

Gyórfy Zsuzsa* - Mészáros Eszter - Ádám Szilvia - Kopp Mária

AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN DOLGOZÓ NŐK GYERMEKVÁLLALÁSSAL ÉS TERHESSÉGGEL KAPCSOLATOS MUTATÓI ORSZÁGOS REPREZENTATÍV MINTA ALAPJÁN

Célkitűzés: Magyarországon az egészségügyben dolgozók morbiditási és mortalitási mutatói az összlakosságénál kedvezőtlenebbek. Hipotézisünk szerint a mutatók alakulásának háttérében az egészségügyben dolgozók speciális stresszterhelése áll. Jelen vizsgálatunk az egészségügyben dolgozó diplomás nők terhességgel és szüléssel kapcsolatos mutatóinak vizsgálatát tűzte ki céljául.

Módszer: Országos, reprezentatív, 12 643 főre kiterjedő kvantatív vizsgálat, amely kor, nem, településtípus szerint reprezentálja a magyar lakosságot. A vizsgált almintá: 132 egészségügyben dolgozó diplomás nő.

Eredmények: Az egészségügyben dolgozó diplomás nők körében nagyobb arányú volt a veszélyeztetett terhességek, meddőségi és teherbeesési problémák aránya, valamint az abortuszszám. A terhespatológiai esetek és a munkastressz kapcsolata szignifikáns összefüggést mutatott. A munkastressz rizikótényezője mellett a társas támogatás hiánya, a házassági stressz, valamint a fizikai abúzus mutatott jelentős összefüggést a vizsgált problémákkal.

Konklúzió: A kérdés vizsgálata felhívja a figyelmet az egészségügyi dolgozók fokozott veszélyeztetettségére. Kutatási eredményeink megerősítik, hogy a munkakörnyezeti tényezők javítása elsődleges a további prevenció szempontjából.

Kulcsszavak: reprodukciós zavarok, munkastressz, szerepkonfliktus

Az egészségügyben dolgozók hivatásbeli megterhelése óriási. A fizikai és pszichológiai teher, a hivatás és a családi szerepek összeegyeztethetőségéért kifejtett erőfeszítés és a pénzügyi nehézségek egymást erősítő faktorokként hatnak. A nemzetközi szakirodalommal összhangban valószínűsíthető, hogy az orvostársadalom összlakosságánál kedvezőtlenebb mortalitási és morbiditási adatainak háttérében a hivatás stresszorai állnak (Firth-Cozens 2003; Gautam 2001; Molnár és Mezey 1991; Bowman és Allen 1990). A magyarországi helyzettel szemben – ahol az orvosok egészségmutatói még a kimagaslóan rossz összlakossági arányoknál is kedvezőtlenebb képet mutatnak – Nyugat-Európában és az Egyesült

* Levelező szerző:

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

Államokban az orvosok szomatikusan egészségesebbek, mentálisan azonban betegebbek az átlagpopulációnál. A nemzetközi szakirodalmi adatok egybehangzóan az orvosok magas öngyilkossági veszélyeztetettségét jelzik (Arnetz és mtsai 1987; Boxer és mtsai 1995; Tyssen és mtsai 2001).

Jelen vizsgálatunk alapját korábbi kutatásaink képezték (Gyórfy és Ádám 2003; Ádám és Gyórfy 2003). Előző eredményeink azt mutatták, hogy az orvosnők egészségi állapotának és egészségmagatartásának mutatói között kiemelt szerepe van a terhességgel és gyermekvállalással kapcsolatos egészségügyi problémáknak (spontán vetélés, veszélyeztetett terhesség, meddőség, művi abortusz – továbbiakban: egészségi problémák). 2002 őszén végzett mélyinterjú kutatásunkban nyilvánvalóvá vált, hogy a terhességgel, szüléssel kapcsolatos problémák a megkérdezett orvosnők mintegy 74%-ra jellemzők. Feltételezhető, hogy az orvosi hivatás kritikus szakaszainak egyike a pályakezdés, amely a családalapítással és a munkastresszel együtt – mintegy egymást erősítve – hatnak a terhességekre, szülésekre (Phillips 2000; Levey 2001; Palepu és Herbert 2002).

