

# Orvosnők egészsége

## *Mit mutat a longitudinális perspektíva?*

Győrffy Zsuzsa dr.<sup>1</sup> ■ Girasek Edmond dr.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

**Bevezetés:** A gyógyító hivatást választó nők száma világszerte emelkedik, ezzel párhuzamosan fontos vizsgálati területként jelenik meg az orvosnők életminőségének kutatása. **Célkitűzés:** A hazai orvosnők egészségmutatóinak, valamint reprodukciós egészségének leírása és összehasonlítása a diplomás nők kontrollcsoportjának mutatóival. **Módszer:** Orvosok körében végzett országos, reprezentatív, kvantitatív felmérés (n = 2515) és a Hungarostudy 2013 lakossági, reprezentatív felmérés eredményeinek összevetése. Az orvosnők 2013-as vizsgálati eredményeinek összehasonlítása a 2003–2004-ben végzett felméréssel. **Eredmények:** Az orvosnők a krónikus megbetegedések területén (magas vérnyomás, allergiás megbetegedések, gyomor-bél rendszeri betegségek, valamint izom-csont rendszeri megbetegedések) a kontrollcsoportnál rosszabb mutatókkal rendelkeznek. A reprodukciós egészség vizsgálatakor megállapítottuk, hogy a lakossági arányokhoz képest kismértékben, de gyakrabban fordulnak elő teherbe esési problémák (egy éven át tartó sikertelen próbálkozás, meddőségi kezelés), továbbá veszélyeztetett terhességek és spontán vetélések is. **Következtetések:** A 2003–2004-ben feltárt „magyarországi orvosnő-paradoxon” jelenségének előfordulását a longitudinális kutatás megerősítette. *Orv. Hetil., 2014, 155(25), 993–999.*

**Kulcsszavak:** orvosnők, szomatikus egészség, reprodukciós zavarok

## Female physicians' health in Hungary

### *A longitudinal perspective*

**Introduction:** There is a worldwide rising tendency of women who decide to become physician. One of the most remarkable fields of investigation is the well-being of female doctors. **Aim:** To study the prevalence of somatic and reproductive morbidity in a representative sample of Hungarian female physicians and compare it with a control group of graduated women. **Method:** Data for this epidemiological study were collected from 2515 female physicians in 2013. Graduated women from a representative survey (Hungarostudy 2013) served as controls. The results were compared to the previous (2003–2004) representative female physicians' survey. **Results:** We found that the prevalence of chronic somatic morbidity among female physicians was significantly higher than that in the respective control groups. A larger proportion of female medical doctors were characterized by time-to-pregnancy interval longer than one year, and undergoing infertility therapy and miscarriages, compared to the control female population, while the same prevalence of terminations of pregnancy was found. **Conclusions:** The longitudinal perspective confirmed the existence of the “Hungarian female physicians' paradox”.

**Keywords:** female physicians, somatic health, reproductive disorders

Győrffy, Zs., Girasek, E. [Female physicians' health in Hungary. A longitudinal perspective]. *Orv. Hetil., 2014, 155(25), 993–999.*

(Beérkezett: 2014. március 17.; elfogadva: 2014. április 19.)

Az orvosi hivatást választó nők száma világszerte emelkedő tendenciát mutat [1, 2, 3]. Míg az 1990-es évek jóslatai azt prognosztizálták 2010-re, hogy minden harmadik gyógyító nő lesz, mára egyértelművé vált, hogy az

orvosi pályát választók és gyakorlók már több mint 50 százalékos arányban nők [4]. Ez a „nemi átstrukturálódás” számos kérdést vet fel mind az egyetemi képzés idején, mind a rezidensévek alatt, mind pedig a hivatás gya-

korlása során. E kérdések közül az egyik meghatározó vizsgálati terület az orvosnői szomatikus egészség alakulása.

A nemzetközi vizsgálatok meglehetősen sokszínű képet mutatnak az orvosnők egészségével, egészségmagatartásával kapcsolatosan. Általánosságban elmondható, hogy a szomatikus egészség vizsgálata kisebb jelentőségű, a vizsgálatok fókuszában többnyire a lakossági halálzási mutatókkal való összevetés áll [5, 6]. Ugyanakkor az orvosok és orvosnők megbetegedéseire irányuló vizsgálatok eredményei szerint a gyógyítók egészségmutatói nem térnek el jelentősen a lakossági adatoktól [7, 8]. Sőt egyes vizsgálatok azt mutatják, hogy az orvosnők szomatikus egészségi állapota jobb értéket mutat a lakossági adatokhoz viszonyítva, ugyanakkor ezek a kutatások rámutatnak arra is, hogy a mentális panaszokat tekintve az orvosnők jelentős „többlettel” rendelkeznek [9, 10]. Az utóbbi években az orvosok szomatikus egészségére irányuló kutatások közül meghatározónak tekinthető *Lin és munkatársainak* vizsgálata [11], amelyben az orvosok, valamint a lakosság körében előforduló daganatos esetek gyakoriságát hasonlították össze a szakemberek. E vizsgálat az orvosoknál alacsonyabb incidenciát mutatott ki, azonban megállapította, hogy az orvosnők körében – férfi kollégáikkal összehasonlítva – nagyobb arányú a daganatos betegségek előfordulása.

