A válaszadók egy 0–6-ig terjedő Likert-skálán jelölhették válaszaikat, az elemzés során a magyar validálás alapján [31] jelöltük a skálák javasolt övezeteit. Vizsgálatunkban az emocionális kimerülés Cronbach-alfája: 0,804, a cinizmus Cronbach-alfája: 0,852, a teljesítményvesztés alszála Cronbach-alfája: 0,815.

A pályaválasztási motivációk és stressztényezők kérdésénél állításokat soroltunk fel, amelyeket egy 6 fokozatú, Likert-típusú skálán értékelhettek a megkérdezettek. Az elemzésekkor számos esetben dichotomizáltuk a használt változókat. A Likert-skálák esetében a 4-es és 5-ös pontértékű választ adókat tekintettük az állításokkal „egyetértőknek”.

Statisztikai elemzések

Deskriptív elemzéseink során gyakoriságokat, átlagot és szórást számoltunk. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket is jeleztük. A változók típusa szerint független mintás t-próbát, illetve khi-négyzet-próbát alkalmaztunk. Az adatok statisztikai elemzése az SPSS 15.0 programmal történt. Jelen tanulmányban az orvostanhallgatók válaszait elemezzük, és minden esetben az érvényes válaszok arányait vizsgáljuk.

Eredmények

Vizsgálatunk során 733 főt kérdeztünk meg. Vizsgált mintánkban a nemi megoszlás a következőképpen alakult: 33,2% (243 fő) a férfiak aránya, míg a nők 66,8%-ban (488 fő) képviseltették magukat. A mintába közel fele-fele arányban kerültek a preklinikai (I–II. évfolyam) és a klinikai időszakból (III.–VI. évfolyam) hallgatók (48% vs. 52%) (1. táblázat).

A mintába került hallgatók átlagéletkora 22,4 év volt (SD = 2,14). A válaszadók 47,1%-a (345 fő) a budapesti, 4,5%-uk (33 fő) a debreceni, 26,2%-uk (192 fő) a pécsi és 22,2%-uk (163 fő) a szegedi orvostudományi egyetem hallgatója.

1. táblázat | A minta megoszlása évfolyam szerint (n = 721)

Évfolyamok	Fiúk, % (n)	Lányok, % (n)	Összesen, % (n)
I.	39,5 (62)	60,5 (95)	21,8 (157)
II.	30,2 (57)	69,8 (132)	26,2 (189)
III.	29,5 (54)	70,5 (129)	25,4 (183)
IV.	39,2 (20)	60,8 (31)	7,1 (51)
V.	35,7 (5)	64,3 (9)	1,9 (14)
VI.	32,3 (41)	67,7 (86)	17,6 (127)

Hivatás, pályamotiváció

Elsőként azt a kérdést vizsgáltuk, hogy a hallgatók között hogyan alakult az orvos szülők aránya. Úgy találtuk, hogy mintegy 27,4% azoknak az aránya, akiknek valamelyik szülőjük orvos. Az orvos édesapa szignifikánsan gyakoribb a fiúk esetében (20,2% vs. 12,9%, $p = 0,015$), míg a lányoknál sem az édesapa, sem pedig az édesanya tekintetében nem találtunk ilyen különbséget.

A pályaválasztás idejére vonatkozó kérdésünk („Mikor döntötte el, hogy az orvosi pályát választja?”) elemzésekor – a szakirodalom releváns eredményeinek figyelembevételével [32] – két kategóriát alakítottunk ki: a „korán elköteleződők” (14 éves kor előtt) és a „későn választók” (14 éves kor után) csoportjait. Úgy találtuk, hogy válaszadóink 67,8%-a (495 fő) „későn választó”, míg 32,2%-a (235 fő) „korán elköteleződő”. E kérdés vizsgálatánál tendenciaszerűen megjelenő különbséget találtunk a fiúk és a lányok választási magatartásában: míg a lányok 34,2%-a (166 fő) választja 14 éves kora előtt az orvosi hivatást, addig a fiúk ennél kisebb arányban, 28%-ban (64 fő) teszik ezt ($p = 0,093$).

A pályamotiváció vizsgálatokor állításokat soroltunk fel, amelyekből a megkérdezettek pályaválasztási indí-

tékaira igyekeztünk következtetni. („Mindenképpen diplomát szeretnék szerezni”; „vonzó számomra a diákélet”; „segíteni szeretnék az embereken”; „szüleim is orvosok”; „a szakma presztízse vonzott”; „közeli hozzátartozóm betegsége miatt”; „a felvételi tárgyak befolyásoltak”; „az orvosi diplomával könnyű elhelyezkedni/jól lehet keresni/külföldön munkát vállalni”; „pozitív vagy negatív egészségügyi élmények miatt”).