Jelen tanulmányunk kísérletet tesz a kérdés még alaposabb áttekintésére. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének 2002-ben folytatott országos, reprezentatív, 12 643 főre kiterjedő Hungarostudy-vizsgálatának az egészségügyben dolgozó diplomás nőkre vonatkozó eredményeit tesszük most közzé.

MINTA ÉS MÓDSZEREK

A Hungarostudy 2002 országos felmérés a 18 év feletti lakosságot reprezentálja, nem, kor és lakóhely szerint. A vizsgálat keretén belül 12 643 személy kikérdezése történt meg. A magyar népesség egészségi állapotára irányuló felmérés a különböző betegségek előfordulási gyakoriságára, rizikótényezőire, valamint az életminőség-mutatókra vonatkozóan reprezentatívnek mondható (Rózsa és mtsai 2003). A statisztikai elemzést az SPSS 9.0 program segítségével végeztük el, használt módszereink: független mintás T-próba, Khi-négyzet próba, esélyhányados. A szignifikancia szintjét a $p = 0,05$ jelentette.

A minta leírása

A fent bemutatott teljes mintából kutatásunkhoz az egészségügyben dolgozó diplomás nők alcsoportját emeltük ki (továbbiakban: minta). 132 fő került a mintába, reprezentálva a magyarországi orvosnőket, gyógysze-

résznőket, védőnőket, diplomás ápolókat és egyéb felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozókat.

A résztvevők életkora 20 és 80 év között van (az átlag 49 év), 65,9%-uk házastársi, illetve élettársi kapcsolatban él, 12,9%-uk egyedülálló, 12,1% az elváltak aránya, özvegy 9,1%. A minta 40,8%-ának 2 gyermeke van, 20,8%-nak 1 gyermeke van, és ugyanennyinek nincsen gyermeke. 10,8%-nak 3 gyermeke van, míg 4 vagy több gyermekkel 6,8%-uk rendelkezik.

1. táblázat. Szociodemográfiai jellemzők

Változók	Egészségügyi dolgozók n (%)	Diplomás kontrollcsoport n (%)
Teljes minta	132 (13,6)	838 (86,4)
Életkor		
< 30	14 (10,6)	145 (18)
30–39	32 (24,2)	203 (25,2)
40–49	30 (22,7)	207 (25,5)
50–59	31 (23,6)	142 (17,5)
≥ 60	25 (18,9)	115 (13,8)
Házastársi/élettársi kapcsolatban él		
Igen	87 (65,9)	520 (62)
Nem	45 (34,1)	318 (38)
Gyerekszám		
Nincs	27 (20,8)	201 (24,6)
Igen		
1	27 (20,8)	216 (26,5)
2	53 (40,8)	325 (39,8)
3	14 (10,8)	55 (6,8)
≥ 4	9 (6,8)	18 (2,3)

A jelenlegi aktivitás szempontjából a minta a következő képet mutatja (leszámítva két főt, akik nem választottak az adott kérdésre): 78 (60%) közalkalmazott, 5 (3,8%) alkalmazott, 13 (10%) vállalkozó, 20 (15,4%) nyugdíjas, 2 (1,5%) rokkantnyugdíjas, 2 (1,5%) háztartásbeli és 10 (7,8%) GYED-en, illetve GYES-en lévő nő található közöttük.

Hipotézisek

- *Hipotézis 1:* Feltételezésünk szerint az egészségügyben dolgozó diplomás nők egészségmutatói eltérnek a többi ágazatban dolgozókéétól. Az egészségi állapot vizsgálatán belül kiemelt jelentőségű az anyaság egészségügyi dimenzióinak a leírása. A terhesség(ek), szülés(ek), illetve a gyermekvállalás mutatóinak fókuszba helyezése a korábbi mélyinterjú vizsgálatunk alapján lett kiemelt jelentőségű.
- *Hipotézis 2:* Hipotézisünk szerint az egészségi problémák háttérben a munkastressz okozta speciális megterhelések állnak. Korábbi vizsgálataink megerősítik ugyanakkor azt is, hogy a hivatás és a család összeegyeztetésének nehézségei szintén a morbiditást növelő tényezőként hatnak, főképpen az orvosnők esetében (Ádám és Gyórfy 2003).
- *Hipotézis 3:* A munkastressz és a gyermekvállalás, illetve a patológias terhességek összefüggésének áttekintésén túl szükséges a problémák háttérben húzódó egyéb tényezők leírása is. Nem hagyható figyelmen kívül a társas támogatás, a házassági stressz, a fizikai abúzus és a vizsgált személyek kora gyermekkori traumatizáló tényezőinek (szülők halála, válása, tartós távolléte a családtól stb.) vizsgálata sem. Hipotézisünk szerint a gyermekvállalás tényezőit a munkastressz hatása mellett számos pszichoszociális tényező is befolyásolja.