E vizsgálati eredmények fényében érthető, hogy a morbiditás kutatásáról a hangsúly más területek felé tevődött át: a pszichés distressz, a kiégés, valamint a munka-család egyensúlyának kérdései kerültek az orvosnőket vizsgáló írásközéppontjába [12, 13, 14]. Hagyományosan kiemelt terület az orvosi öngyilkosságok vizsgálata, amelynek tekintetében a legutóbbi vizsgálatok kiemelik, hogy az orvosnőknél az öngyilkosság magasabb, mint más diplomás foglalkozásúaknál, de arányuk hasonló, mint az átlagpopulációban [15].

Az orvosi szomatikus egészséget érintő fenti vizsgálatokkal szemben a magyarországi helyzet más képet mutat, egyfajta „orvosnő-paradoxon” képét vetíti elő. A magyarországi orvosnők körében 2003–2004-ben folytattunk le reprezentatív vizsgálatot, ezen eredmények szerint az orvosnők körében magasabb a krónikus betegségek, reprodukciós zavarok előfordulása, mint a diplomás kontrollcsoport tagjainál. A krónikus betegségek egy része korábbi életkorban és halmozottan jelentkezik. A megbetegedések háttértényezőinek vizsgálatakor az egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés, az alvászavarok fokozott jelenléte, valamint a közepes és erős mértékű szerepkonfliktus a hagyományos kockázati tényezők mellett egyaránt jelentős magyarázó tényezőknak bizonyultak [16].

E fenti vizsgálat ösztönözte a 2013-ban lefolytatott, orvosokra irányuló kutatásunkat. A Magyar Orvosi Kamara és a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézete 2013 májusa és júliusa között országos felmérést indított, amelynek célja az orvosok helyzetének, testi-lelki jóllétének vizsgálata volt. A kutatás során az

összes hazai, e-mail címmel rendelkező gyógyítót megkerestük. Bár az elmúlt évtizedekben számos kutatás irányult orvosokra és egészségügyi dolgozókra [17, 18, 19, 20, 21], ezen kutatások egyike sem kísérelte meg, hogy felmérje a *teljes hazai orvostársadalom* helyzetét, így *e vizsgálatunk Magyarországon az első teljes körű „orvos-felmérésnek” tekinthető.*

Jelen tanulmányunkban az orvosnők szubjektív és objektív egészségmutatóit és reprodukciós egészségmutatóit mutatjuk be, összehasonlítva egy reprezentatív, diplomás kontrollcsoport adataival. A „pillanatkép” felrajzolásán túl vállalkozunk arra is, hogy jelen vizsgálatunk eredményeit egybevevük 2003–2004-es kutatásunk adataival, eredményeinknek longitudinális perspektívát adva.

## Módszer

Kvantitatív, online felmérésünk a magyarországi orvosokra (általános orvosokra és fogorvosokra) összpontosított. Az orvosi minta esetében alapsokaságnak a Magyar Orvosi Kamara adatbázisában megtalálható, érvényes e-mail címmel rendelkező orvosokat tekintettük (N = 42 342). Elemzésünk során a fogorvosokat, sajátos foglalkoztatási helyzetük miatt, külön csoportként elemeztük.

Vizsgálatunkat 2013. május 9. és július 15. között folytattuk le, az anonim, önkitöltős kérdőív linkjének kiküldése után négy emlékeztető levél ösztönzésével. A vizsgálatot a MOK és a Semmelweis Egyetem Etikai Bizottságának engedélyével folytattuk le (TUKEB-szám: 60/2013).

A teljes válaszadási arány 16,18%-os volt (n = 5607). Ez a válaszadási arány az online kutatások részvételi hajlandósági adataival összevetve megfelelőnek minősíthető [22]. A kutatás lezárása után az adatokon elvégeztük a szükséges adattisztítást. A felmérés adatain nem, kor és szak (orvos, fogorvos) szerinti korrekciós súlyozást végeztünk, ahol az alapsokasági adatokat a Magyar Orvosi Kamara tagsági adatai jelentették. A háromdimenziós súlyozás elvégzése után a területi és munkahelytípus szerinti megoszlásokat ellenőrzés céljából összevetettük az aktuális KSH-adatokkal [23], és mivel nem volt tapasztalható szignifikáns eltérés sem a területi (megye szerinti), sem pedig a munkahelytípus/szakfeladat szerinti megoszlásokban (alapellátás, szakellátás, fekvőbeteg-ellátás), így felmérésünk e dimenziók tekintetében is reprezentatívnak tekinthető.

