

Rezidens orvosok szakterület-választási és vidéki munkavállalási motivációi

Doktori értekezés

Girasek Edmond

Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Gaál Péter egyetemi docens, Ph.D.

Hivatalos bírálók: Dr. Füzesi Zsuzsanna egyetemi tanár, Ph.D.
Dr. Pethesné Dr. Dávid Beáta egyetemi docens, Ph.D.

Szigorlati bizottság elnöke: Dr. Tringer László egyetemi tanár, C.Sc.

Szigorlati bizottság tagjai: Dr. Túry Ferenc egyetemi tanár, Ph.D.
Dr. Boncz Imre egyetemi tanár, Ph.D.

Budapest
2012.

TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK	2
RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE	5
1. BEVEZETÉS	6
2. CÉLKITŰZÉSEK.....	11
2.1 KUTATÁSI KÉRDÉSEK ÉS HIPOTÉZISEK.....	12
3. IRODALMI HÁTTÉR.....	14
3.1 FELHASZNÁLT SZAKIRODALOM KIVÁLASZTÁSI KRITÉRIUMAI ÉS MÓDSZEREI	14
3.2 A SZAKIRODALOM FELDOLGOZÁSÁNAK ÉS BEMUTATÁSÁNAK SZEMPONTJAI	16
3.3 A PUBLIKÁCIÓK EREDMÉNYEINEK ÉRTELMEZÉSÉHEZ SZÜKSÉGES HÁTTÉRINFORMÁCIÓK	18
3.3.1 <i>Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszere</i>	<i>18</i>
3.3.2 <i>Szakorvosi rezidensképzés az Amerikai Egyesült Államokban és Magyarországon.....</i>	<i>19</i>
3.3.3 <i>Orvosi szakterületek csoportosítása a különböző országokban.....</i>	<i>21</i>
3.4 A MOTIVÁCIÓ ÉS A SZAKTERÜLET-, ILLETVE MUNKAHELYVÁLASZTÁS FOGALMA	22
3.5 A FELDOLGOZOTT SZAKIRODALOM MEGÁLLAPÍTÁSAINAK BEMUTATÁSA	24
3.5.1 <i>Orvosi pályaválasztás.....</i>	<i>24</i>
3.5.2 <i>Orvosi szakterület-választás</i>	<i>27</i>
3.5.2.1 <i>Szakterület-választással kapcsolatos kutatási irányzatok</i>	<i>29</i>
3.5.3 <i>Deprofessionalizáció.....</i>	<i>42</i>
3.5.4 <i>Vidéki munkavállalás.....</i>	<i>43</i>
3.6 A SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS ÖSSZEGZÉSE.....	50
3.6.1 <i>A szakterület-választással és munkahelyválasztással kapcsolatos kutatási eredmények kritikai összegzése.....</i>	<i>50</i>
3.6.2 <i>A szakterület-választással és munkahelyválasztással kapcsolatos tudásunk főbb hiányosságai, illetve ellentmondásai.....</i>	<i>56</i>
3.6.3 <i>Kutatásmódszertani megfontolások.....</i>	<i>58</i>
4. MÓDSZEREK.....	59
4.1 KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS	59
4.1.1 <i>A kérdőív validitása</i>	<i>60</i>
4.1.2 <i>A vizsgált populáció, mintavétel és a válaszadók köre</i>	<i>62</i>
4.1.3 <i>A kérdőíves felmérés és az elemzés megvalósítása</i>	<i>67</i>
4.2 FELHASZNÁLT STATISZTIKAI MÓDSZEREK BEMUTATÁSA	68
4.2.1 <i>Varianciaanalízis – ANOVA.....</i>	<i>68</i>
4.2.2 <i>Maximum likelihood faktoranalízis</i>	<i>68</i>
4.2.3 <i>Lineáris regresszió</i>	<i>69</i>

4.2.4	<i>Binomiális logisztikus regresszió</i>	69
4.3	FÓKUSZCSOPORTOS INTERJÚK.....	70
4.4	VIZSGÁLATBAN RÉSZTVEVŐK BEMUTATÁSA.....	73
4.4.1	<i>Kérdőíves felmérés</i>	73
4.4.2	<i>Fókuszcsoporthoz vizsgálat résztvevőinek bemutatása</i>	76
5.	EREDMÉNYEK	78
5.1	KÉRDŐÍVES VIZSGÁLAT – SZAKTERÜLET-VÁLASZTÁS.....	78
5.1.1	<i>A szakterület-választás motivációs tényezőinek fontossági sorrendje és szakterület típusonkénti különbségei</i>	81
5.1.2	<i>A szakterület-választás motivációs tényezőinek faktoranalízise</i>	82
5.1.3	<i>Az orvosi pályaválasztás faktorai</i>	84
5.1.4	<i>A szakterület-választási faktorok átlagértékei közötti különbségek szakterület típus szerint</i>	86
5.1.5	<i>Szakterület-választási faktorok elemzése lineáris regressziós modellekkel</i>	86
5.1.6	<i>Az orvosi szakterület típus választás magyarázó modellje</i>	90
5.2	KÉRDŐÍVES VIZSGÁLAT – VIDÉKI MUNKAVÁLLALÁS.....	93
5.3	FÓKUSZCSOPORTOK EREDMÉNYEI.....	98
5.3.1	<i>Szakterület-választás</i>	98
5.3.2	<i>Vidéki munkavállalási szándékok</i>	102
6.	MEGBESZÉLÉS	111
6.1	SZAKTERÜLET-VÁLASZTÁS.....	111
6.2	VIDÉKI MUNKAVÁLLALÁS.....	118
6.3	VIZSGÁLAT ERŐSSÉGEI ÉS KORLATAI.....	124
7.	KÖVETKEZTETÉSEK	126
7.1	ELMÉLETI ÚJDONSÁGOK.....	126
7.2	MÓDSZERTANI KÖVETKEZTETÉSEK.....	127
7.3	EMPIRIKUS KÖVETKEZTETÉSEK.....	128
7.3.1	<i>Szakterület-választással kapcsolatos következtetések</i>	128
7.3.2	<i>A munkahelyválasztással kapcsolatos következtetések</i>	130
7.3.3	<i>Összefoglalás</i>	132
7.4	EREDMÉNYEK FELHASZNÁLHATÓSÁGA, TOVÁBBI KUTATÁSI IRÁNYOK.....	132
8.	ÖSSZEFOGLALÁS	134
	IRODALOMJEGYZÉK	137
	SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE	147
	Az értekezés témájában megjelent publikációk.....	147

Egyéb – nem az értekezés témájában megjelent – publikációk.....	148
KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS.....	150
MELLÉKLETEK.....	151
1. melléklet: A kérdőíves felmérés kérdőíve.....	151
2. melléklet: A fókuszcsoporthoz interjúk vezérfonala (guide).....	155
3. melléklet: A kérdőíves felmérés résztvevőinek szocio-demográfiai megoszlását bemutató táblák.....	159
4. melléklet: A fókuszcsoporthoz interjúkhoz kapcsolódó szocio-demográfiai kérdőív.....	161

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

ÁOK – Általános Orvostudományi Kar

CL = *Controllable Lifestyle* – kontrollálható életstílust lehetővé tevő orvosi szakterület

EMK – Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ

EU – Európai Unió

FOK – Fogorvostudományi Kar

GP = *General Practitioner* – általános orvos, alapellátásban dolgozó orvos, Magyarországon a háziornosnak felel meg, de a családorvoslás kifejezés is használatos

GYOK – Gyógyszerésztudományi Kar

HRH = *Human Resources for Health* – az egészségügy emberi erőforrásai

KSH – Központi Statisztikai Hivatal

ML – *Maximum Likelihood* faktoranalízis (vagy létrejött faktorok)

NCL = *Non-controllable lifestyle* – nem kontrollálható életstílust eredményező orvosi szakterület

OFA – Országos Foglalkoztatási Közalapítvány

PC = *Primary Care* – alapellátás

RAISEC = *Realistic-Investigative-Artistic-Social-Enterprising-Conventional* – karrier-tipológia