EREDMÉNYEK

Gyakorisági adatok

Kutatásunkat a Hungarostudy 2002 felmérés terhességgel, szüléssel kapcsolatos kérdéseinek vizsgálatával kezdtük. Öt változót használtunk fel. Ezeket a változókat más ágazatokban dolgozó diplomás nők adataival összevetve az alapmegoszlások alapján elmondható, hogy a veszélyeztetett terhesség, a meddőség, az abortusz, illetve a sikertelen próbálkozás teherbe esésre változók esetében az egészségügyben dolgozó nők csoportja adta a legmagasabb értéket (2. táblázat).

2. táblázat. A terhességgel, szüléssel kapcsolatos eredmények

Terhességgel, szüléssel kapcsolatos kérdések	Egészségügyben dolgozók (%)	Nem egészségügyben dolgozók (%)
Spontán vetélés	8,0	12,0
Veszélyeztetett terhesség	12,0	11,0
Sikertelen próbálkozás egy évig	20,5	15,1
Meddőség	5,6	2,1
Művi abortusz	27,9	23,2

Összefüggések a munkából fakadó stresszel

Kapott eredményeink tehát első hipotézisünket megerősítették. További feltételezésünk szerint az anyasággal kapcsolatos egészségi problémák változását a munkastressz erőssége is meghatározóan befolyásolja. Így a következő lépésben azt vizsgáltuk meg, milyen jellegű munkastresszről beszélhetünk az egészségügyben dolgozó nők esetében. Készítettünk egy munkastressz-indexet, amely a munkavégzés különböző aspektusait volt hivatva mérni. A munkastressz-index a következő elemekből áll (4 kérdés, 1 állítás):

- Jelenleg hány munkahelye van?
- Hány műszakban dolgozik?
- Főfoglalkozású munkáján kívül folytat-e más kereső tevékenységet?
- Hatottak-e Önre munkahelyén káros anyagok az elmúlt 10 évben?
- Elégedetlen vagyok anyagi helyzetemmel.

Mindezek alapján megvizsgáltuk, hogyan alakul a különböző ágazatok között a munkastressz-terhelés. A kapott statisztikai adatok megerősítették hipotézisünket: a kétoldali T-próba szignifikáns kapcsolatot mutatott ki ($p < 0,001$) a munkastressz és az anyasággal kapcsolatos egészségi mutatók között. Az egészségügyben és a nem egészségügyben tevékenykedő csoportok közötti szignifikáns különbség életkorra kontrollálva is megmarad. Az egészségügyben dolgozók esélye a munkastresszre majdnem kétszerese volt a nem egészségügyben dolgozó diplomás nőkének (OR = 1,971 és CI = 1,296-2,996).

A munkastressz-index kérdései közül a „Hány műszakban dolgozik?” és az „Elégedetlen vagyok anyagi helyzetemmel” itemek esetében a kétoldali T-próba szignifikáns kapcsolatot mutatott az egészségügyben dolgozók esetében (0,001, ill. 0,029). Az index ezen két eleme tehát a legmeghatározóbb jelentőségűnek bizonyult.