Számos, szomatikus egészségre vonatkozó kérdés esetében az orvosi minta kontrollcsoportját a Hungarostudy 2013 lakossági felmérés szolgáltatta (n = 2000). A Hungarostudy 2013 országos magyar reprezentatív felmérés célja a magyar felnőtt lakosság testi és lelki egészségi állapotának feltérképezése, az egészségi mutatók egyes környezeti, szociális és gazdasági háttértényezővel összefüggésben való vizsgálata volt. A kutatók 2000 személyt interjúoltak szociodemográfiai adataikról, egészségi állapotukról, magatartási szokásaik-

ról, pszichológiai jellemzőikről. A kiválasztott személyek reprezentálják a 18 év feletti magyar lakosságot nem, kor és lakóhely szerint. A kérdőív közel 200 kérdést tartalmazott, és interjú, illetve önkitöltős kérdőív formájában vették fel [24].

Elemzésünk során a fogorvosokat sajátos foglalkoztatási helyzetük miatt külön csoportként elemeztük, s jelen tanulmányban csak az általános orvosnőkre vonatkozó eredményeket mutatjuk be (n = 2515). A szomatikus egészség vizsgálata a 19 tételből álló betegségi lista, az egészségi állapot önbecslése és a reprodukciós zavarok mutatói elemzésén alapult.

### Mérőeszközök

Az egyes betegségek meglétét a 19 tételből álló *betegségi lista* segítségével vizsgáltuk (például daganatos betegség, depresszió, szívinfarktus, gyomorfekély). Az egészségi állapot alakulására vonatkozó kérdésünk a következő volt: „A felsorolt betegségek közül milyen betegségeket kezeltek Önénél az elmúlt év során?”

Az utóbbi években számos vizsgálat bizonyította, hogy az *egészségi állapot önbecslése*, az úgynevezett „self-rated health” a megbetegedés és a halálozás megbízható előrejelzője. Így az egészségi állapot önbecslésének mérése is fontos része volt vizsgálatunknak. Két kérdést tettünk fel, amelyek közül az elsőt – „Hogyan minősíti egészségi állapotát?” – ötfokozatú skálán (1: nagyon rossz, 2: rossz, 3: közepes, 4: jó, 5: kiváló) kellett megítélniük a megkérdezetteknek [25]. A második kérdés esetében – „Az elmúlt 5 év során hogyan változott az egészségi állapota?” – szintén egy ötfokú skálán válaszolhattak a megkérdezettek a „sokkal rosszabb lett”-től a „jelentősen javult” kategóriákig.

A *reprodukciós zavarokat* az alábbi kérdésekkel vizsgáltuk:

1. „Hány terhessége volt?”
2. „Jelenleg várandós?”
3. „Volt-e legalább egy éven át tartó sikertelen próbálkozása teherbe esésre?”
4. „Terhességét veszélyeztették-e munkahelyi ártalmak?”
5. „Kezelték-e meddőséggel?”
6. „Állt-e élete során kezelés alatt veszélyeztetett terhesség miatt?”
7. „Állt-e élete során kezelés alatt spontán vetélés miatt?”
8. „Hányszor volt művi abortusza?”

A 2–7-ig terjedő kérdések eldöntendőek voltak, az elsőre és az utolsóra pedig egy számmal felelhetek a megkérdezettek. A veszélyeztetett terhességek, a spontán vetélések és a művi abortuszok esetében a nőgyógyászati események pontos évszámát is megkérdeztük.

### Statisztikai módszerek

Elemzésünk során az orvosnői minta és a kontrollcsoport összehasonlítását végeztük el, ahol a folytonos vál-

tozók esetében átlagokat, míg a diszkrét változók között gyakoriságokat vizsgáltunk. A vizsgált változók közötti százalékos eltéréseket is jeleztük. A változók típusa szerint független mintás t-próbát, illetve  $\chi^2$ -próbát alkalmaztunk. Jelen tanulmányban az orvosnők válaszait elemezzük (n = 2515), és minden esetben az érvényes válaszok arányait vizsgáljuk. Az adatok statisztikai elemzése az SPSS 15.0 programmal történt.

## Eredmények

### A minta demográfiai jellemzőinek bemutatása

Jelen vizsgálatunkban a reprezentatív minta női, általános orvos válaszadóit vizsgáljuk (n = 2515). A vizsgált orvosnők átlagéletkora 49,9 év.