Eredményeink fényében elmondható, hogy hallgatóinkat leginkább az altruizmus, az „embereken való segítés vágya” vezette az orvosi egyetemre (77%, 564 fő). A következő helyen a diplomaszerzés motivációja állt (53,5%, 391 fő), míg a pályaválasztás harmadik leggyakrabban említett indokaként a „könnyű elhelyezkedés” (45%, 329 fő) jelent meg. Negyedikként említették a hallgatók az orvosi hivatás magas presztízst (39,9%, 292 fő), míg a sorban ötödikként jelent meg a külföldi munkalehetőség alternatívája (32,6%, 238 fő). Érdekes módon a válaszadók motivációjában a legkisebb szerepet az orvos szülők hatása jelentette (11,6%, 85 fő).

A pályamotiváció áttekintésekor számos kérdés tekintetében jelentős különbséget találtunk a fiúk és a lányok válaszaiban. A lányok szignifikánsabban gyakrabban adták a pályaválasztás indokául az altruizmust ($p = 0,015$), míg a fiúk körében szignifikánsan magasabb azok aránya, akik megnevezték az orvos szülők hatását ($p = 0,020$), a presztízsz vonzerejét ($p = 0,002$), a jövőbeli kereseti lehetőségeket ($p = 0,002$), valamint a potenciálisan megfelelő elhelyezkedési lehetőségeket ($p = 0,040$) (2. táblázat).

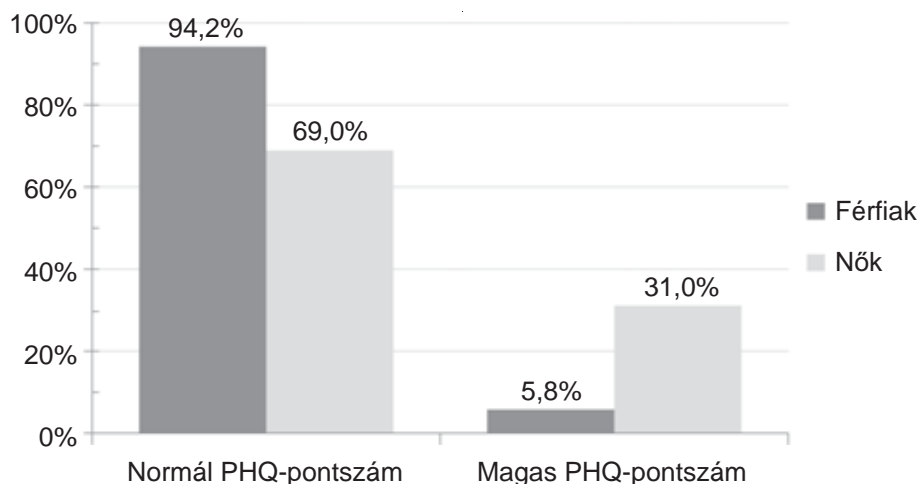
Testi-lelki egészség, rizikómagatartás

Elsőként a pszichoszomatikus tünetek potenciális megjelenését tekintettük át a PHQ tünetlista alapján. Meg-

2. táblázat | Az orvostanhallgatók pályaválasztási motivációi és ennek nemi különbségei

	Válaszadók	Nemek közötti pályamotivációs különbségek		
		Nők	Férfiak	p-érték (χ^2 -próba)
n (%)	731 (100%)	488 (100%)	243 (100%)	
Diplomaszerzés	391 (53,5%)	264 (54,1%)	127 (52,3%)	ns.*
Diákélet vonzósága	176 (24,1%)	115 (23,6%)	61 (25,1%)	ns.*
Altruizmus	562 (76,9%)	388 (79,5%)	174 (71,6%)	0,015
Orvos szülők	85 (11,6%)	47 (9,6%)	38 (15,6%)	0,020
Szakma presztízse	292 (39,9%)	175 (35,9%)	117 (48,1%)	0,002
Közeli hozzátartozó, barát betegsége	99 (13,5%)	66 (13,5%)	33 (13,6%)	ns.*
Felvételi tárgyak	198 (27,1%)	128 (26,2%)	70 (28,8%)	ns.*
Kereseti lehetőség	136 (18,6%)	75 (15,4%)	61 (25,1%)	0,002
Könnyű elhelyezkedés	329 (45,0%)	206 (42,2%)	123 (50,6%)	0,040
Külföldi munka	238 (32,6%)	156 (32,0%)	82 (33,7%)	ns.*
Pozitív orvosi példa	86 (11,8%)	56 (11,5%)	30 (12,3%)	ns.*
Negatív orvosi példa	73 (10%)	53 (10,9%)	20 (8,2%)	ns.*

*Nem szignifikáns.