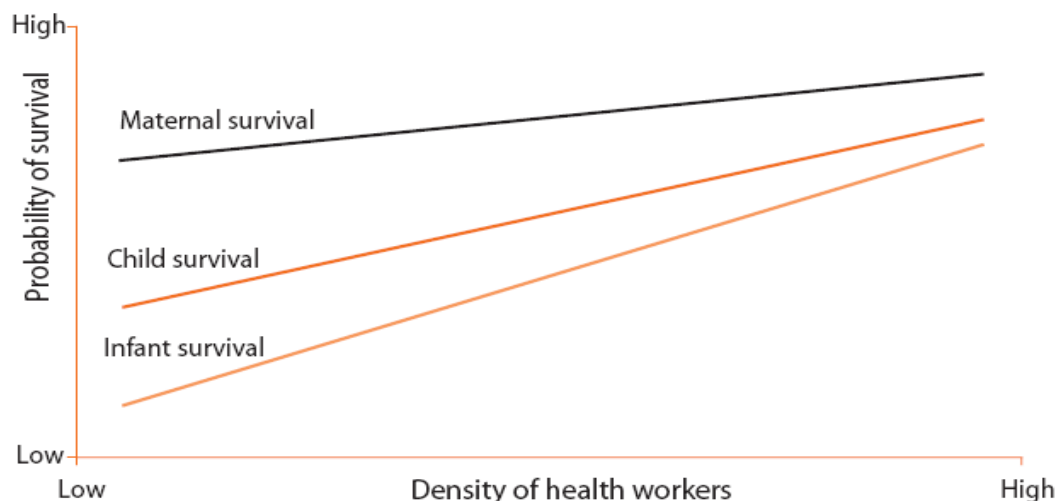
USA – Amerikai Egyesült Államok

WHO = *World Health Organization* – Egészségügyi Világszervezet

1. BEVEZETÉS

Az egészségügyi rendszerek működése és teljesítménye szempontjából alapvető jelentőségűek az egészségügyben dolgozó képzett szakemberek. Az egészségügyi dolgozókra és az ezzel foglalkozó tudományterületre a nemzetközi szakirodalom a *Human Resources for Health* (HRH), azaz az egészségügy emberi erőforrásai kifejezést használja. Ez az erőforrás az egészségügyet működtető ráfordítások (input tényezők) között azért foglal el kiemelt helyet, mert sok országban a személyzetre fordított kiadások teszik ki a teljes egészségügyi költségvetés kétharmadát, ugyanakkor a HRH kulcsfontosságú meghatározója az egészségügyi rendszerek teljesítményének, kibocsájtásának, illetve eredményének is, hiszen az egészségügyi ellátórendszer munka-, és szaktudás-intenzív ágazat (WHO 2000). A WHO 2006. évi világlejelentésében olvasható az az összefüggés, amely szerint az emberi erőforrásokkal való ellátottság mértéke közvetlen és egyenes arányú összefüggést mutat számos az egészségügyi ellátás színvonalát jelző mutatóval (1. ábra) (WHO 2006). Az egészségügyi ellátórendszer tehát a megfelelően képzett és tapasztalt munkaerő nélkül nem funkcionálhat megfelelően.

Health workers save lives!



1. ábra Az egészségügyi szakember-ellátottság összefüggése néhány egészségügyi ellátás színvonalát jelző mutatóval: gyermek, csecsemő és szülési túlélések valószínűsége (WHO 2006)

Az egészségügyi személyzet lakossághoz viszonyított létszáma fontos mutató lehet az egészségügyi rendszerek teljesítőképessége, valamint az ellátáshoz való hozzáférés nemzetközi összehasonlításában. Ebben az összehasonlításban Magyarország kis mértékben elmarad az Európai Unió régebbi tagállamaitól, illetve az Unió teljes átlagától (1. táblázat) (KSH 2010).

1. táblázat Orvos-, fogorvos- és gyógyszerész-ellátottság a 100 ezer lakosra eső dolgozó szakemberek száma alapján, 2009, illetve utolsó elérhető év (KSH 2010)

Ország	Orvosok	év	Fogorvosok	év	Gyógyszerészek	év
Ausztria	468,2	2009	55,3	2009	60,4	2008
Belgium	293,2	2008	71,9	2008	118,1	2008
Bulgária	361,3	2008	82,7	2008
Ciprus	285,6	2008	93,2	2006	21,1	2008
Csehország	352,7	2008	66,6	2008	56,0	2008
Dánia	341,0	2007	83,8	2007	47,4	2007
Egyesült Királyság	270,2	2009	50,9	2008	64,9	2009
Észtország	335,0	2008	92,3	2008	64,3	2008
Finnország	271,4	2008	78,0	2007	106,9	2007
Franciaország	345,2	2008	67,8	2008	120,2	2008
Görögország	601,1	2008	130,8	2008	88,2	2006
Hollandia	370,0	2007	50,0	2008	17,4	2008
Horvátország	266,1	2008	74,2	2008	59,5	2008
Írország	311,2	2008	61,4	2008	101,0	2008
Lengyelország	216,1	2008	34,2	2008	61,8	2008
Lettország	298,6	2009	66,8	2009	59,3	2008
Litvánia	370,6	2008	65,9	2008	77,5	2008
Luxemburg	282,1	2007	78,8	2007	70,7	2007
Magyarország	302,3	2009	49,1	2009	57,2	2009
Málta	303,9	2009	43,3	2009	55,4	2009
Németország	356,2	2008	77,4	2008	60,9	2008
Norvégia	398,1	2008	87,3	2008	75,1	2008
Olaszország	412,5	2008	47,7	2008	99,6	2008
Portugália	366,5	2008	66,8	2008	65,2	2008
Románia	221,5	2008	55,1	2008	53,9	2008
Spanyolország	354,8	2009	56,4	2008	102,1	2009
Svájc	385,4	2009	51,8	2008	55,0	2008
Svédország	357,9	2006	83,1	2006	72,7	2006
Szlovákia	300,0	2007	49,9	2007	46,6	2007
Szlovénia	238,8	2008	59,8	2008	47,8	2008
EU-27 átlaga	323,7	2008	62,6	2008	71,2	2008

Természetesen nincs olyan norma, amely a lakosságszámhoz viszonyítva meg tudná mondani mennyi a „megfelelő” számú orvos és nővér (WHO 2000). Ezt általában a hiány és túlkínálat alapján, illetve a szomszédos, hasonló helyzetben lévő országokkal való összehasonlításban szokták értékelni.

A szakemberek abszolút száma mellett azonban számos olyan mutató létezik, amely szerint sokkal komplexebb egészségügyi emberi erőforrás helyzetről beszélhetünk, mint az abszolút számokból látható. Az Európai Unió által 2008-ban kiadott *Zöld könyv az egészségügyi dolgozókról* (Európai Bizottság 2008) számos olyan HRH problémát nevez meg, amellyel minden egyes tagállamnak foglalkoznia kell. Egyik legfontosabb a demográfiai kérdéskör – öregedő globális népesség és öregedő egészségügyi dolgozók, ami azt jelenti, hogy a rendszerbe nem lép be elegendő fiatal ahhoz, hogy helyettesítse a kilépőket, miközben az öregedő népességnek egyre nagyobb az egészségügyi ellátás igénye, ezáltal több szakemberre lenne szükség. Egy következő, ezzel összefüggő probléma az egészségügyi és népegészségüggyel kapcsolatos munkahelyek csekély vonzereje a fiatal nemzedékek számára, és az egészségügyi szakemberek EU-n belüli és EU-n kívülre irányuló vándorlása. Az egészségügyi szakemberek szakterületek és földrajzi területek szerinti egyenlőtlen megoszlása azt eredményezi, hogy bizonyos területeken komoly hiány alakulhat ki, miközben az abszolút számok összehasonlításában nem látható súlyos hiány.

A fentiekben felvázolt problémák hazánkban is megfigyelhetőek. Az egészségügyi szakemberek abszolút számában Magyarország ugyan csak valamelyest esik az EU átlag alá (KSH 2010), ennél azonban sokkal súlyosabb a helyzet, ha földrajzi vagy szakterületek szerinti bontásban vizsgáljuk a magyarországi egészségügyi szakemberek számát. Az orvostársadalom emellett Magyarországon is folyamatosan öregszik: 2011-ben az orvosok 52,4%-a volt 50 éves vagy idősebb (EEKH 2011). Az átlagéletkor tehát meglehetősen magas és évről-évre emelkedik, miközben a fiatalok a kívánatosnál lényegesen kevesebben lépnek be az ellátórendszerbe, közülük ugyanis sokan külföldön próbálnak elhelyezkedni, így nem jelennek meg a magyarországi ellátórendszerben (Eke és mtsai. 2009; Eke és mtsai. 2011). HRH kutatásokból tudjuk azt is, hogy az orvostársadalom egészségi állapota rosszabb, mint a magyar lakosságé (Györffy és mtsai. 2009; Györffy és mtsai. 2009; Ádám és mtsai. 2010).

2. táblázat Orvos-ellátottság területi megoszlása (megye, illetve régió) Magyarországon, 2009. (KSH 2010)

Területi egység	Nyilvántartott orvosok		Dolgozó orvosok	
	száma	aránya tízezer lakosra	száma	aránya tízezer lakosra
Budapest	11 931	69,3	12 943	75,2
Pest	3 402	27,7	2 065	16,8
Közép-Magyarország	15 333	52,0	15 008	50,8
Fejér	1 128	26,4	901	21,1
Komárom-Esztergom	847	27,1	751	24,0
Veszprém	1 081	30,1	920	25,6
Közép-Dunántúl	3 056	27,8	2 572	23,4
Győr-Moson-Sopron	1 610	35,9	1 486	33,1
Vas	918	35,4	801	30,9
Zala	1 035	35,9	895	31,0
Nyugat-Dunántúl	3 563	35,8	3 182	31,9
Baranya	2 035	51,7	1 925	48,9
Somogy	992	30,9	866	27,0
Tolna	622	26,6	601	25,7
Dél-Dunántúl	3 649	38,5	3 392	35,8
Dunántúl	10 268	33,7	9 146	30,1
Borsod-Abaúj-Zemplén	1 989	28,7	1 582	22,8
Heves	888	28,5	764	24,5
Nógrád	457	22,3	456	22,3
Észak-Magyarország	3 334	27,6	2 802	23,2
Hajdú-Bihar	2 467	45,6	2 030	37,5
Jász-Nagykun-Szolnok	965	24,7	860	22,0
Szabolcs-Szatmár-Bereg	1 398	24,9	1 165	20,8
Észak-Alföld	4 830	32,4	4 055	27,2
Bács-Kiskun	1 547	29,3	1 292	24,5
Békés	985	26,9	655	17,9
Csongrád	2 332	55,1	2 238	52,9
Dél-Alföld	4 864	36,9	4 185	31,7
Alföld és Észak-Magyarország	13 028	32,4	11 042	27,5
Ország összesen	38 629	38,6	35 196	35,1

Az orvosok területi megoszlásából jól látszik, hogy Magyarországon súlyos területi egyenlőtlenségek vannak (KSH 2010) még akkor is, ha figyelembe vesszük, hogy a progresszív ellátás csúcán lévő intézmények területileg koncentráltak (2. táblázat). Látható, hogy Békés és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a legalacsonyabb a dolgozó

orvosok¹ lakosságszámhoz viszonyított száma, ez pedig kevesebb, mint harmada a Budapest, és kevesebb, mint fele a Közép-Magyarországi régió hasonló adatának. Ez azért komoly probléma, mert rendkívül egyenlőtlen a lakosság egészségügyi ellátáshoz való hozzáférése, és figyelembe véve a jelenlegi tendenciákat (Girasek és mtsai. 2010) ez a különbség a jövőben tovább fog növekedni azzal, hogy a fiatal orvosok olyan területen szeretnének dolgozni, ahol a legmagasabb a lakosságszámhoz viszonyított orvosszám.