Családi állapot tekintetében elmondható, hogy a válaszadó orvosnők 10,1%-a egyedülálló, 13,1%-a kapcsolatban él, 60%-a házas, 11,4%-a elvált és 5,5%-a özvegy. Mintegy 22,6%-uk gyermektelen, 21,2%-uknak egy, 40,5%-uknak kettő és 15,8%-uknak három vagy több gyermeke van. Munkahelytípust tekintve 41,5%-uk dolgozik a fekvőbeteg-ellátásban, 19,7%-uk a járóbeteg-szakellátásban, 13,7%-uk az alapellátásban és 25,1%-uk egyéb munkahelyeken (civil szervezet, államigazgatás, magánszféra).

### A kontrollcsoport demográfiai jellemzőinek bemutatása

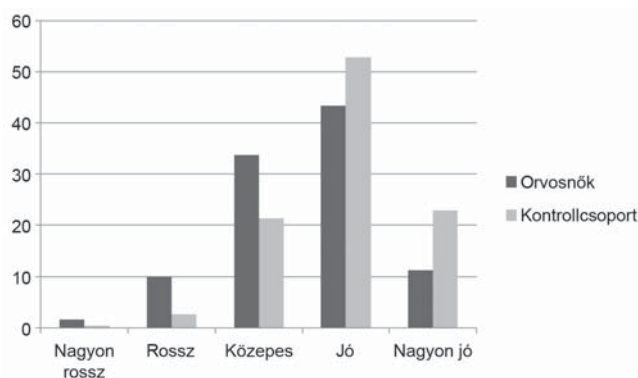
A Hungarostudy 2013 reprezentatív lakossági felmérésben összesen 146 felsőfokú végzettségű nő vett részt. A diplomás nők átlagéletkora 43,1 év volt. A településtípust tekintve 17,2% volt a budapestiek aránya, 17,5% a megyeszékhelyen élők, 33,6% a városiak és 31,4% a községben élők aránya. A válaszadók 18,1%-a egyedülálló, 11,1%-a kapcsolatban él, 48%-a házas, 18,1%-a elvált és 7,8%-a özvegy. Mintegy 31,9%-uk gyermektelen, 29,3%-nak egy, 33,8%-uknak kettő és 4,9%-uknak három vagy több gyermeke van.

### Az egészségi állapot mutatóinak alakulása az orvosnői és a kontrollcsoportban

A megbetegedési mutatók alakulásakor a következő három kérdéskört tekintjük át:

1. A szubjektív egészségkép alakulása az orvosnői minta és a kontrollcsoport esetében.
2. A betegségstruktúra összehasonlítása.
3. A reprodukciós egészség mutatóinak összehasonlítása.

Az egészségi állapot szubjektív megítélésénél a jelenlegi egészségi állapot önértékelését, valamint az egészségi állapot elmúlt 5 évben történt szubjektív változását vizsgáltuk.



1. ábra | Szubjektív egészségi állapot az orvosnői és a kontrollcsoportban

A jelenlegi egészségi állapot értékelésében („Összeségében hogyan minősítené saját egészségi állapotát?”) az orvosnői minta (n = 2454) esetében az átlagpontszám 3,5 (SD = 0,88), míg a kontrollcsoport (n = 145) esetében az átlagpontszám 3,95 (SD = 0,73) volt.

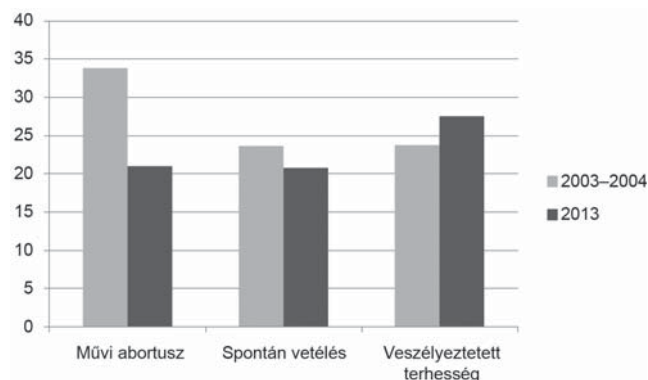
Ha részletesebben is elmélyedünk az egészségi állapot szubjektív megítélésének kérdésére adott válaszokban, azt találjuk, hogy a jelenlegi egészségi állapot értékelésében az orvosnők kisebb arányban tartották jónak, illetve nagyon jónak egészségi állapotukat, mint a kontrollcsoport tagjai, de szignifikáns különbséget nem találtunk a két csoport értékeinek vizsgálatakor (1. ábra).