1. ábra | Az orvostanhallgató férfiak és nők megoszlása a Szubjektív Testi Tünet Skálán (PHQ) elért pontszám alapján

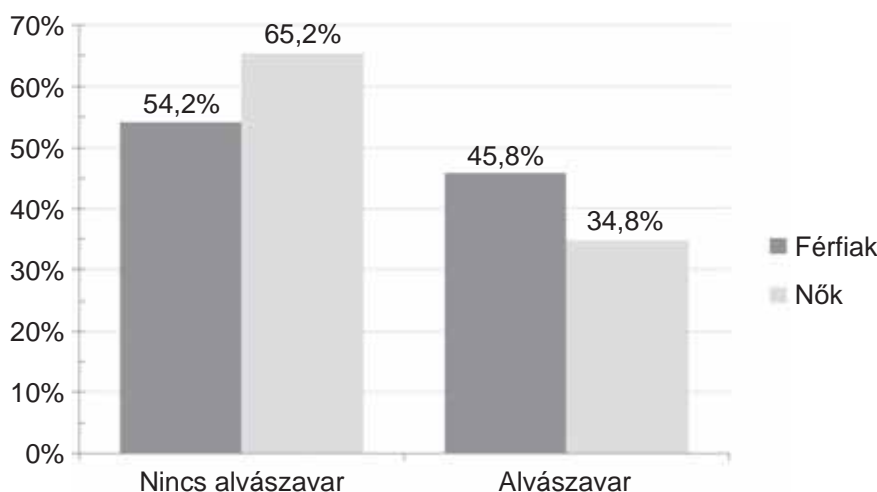
kérdezett hallgatóink között a PHQ átlagpontszáma 8,2 volt (SD = 5,049). A hallgatók mintegy 72,3%-a került a normál kategóriába, míg 27,7%-uk a magas övezetbe tartozott. E kérdés tekintetében szignifikáns különbséget találtunk a fiúk és a lányok pontszámai között: a lányokra szignifikánsan nagyobb arányban jellemző a magas PHQ-pontszám (5,8% vs. 31%, $p = 0,000$). Az orvostanhallgató lányok a PHQ-skála minden tételében nagyobb pontszámról számolnak be, mint a fiúk (1. ábra).

A következőkben megvizsgáltuk a depresszió, valamint öngyilkossági gondolatok és kísérletek arányát a vizsgált mintában. A Beck Depresszió Skála átlagpontszáma 4,2 volt (SD = 3,89), a hallgatók közel 12%-át jellemzi az enyhe és közepes depressziópontszám. Öngyilkossági gondolatok a minta mintegy 20%-ára jellemzőek, míg az öngyilkossági kísérletek előfordulása 1,6%-os. Sem a Beck depressziópontszámok, sem pedig az öngyilkossági gondolatok és kísérletek tekintetében

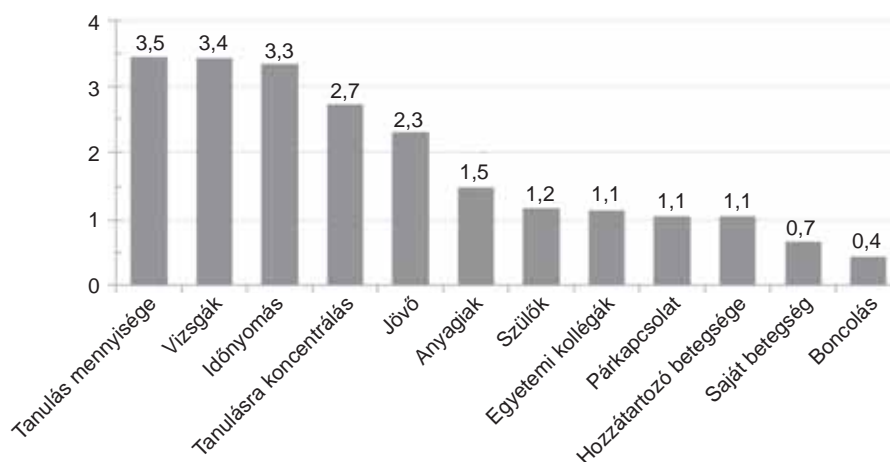
nem találtunk a fiúk és a lányok között statisztikailag igazolható különbséget.