A jelen és a jövő egészségügyi ellátórendszerének tehát komoly kihívásokkal terhelt közegben kell működnie. Ebben az egészségügyi emberi erőforrás helyzetben különösen fontos az egyes egészségügyi szakembercsoportokat vizsgálni, ugyanis ezen vizsgálatokból származó eredmények felhasználásával hatékonyan lehet javítani mind az egészségügyi ellátás helyzetét, mind a benne dolgozó szakembereket, amely az ellátás teljesítménye szempontjából alapvető jelentőségű. A doktori értekezés témaválasztása tehát az egészségügy működése vonatkozásában releváns, aktuális és egészségpolitikailag kiemelkedő jelentőségű.

Értekezésem felépítése követi az Egyetem *Doktori szabályzatában* megfogalmazott elveket. Jelen bevezető után a kutatási célokat pontosítom és megfogalmazom a kutatási kérdésekre vonatkozó hipotéziseket. Ezután egy széleskörű szakirodalmi áttekintés következik, majd a módszertan fejezetben bemutatom a felhasznált eszközöket, módszereket és a vizsgálatban résztvevőket. Ezt követi az eredmények fejezet, ahol a kvantitatív módszerek eredményeinek bemutatása során az egyszerűbb eredményektől haladunk a komplexebb eredmények felé, illetve ezt kiegészíti a kvalitatív vizsgálat eredményeit bemutató fejezet. A megbeszélés fejezetben az eredményeket értelmezem és összevetem a kutatási kérdésekkel, a megfogalmazott hipotézisekkel, valamint a hivatkozott szakirodalommal, illetve kitérek a vizsgálat erősségeire és korlátaira. A következtetések fejezetben a vizsgálat főbb megállapításait és az eredményekből levonható konklúziókat mutatom be, majd a felhasználási lehetőségeket és a további kutatási irányokat összegzem.

¹ A 2. táblázatban a Központi Statisztikai Hivatal definíciói alapján az tekinthető orvosnak, aki szerepel az orvosok alapnyilvántartásában. Tehát mindenki, aki szerzett orvosi diplomát, vagy külföldön megszerzett diplomáját honosította. Dolgozó orvosnak pedig az számít, aki szerepel az orvosok működési nyilvántartásában és gyűjti a nyilvántartásban maradáshoz szükséges oktatási kreditpontokat. Az előbbi lakhely szerint, az utóbbi munkahely szerint tartja nyilván az orvosokat, ezért lehetséges például, hogy Budapesten magasabb a dolgozó, mint a nyilvántartott orvosok létszáma.

2. CÉLKITŰZÉSEK

Dolgozatom témája a rezidens orvosok szakterület-, és vidéki munkahely-választási motivációinak vizsgálata, illetve magyarázata. A téma tudományos fontossága mellett az egészségpolitikai relevanciája is jelentős.

A disszertációm célja olyan tudományos elemzést kínálni, amely újdonságnak tekinthető Magyarországon. E témákkal a nyolcvanas évek elején megszületett két monográfia (Bánlaky és mtsai. 1981; Váriné Szilágyi 1981) óta nem foglalkoztak széleskörű, komplex adatgyűjtésen és elemzésen alapuló tudományos munka keretében. A téma vizsgálata során többváltozós elemzések segítségével olyan magyarázó modelleket építtek fel, amelyek széleskörűen igyekeznek felderíteni mind a szakterület-választás, mind a munkahelyválasztás befolyásoló tényezőit, így a dolgozat nem egyszerűen leíró, hanem magyarázó kutatásnak is tekinthető. A kvantitatív elemzés mellett a fókuszcsoportos interjúk biztosítják azt, hogy az eredmények számai mögött valóban megjelenjenek az érintett rezidens orvosok személyes történetei és szándékai. A kvalitatív módszer alkalmazása lehetővé teszi a kérdőíves felmérés keretében nehezen feltárható témák vizsgálatát is, így ez szervesen kiegészíti a kvantitatív elemzést, illetve segíti a kvantitatív eredmények értelmezését.

A dolgozat célja a tudományos eredmények mellett megbízható és érvényes alapot, illetve segítséget adni az egészségpolitikai döntéshozók számára, az egészségügyi emberi erőforrásokkal kapcsolatos olyan specifikus kérdésekben, mint a fiatal orvosok szakterület-választásának és munkahelyválasztásának ösztönzése, amely az egészségügyi ellátórendszer szempontjából alapvető. Cél megérteni, melyek azok a legfőbb motivációs erők, amelyek meghatározzák a fiatal orvosok szakterület-választását, illetve munkahelyválasztását. Amennyiben sikerül feltárni és megmagyarázni ezen motivációk hatását és működését, beazonosíthatók azok a különböző szintű beavatkozási pontok, amelyek a jövőben, akár már középtávon csökkenthetik a szakmák és a földrajzi területek közötti egyenlőtlenségeket. Mivel számos más országban is küzdenek a felvázolt problémákkal, így az elemzés eredményei nemcsak itthon, hanem külföldön is érdeklődésre tarthatnak számot.

Dolgozatomban azonban nem kínálok sem szervezeti, sem egészségpolitikai megoldásokat, pusztán a megoldások kidolgozásához és a döntéshozatalhoz olyan tudományos alapot, amely kvantitatív adatokra és kvalitatív információkra és azok szisz-

tematikus és széleskörű elemzésére építve, hatékonyan segítheti a döntéshozatalt. A dolgozatnak nem témája az egészségpolitikai beavatkozások kidolgozása, ennek mindössze alapot kíván szolgáltatni, a motivációk vizsgálatával és magyarázatával. Összefoglalóan tehát az értekezésem célja:

- feltárni a fiatal orvosok szakterület-választási motivációit,
- feltárni a rezidens orvosok munkahelyválasztási motivációit,
- megérteni a motivációs tényezők hátterét,

segítve ezzel az ágazati döntéshozatalt a szakterületek és a földrajzi területek közötti, valamint az ezekből következő hozzáférésebeli egyenlőtlenségek csökkentésében.

2.1 Kutatási kérdések és hipotézisek

A célkitűzésekhez kapcsolódóan kutatásom során az alábbi főbb kutatási kérdéseket és ehhez kapcsolódó hipotéziseket vizsgáltam meg:

1. A szakmai érdeklődés mellett milyen tényezők befolyásolják a rezidens orvosok szakterület-választását Magyarországon?
 - Az orvosi szakterület-választás során a szintiszta szakmai érdeklődés mellett fontos szerepet játszanak egyéb, nem szakmai, hanem életstílus jellegű tényezők is (munka természete, időbeosztása, jövedelem).
2. Van-e összefüggés a rezidens orvosok személyes jellemzői és a szakterület-választást meghatározó szakterületi jellemzők között?
 - Feltételezhető, hogy a rezidens orvosok demográfiai, társadalmi, gazdasági jellemzői összefüggést mutatnak a szakterület-választás életstílus jellegű szakterületi jellemzőivel.
3. Település-, illetve intézménytípus tekintetében milyen munkahelyet preferálnak a rezidens orvosok Magyarországon és ez a választás hogyan befolyásolható?
 - A rezidens orvosok döntő többsége nagyobb városokban, vagy magasabb ellátási szintű intézményben szeretne dolgozni, ahol kisebb mértékű az orvoshiány.
 - A vidéki munkahelyválasztás ösztönzésében jelentős szerepe van a vidéki munkával és életformával kapcsolatos személyes tapasztalatoknak.

- A munkahelyválasztás egy összetett jelenség, ezért csak komplex, széleskörű ösztönzők segítségével lehetséges befolyásolni a fiatal orvosok munkahelyválasztását.

3. IRODALMI HÁTTÉR

A kutatási kérdések megválaszolásában és a válaszként megfogalmazott hipotézisek tesztelésében az első fontos lépés a korábban publikált kutatási eredmények szisztematikus áttekintése és összegzése. A szakirodalmat bemutató fejezetben először a szakirodalom-kutatás módszertanával foglalkozom, utána röviden összefoglalom a témában publikált kutatási eredmények feldolgozása során használt tartalmi szempontokat, illetve a kutatási eredmények prezentálásának keretrendszerét, majd rátérek az eredmények, megállapítások értelmezéséhez szükséges fogalmak tisztázására és röviden összegzem a legfontosabb háttérinformációkat. Ezután következik a szakirodalomban található releváns kutatási eredmények tematikus bemutatása az ismertetett keretrendszer szerint, majd pedig összevetem ezeket a kutatási kérdésekkel, hipotézisekkel. A fejezetet a kutatási kérdésekkel kapcsolatos jelenlegi tudásunk hiányosságainak bemutatásával zárom, amely megalapozza a doktori munkámban vállalt kutatás létjogosultságát, szükségességét.