Munkával kapcsolatos attitűdök

A Hungarostudy 2002 kérdőív egyik kérdésköre a munkával kapcsolatos szempontok értékelése volt. A munkastressz problémájának vizsgálatokor magától értetődőnek tűnt az egészségügyi dolgozók munkával kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. A 3. táblázat azt mutatja, hogy az egészségügyben dolgozó diplomás nők egy 1–5-ig tartó skálán az alábbi változók közül milyen arányban jelölték meg a legmagasabb értéket a más ágazatban dolgozó diplomás nőkhöz képest. Kapott eredményeink alapján a válaszok egyrészt kifejezik az érintettek felé közvetített társadalmi elvárásokat („a társadalom számára hasznos munka”, „felelősségteljes munka”), másrészt pedig a megkérdezettek elképzeléseit tükrözik arról, mely tényezők hiányoznak leginkább a jelenlegi munkafeltételeik közül („jó fizetés”, „kötetlen munkabeosztás”, „sok szabadság”, „nagy megbecsülésnek örvendő munka”). Azt, hogy az egészségügyben dolgozók stresszterhelésének talán legjelentősebb faktora a munkaidő ritmusa és mennyisége, bizonyítja az is, hogy a legerősebben szignifikáns összefüggést a munkával kapcsolatos attitűdök és az ágazatok vizsgálatokor csak a „kötetlen munkabeosztás” kérdésének vizsgálatokor kaptunk ($p < 0,001$).

3. táblázat. Munkával kapcsolatos attitűdök

Munkával kapcsolatos attitűdök	Egészségügyben dolgozó diplomás nők (%)	Más ágazatban dolgozó diplomás nők (%)
Jó fizetés	67,2	63,4
Kellemes emberekkel dolgozni együtt	64,8	66
Biztonságos munkahely	72	67,6
Jó előrelépési lehetőség	23,2	28,2
Jó időbeosztás	40	32,2
Lehetőség a kezdeményező-készség kihasználására	34	33
A társadalom számára hasznos munka	41	36
Sok szabadság	33	28
Találkozni lehet emberekkel	43	29
Olyan munka, aminél úgy érzi, megvalósít valamit	55,2	55,8
Felelősségteljes munka	52	44,2
Érdekes munka	62,9	52,6
Kötetlen munkabeosztás	46,2	23,6

A munkastressz és az anyaság egészségi mutatóinak összefüggései

Az egészségügyben dolgozó diplomás nők munkastressze tehát magasabb, mint az egyéb ágazatokban dolgozó diplomás nőké. Az egészségügyben dolgozók esetében a munkastressz és az anyaság egészségi tényezőivel való összefüggést a 4. táblázat szemlélteti.

4. táblázat. A munkastressz és az egészségi mutatók összefüggései

Anyasággal kapcsolatos egészségügyi történések	Szignifikanciaszint kétoldali T-próbával	Esélyhányados	95%-os konfidencia-intervallum
Sikertelen próbálkozás teherbeesésre	0,073 (jelzi a tendenciát)	-----	-----
Meddőség	0,016	3,357	1,207-9,337
Abortusz	0,013	1,550	1,094-2,199

A munkastressz és a terhespatológiai történések elemzése azt mutatja, hogy a nagy munkastresszű egészségügyi ágazatokban dolgozó nők háromszor nagyobb eséllyel meddők, illetve másfélszer több eséllyel végeztenek abortuszt, mint a nem az egészségügyben dolgozó nők. A vizsgált csoportnál a munkastressz nem hat a spontán vetélésekre és a veszélyeztetett terhességek alakulására. Azok a stresszorok, amelyek a munkán keresztül hatnak, döntően a gyermekvállalás prevalenciáját határozzák meg.

Az anyaság egészségi körülményeit befolyásoló egyéb háttértényezők az egészségügyben dolgozó diplomás nők esetében

Az egészségügyben dolgozó nők terhességgel, szüléssel kapcsolatos egészségügyi mutatóinak vizsgálatakor arra is választ kerestünk, hogy a munkastressz mellett milyen egyéb tényezőkkel tárható fel összefüggés. A gyermekvállalással kapcsolatos kérdések áttekintésekor ugyanis nem hagyható figyelmen kívül a házassági/élettársi kapcsolat és a társas támogatás alakulása. A szakirodalmi adatok alapján feltételeztük azt is, hogy a leendő anyák korai kötődési zavarai és a fizikai abúzusok előfordulása összefüggenek a terhességi morbiditással (Fojtyik és mtsai 1999; Ney és Wickett 1993).