Az alvászavarok tekintetében úgy találtuk, hogy a válaszadók átlagpontszáma az Athéni Insomnia Skálán 8,8 (SD = 6,55). A referenciaértéknek tekintett 10 pontos határ alá a minta 57,5%-a került, esetükben nem beszélhetünk alvászavarról. Ugyanakkor a válaszadók 42,5%-a számol be alvászavarról. Az alvászavarok esetében komoly különbség mutatkozik a fiúk és a lányok között: a lányok körében szignifikánsan magasabb az AIS-pontszám (34,8% vs. 45,8%, $p = 0,030$) (2. ábra).

A rizikómagatartást tekintve megvizsgáltuk a dohányzás, valamint az alkoholfogyasztás prevalenciáját. A mintába került orvostanhallgatók mintegy 11%-a jelenleg is dohányzik, mintegy 25,9%-uk korábban dohányzott. A hallgatók mintegy 40%-a heti rendszerességgel fogyaszt alkoholt. Úgy találtuk, hogy a fiúk esetében szignifikánsan magasabb a heti rendszerességgel alkoholt fogyasztók aránya (45% vs. 24,2%, $p = 0,000$), ugyan-



2. ábra | Az orvostanhallgatók között előforduló, az Athéni Insomnia Skála segítségével mért alvászavar megoszlása nemi bontásban



3. ábra | Az egyetemi évek alatt a hallgatókat érő stresszforrások előfordulásának mértéke 6 fokozatú Likert-skálán (0–5). A legmagasabb átlagpontszám 3,5 volt

akkor a dohányzás tekintetében a két nem között nem találtunk statisztikailag igazolható különbséget.

Stressztényezők, túlterheltség, kiégés

Elsőként a hallgatókat érő potenciális stresszforrásokat térképeztük fel. („Milyen stresszforrások vannak az Ön életében?” Válaszlehetőségek: „a tanulás mennyisége”, „a tanulásra való koncentráció”, „egyetemi kollégák”, „vizsgák”, „időnyomás”, „boncolással kapcsolatos gyakorlatok”, „szülővel/párkapcsolattal/barátokkal kapcsolatos stressz”, „saját vagy hozzátartozó betegsége”, „anyagiakkal, jövővel kapcsolatos stresszforrások”).

A válaszadó hallgatók három legfontosabb stresszforrása a tanulás mennyisége, a vizsgák megterhelő jellege, valamint az időnyomás. Ezt követi a tanulásra való koncentráció nehézsége, a jövő miatti aggodalom és az anyagiak keltette szorongás. Utánuk jelenik meg a magánélet (párkapcsolat, hozzátartozók, betegség) miatti aggodás (3. ábra).

A stresszforrások tekintetében a fiúk és a lányok között jellegzetes különbségek rajzolódnak ki: a lányok szignifikánsan nagyobb arányban érzik „stresszesebbnek” a tanulás mennyiségét (70,4% vs. 85,3%, $p = 0,000$), nehezebbnek érzik a tanulásra való koncentrációt (52,9% vs. 63,8%, $p = 0,006$), a vizsgákat (66,7% vs. 81,9%, $p = 0,000$), az idő beoszthatóságát (66,7% vs. 78,9%, $p = 0,001$), a boncolással kapcsolatos gyakorlatokat (1,2% vs. 6,4%, $p = 0,000$), valamint szignifikáns mértékben a jövő miatt is jobban aggódnak (39,1% vs. 55,6%, $p = 0,000$).

A túlterheltség tekintetében úgy találtuk, hogy a hallgatók közel 62%-a érzi magát kismértékben vagy közepesen túlterheltnak, míg 24,8%-uk érzi azt, hogy nagyon túlterhelt. A túlterheltség kérdése is jellegzetes nemi eltérést mutatott: míg a fiúk 19,7%-a érzi magát nagyon túlterheltnak, addig a lányok 27,2%-a érzi ugyanezt ($p = 0,010$).

A kiégés tekintetében eredményeink a következőképpen alakultak: a mintában az emocionális kimerülés alszkálájának átlagpontszáma 13,54 (SD = 6,49), a cinizmus alszkála átlagpontszáma 7,43 (SD = 6,05), míg a teljesítményvesztés dimenziója 24,61 (SD = 5,99) átlagpontszámot mutatott. Eredményeink azt mutatják, hogy az emocionális kimerülésben a lányok szignifikánsan nagyobb mértékben érintettek (32,1% vs. 41,8%, $p = 0,012$). A cinizmus és a teljesítményvesztés dimenziójában nem találtunk különbséget az orvostanhallgató fiúk és lányok között.