3.1 Felhasznált szakirodalom kiválasztási kritériumai és módszerei

Az értekezésben felhasznált szakirodalom keresését elsősorban a legnagyobb szöveges (*full-text*) szakirodalmi adatbázisokban kezdtem. Több, a Semmelweis Egyetem számára elérhető adatbázisban indítottam keresést, azonban számos kísérlet után csak a *Scopus* és a *Web of Science* adatbázisokat használtam tovább. Számos keresési tapasztalat és a már megtalált és felhasznált források kulcsszavainak megvizsgálása után az alábbi kulcsszavakat használtam a szakirodalom keresésre: „*medical career choice*”, „*medical student motivation*”, „*medical specialisation*”. A vidéki munkavállalási motívációkhoz pedig a „*medical doctor*” „*rural area*”, illetve a „*medical doctor*” „*rural*” kereső-kifejezést alkalmaztam. Az alábbi táblázat mutatja a kulcsszavakra adott találatok számát a fent említett két adatbázisban (3. táblázat).

A táblázatból jól látszik, hogy számomra a *Scopus* adatbázis által indexált keresési eredmények megfelelőbbek. Jelentős átfedés volt a két adatbázis találatai között, természetesen mindkettő találatait áttekintettem. A magas találati számokhoz hozzátartozik, hogy ezek minden esetben más, a jelen disszertáció témájához nem kapcsolódó anyagokat is tartalmaztak, így ezekből még jelentős másodlagos szelekciót kellett vég-

rehajtani. Megoldás lehetett volna a kulcsszavas keresés finomítása, de – tapasztalataim szerint – ez több, az értekezés szempontjából fontos szakirodalom kiesésével járt volna.

3. táblázat Keresési kulcsszavakra adott találatok száma a Scopus és a Web of Science adatbázisokban

Kulcsszó	Találatok száma	
	Scopus	Web of Science
medical career choice	433	550
medical student motivation	583	46
medical specialisation	325	14
"medical doctor" "rural"	125	21
"medical doctor" "rural area"	64	45

A „*medical career choice*” kulcsszó az orvosi pályaválasztáshoz kapcsolódó szakirodalom megtalálásában volt segítségemre. Mivel az értekezés témájához ez csak részlegesen kapcsolódik, ezért csak a legfontosabb tanulmányokat használtam fel.

A „*medical student motivation*” kulcsszó használata bizonyult a legjobbnak a szakterület-választási motivációkat tárgyaló szakirodalom kereséséhez, de ez a keresési eredmény is számos, tanulás-módszertani, illetve tanulási motivációval kapcsolatos cikket tartalmazott. Mivel ezek nem kapcsolódnak a disszertáció témájához, ezért ezekkel a cikkekkel a továbbiakban nem foglalkoztam. A „*medical specialisation*” kulcsszó a szakterület-választás motivációja témájában legtöbb esetben a „*medical student motivation*” kulcsszóval átfedő találatokat adott, illetve ezt kiegészítette néhány jól felhasználható szakirodalmi találattal. Itt is szükség volt másodlagos szűrésre, ugyanis a találatok döntő többsége az orvos-szakmai és oktatási szempontból foglalkozott az orvosok specializációjával, illetve az ahhoz kapcsolódó elméleti és gyakorlati tudás oktatásával.

A vidéki munkavállalási motivációk szakirodalmi keresése során a „*medical doctor*” „*rural*”, illetve a „*medical doctor*” „*rural area*” keresőkifejezések segítettek a legtöbb, számomra felhasználható szakirodalmat megtalálni, szintén jelentős átfedéssel a két adatbázis között.

A teljes szöveges (*full-text*) adatbázisokban való keresési módszert kiegészítettem az általános internetes kereséssel, továbbá az általam korábban ismert, valamint a keresés során talált releváns tanulmányok irodalomjegyzékének áttekintésével is. Min-

den egyes megtalált és elolvasott tanulmány hivatkozásait tanulmányoztam, és a szakirodalmi adatbázisokban megkerestem a számomra érdekes tanulmányokat, cikkeket. Számos keresés és publikáció elolvasása után már nem találtam olyan cikkeket a hivatkozások között, amelyek a témámhoz kapcsolódnak, és amelyeket ne ismertem volna. Ilyen módon valószínűsíthető, hogy a releváns szakirodalom döntő többségét összegyűjtöttem. A szisztematikus irodalomkutatás nyelvi korlátok miatt nem terjedhetett ki azonban a nem angol, valamint a nem magyar nyelven megjelent tanulmányokra, és jellegéből adódóan a magyar szakirodalomban maradhatott nagyobb valószínűséggel olyan tanulmány (elsősorban szürke-irodalom), amelyet nem sikerült azonosítanom. A szürkeirodalom teljeskörű áttekintése azonban nem kritériuma a szisztematikus irodalomkutatásnak.

A vidéki munkavállalási motivációk témájában a szakirodalmi keresést kiegészítendő, nagy segítségemre volt egy szisztematikus irodalomkutatásra épülő WHO dokumentum (WHO 2009), amely összefoglalja a témához kapcsolódó releváns szakirodalmat, így önmagában jó kiindulási alap volt a szakirodalom kereséshez. Emellett a szintén a WHO által támogatott <http://www.hrresourcecenter.org/> címen elérhető honlapot is hasznosnak találtam, ahol számos a HRH témához kapcsolódó anyag elérhető, témák szerinti csoportosításban. Itt nemcsak a lektorált folyóiratokban megjelent cikkeket lehet elérni, hanem kormányzati és egyéb szakértői tanulmányokat, elemzéseket is, amelyek szürke-irodalomként szintén segítséget jelentettek a disszertációm megírásában.

A cikkeket, tanulmányokat minden esetben lementettem és elolvasásuk után döntöttem a felhasználásukról. A megtalált anyagok döntő részét felhasználtam és beépítettem a disszertációmba, de a keresési találatok közé bekerült, számomra nem releváns cikkeket, tanulmányokat nem használtam fel.

3.2 A szakirodalom feldolgozásának és bemutatásának szempontjai

Az összegyűjtött és a kutatáshoz felhasználandó szakirodalmat alapos olvasás után rendszereztem és ennek megfelelően mutatom be a disszertációmban. Mivel a hivatkozott tanulmányok döntő többsége az Amerikai Egyesült Államokból származik ezért a megfelelő értelmezés érdekében fontosnak tartom bemutatni az USA egészségügyi és szakorvosképzési rendszerét.

A disszertáció kutatási témájához kapcsolódóan először bemutatom az orvosi pályaválasztásra vonatkozó legfőbb külföldi és hazai tanulmányokat. Az orvosi pályaválasztással kapcsolatos irodalom szorosan összefügg a szakterület-választás témájával, ezért tartottam fontosnak a releváns publikációk feldolgozását és a kutatási eredmények ismertetését. Mivel azonban nem az orvosi pályaválasztás vizsgálata adja a doktori értekezésem témáját, így csak azokat az adatokat, információkat említem, amelyek a szakterület-választás témakörének megalapozásához feltétlenül szükségesek. Ezt követően térek rá az orvosi szakterület-választás témájára, és ezen belül bemutatom a legfőbb kutatási irányzatokat. A tanulmányok kutatási irányzatokba való besorolásakor nem egy meglévő kategóriarendszert alkalmaztam, hanem a munkák megközelítése alapján magam igyekeztem kategorizálni őket.

Az orvosi szakterület-választási kutatási eredményeket bemutató tanulmányokból egybehangzóan kiderül, hogy a szintiszta szakmai érdeklődés mellett más típusú motivációk és befolyásoló tényezők is szerepet játszanak a szakterület-választásban. Ezen kutatott tényezők mentén kategorizáltam a feldolgozott szakirodalmat. Az egyik ilyen irányzat az orvosképzés alatti klinikai-kórházi gyakorlatok szerepét vizsgálja a szakterület-választásban. Egy másik irányzat az orvostanhallgatók személyiségjellemzőiben látja a szakterület-választás legfőbb meghatározóit. A harmadik bemutatott kutatási vonulat a jövedelmi-gazdasági tényezők fontosságát hangsúlyozza. Részben ehhez kapcsolódik az a kutatási irányzat, amely azt a jelenséget vizsgálja, hogyan és miért változik az alapellátási szakterületeket választó orvosok aránya az Egyesült Államokban. Ebből nőtte ki magát az az irányzat, amely az egyes szakterületek valós vagy vélt életstílusával igyekszik magyarázni a szakterület-választást. Ezek tehát mind-mind más megközelítést jelentenek, a témáról való tudásunkhoz azonban nagymértékben hozzájárulnak.

Az értekezésem másik fő témája a fiatal orvosok vidéki munkavállalási (munkahelyválasztási) motivációi. Ebben a témában nincsenek a fentihez hasonló kutatási irányzatok, így itt nem alkalmaztam a szakterület-választáshoz hasonló kategorizálást. A kutatási eredmények ismertetését ebben az esetben a korábban említett átfogó WHO tanulmány szempontrendszeréhez igazítottam.

3.3 A publikációk eredményeinek értelmezéséhez szükséges háttér-információk

Mivel a szakirodalmi háttér bemutatása során a legtöbb hivatkozott publikáció az Amerikai Egyesült Államokból származik, így az értelmezésükhöz szükségesnek tartom röviden bemutatni az USA egészségügyi rendszerét, illetve ezen belül kiemelten a rezidensképzés rendszerét, az európai rendszerekkel, illetve azon belül elsősorban a magyar rendszerrel való összehasonlításban. Az orvosi szakterület-választás kutatásával kapcsolatban hasonlóan alapvető kérdés az is, hogy a különböző országokban milyen orvosi szakterületeket ismernek el, illetve ezeket hogyan csoportosítják. Bár általánosságban elmondható, hogy az országok között ebben a tekintetben nincsenek markáns különbségek, vannak azonban olyan eltérések, amelyek ismerete fontos a tudományos kutatások eredményeinek helyes értelmezéséhez.