A terhességek esetén, a gyermekszüléskor és a gyermekvállaláskor kulcsfontosságú, hogy a fiatal nő számíthat-e valakire ezekben az időszakokban. Egy gyermek vállalása vagy a terhesség megszakítása számos tényezőtől függ, s a kapott adatok alapján a munkakörülmények és a munkastressz mellett a társas kapcsolatok alakulása is döntő tényezőnek bizonyult. Mint azt az 5. táblázatban láthatjuk, a társas támogatás rendszerén belül a kollegiális támogatás tényezői nem függtek össze a vizsgált problémákkal, s ez egyben jelezheti azt is, hogy a munkastressz – mint ahogyan ezt már az előzőekben feltételeztük – elsősorban a „külső” intézményi, illetve strukturális tényezőkkel függ össze, nem a munkatársi támogatás hiányával.

5. táblázat. A társas támogatás hiánya mint a terhességmegszakítás rizikófaktora

Társas támogatás hiánya	Szülő részéről	Partner részéről	Munkatársak részéről
Veszélyeztetett terhesség	nem szignifikáns	nem szignifikáns	nem szignifikáns
Meddőség	nem szignifikáns	nem szignifikáns	nem szignifikáns
Abortusz	0,026 (OR = 3,088 CI = 1,222-7,801)	0,038 (OR = 2,888 CI = 1,105-7,544)	nem szignifikáns
Sikertelen próbálkozás 1 évig	nem szignifikáns	nem szignifikáns	nem szignifikáns

A gyermekvállalás/nevelés, a terhességek, illetve a terhességmegszakítás esetén a partner szerepe a társas támogatás rendszerén belül is kiemelt szerepű. Nem hagyhattuk tehát figyelmen kívül a házassági stressz szerepét sem, melyet a következő kérdések alapján, indexet készítve állítottunk elő:

- Házastársa (élettársa) az Önhöz legközelebb álló személy, a bizalmasa?
- Vannak-e olyan dolgok, amikről nem tudnak nyíltan beszélgetni egymással?
- Voltak korábban komoly problémák a kapcsolatukban?
- Problémáikat közösen szokták megoldani?
- Házastársával (élettársával) közösen töltik a szabadidejüket?

Amint az a 6. táblázatban látható, a házassági stressz – a munkastresszhez hasonlóan – elsősorban a gyermekvállalás melletti döntés valószínűségét határozta meg. Mint azt fentebb láttuk, a biztos családi kötelek hiánya vagy nem elégséges volta ezen a téren szintén döntő jelentőségű.

Eredményeink alapján elmondható továbbá az is, hogy a fizikai abúzusnak (a bántalmazásnak a partner, illetve korábban a szülők részéről)

6. táblázat. A házassági stressz hatása

Házassági stressz (faktor)	Szignifikanciaszint
Veszélyeztetett terhesség	nem szignifikáns
Meddőség	nem szignifikáns
Abortusz	0,009 (OR = 1,741és CI = 1,152-2,631)
Sikertelen próbálkozás teherbe esésre 1 évig	nem szignifikáns

igen lényeges szerepe volt a terhességmegszakítások, illetve a terhességek kimenetele szempontjából (7. táblázat).

A korai kötődés kérdésének vizsgálatakor nem találtunk összefüggést a gyermekvállalás, illetve a terhességpatológiai esetek között: a szülők válásának, halálának, illetve a vizsgált személy 1 éves kor előtti, családtól való tartós távollétének a vizsgált paraméterekre gyakorolt hatása nem volt kimutatható.

7. táblázat. A bántalmazás és a terhességi problémák összefüggései

Bántalmazás a partner részéről	Szignifikanciaszint
Veszélyeztetett terhesség	0,008 (OR = 10,154; CI = 2,040-50,531)
Meddőség	nem szignifikáns
Abortusz	p < 0,001
Sikertelen próbálkozás teherbe esésre 1 évig	nem szignifikáns
<i>Bántalmazás a szülő részéről</i>	
Szignifikanciaszint	
Veszélyeztetett terhesség	0,008 (OR = 5,636; CI = 1,685-18,851)
Meddőség	nem szignifikáns
Abortusz	nem szignifikáns
Sikertelen próbálkozás teherbe esésre 1 évig	nem szignifikáns

KÖVETKEZTETÉSEK

Vizsgálatunk eredményei azt mutatják, hogy az egészségügyben dolgozó diplomás nők anyasággal kapcsolatos egészségi mutatóinak alakulását számos szociológiai és pszichológiai tényező kölcsönhatása határozza meg.