A következő kérdésünk az egészségi állapot elmúlt 5 évben történő változására irányult. („Hogyan változott az egészségi állapota az elmúlt 5 év során?”) Az orvosnők 28,2%-a válaszolta azt, hogy rosszabb/sokkal rosszabb lett az egészségi állapota, 57,5%-a vélte úgy, hogy egészségi állapota nem változott ebben az időszakban,

1. táblázat | A betegségek előfordulásának százalékos arányai az orvosnői és a kontrollcsoportban

Betegség előfordulása, kezelése	Orvosnők (n = 2515)	Kontrollcsoport (n = 146)	Szignifikanciaszint
Daganatos betegség	2,5	3	NS*
Cukorbetegség	3,9	6,6	p<0,063
Májbetegség	0,8	1,8	NS*
Depresszió	4,1	4	NS*
Magas vérnyomás	23	14,7	p<0,005
Szív- és érrendszeri betegség (agyérbetegség, infarktus, egyéb szív-ér rendszeri betegség)	9,8	4,7	p<0,007
Allergia	14,3	5,9	p<0,001
Gyomorfekély, nyombélfekély	3	1,6	p<0,005
Egyéb gyomor-bél rendszeri betegség	18,9	4,7	p<0,001
Vesebetegség	0,8	1,6	p<0,005
Izom- és csontrendszeri betegség	20,4	5	p<0,001

\*NS = nem szignifikáns.



2. ábra | Orvosnőknél észlelt reprodukciós zavarok a 2003-2004-es és a 2013-as felmérés alapján

míg 14,2%-uk számolt be javulásról. E kérdés tekintetében nem nyílt lehetőségünk a kontrollcsoporttal való összehasonlításra.

### A betegségstruktúra alakulása az orvosnői és a kontrollcsoportban

A következőkben bemutatjuk a kivizsgálások háttérében álló konkrét betegségstruktúra alakulását, a diplomás női kontrollcsoport adataival összevetve. Mivel a változók eloszlása kategoriális, a két csoport eredményeinek összehasonlításakor  $\chi^2$ -próbát alkalmaztunk. A betegségstruktúra vizsgálatok megállapítottuk, hogy a diplomás kontrollcsoporttal összehasonlítva az orvosnői mintában jelentősen nagyobb arányban fordultak elő krónikus megbetegedések. Az orvosnők a magas vérnyomás, a szív- és érrendszeri megbetegedések, a gyomor- és nyombélfekély, az egyéb gyomor- és bélrendszeri betegségek és az allergiás megbetegedések terén mutattak többletet a diplomás kontrollcsoporthoz képest. Különösen erős szignifikáns eltéréseket tapasztaltunk a magas vérnyomás, a gyomorfekély, továbbá az izom- és csontrendszeri megbetegedések esetében. A diplomás kontrollcsoport a cukor-, máj- és vesebetegségek terén mutatott többletet. Közel azonos értékek figyelhetők meg a daganatos megbetegedések és a depresszió tekintetében (1. táblázat).

2. táblázat | Reprodukciós zavarok 2013-ban az orvosnői és a lakossági minta eredményei alapján

Reprodukciós zavar	Orvosnői minta, %	Lakossági minta, %	Szignifikanciaszint
Egy éven át tartó sikertelen teherbe esési próbálkozás	18,4	15,1	p<0,008
Meddőségi kezelés	8,5	5	p<0,005
Spontán vetélés	20,8	18,2	NS*
Művi abortusz	21	19,7	NS*
Veszélyeztetett terhesség	27,5	18,2	p<0,001

\*NS = nem szignifikáns.

## Reprodukción zavarok

A válaszadó orvosnők mintegy 80%-ának (1905 fő) volt 1–8 terhessége, átlagosan 3,06 (SD = 1,57) eddigi élete során, amelyből átlagosan 2,5 (SD = 1,2) gyermek született. Az adatfelvételkor a válaszadó orvosnők 2%-a volt terhes (59 fő).

A válaszadók 18,4%-ának volt egy évig sikertelen próbálkozása a teherbe esésre, és 30,4%-uk terhességét veszélyeztették munkahelyi ártalmak. 8,5%-os azoknak az aránya, akiket meddőséggel kezeltek, és a meddőséggel kezeltek 42,3%-a (109 fő) vett részt mesterséges megtermékenyítésre irányuló kezelésben.

A válaszadók 26,2%-a volt veszélyeztetett terhes, és 20,8%-uknak volt spontán vetélése. Művi abortuszon 21%-uk esett át.

Ha a fenti adatokat összevetjük a Hungarostudy 2013 reprodukciós morbiditásra vonatkozó adataival, elmondhatjuk, hogy a lakossági mintában alacsonyabb a terhességek száma (1,96), és a megszületett gyerekek átlagszáma is kevesebb (1,6). Az orvosnők körében nagyobb arányban megjelenő reprodukciós zavarokra utal, hogy az orvosnői mintában gyakrabban fordult elő az egy éven át tartó sikertelen teherbe esési próbálkozás (18,4% vs. 15,1%), meddőségi kezelés (8,5% vs. 5%), veszélyeztetett terhesség (27,5% vs. 18,2%) és spontán vetélés (20,8% vs. 18,2%). A művi abortuszok előfordulása is orvosnői „többletet” mutat (21% vs. 19,7%) (2. táblázat).