Megbeszélés

Jelen tanulmányunkban 731 magyarországi orvostanhallgató testi-lelki egészségét, rizikómagatartását, pályaválasztási motivációit és legfontosabb stressztényezőit mutattuk be, elsősorban a jelentkező nemi különbségek mentén. Vizsgálatunkban úgy találtuk, hogy a hazai medikusok és medikák között számos dimenzióban jelentős eltérés van. A lányok korábban döntenek az orvosi pálya mellett, nem áll előttük orvos szerepmodell, és a pályaválasztási motivációik altruisztikusabbak, mint a fiúk esetében. A medikák jobban érintettek a pszichoszomatikus tünetekben és több stressztényezőről számolnak be, mint a medikusok. Nagyobb arányban fordul elő körükben alvászavar, túlterheltebbnek érzik magukat, valamint a kiégés emocionális kimerülés komponense is szignifikánsan nagyobb mértékben jelentkezik körükben.

Vizsgálatunk eredményei felvetik – a címben jelzett – átalakulás kérdését. Eredményeink azt mutatják, hogy bár mindkét nem esetében a pályamotivációk között első helyen szerepel az altruizmus, a fiatal férfiak esetében ez a motiváció sokkal inkább a karrierrel kapcsolatos szempontokkal párosul (a pálya presztízse, a jövőbeli elhelyezkedési és kereseti lehetőségek). Ezen eredményeink összhangban vannak a nemzetközi vizsgálatok megállapításaival, amelyek a férfiak és nők eltérő pályá-

motivációira világítanak rá [7, 33, 34]. Mindez jelzésértékű abban a tekintetben is, hogy a férfiak számára az orvoslás inkább „egy a foglalkozások közül”, míg a nők számára inkább hivatásként jelenik meg. Mindez magyarázhatja az eltérő stresszérzékenységet és megküzdési stratégiákat. Ugyanakkor a fiúk esetében a szerepmoddellel való azonosulás minden bizonnyal segítheti a sikeres megküzdést.

Mindezekon túl számos vizsgálat jelzi, hogy az altruizmus és a nagyobb empátiás bevonódás fokozottabb sérülékenységet jelent a gyógyítók körében [35]. A nők nagyobb stresszérzékenységet, fokozottabb stresszreakcióit, eltérő stresszpercepcióját számos vizsgálat megerősíti [36, 37]. Ezek a kutatások azt mutatják, hogy a nők fokozottabb fiziológiai és pszichológiai válaszokat adnak a stresszre, úgy az objektív, mint a szubjektív mutatókat tekintve. A hallgatói stresszvizsgálatok arra hívják fel a figyelmet, hogy a különbség nem a férfiak és nők által megélt stresszhelyzetek mennyiségében van, hanem abban, hogy a nők inkább anticipált szorongással reagálnak ezekre a helyzetekre, míg a férfiak inkább a konkrét helyzetben mutatnak nagyobb fokú stresszreakciót. *Hojat* vizsgálata [22] szerint a nők hajlamosabbak ugyanazt az eseményt negatívabban értékelni, mint a férfiak. Érdekes ellentét *Miller és munkatársainak* amerikai vizsgálata, amelyben eddig először jutottak arra a következtetésre, hogy a férfiak többet aggódnak, mint a nők [38].

Mindezekon túl az egyik legfontosabb kérdés az, hogy a stresszel való megküzdés mennyire eredményes. A magyarországi orvosnőkre vonatkozó kutatások azt mutatják, hogy a hivatás gyakorlása során megjelenő stresszhelyzetek feldolgozása és megoldása nem mindig zajlik zökkenőmentesen. Erre utal a fiatal orvosnők körében megjelenő nagyarányú emocionális kimerülés, és a későbbi életszakaszokban a szomatikus és mentális morbiditás kedvezőtlen mutatói [8, 9]. A fenti eredmények, valamint a nők nagyarányú belépése az orvosi egyetemekre, felvetik, hogy már az egyetemi évek alatt fontos lenne figyelmet fordítani a stresszkezelés elsajátítására. E tekintetben úttörő jelentőségű a Semmelweis Egyetemen működő Humánia pályaszocializációs műhely tevékenysége [39]. Nemzetközi példák továbbá azt mutatják, hogy a mentorrendszer kiemelt fontosságú a fiatal orvosok hivatásra való felkészülésében és a pálya gyakorlásának kezdetén. Az európai orvostudományban jelen van a bizonyítottan hatékony mentorrendszer, amely az egyetemi éveken túlmutat: a hivatásgyakorlás első – kritikus – éveit is végigkíséri. A mentor–mentorált kapcsolat túlmutat a tanulmányokon: sokszínű együttműködést feltételez, segítve a hallgatót a fiatal felnőtt lét pszichológiai és emocionális kihívásaival való szembenézésben [40, 41].