Az egészségügyben dolgozók speciális stressztől szenvednek (Wall és mtsai 1997). A szakirodalom megállapításai és korábbi mélyinterjú vizsgálatunk alapján elmondható, hogy a hosszú munkaidő, a nagyfokú fi-

zikai és pszichés megterhelés, valamint a pénzügyi nehézségek (amelyek sok esetben túlmunkához vezetnek) egymást erősítő tényezőkként hatnak az egészségügyben dolgozók esetében (Sonneck 1992).

A munka stresszorain kívül a nagyfokú fizikai megterhelés, illetve a tartós kimerültségi állapot is hozzájárul az egészségügyi dolgozók testi-lelki problémáinak alakulásához. A munka és a pihenés arányának szervezeti szabályozása alól az egészségügyi szakmák általában kivételt képeznek (Weinger és Ebdon 2002). Az orvosi szakma legtöbb területére az jellemző, hogy a napi és a heti munka előzetesen csak részben tervezhető meg. Ez a tényező jelentősen növeli a munkából adódó megterhelést. Sokan lemondanak munkájuk strukturálásáról, melynek következményeképpen a munkájuk „tervezi meg” mindennapjaikat. A személyes igények háttérbe szorúlnak, növelve az egyénre nehezedő pszichés nyomást.

Az egészségügyben dolgozók stresszterhelésének vizsgálatokor tehát kiemelt szerepet kap a több műszakos (sok esetben 24 órás igénybevétellel járó), illetve a több színterű munkavállalás. Ez a fajta megterhelés különböző fizikai és pszichikai problémák indikátorává válhat, amellett, hogy a több műszakos munkavégzés a társas kapcsolatokat és a családi élet szervezését is megnehezíti (Pikó és Piczil 2000). Mindezek a tényezők fokozottan sújtják a nőket, hiszen a munka és a családi szerepek összeegyeztetésének terhével együtt élettanilag is nehezebben tolerálják a biológiai ritmus átrendeződését.

Emellett nem hagyhatók figyelmen kívül az egyéb pszichoszociális stresszorok, valamint a jelentős szerepkonfliktusok sem. A férjzett nőknek, különösen a kisgyermekeseknek jelentős problémáik vannak a családi és foglalkozásbeli kötelezettségeik ellátásában, s ez gyakran frusztrációhoz, kimerültséghez és megbetegedésekhez vezet.

A munkakövetelmények és a családi felelősség kettős szerepterhelést eredményez, mely az egészségügyben dolgozók – különösen az orvosnők – esetében jelentősen megnehezíti a szimultán egyeztetést. Ez a szerepfeszültség a gyermekvállaláskor a legjelentősebb hatású, de végigkíséri őket egész életpályájukon (Firth-Cozens 1997; Hsu és Marshall 1997). Feltételezhető továbbá az is, hogy a pályakezdés stresszorai döntő hatással bírnak a gyermekvállalásra. A munkavégzés körülményeinek jellege (ügyeletek, alváshiány, a magánéletre jutó idő mennyisége, a munkatapasztalat hiánya és az ebből fakadó szorongás, valamint a pénzügyi nehézségek) és a házassági/élettársi kapcsolatok problémái (időhiány, kommunikációs zavarok, pénzügyi problémák, a háztartási teendők megosztásának kérdése, szexuális problémák) kölcsönösen hatnak egymásra, felerősítik egymást (Bowman és Allen 1990).

A nemzetközi szakirodalom egyöntetű álláspontja szerint a munkával kapcsolatos stresszorok és az egészségi állapot között szoros összefüggés figyelhető meg. Kimutatható ugyanis, hogy a hosszú munkaidő és a nagyfokú érzelmi és fizikai megterhelés a nők esetében gyakrabban vezet szívkoszorúér-megbetegedésekhez, valamint miokardiális infarktushoz (Haynes és Feinleib 1980; Haynes és mtsai 1984; Theorell 1991).