A 2. ábra szemlélteti az orvosnők körében végzett 2003–2004. és a 2013. évi kutatás összevethető eredményeit.

## Megbeszélés

A 2013-ban lefolytatott reprezentatív orvoscsoport felmérés segítségével térképeztük fel a magyarországi orvosnők szubjektív és objektív egészségét, valamint reprodukciós morbiditását, és a kapott adatokat egy reprezentatív országos minta eredményeivel vetettük egybe. Vizsgálatunkban úgy találtuk, hogy az orvosnők körében – a diplomás mintával való összevetésben – kismértékben alacsonyabb az egészségi állapot önbecslésére adott átlagpontoszám, és a megkérdezettek közel 30%-a érezte úgy, hogy egészsége az elmúlt 5 év során romlott. A betegségstruktúra vizsgálatokkor úgy találtuk, hogy a magas vérnyomás, az allergiás megbetegedések, a gyomor-bél rendszeri betegségek, valamint az izom-csont rendszeri megbetegedések tekintetében az orvosnők szignifikánsan rosszabb mutatókkal rendelkeznek. A diplomás női csoport a cukorbetegség és a vesebetegségek terén mutatott többletet, míg a daganatos, valamint a depressziós megbetegedések területén a két csoport hasonló értékekkel rendelkezett. A reprodukciós egészség vizsgálatokkor megállapítottuk, hogy a lakossági arányokhoz képest nagyobb arányú a teherbe esési problémák (egy éven át tartó sikertelen próbálkozás, meddőségi kezelés), továbbá a veszélyeztetett terhességek és a spontán vetélések száma. Az orvosnők mintegy 30%-ának terhességét

veszélyeztették munkahelyi ártalmak. A művi abortuszok viszonylag magas értéke a lakossági adatokéval megegyezően alakult.

Eredményeinket összevetve az orvosnők körében 2003–2004-ben mért reprezentatív kutatás eredményeivel, az észlelhető, hogy a szubjektív egészségmutatók terén („Összességében hogyan minősítené egészségi állapotát?”) a 2013-as kutatás kismértékben alacsonyabb átlagpontoszámot mutat (2003–2004: 3,7 vs. 2013: 3,5). A 2003–2004-es vizsgálatunkban a diplomás kontrollcsoporthoz képest a daganatos megbetegedések, a magas vérnyomás, a gyomorfekély, az izom- és csontrendszeri megbetegedések mutattak szignifikáns különbséget.

Jelen vizsgálatunk longitudinális perspektívája is megerősíti a fenti különbségeket: a daganatos megbetegedések kivételével a jelenlegi betegségstruktúra-trendek is hasonlóan alakulnak [16]. Ugyanakkor, míg 2003–2004-ben a művi abortuszok, a spontán vetélések és a veszélyeztetett terhességek is jelentős többletet mutattak az orvosnők „javára”, addig jelen vizsgálatunk azt mutatja, hogy az orvosnői és a kontrollcsoport között a „reprodukciós olló” szűkül. A veszélyeztetett terhességek és a meddőség kivételével a kontrollcsoporttól való eltérés a reprodukciós zavarokat tekintve kisebb mértékű, és a művi abortuszok aránya is kiegyenlítettebb a diplomás mintával való összevetésben. Az orvosnők körében előforduló művi abortuszok száma jelentős csökkenést mutat a tíz évvel ezelőtti adatokhoz képest.

Bár egészségpszichológiai alapparadigma az, hogy a jó egészségi állapot alakulása az iskolai végzettség emelkedésével szinte minden esetben nő, így a magasan iskolázott nők esélyei a szomatikus zavarokra vonatkozóan alacsonyabb értéket mutatnak [26], korábbi és jelen vizsgálatunk is azt jelzi, hogy az egészségi állapot alakulásában a magasan kvalifikált társadalmi csoporton belül is jelentős különbségek figyelhetők meg. Eredményeink szerint a diplomás csoporthoz viszonyítva az orvosnők szubjektív és objektív egészségmutatói rosszabb értékekkel bírnak. A hazai kutatások fényében eredményeink nem meglepőek, ugyanakkor a nemzetközi trendektől való eltérés jelentős [27, 28]. A szomatikus egészség vizsgálatokkor ugyanis a nemzetközi szakirodalom hangsúlyozza, hogy az orvosok hivatásukból adódóan jobban ismerik a megelőzés és az egészségmegőrzés módszereit, az esetleges problémák korai felismerését, kezelési lehetőségeit. Ugyanakkor az orvosi hivatás emocionálisan és fizikálisan megterhelő jellege mintegy „predesztinálhat” az egészségi problémák nagyobb arányú megjelenésére [29, 30, 31].