Kutatásunkban igyekeztünk a magyarországi orvostanhallgatókat számos dimenzió mentén vizsgálni és a gender szempontú különbségekre is rávilágítani. A nemzetközi szakirodalomban nem talákoztunk olyan vizs-

gálattal, amely az orvostanhallgatókat a fent ismertetett számos dimenzió (pályaválasztás, stressztényezők, testi-lelki egészség) szerint vizsgálta volna egyidejűleg, így felmérésünk e tekintetben újszerűnek tekinthető. Ugyanakkor a hazai vizsgálatokkal összhangban számos külföldi vizsgálat helyezi fókuszába a hallgatói egészséget, egészségmagatartást, kiégést, valamint a pályaszocializáció folyamatát [42, 43]. A nemzetközi vizsgálatok jelentős része foglalkozik a hallgatói stresszel és a megküzdéssel, valamint a megküzdést segítő vagy gátló személyiségjegyek feltérképezésével.

Az elmúlt időszakban egyre több tanulmány fókuszál a nemi különbségekre, ami a professzionalizációs folyamat differenciáltabb megértését teszi lehetővé. A legtöbb gender fókuszú tanulmány 2005 és 2009 között jelent meg [44], s ez önmagában mintegy 40%-át tette ki a témában megjelent tanulmányoknak. E mögött az a világszerte is megfigyelhető tendencia áll, amely szerint egyre több nő választja az orvosi pályát hivatásául. A vizsgálatok általában számos különbséget tárnak fel a férfiak és nők pályaszocializációjában. Ezek közül több vizsgálatban fontos különbségként rajzolódott ki, hogy a nők alapvetően olyan szakirányt választanak, amelynek gyakorlásával a munka–család egyensúlya jobban megteremthető (pl. családorvos, foglalkozás-egészségügy), vagyis amely kevesebb szerepkonfliktussal jár, de amely a szakmai megbecsültség szempontjából inkább a rangsor alján helyezkedik el. Ezzel szemben a férfiak esetében ez a motiváció háttérbe szorul, ők inkább hajlanak a magasabb presztízsű szakirányok választására (pl. sebészet), esetükben a munka–család egyensúlya kevésbé játszik hangsúlyos szerepet [34, 43].

Kutatásunk számos új, vizsgálandó terület felé nyitja meg az utat. Fontos kutatási területként rajzolódik ki, hogy a képzés elején és végén hasonlítsuk össze a hallgatók mentális profilját, rávilágítva ezzel a képzés időszakának megküzdés szempontjából kitüntetett területeire. A pályaválasztási motivációk feltárása mellett igen jelentős kérdés a szakválasztás esetleges gender aspektusú kérdéseinek vizsgálata. A medikákkal kapcsolatos jelen eredményeink pedig igen fontos feladatokat jelölnek ki a hazai orvosnői morbiditás megelőzésének területén.

Köszönetnyilvánítás

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

Irodalom

- [1] *Kapocsi, E.*: „Unhappy doctors” – the phenomenon and what is behind. [„Boldogtalan orvosok” – a jelenség, és ami mögötte van.] *Lege Artis Med.*, 2011, 21, 584–588. [Hungarian]
- [2] *McKinlay, J., Marceau, L.*: When there is no doctor: Reasons for the disappearance of primary care physicians in the US during the early 21st century. *Soc. Sci. Med.*, 2008, 67, 1481–1491.