A speciális stresszterheléssel összefüggésben a kutatók a terhességi problémák arányát is kiemelkedőnek találták. Svéd vizsgálatok kimutatták, hogy a túlmunka és a változó időbeosztás nagyobb valószínűséggel okoz vetélést (Axelsson és mtsai 1989). Ez az arány még számottevőbb akkor, ha a terhes nőnek már van(nak) gyermeke(i). Kanadai kutatók bebizonyították, hogy az esti, illetve az éjszakai időbeosztás 3-4-szeresére növeli a spontán vetélések arányát (Infante-Rivard és mtsai 1993).

Vizsgálatunkban kimutattuk, hogy a többi ágazatban dolgozó diplomás nőkhöz viszonyítva mintánkban a legnagyobb a veszélyeztetett terhességek, a meddőségek és az abortuszok száma.

Kimutattuk továbbá azt is, hogy az egészségügyben dolgozó diplomás nők munkastressze szignifikáns többletet mutat a más ágazatokban dolgozókéhoz képest. Ugyanakkor megállapítható volt, hogy a munkastressz és az anyaság egészségi mutatóinak összefüggése az eredeti hipotézistől kismértékben eltér. A munkastressz nem elsősorban a terhességek kimenetelét, a terhességi problémákat valószínűsítette, hanem a gyermekvállalást. Azok a stresszorok tehát, amelyek a munkán keresztül hatnak az egészségügyben tevékenykedő diplomás nőkre, döntően meghatározták, hogy miként alakult a gyermekvállalás.

A munkastressz mellett számos más tényező hatását sem lehetett figyelmen kívül hagyni. Az abortuszok esetén a szociális támogatás hiánya, a házassági stressz mértéke és az elszenvedett bántalmazás egymást erősítő faktorokként hatottak. A fizikai abúzus az abortuszok gyakoriságát és a veszélyeztetett terhességet befolyásolta. A meddőségre azonban kizárólag a munkastressz volt hatással.

Kapott eredményeink alapján feltételezhető, hogy a munka stresszorai, valamint a magánélet stresszorai egymást kölcsönösen felerősítve hatnak az anyaság egészségi dimenzióira. Korábbi vizsgálatainkkal összhangban megállapítjuk továbbá azt is, hogy a munkastressz magánéletre gyakorolt hatása kulcsszerepű a terhespatológiai esetek elemzésekor.

A kérdés vizsgálata felhívja a figyelmet az egészségügyi dolgozók fokozott veszélyeztetettségére. Kutatási eredményeink megerősítik, hogy a munkakörnyezeti tényezők javítása elsődleges a további prevenció szempontjából.