3.3.1 Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi rendszere

Az Egyesült Államok egészségügyi rendszere magánbiztosításra és egymással versengő magánbiztosítókra épül, amelyet kiegészít két állami program, a szegények és az idősek egészségügyi ellátását finanszírozó *Medicaid* és *Medicare*. A világon itt a legmagasabb az egészségügyi kiadások össznemzeti jövedelemhez viszonyított aránya, ugyanakkor a lakosság egy részének nincs is (megfelelő védelmet nyújtó) egészségbiztosítása, mivel ez nem kötelező, illetve mivel sokan nem tudják ezt megvásárolni. Az egészségügyi ellátást döntő többségében magántulajdonban lévő egészségügyi szolgáltatók biztosítják az egészségbiztosítók finanszírozása alapján. Az 1990-es évektől az elszabadult egészségügyi kiadások kordában tartása érdekében vezették be az ún. *managed care* rendszert, amelynek legelterjedtebb intézményi formája az HMO (*Health Maintenance Organization*). Az HMO különböző ellátási csomagokat nyújt ügyfeleinek úgy, hogy az ellátást saját egészségügyi szolgáltatóknál lehet igénybe venni. Ezzel korlátozzák a szabad orvosválasztást (illetve térítés ellenében teszik azt lehetővé). Az orvosokat a megtakarítások, illetve a költséghatékony gyógyítás alapján premizálják. A rendszer keretében a beteg először egy általános (alapellátó) orvoshoz fordulhat és ő küldheti tovább szakorvoshoz. A cél, hogy a beteg csak a számára szükséges ellátást kapja meg (*case management*) és ennek érdekében egyes kórképekhez meghatározott szolgáltatásokat és kezelési eljárásokat írnak elő (*disease management*), amellyel igyek-

szenek visszaszorítani a feleslegesen nyújtott egészségügyi szolgáltatásokat. (ESKI 2010)

Az HMO intézményekkel szerződött orvosok a legtöbb esetben csoport-praxisban dolgoznak, az utóbbi időben azonban jelentősen növekedett az alkalmazottként dolgozó orvosok aránya (ESKI 2010). Az Egyesült Államokban 744 ezer orvos dolgozik, ez 240,8 orvost jelent százezer lakosra számítva (AAMC Center for Workforce Studies 2011).

3.3.2 Szakorvosi rezidensképzés az Amerikai Egyesült Államokban és Magyarországon

Az USA rezidens felvételi rendszere a *National Resident Matching Program* (National Resident Matching Program 2011; National Resident Matching Program 2012). Itt minden egyes intézmény meghirdet rezidens álláshelyeket, valamint az ezekhez tartozó tanulmányi és szakmai követelményeket. Ezt gyakran kiegészítik helyszíni interjúkkal, felvételi beszélgetésekkel, amely bizonyos álláshelyek esetében fontos része a felvételi eljárásnak. Vannak azonban olyan helyek is, ahol ez nem része a felvételi eljárásnak. A munkaerő-piaci igényekhez igazodó rendszer dinamikájának köszönhetően a meghirdetett helyek típusa és száma minden évben változik. A kiírt helyek száma minden évben jelentősen meghaladja az adott évben orvosi diplomát szerzők számát (National Resident Matching Program 2012), de mivel olyan orvosok is jelentkeznek a rezidensképzési rendszerbe, akik korábban, illetve külföldön szereztek diplomát, így összességében minden évben jelentős túljelentkezés van a rendszerben.

A rendszer kétszintű, „előzetes” (PGY-1) és „haladó” (PGY-2) képzést kínál (National Resident Matching Program 2011; National Resident Matching Program 2012). Az előzetes képzés nem kötelező. A végzősök mindkét szintű képzésbe jelentkezhetnek – a haladó szintű helyekre is, ha elég felkészültnek érzik magukat. A haladó képzésbe azonban értelemszerűen lényegesen nehezebb bekerülni, és előnyt élveznek azok, akik már elvégezték az előzetes képzést.

A végzett orvosok egy elektronikus rendszeren keresztül jelentkeznek, ahol megadják a preferencia sorrendjüket, mivel több helyre is be lehet adni a jelentkezést. A két szereplő (állást hirdető intézmények és a diplomát szerzett orvosok) között a *National Resident Matching Program* jelenti az összeköttetést, amely a teljes jelentkezési

folyamatot adminisztrálja. A programot egy nem állami tulajdonban lévő, non-profit szervezet működteti, amely független mind az intézményektől, mind a szövetségi államtól. A program tehát a magyar rendszertől különbözik abban, hogy a rezidensképzési keretszámokat nem az állam határozza meg.

Hasonlóan a 2012-ben is működő magyarországi felsőoktatási felvételi rendszerhez, ha valaki több helyre jelentkezett és az egyik helyen megfelelt a kiírt feltételeknek, akkor az általa hátrébb rangsorolt helyeket megnyerhetik más jelentkezők. A legjobb rezidensi helyekre többszörös a túljelentkezés, viszont számos olyan hely van, amelyre nem jelentkeznek senki, illetve az is gyakori, hogy egy-egy orvos nem kap rezidens helyet, pedig több intézmény feltételének megfelelne, de nem jelentkezett azokra a helyekre. A rezidensi helyek és a jelentkezések között így jelentős eltérések lehetnek.

A rezidensrendszerbe bekerülés után kezdődik a rezidensképzés időszaka. Ennek keretében a rezidensek kórházban felügyelettel dolgoznak, és mellette végzik el a kötelező képzéseket. Erre hasonlítanak az európai rendszerek, illetve ezen belül az 1999-ben bevezetett magyarországi szakorvosképzési program is, ugyanis az európai és amerikai rendszerek párhuzamosan fejlődtek a legfontosabb gyakorlatok kölcsönös átvételével (Bodosi 2005). Ennek megfelelően a szakvizsgára készülő orvosok a rezidensi időszak letelte után szakorvosjelöltként teljesíthetik az elvárt szakmai gyakorlatot, majd ezután a szakorvossá váláshoz szükség szakvizsgát. Az amerikai rezidensképzést az USA kormányának egészségügyi minisztériuma finanszírozza. Ez tartalmazza a rezidensek képzési költségét és munkabérét is. Első orvosi szakvizsga csak a rezidensképzés rendszerén belül szerezhető meg.

Jelen kutatás idején a magyarországi szakorvosképzési rendszer során központilag meghatározott keretszámok alapján kerültek felvételre az orvosok. A 26 hónapos rezidensképzési időt egyetemi klinikán töltik el, és a munka mellett teljesítik a szakvizsgához szükséges képzéseket, tanfolyamokat. A rezidensek a rezidensképzési idő letöltése és a licence-vizsga teljesítése után válnak szakorvosjelöltté. Ebben az időszakban már munkahelyet kell keresniük – tehát nem az egyetemi klinikákon dolgoznak – a fiatal orvosoknak, és a munkahelyükön teljesítik az orvosi szakvizsgához szükséges műtéttípusokat és műtétszámot (Bodosi 2005). A magyar rendszer és az USA rendszere között tehát két fontos különbség is van. Egyrészt Magyarországon a kormány központilag határozza meg a képzési keretszámokat, amelyek így nem direkt módon reagálnak

a munkaerő-piaci igényekre. Másrészt Magyarországon a rezidensképzési időszak 26 hónapját egyetemi klinikákon kell eltölteni, szemben az amerikai rendszerrel, ahol a rezidensek azonnal abba az intézménybe mennek dolgozni, ahol később szakorvosjelöltként, illetve a szakvizsga letétele után akár szakorvosként is dolgozhatnak.

3.3.3 Orvosi szakterületek csoportosítása a különböző országokban

A magyar, az európai és az amerikai szakterület-beosztás a fontosabb szakterületek vonatkozásában alapvetően megegyezik egymással. Említésre méltó eltérés elsősorban két területen mutatkozik. Az egyik az alapellátás (*primary care*) meghatározásával kapcsolatos. Egyrészt vannak olyan országok (főleg angolszász országok, Amerikai Egyesült Államok, Egyesült Királyság, Kanada), ahol az alapellátó („általános”) orvos (*General Practitioner*) nem számít szakorvosnak és a képzésüket is ennek megfelelően külön kezelik. Magyarországon ezzel szemben a háziorvostan önálló orvosi szakképesítésnek számít, és a képzés integráns részét képezi a szakorvosi rezidensképzési rendszernek (Egészségügyi Minisztérium 1999#; Emberi Erőforrások Minisztériuma 2012). Másrészt az USA-ban végzett kutatások több alkalommal együttesen hivatkoznak „alapellátási” (*primary care*) szakterületekre, amely eltérően a magyarországi egészségügytől nemcsak a háziorvosokat jelenti, hanem számos egyéb szakterületet is magában foglal. Ide sorolják a belgyógyászatot, az általános gyermekgyógyászatot, a családorvoslást, a szülészeti-nőgyógyászatot és a gyermekgyógyászat ráépített specializációit is (Jeffe és mtsai. 2010).