- [3] Mahoney, R., Katona, C., McParland, M., et al.: Shortage specialties: Changes in career intentions from medical student to newly qualified doctor. *Med. Teach.*, 2004, 26, 650–654.
- [4] Huang, Q., Sverke, M.: Women's occupational career patterns over 27 years: relations to family of origin, life careers, and wellness. *J. Vocat. Behav.*, 2007, 70, 369–397.
- [5] Heiligers, P. J. M., Hingstman, L.: Career preferences and the work-family balance in medicine: gender differences among medical specialists. *Soc. Sci. Med.*, 2000, 50, 1235–1246.
- [6] Hungarian Central Statistical Office – Medical Statistical Yearbook of Hungary 2011. [Központi Statisztikai Hivatal – Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2011.] KSH, Budapest, 2013. [Hungarian]
- [7] Heiligers, P. J. M.: Gender differences in medical students' motives and career choice. *BMC Med. Educ.*, 2012, 12, 82.
- [8] Györfly, 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]
- [9] Györfly, Zs., Ádám, Sz.: Somatic and mental morbidity of young female physicians. Does emotional exhaustion constitute the missing link? [Fiatal orvosnők testi-lelki egészsége. Az emocionális kimerülés a hiányzó láncszem?] *Orv. Hetil.*, 2013, 154, 20–27. [Hungarian]
- [10] 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 ideáltipikus képe empirikus vizsgálatok alapján.] *Lege Artis Med.*, 2012, 22, 218–224. [Hungarian]
- [11] Girasek, E.: The role of the lifestyle in the specialties choice. [Életstílus szerepe az orvosi szakterület-választásban.] http://gyogyitonokert.hu/wp/gyogyitonok/?page_id=995 [Hungarian]
- [12] Molnár, R., Girasek, E., Csinády, A., et al.: The potential role of professional socialization in the development of conflict between the professional and family roles in light of stereotypes about female physicians and jurists. [A szerepkonfliktus pályaszocializációs eredete: a hivatásbeli és a családi szerepek az orvosnőkről és a jogászokról alkotott sztereotípiák tükrében.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2010, 11, 31–51. [Hungarian]
- [13] Terebessy, A., Horváth, F., Balázs, P.: Lifestyle and self-perceived health status differences of Hungarian and foreign medical students. [Életmódbeli és önértékelt egészségi állapot-különbségek magyar és külföldi orvostanhallgatók körében.] *Lege Artis Med.*, 2013, 23, 53–60. [Hungarian]
- [14] Rinsfel, J., Oberling, J., Tóth, I., et al.: Medical students' smoking habits and attitudes about cessation. [Az I. és az V. évfolyamos orvostanhallgatók dohányzási szokásai és leszoktatással kapcsolatos attitűdjei.] *Orv. Hetil.*, 2011, 152, 469–474. [Hungarian]
- [15] Pók, B.: Study of smoking behavior and smoking-related attitudes among preclinical medical students. [Preklinikai orvostanhallgatók dohányzásának és dohányzással kapcsolatos attitűdjének vizsgálata.] *Orv. Hetil.*, 2008, 149, 2471–2478. [Hungarian]
- [16] Papp, Sz., Túry, F.: Future perspectives and health conditions of recently graduated physicians. [A pályakezdő orvosok jövőképe és egészségi állapota.] *Lege Artis Med.*, 2010, 20, 423–429. [Hungarian]
- [17] Hazag, A., Major, J.: The phenomenon of burn-out among students, protection of mental health of medical students. [A hallgatói kiégés jelensége, medikusok lelki egészségvédelme.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2008, 9, 305–322. [Hungarian]
- [18] 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.
- [19] Midtgaard, M., Ekeberg, Ø., Vaglum, P., et al.: Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *Eur. Psychiatry*, 2008, 23, 505–511.
- [20] Tyssen, R., Vaglum, P., Grønkvold, N. T., et al.: Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J. Affect. Disord.*, 2001, 64, 69–79.
- [21] Dablin, M., Nilsson, C., Stotzer, E., et al.: Mental distress, alcohol use and help-seeking among medical and business students: a cross-sectional comparative study. *BMC Med. Educ.*, 2011, 11, 92.
- [22] Hojat, M., Gonnella, J. S., Erdmann, J. B., et al.: Medical students' cognitive appraisal of stressful life events as related to personality, physical well-being, and academic performance: A longitudinal study. *Pers. Individ. Dif.*, 2003, 35, 219–235.
- [23] Molnár, R., Molnár, P.: Socialisation in the medical profession as reflected by the students. [Az orvosi pályaszocializáció – ahogyan a hallgatók látják.] *Lege Artis Med.*, 2002, 12, 250–254. [Hungarian]
- [24] Györfly, 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]
- [25] Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J.: The short version of Beck depression scale in a Hungarian sample. [A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői hazai mintán.] *Psychiatr. Hung.*, 2001, 16, 384–402. [Hungarian]
- [26] Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., Paparrigopoulos, T. J.: The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *J. Psychosom. Res.*, 2003, 55, 263–267.
- [27] Novák, M., Mucsi, I., Shapiro, C. M.: Increased utilization of health services by insomniacs – an epidemiological perspective. *J. Psychosom. Res.*, 2004, 56, 527–536.
- [28] 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.
- [29] Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B.: The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom. Med.*, 2002, 64, 258–266.
- [30] Cserháti, Z., Stauder, A.: Somatization and somatic symptoms. In: Kopp, M. (ed.): *Hungarian mental condition. [Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. In: Kopp, M. (szerk.): Magyar lelkiállapot.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.* [Hungarian]
- [31] Hazag, A., Major, J., Ádám, Sz.: Assessment of burnout among students. Validation of the Hungarian version of the Maslach Burnout Inventory-Student Version (MBI-SS). [A hallgatói kiégés szindróma mérése: A Maslach Kiégés-teszt Hallgatói Változatának (MBI-SS) validálása hazai mintán.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2010, 11, 151–168. [Hungarian]
- [32] Túry, F., Lajtai, L.: Profession and personality. Psychological problems of physicians and medical students. In: Kopp, M., Berghammer, R. (eds.): *Medical psychology. [Hivatás és személyiség. Az orvostanhallgatók és orvosok pszichológiai problémái. In: Kopp, M., Berghammer, R. (szerk.): Orvosi pszichológia.] Medicina Kiadó, Budapest, 2005.* [Hungarian]
- [33] Clack, G. B., Head, J. O.: Why do students want to do medicine? *Med. Educ.*, 1998, 32, 219–221.
- [34] Drinkwater, J., Tully, M. P., Dornan, T.: The effect of gender on medical students' aspirations: a qualitative study. *Med. Educ.*, 2008, 42, 420–426.
- [35] 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.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 2012, 13, 201–217. [Hungarian]
- [36] Backović, D. V., Živojinović, J. I., Maksimović, J., et al.: Gender differences in academic stress and burnout among medical stu-