Bár jelen vizsgálatunkban nem tártuk fel az orvosnők szomatikus morbiditásának potenciális háttértényezőit, előzetes eredményeink a kiégésszindróma, a szerepkonfliktus és az alvászavarok magas prevalenciáját jelzik, amelyek potenciális prediktorai lehetnek a megbetegedési mutatók kedvezőtlen alakulásának. Ez további kutatás tárgyát képezheti. A reprodukciós morbiditási olló szűkülése jelezheti a nagyobb arányú prevenciósi tevékenységet az orvosnők körében, e tekintetben a „lépés-

hátrány” mindenképpen csökkenő tendenciát mutat. A 2003–2004-ben feltárt „magyarországi orvosnő-paradoxon” jelenségének előfordulását ugyanakkor a longitudinális kutatás megerősítette.

Vizsgálatunk erőssége, hogy reprezentatív orvosnői minta eredményeit vetette egybe egy reprezentatív lakossági minta eredményeivel. Ugyancsak erőssége, hogy jelen eredményeket longitudinális perspektívába helyezve az elmúlt 10 év orvosnői egészségtrendjeinek összevetését végezhetjük el. Vizsgálatunk korlátjaként említhető ugyanakkor, hogy kontrollcsoportunk átlag-életkora alacsonyabb volt, mint az orvosnői átlag, így feltételezhető, hogy az életkori különbségekből fakadóan a betegségstruktúra eltérése markánsabb lehet. Korlátként említhető meg, hogy a 2003–2004-es vizsgálatban a betegségek élettartam-prevalenciájára kérdeztünk, jelen vizsgálatunkban pedig az elmúlt év során kezelt betegségeket vizsgáltuk. Erre a módszertani megszorításra a 2013-as orvosnőkutatás kontrollcsoporttal való összevethetősége miatt volt szükség.

Vizsgálatunk eredményei hosszmetzeti perspektívában is jelzik az orvosnők morbiditásának problémáját. Eredményeink az „elnőiesedő hivatás” szempontjából is figyelemreméltóak: a KSH adataira alapján elmondható, hogy a fiatal (26–29 éves) korosztályban az orvosnők aránya kétszerese a férfi kollégáikénak [23]. A további vizsgálatokban érdemes lenne a megelőzés lehetséges eszközeire összpontosítani: a hivatásra való felkészítés kor az egyetemi évek során, a rezidensképzés idején és a szakvizsgát követő szakorvosi munkavégzés éveiben egyaránt kiemelt figyelmet kellene fordítani az orvosnők testi-lelki jóllétére, ezzel biztosítva a későbbi szomatikus morbiditás megelőzésének lehetőségét.

**Anyagi támogatás:** A „Hungarostudy 2013” a TÁMOP 5.4.1-12 kiemelt projekt keretében készült. A közlemény megírását az első szerző Bolyai János kutatási ösztöndíja támogatta.

**Szerzői munkamegosztás:** GY. ZS.: A kézirat megírása és javítása; G. E.: A kézirat szövegezése, az ábraanyag összeállítása. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

**Érdekeltségek:** A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

## Köszönetnyilvánítás

A szerzők köszönetet mondanak Ádám Szilviának a 2003–2004-es orvoskutatásban nyújtott segítségéért.

## Irodalom

- [1] *McKinstry, B.*: Are there too many female medical graduates? Yes. *BMJ*, 2008, 336(7647), 748.
- [2] *Weizblit, N., Noble, J., Baerlocher, M. O.*: The feminisation of Canadian medicine and its impact upon doctor productivity. *Med. Educ.*, 2009, 43(5), 442–448.