A másik eltérés az önálló szakvizsgával rendelkező, elismert szakterületek számában, illetve összetételében mutatkozik. Az első (alap) szakvizsgára épülő, állami-lag elismert szakképesítések száma az orvostudomány fejlődésével párhuzamosan növekszik, ennek a folyamatnak a gyorsasága és kiterjedtsége azonban országonként különböző lehet. Ilyen szakterület a diabetológia, vagy a pszichoszomatikus orvoslás, amely Magyarországon még nem került be a hivatalosan elismert orvosi szakképesítések közé, miközben például Németországban lehet pszichoszomatikából szakvizsgát tenni.

3.4 A motiváció és a szakterület-, illetve munkahelyválasztás fogalma

A szakirodalmi áttekintéshez érdemes először a disszertáció központi témáját adó fogalmakat tisztázni. A **motiváció**, szótár szerint, valamilyen cselekvés ösztönző, vagy kiváltó tényezőit jelenti (Bakos 1983). Jelen esetben az orvosi szakterületválasztási, illetve vidéki munkavállalási döntések „kiváltó”, ösztönző tényezőit vizsgáljuk azzal a céllal, hogy azonosítsuk azokat, amelyek az egészségpolitika által befolyásolhatóak, és így a munkaerő allokációjának megváltoztatásán keresztül hozzá tudnak járulni egy hatékonyabb és igazságosabb egészségügyi rendszer kialakításához.

Az orvosok életében mind a szakterület-választás, mind pedig a munkahelyválasztás egy szükségszerű, összetett döntés, amelyet nyilvánvalóan meghatároznak az egyes szakterületek, illetve munkahelyek jellemzői, valamint a döntést meghozó orvos személyes jellemzői, társadalmi-gazdasági háttértényezői, személyiségjegyei. Az egyes tényezők azonban még a szakterületi jellemzők esetében sem mindig befolyásolhatóak az egészségpolitika eszközrendszerével. Amíg például egy közfinanszírozott rendszerben az orvosok javadalmazásának technikái és mértéke könnyen változtathatók akár szakterületenként és munkahely típusonként is, addig a szakterülethez kapcsolódó betegségek jellege és ebből adódóan az ellátás munkaigényessége, adott technológiai fejlettségi szinten, nem változtatható tényező. A szakterület-, illetve munkahelyválasztási döntések befolyásolása szempontjából tehát kiemelt jelentősége van azoknak a motivációs tényezőknek, amelyek az egészségpolitika számára beavatkozási lehetőséget jelentenek. A személyes jellemzők (kor, nem, szülők iskolai végzettsége, lakóhely, stb) olyan adottságok, amelyek ugyan nem változtathatók meg, a szakterület-, illetve munkahelyválasztási döntésekkel való összefüggésük vizsgálata azonban ennek ellenére nemcsak kutatási, hanem egészségpolitikai szempontból is hasznos lehet. Az összefüggések megismerésével lehetőség nyílik speciális célcsoportok azonosítására, amely növelheti a munkaerő allokációját befolyásoló egészségpolitikai intézkedések hatékonyságát.

A személyes és szakterületi jellemzők közötti fontos kapcsolatot a munkára vonatkozó információk percepciója, valamint a személyes tapasztalatszerzés jelenti. Az orvosok és a társadalom számára egyaránt kiemelt jelentőségű döntések meghozatala megfelelő információk hiányában könnyen torzulhat. Az információnyújtás ugyanakkor

szintén olyan terület, amely számos beavatkozási lehetőséget kínál az egészségpolitika számára, például magának a szakorvosi rezidensképzésnek az átalakításán keresztül.

Az előzőeknek megfelelően **rezidens orvosok** azok az orvosok, akik megszerzték az orvosi diplomájukat, és szakorvosképzésük első 26 hónapját töltik (Bodosi 2005). Az orvostudomány fejlődésével és specializációjával kialakultak ún. **orvosi szakterületek**, és orvosi szakvizsga megszerzésével válik az orvos egy-egy szakterület szakorvosává, ami azt jelenti, hogy az adott területen önállóan munkavégzésre jogosultak (Egészségügyi Minisztérium 1999; Emberi Erőforrások Minisztériuma 2012).

A munkahelyválasztás témakörében alapvető kérdés, hogy mely földrajzi területek tekinthetők „**vidéknek**” (*rural area*). A WHO egyik, az egészségügyi munkaerő földrajzi megoszlásával foglalkozó tanulmánya szerint azok a területek számítanak vidéki területnek, amelyek infrastrukturális szempontból nem városi természetűek (WHO 2009). Ez az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szempontjából vitatható definíció. Jogosan merül fel ellenérvként például az agglomerációs területek helyzete, amelyek bár közigazgatásilag és infrastrukturálisan valóban vidéki területnek tekinthetők, de az itt élő lakosság általában szervesen együtt él a várossal, igénybe véve annak minden szolgáltatását és infrastruktúráját. Éppen ezért a hivatkozott WHO dokumentum is az „*underserved area*” kifejezést használja azokra a területekre, ahol korlátozott a hozzáférés az egészségügyi ellátókhöz, illetve az általuk nyújtott ellátásokhoz. Ez nyilván nemcsak a beteg oldaláról probléma, hanem az ellátást végző személyek szemszögéből is, mivel az ezeken a területeken működő, alacsonyabb progresszivitási szintű intézmények nem rendelkeznek olyan technikai és infrastrukturális háttérrel, mint a megyei és országos szintű kórházak, vagy egyetemi klinikák. Ennek az érvelésnek az alapján egy korábbi publikációmban (Girasek és mtsai. 2011) is más típusú megközelítést használtam a vidéki területek meghatározására, amely a Magyarországi viszonyok között jobban megállja a helyét. E szerint **vidéki területeknek** tekintem azokat a területeket, *ahol nincs orvosi egyetem vagy nem működik magasabb (megyei, vagy országos) szintű egészségügyi szolgáltató*. Ebben a doktori értekezésben is ezt a munkadefiníciót használtam.

3.5 A feldolgozott szakirodalom megállapításainak bemutatása

Az előzőekben vázolt módszertan alapján ebben a részben először az orvosi pályaválasztással, utána a szakterület-választással, majd pedig a vidéki munkavállalással kapcsolatos magyar és nemzetközi szakirodalom legfontosabb kutatási eredményeit mutatom be.

3.5.1 Orvosi pályaválasztás

Az orvosi pályaválasztás évtizedek óta fontos kutatási témája mind a szociológiának, mind az orvostudományhoz kapcsolódó pszichológiai kutatásoknak. A szakterület-, és vidéki munkahelyválasztás témája számos tekintetben összefügg az orvosi pályaválasztással és pályaszocializációval, így először ezek vizsgálatának legfőbb eredményeit foglalom össze.

Az első komoly jelentőségű munka ebben a témában Robert K. Merton által szerkesztett *Student Physician* című monográfia (Merton 1957). E kötet fogalmazza meg az orvosi pályaválasztás altruista motivációját, illetve felhívja a figyelmet az orvos szülők meghatározó szerepére az orvosi pályaválasztásban. A kutatás széleskörűen elemzi az orvosi pályaválasztást és annak hátterét, így alapvető munkának számít ezen a területen mind a módszere, mind az eredményei miatt.

Szintén ezt a témát vizsgálta és hasonló eredmény jutott Crossley és Mubarik is (Crossley és Mubarik 2002). Tanulmányukban a pályaválasztás vizsgálata során – a fogorvostan-hallgatókkal összehasonlítva – az általános orvostanhallgatóknál hangsúlyosabban jelent meg az emberekkel való munkavégzés igénye és a tudományos érdeklődés.

Hyppölä és munkatársai két időpontban, pályájuk elején lévő, dolgozó orvosokat kérdeztek meg (Hyppölä és mtsai. 1998). Eredményeik alapján a *humán érdeklődés*, amely az embereken való segítség altruizmusát jelenti, volt a leghangsúlyosabb motiváció, emellett erősen befolyásolja a pályaválasztási döntést a *szakma magas presztízse és a széleskörű munkalehetőségek*.

Magyarországon korábban Váriné Szilágyi Ibolya és Bánlaky-Kérészné-Solymosi végzetek olyan kutatásokat az orvosokról, amelyek foglalkoztak a pályaválasztási motiváció kérdésével is (Bánlaky és mtsai. 1981; Váriné Szilágyi 1981). Mindkét felmérés az *orvosok hivatástudatára, és altruista motivációira* helyezte a hangsúlyt.

Mindkét monográfia foglalkozik a szakterület-, és munkahelyválasztással is, és mivel hasonló széleskörű munka nem született ebben a témában Magyarországon, így mindenképpen alapvető irodalomnak tekinthetők. A Csabai-Barta szerzőpáros cikkében is, hasonlóan az említett két kötethez (Csabai és Barta 2000), legerősebb motivációként a másokon való segítség jelenik meg.

Ezeknél újabb Molnár és munkatársai 2002. évi kutatása, amely azt mutatta meg, hogy bár jelentős társadalmi-gazdasági változások mentek végbe, de a legfőbb orvosi pályaválasztási motiváció továbbra is az altruisztikus attitűd maradt. A témában született további tanulmányok is azt erősítették meg, hogy a karrierre vágyó fiatalok közül azok választották az orvosi pályát, akik rendelkeztek segítő motivációkkal (Molnár és mtsai. 2008; Molnár és mtsai. 2008; Girasek és mtsai. 2011).

A pályaválasztáshoz kapcsolódik az egyes szakmák presztízsének észlelése is. Az orvosi munka esetében a presztízs meredek csökkenése, valamint a kifejezetten nehéz és egyre nehezebb munkakörülmények mellett az orvosok alulfizetettsége egyre komolyabb problémát jelent, amely nyilván jelentős hatást gyakorol a fiatalok pályaválasztására. Feltehetőleg ezen tényezők együttesen egyrészt más pályák felé terelik a tehetséges, biztos karrierre és egzisztenciára vágyó fiatalokat, másrészt pályaelhagyásra, valamint külföldi munkavállalásra készítetik a már végzett orvosokat (Molnár és mtsai. 2006; Molnár és mtsai. 2008; Eke és mtsai. 2009).