- dents in final years of education. *Psychiatr. Danub.*, 2012, 24, 175–181.
- [37] *Dyrbye, L. N., Power, D. V., Massie, F. S., et al.*: Factors associated with resilience to and recovery from burnout: a prospective, multi-institutional study of US medical students. *Med. Educ.*, 2010, 44, 1016–1026.
- [38] *Miller, G. D., Kimmelmeier, M., Dupey, P.*: Gender differences in worry during medical school. *Med. Educ.*, 2013, 47, 932–941.
- [39] *Rosta, E., Almási, Zs., Karácsony, I., et al.*: Health behavior of medical students. Introduction of mental hygienic skills in the medical education in Hungary. [Orvostanhallgatók egészségmagatartása. Mentálhigiénés készségfejlesztés a hazai orvosképzésben.] *Orv. Hetil.*, 2012, 153, 1153–1157.
- [40] *Dimitriadis, K., von der Borch, P., Störmann, S., et al.*: Characteristics of mentoring relationships formed by medical students and faculty. *Med. Educ. Online*, 2012, 17, 17242.
- [41] *Birden, H. H., Usherwood, T.*: “They liked it if you said you cried”: How medical students perceive the teaching of professionalism. *Med. J. Aust.*, 2013, 199, 406–409.
- [42] *Paro, H. B., Morales, M. N., Silva, C. H., et al.*: Health-related quality of life of medical students. *Med. Educ.*, 2010, 44, 227–235.
- [43] *Diderichsen, S., Johansson, E. E., Verdonk, P., et al.*: Few gender differences in specialty preferences and motivational factors: a cross-sectional Swedish study on last-year medical students. *BMC Med. Educ.*, 2013, 13, 39.
- [44] *Riska, E.*: Gender and medical careers. *Maturitas*, 2011, 68, 264–267.

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

FIZESSEN ELŐ AZ ORVOSI HETILAPRA 2014-BEN IS!



Szeretne hozzájutni a legújabb orvosi ismeretekhez?
Szeretne hiteles forrásból tájékozódni?
Elvárja, hogy értéket kapjon a pénzéért?

Fizessen elő az Orvosi Hetilap 2014-es évfolyamára!

Éves előfizetési díjak:

- nyomtatott + online előfizetés: 24 700 Ft/év
- csak online hozzáférés: 15 560 Ft/év

Előfizetési szándékát a journals@akkrt.hu e-mail címen,
az (1) 464 8200 telefonszámon vagy a www.orvosihetilap.com
honlapon jelezheti.

HA MÁR ELŐFIZETŐNK, NE FELEDJE EL MEGHOSSZABBÍTANI ELŐFIZETÉSÉT!