Irodalom

- Arnetz, B. B., Hörte, L. G., Hedberg, A., Theorell, T., Allander, E., Malker, H. (1987): Suicide patterns among physicians related to other academics as well as to the general population. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 75: 139–143.
- Axelsson, G., Rylander, R., Molin, I. (1989): Outcome of pregnancy in relation to irregular and inconvenient work schedules. *Br. J. Ind. Med.*, 46: 393–398.
- Ádám Sz., Gyórfy Zs. (2003): Orvosnők az anyaságról. *Esély*, 3: 86–92.
- Boxer, P. A., Burnett, C., Swanson, N. (1995): Suicide and occupation: a review of the literature. *Journal of Occup. Environ. Med.*, 37: 442–452.
- Bowman, M. A., Allen, D. I. (1990): *Stress and Women Physicians*. Springer-Verlag, New York, Berlin.
- Firth-Cozens, J. (2003): Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal*, 326: 670–671.
- Firth-Cozens, J. (1997): Depression in doctors. In Robertson, M., Kantona, E. (eds.): *Depression and Physical Illness*. New York, 95–111.
- Fojtyik I., Kiss K., Rózsa S. (1999): Fiatal nők szexuális életének egyes dimenziói: fogamzásgátlás, gyermekvállalás, terhességmegszakítás. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 1 (3–4): 30–40.
- Gautam, M. (2001): Women in medicine. *Western Journal of Medicine*, 174 (1): 37–41.
- Gyórfy Zs., Ádám Sz. (2003): Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Medicinae*, 13 (2): 159–164.
- Haynes, S. G., Eaker, E. D., Feinleib, M. (1984): The effect of employment family and job stress on coronary heart disease patterns in women. In Gold, E. (ed.): *The Changing Risk of Disease in Women*. Health and Co., Lexington.
- Haynes, S. G., Feinleib, M. (1980): Women work and coronary disease: prospective findings from the Framingham heart study. *American Journal of Public Health*, 70: 133–141.
- Hsu, K., Marshall, V. (1997): Prevalence of depression and distress in a large sample of Canadian residents, interns and physicians. *Psychiatr. Clin. N. A.*, 144: 1561–1566.
- Infante-Rivard, C., David, M., Gauthier, R., Rivard, G. E. (1993): Pregnancy loss and work schedule during pregnancy. *Epidemiology*, 4: 73–75.
- Levey, R. E. (2001): Sources of Stress for Residents and Recommendations for Programs to Assist Them. *Academic Medicine*, 76 (2): 142–150.
- Molnár L., Mezey M. (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I–III. *Lege Artis Medicinae*, 1 (8): 524–528.; (9–10): 640–644.; (11): 966–970.
- Ney, P., Wickett, A. R. (1993): Relationship between abortion and child abuse and neglect: four studies. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 8 (1): 43–63.
- Palepu, A., Herbert, C. P. (2002): Medical women in academia: the silences we keep. *Journal of Canadian Medical Association*, 167 (8): 877–879.
- Phillips, S. P. (2000): Parenting, puppies and practise: juggling and gender in medicine. *Journal of Canadian Medical Association*, 162 (8): 663–672.
- Pikó B., Piczil M. (2000): „És rajtunk ki segít...?” Kvalitatív egészségzociológiai elemzés a nővéri hivatásról. *Esély*, 11 (1): 110–120.
- Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003): A *Hungarostudy 2002* országos reprezentatív felmérés általános módszertana és a felhasznált tesztbattéria pszichometriai jellemzői. *Psychiatria Hungarica*, 18 (2): 83–94.
- Sonneck, G. (1992): Orvosok öngyilkossága és kiégettsége. *Szenvedélybetegségek*, 2 (1): 28–31.

- Theorell, T. (1991): On cardiovascular health in women: results from epidemiological and psychological studies in Sweden. In Frankenheuser, M., Lundberg, U., Chesney, M. (eds.): *Women, Work and Health*. Plenum Press, New York, 187–204.
- Tyssen, R., Vaglum, P., Gronvold, N. T., Ekeberg, O. (2001): Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64: 69–79.
- Wall, T. D., Bolden, R. I., Borill, C. S., Carter, A. J., Golya, D. A., Hardy, G. S., Haynes, C., E., Rick, J., E., Shapiro, D., A., West, M., A. (1997): Minor psychiatric disorders in NHS trust staff: occupational and gender difference. *British Journal of Psychiatry*, 171: 519–523.
- Weinger, M., Ebden, P. (2002): Sleep deprivation and clinical performance. *JAMA*, 287: 955–958.

**GYÓRFFY, ZSUZSA - MÉSZÁROS, ESZTER -
ÁDÁM, SZILVIA - KOPP, MÁRIA**

**CHILDREARING AND REPRODUCTIVE INDICATORS
AMONG FEMALE HEALTHCARE PROFESSIONALS
IN HUNGARY: RESULTS FROM
A NATIONWIDE REPRESENTATIVE SURVEY**

Background: Morbidity and mortality rates among health care professionals in Hungary are significantly higher than that of the general population. However, little is known about the reproductive health status of female healthcare professionals.

Aim: To explore reproductive morbidity among female healthcare professionals in Hungary.

Subjects and methods: Analysis of data obtained from 132 female healthcare professionals using the database of the Hungarostudy 2002 (n = 12.643), a nationwide representative survey on health status.

Results: We found a significantly higher prevalence reproductive morbidity including pathological pregnancies, infertility, difficulties in conception, and abortion among female healthcare professionals compared to women in other occupational strata. Maternal reproductive morbidity was significantly correlated with work stress, lack of social support system, marital discord and physical abuse.

Conclusion: Increased reproductive morbidity among female healthcare professionals in Hungary may be attributed to high levels of psychosocial stress associated with occupational and marital stressors/factors. Further analyses of such stressors are essential in devising effective preventive measures and decreasing reproductive morbidity.

Keywords: reproductive morbidity, work-related stress, role conflict