Magyarországon a legutóbbi években azonban kimutathatóan megváltoztak az orvosi pályaválasztás motivációi (Girasek és mtsai. 2011). A társadalmi változások hatásaként a korábbi altruista-segítő hozzáállás mellett egyre inkább megjelenik a céltudatosság, a törekvés, a megfelelő munka-, és jövedelmi lehetőségek iránti vágy, ugyanakkor az altruista motiváció sem csökken. Ez a jelenség azonban nemcsak Magyarországon figyelhető meg, hanem például Új-Zélandon is (Petrie és mtsai. 1999). Az altruista motiváció ugyanakkor el is olvadhat az egyetemi képzési ideje alatt. Ezt mutatja ugyan is egy horvátországi vizsgálat, amely szerint a végzős orvostanhallgatóknál lényegesen alacsonyabb az érdeklődés az orvoslás altruista oldala iránt, mint az elsőéves hallgatóknál (Puljak és mtsai. 2007).

A magyarországi egészségügy helyzetében mindenképpen fontos felhívni a figyelmet arra a két amerikai kutatásra, amelyekben az orvosi pályát elutasító döntést vizsgálták azon fiatalok körében, akik tanulmányi eredményeik és érdeklődésük alapján

alkalmasak lettek volna az orvosi pályára (Colquitt és Killian 1991; Barondess és Glaser 1993). Olyan tényezőket találtak, amelyek a jelenlegi magyar feltételek között szintén megfigyelhetők: alacsony várható fizetés, az orvosi pálya hosszú képzési ideje, a nem független munkavégzés és a magas szintű felelősségvállalás. Barondess és Glaser arra a következtetésre jut (Barondess és Glaser 1993), hogy a megkérdezett fiatalok úgy szeretnék annyi pénzt keresni, mint az orvosok, hogy egyidejűleg nem kívánják felvállalni az orvosi pályához kapcsolódó nehézségeket és felelősséget.

Mindenképpen be kell számolni arról a 2005. évi brazil tanulmányról, amely a személyiség jellemzők feltárásával igyekszik megmagyarázni az orvosi pályaválasztást (Millan és mtsai. 2005). A szerzők a kérdőíves vizsgálat mellett interjúkat is készítettek. A hallgatók (férfiak és nők is) korán hoztak döntést az orvosi pályáról (sokan 15 éves kor előtt), sok-sok vizsgán keresztül kitartottak ezen elképzelésük mellett, még lebeszélés ellenére is. Úgy tűnik azonban, tisztában voltak a jövőbeli pályájuk nehézségével és korlátaival. A kutatás megmutatta a gyógyításhoz való humanisztikus hozzáállás erősségét, a nyitottságot az új tapasztalatokra, a pályaválasztás mély személyes azonosulását, a fiatalok alapvető szükségletét a karrierjük beteljesülésének irányába, és a tudatos és tudatalatti vágyat az embereken való segítségére. A női hallgatókat érzékenyebbeknek és kevésbé kreatívnak, míg a férfi hallgatókat haszonelvűbbeknek és realistábbaknak találták. A női hallgatók nagyobb érzelmi érettséget mutattak, mint a férfi hallgatók. A hallgatók mindkét nem esetében hasonló társadalmi – szocio-ökonómiai – háttérrel rendelkeztek és az orvosi pályaválasztási motivációk is hasonlóak. Apró különbségek a fentebb említett pszichológiai aspektusokban voltak.

Vaglun és munkatársai három fő motivációs területet tudtak elkülöníteni, amelyek befolyásolják az orvosi pálya választását (Vaglun és mtsai. 1999): a *személyorientált* (amely a másokon való segítséget, az altruizmust helyezi középpontba), a *természettudomány orientált* (amely a tudományhoz kapcsolódó tevékenységet hangsúlyozza), *valamint a jólét-, létbiztonság orientált motivációkat* (ezen a motivációs területen a foglalkozással járó életforma és jólét a legfontosabb). Vizsgálatukban kimutatták, hogy ezek a motivációk a szakterület-választásnál is szerepet játszottak. E tanulmány eredményei alapján is megállapítható az összefüggés a pálya-, és szakterület-választás között, amely már átvezet az orvosi szakterület választásának témájára.

3.5.2 Orvosi szakterület-választás

A pályaválasztási motivációk fontos témaköre a szakterület-választási preferenciák – egyetem utáni – vizsgálata, ezzel foglalkozom részletesen a disszertációmban. Soethout és munkatársai tanulmánya arra a tényre világított rá, hogy az orvostanhallgatók szakterület-választási döntésével – kissé meglepő módon – nem mutat összefüggést az, hogy melyik szakterületről vannak részletesebb ismereteik (Soethout és mtsai. 2008). Ez szintén azt támasztja alá, hogy fontos a motivációk megfelelő elemzése és az ezzel kapcsolatos következtetések levonása. A szakterületről való részletesebb ismeretnél azonban sokkal erősebben befolyásolják a szakterület-választást a klinikai-gyakorlati tapasztalatok (Nieuwhof és mtsai. 2005). Nieuwhof tanulmányából látható, hogy az első évesek még nem látnak különbséget az egyes szakterületek között, szemben azokkal a hallgatókkal, akiknek már van klinikai, gyakorlati tapasztalatuk. Ez még inkább differenciálódik azzal, hogy a diploma előtt álló hallgatók sokkal inkább érzékelik az egyes szakmák társadalmi aspektusait, nevezetesen az egyes szakmák társadalmi megbecsültségét, illetve a szakterülettel járó életformát.

Fontos kérdés a szakterület-választási döntés időpontja (mikor döntenek az egyes szakterületek mellett), illetve a döntés későbbi stabilitása, befolyásolhatósága. Egy 1986-ben lefolytatott washingtoni vizsgálat szerint a diplomaszerezéshez közel állók 70%-ának stabil maradt a korai választása (Carline és Greer 1991). Ez azonban lényegesen magasabb érték, mint más kutatások eredményei. Ők amellet érvelnek, hogy az egyetemre belépők jó része pontosan tudja, hogy mit szeretne. Ennek némileg ellentmond az a német vizsgálat (Götz és mtsai. 2011), amely szerint míg az egyetemi képzésük elkezdésekor a hallgatók leginkább a sebészet irányában motiváltak, a képzés ideje alatt jelentősen növekszik a belgyógyászat iránti érdeklődés. A szerzők a preferenciák megváltozását annak tulajdonítják, hogy a hallgatók a képzés ideje alatt jobban megismerik az egyes szakterületeket és reflektálnak azok társadalmi aspektusaira is (életmód, várható jövedelem, munkaidő, stb). E német tanulmány ehhez kapcsolódóan arra is rávilágított, hogy a többség olyan munkát szeretne, amelynek van jövője, biztonságos és jó pénzkereseti lehetőséget ad, tehát a szakterület-választást nem pusztán a szakmai motiváció határozza meg.

Az elérhető kutatási eredmények alapján azonban alapvetően elmondható, hogy a legfőbb szakterület-választási motiváció szakmai természetű, mint például a

szakmai és tudományos kihívások, betegekkel való kapcsolat, és ezt követik az olyan társadalmi aspektusok, mint a jövedelem, munkaterhelés és presztízs. A témában két külföldi (Khater-Menassa és Major 2005; Avgerinos és mtsai. 2006) és két magyar tanulmányt emelek ki (Szényei és mtsai. 2010; Girasek és mtsai. 2011). A szakterületekre irányuló motivációk mellett ugyanakkor annak vizsgálata is fontos, hogy melyek azok a motivációk, amelyek egy-egy szakterület választása ellen hatnak. Ezek pedig nem kizárólag szakmai jellegűek. Itt sokkal nagyobb szerepet játszik az életminőség, de a beteggel való kapcsolatnak is meghatározó jelentősége van (Lefevre és mtsai. 2010).

Néhány vizsgálat megpróbált olyan predikciós² modelleket kidolgozni, amelyek előre jelzik az orvostanhallgatók szakterület-választását. Az előbb említett (Lefevre és mtsai. 2010) tanulmány szerzői is kidolgoztak egy ilyen modellt és azt találták, hogy a „nem” (*gender*) volt az a legerősebb predikciós tényező, amely meghatározza egy-egy szakma választását. A „nem” befolyását támasztja alá Lambert és szerzőtársai munkája is (Lambert és mtsai. 2006). Ez különösen hangsúlyosan megjelenik a háziiorvosi (*General Practitioner*) területnél, amelyet 4 nőből 1 választ, miközben a mindössze 7 férfiből 1 választja ezt a területet.