- [3] OECD. Physicians by Age and Gender, 2012 (OECD Health data: Health Care Resources. OECD Health Statistics). <http://stats.oecd.org/>
- [4] *Levinson, W., Lurie, N.*: When most doctors are women: what lies ahead? *Ann. Intern. Med.*, 2004, 141(6), 471–474.
- [5] *Center, C., Davis, M., Detre, T., et al.*: Confronting depression and suicide in physicians – A consensus statement. *JAMA*, 2003, 289(23), 3161–3166.
- [6] *Frank, E., Biola, H., Burnett, C. A.*: Mortality rates and causes among US physicians. *Am. J. Prev. Med.*, 2000, 19(3), 155–159.
- [7] *Firth-Cozens, J.*: Improving the health of psychiatrist. *Adv. Psychiatr. Treatment*, 2007, 13(3), 161–168.
- [8] *Innos, K., Rabu, K., Baburin, A., et al.*: Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: a cohort study in Estonia. *Scand. J. Public Health*, 2002, 30(2), 133–140.
- [9] *Tysse, R.*: Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind. Health*, 2007, 45(5), 599–610.
- [10] *Töyry, S., Räsänen, K., Kujala, S., et al.*: Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians: A national survey. *Arch. Fam. Med.*, 2000, 9(10), 1079–1085.
- [11] *Lin, S. Y., Lin, C. L., Hsu, W. H., et al.*: A comparison of cancer incidence among physician specialists and the general population: a Taiwanese cohort study. *J. Occup. Health*, 2013, 55(3), 158–166.
- [12] *Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. M., et al.*: Burnout in intensive care units – a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiol.*, 2013, 13(1), 38.
- [13] *Taylor-East, R., Grech, A., Gatt, C.*: The mental health of newly graduated doctors in Malta. *Psychiatr. Danub.*, 2013, 25(Suppl. 2), S250–S255.
- [14] *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(2), 211–217.
- [15] *Kölvés, K., De Leo, D.*: Suicide in medical doctors and nurses: an analysis of the Queensland Suicide Register. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 2013, 201(11), 987–990.
- [16] *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]
- [17] *Molnár, L., Mezey, M.*: Mortality and morbidity of doctors I–III. [Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I–III.] *Lege Artis Medicinae*, 1991, 1(8), 524–528; 1991, 1(9–10), 640–645; 1991, 1(14), 966–970. [Hungarian]
- [18] *Hegedűs, K., Riskó, Á.*: Somatic and mental morbidity of health care workers. In: Kopp, M., Kovács, K. (eds.): *Quality of life of the Hungarian population. [Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi és lelkiállapota. In: Kopp, M., Kovács, M. (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.* [Hungarian]
- [19] *Rurik, I., Kalabay, L.*: Morbidity, demography, life style and self-perceived health of Hungarian medical doctors 25 years after graduation. *Med. Sci. Monit.*, 2008, 14(1), SR1–SR8.
- [20] *Győrffy, Zs., Ádám, Sz., Kopp, M.*: Morbidity among Hungarian physicians – nationwide representative study. [A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota – országos reprezentatív minta alapján.] *Orv. Hetil.*, 2005, 146(26), 1383–1391. [Hungarian]
- [21] *Győrffy, 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(1), 20–27. [Hungarian]
- [22] *Grava-Gubins, I., Scott, S.*: Effects of various methodologic strategies. Survey response rates among Canadian physicians and physicians-in-training. *Can. Fam. Physician*, 2008, 54(10), 1424–1430.

- [23] *Central Statistical Office*: Statistical Yearbook of Hungary – 2011. [*Központi Statisztikai Hivatal*: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv – 2011.] KSH, Budapest, 2013. [Hungarian]
- [24] *Susánszky, É., Székely, A.*: Methodology of the Hungarostudy 2013. In: *Susánszky, É., Szántó, Zs.* (eds.): Hungarian soul, 2013. [A Hungarostudy 2013 módszertana. In: *Susánszky, É., Szántó, Zs.* (szerk.): Magyar lelkiállapot, 2013.] Semmelweis Kiadó, Budapest, 2013. [Hungarian]
- [25] *Kopp, M., Skrabski, Á., Réthelyi, J., et al.*: Self-rated health, subjective social status and middle-aged mortality in a changing society. *Behav. Med.*, 2004, 30(2), 65–72.
- [26] *Huisman, M., Kunst, A. E., Bopp, M., et al.*: Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet*, 2005, 365(9458), 493–500.
- [27] *Dubois, C. A., McKee, M., Rechel, B.*: Introduction: Critical challenges facing the health care workforce in Europe. In: *Rechel, B., Dubois, C. A., McKee, M.* (eds.): The health care workforce in Europe. World Health Organisation, Copenhagen, 2006.
- [28] *Frank, E.*: Physician health and patient care. *JAMA*, 2004, 291(5), 637.
- [29] *West, C. P., Shanafelt, T. D., Kolars, J. C.*: Quality of life, burn-out, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA*, 2011, 306(9), 952–960.
- [30] *Tysen, R., Vaglum, P.*: Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv. Rev. Psychiatry*, 2002, 10(3), 154–165.
- [31] *Grassi, L., Magnani, K.*: Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother. Psychosom.*, 2000, 69(6), 329–334.

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

## A rendezvények és a kongresszusi híryanagok leadásának határideje

a lap megjelenése előtt 40 nap, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.  
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

A híryanagokat a következő címre kérjük:  
**Orvosi Hetilap titkársága: Budai.Edit@akkr.hu**  
**Akadémiai Kiadó Zrt.**