Ausztráliában Ward és szerzőtársai azt a célt fogalmazták meg, hogy megalossák a szakterület-választás legjobb predikciós modelljét (Ward és mtsai. 2004). Ehhez két egymást követő kohorszt vizsgáltak meg, azokat, akik 1984-ben, illetve 1989-ben kezdték meg orvosi egyetemi képzésüket. Itt a szocio-demográfiai tényezők mellett a felvételi pontszámokat és a személyes tulajdonságok adatait gyűjtötték és elemezték, ezekből regressziós modellt építettek. A szakorvosi³ pályát leginkább a következő tényezők alapján lehet „előre jelezni”: férfi nem, orvos édesapa, kreatívabb, absztraktabb gondolkodás, lelkiismeretesség és pontosabb szabálykövetés. A vidéki családi, illetve származási háttér pedig a legfontosabb előrejelzője a vidéki háziiorvosi, vagy vidéki szakorvosi munka választásának. Newton és szerzőtársai az Egyesült Államokban, két felsőoktatási intézményben (*New York Medical College* és *East-Carolina University School of Medicine*) gyűjtöttek adatokat, szintén azzal a céllal, hogy megvizsgálják a szocio-demográfiai háttérváltozók hatását a szakterület-választásra, illetve erre egy jól

² A predikciós modellek különböző változókban próbálnak következtetni, előre jelezni, matematikai-statisztikai valószínűségek számításával.

³ Számos országban külön kezelik a háziiorvosi képzést (*General Practitioner* – GP) a szakorvositól, így számos tanulmányban ez külön jelenik meg, és a GP-t nem számítják szakorvosnak.

működő magyarázó, előrejelző modellt dolgozzanak ki (Newton és mtsai. 1998). A modell összefüggést talált az alapellátási szakma választása és a személyes élethez kapcsolódó tényezők fontossága (szakterület szakmai jellege és tartalma, jövedelem, munkaidő, stressz vagy annak hiánya, kontrollálható munkaidő, tandíjtartozás hiánya, stb.), valamint a hallgató demográfiai háttere között. Sokkal nagyobb valószínűséggel választanak alapellátási szakmát azok, akik „emberekkel szeretnének dolgozni”, illetve házasok, vagy már van gyermekük. Negatív korreláció mutatkozott a jövedelem és a presztízs fontosságával, vagyis akinek a munkájában a jövedelem és a presztízs a fontosabb, sokkal kisebb valószínűséggel választott alapellátási szakterületet. A kutatás ugyanakkor nem talált összefüggést a pályaválasztás és a képzőintézmény között.

3.5.2.1 Szakterület-választással kapcsolatos kutatási irányzatok

A szakterület-választás legfontosabb általános tanulmányai után az alábbiakban bemutatom a szakterület-választással kapcsolatos szakirodalom legfontosabb kutatási irányzatait (oktatási tapasztalatok vizsgálata, személyiségjellemzők, gazdasági tényezők, alapellátás (*primary care*) választás és az életstílus fontossága), illetve néhány egyéb, e fő vonulatok melletti egy-egy szakterületre fókuszáló tanulmány eredményeit.

Az oktatás során szerzett tapasztalatok hatása

Több tanulmány egybehangzóan állítja, hogy az orvosképzéshez kapcsolódó klinikai-kórházi gyakorlatok jótékony hatással vannak a szakterület-választásra. A hallgatók ugyanis itt nemcsak az adott terület szakmai munkáját ismerik meg közelebbről, hanem számos a munkához kapcsolódó, a választásban egyébként fontos szerepet játszó tényezőről, például a munkaterhelésről, az ügyeleti munka mennyiségéről, is benyomást szereznek. Thornton például kutatása során azt figyelte meg, hogy bár a gazdasági ösztönzők (különösen a munkaidő és az ezzel kapcsolatos kedvezmények, valamint az egyetemi tandíj adósság⁴) fontos szerepet játszanak a szakterület-választásban, ha az orvostanhallgatók a gyakorlatok során testközelből megismerik az egyes orvosi szakterületeket, ez hasonlóan fontos jelentőségűvé válik, mint a gazdasági ösztönzők (Thornton 2000). Nagyon jól illusztrálja ezt a jelenséget McParland és munkatársai tanulmánya is, akik a pszichiátria szakterület választását vizsgálták meg, és arra az eredményre jutottak, hogy a gyakorlatok után jelentősen növekedett azok száma, akik a

⁴ Az Egyesült Államokban a hallgatók tandíjat fizetnek az egyetemi képzésükért. Lehetőség van azonban erre hitelt felvenni, amely a magyar diákhitelhez hasonlóan, később a munkába állásuk során kell törleszteniük a végzeteknek.

pszichiátria iránt érdeklődtek (McParland és mtsai. 2003). Egy másik kutatás alapján ez a jelenség elmondható a háziiorvosi szakmáról is, azzal a kiegészítéssel, hogy ott a gyakorlat akkor növelheti a területet választók számát, ha az ténylegesen gyakorlatorientált (Schäfer és mtsai. 2009).

Ellsbury és munkatársai kérdőíves felmérést végeztek az USA-ban a harmadéves orvostanhallgatók körében, amelyben a gyakorlatok és a szakterület-választás összefüggéseit keresték (Ellsbury és mtsai. 1998). A legtöbb klinikai gyakorlat pozitív hatással volt a hallgatók gyakorlat által érintett szakterület választására. Az alapellátási gyakorlatok pozitívabb hatást gyakoroltak, mint a nem alapellátási gyakorlatok, különösen az alapellátás-orientált hallgatóknál. A gyakorlatok legnagyobb hatású aspektusa az intézmény szakmai közössége (főleg az intézményben dolgozó rezidens csapat), különösen az alapellátási gyakorlatokon. A diagnosztikai feladatok és a betegekkel kapcsolatos tényezők (betegekkel való kommunikáció és testi kontaktus), mindkét csoportra befolyással bírnak. A hallgatók neme korlátozott befolyást gyakorolt a válaszok mintázatára, de jó előrejelzője (prediktora) lehet a szakterület-választásnak, mivel a nők sokkal valószínűbben választanak alapellátási szakmát. A tanulmány kiemeli, hogy a gyakorlatoknak akkor lehet különösen nagy hatása, ha azok nem az egyetemi klinikákon vannak.

A gyakorlatok hatása azonban nem feltétlenül a formális, intézményes elemeknek köszönhető. Goldacre és munkatársai a sebészeti szakterület választását kutatták, egyik legfőbb eredményük az, hogy a személyes érdeklődés mellett a tanszék hangulata, illetve az oktatók személyiségének hatása jelentősen befolyásolhatja a szakterület-választást (Goldacre és mtsai. 2010). Szintén a sebészet a témája Mayer és munkatársai tanulmányának (Mayer és mtsai. 2001). A tanulmány célja azonosítani azokat a faktorokat, amelyek befolyásolják a rezidensi program választását és a nők magas arányát egy-egy szakterületen. Úgy tűnik, hogy a sebészeti rezidensi program a jó klinikai tapasztalatokkal (egyetemi gyakorlatok) és az ottani, támogató hangulatú szakmai légkörrel eredményesen tudja vonzani a fiatalokat.

A személyiségjegyek hatása

A következő jelentős vonulat a személyiséggel és az egyes személyiségjegyekkel próbálja megmagyarázni a szakterület-választási döntést. Elsőként Petrides és McManus tanulmánya említendő, amely az egyes karriertervekhez kapcsolódó szemé-

lyiségtípusokat vizsgálja mind az orvosi egyetemre való jelentkezéskor, mind pedig az egyetem utolsó évében (Petrides és Mcmanus 2004). Nagyon alapos és részletes munka, amely elméleti háttérrel kíván adni a pályaválasztás magyarázatához. A feltárt személyiség-reprezentációk közeli hasonlóságot mutatnak Holland RAISEC⁵ karrier tipológiájával (Holland 1973). Az orvosi szakterületek jól megfelelnek a RAISEC tipológia egyes kategóriáinak: sebészet (*realistic*), belgyógyászat (*investigative*), pszichiátria (*artistic*), népegészségügy (*social*), államigazgatási orvosi munka (*enterprising*) és laboratóriumi medicina (*conventional*). A hasonlóság az orvosi szakterületek és a RAISEC között jelentheti azt, hogy a RAISEC térkép használható a szakterület-választás megértésének elméleti háttéréként és karrier tanácsadásra, bár gyakran nemcsak az egyetemre belépők, hanem már a jelentkezők is (17 évesen) meglepően erős preferenciával rendelkeznek a szakterületek mellett és ellen.

Ehhez hasonlóan, de más megközelítésből elemzi az egyes szakterületekhez kapcsolódó személyiségtípusokat Zeldow és Daugherty tanulmánya a nyolcvanas évek közepéről (Zeldow és Daugherty 1991). A kutatók 15 személyiségjellemzőt mértek fel és személyiségprofilokat alkottak azokra a hallgatókra, akik a szakterületek általuk meghatározott 7 csoportjából választottak, illetve megvizsgálták az egyes személyiségtípusok és az adott személyiségtípusba sorolt személyek által választott orvosi szakterület közötti összefüggéseket. Az eredmények között a sebészek személyiségprofiljának (agresszív, férfias, versengő, domináns) konzisztenciáját kell megemlíteni, amely a szerzők szerint az 1950-es, 1960-as évektől folyamatos, míg a szülészetet, pszichiátriát és gyermekgyógyászatot preferálókat komplex személyiségűnek és provokatívnak találták. Hasonló személyiségprofil nem írható le a belgyógyászokra és a családorvosokra.

Stilwell és munkatársai azt vizsgálták, hogy a Myers-Briggs személyiségtipológia hogyan függ össze az orvosi szakterület-választással (Stilwell és mtsai. 2000). Az adatokat összehasonlítva az 1950-es évektől úgy tűnik, hogy az orvosok személyiségprofiljai meglehetősen stabilak. Az orvosnők jobban megjelenítik az érzelmi dimenziót, mint általában a nők. A nők inkább választják az alapellátási szakterületeket, mivel inkább introvertáltak. A férfiak extrovertáltabbak, ez a típus inkább a sebészeti szakmákat választja. Akik nem alapellátási területet választanak, azok között nagyobb valószínű-

⁵ A RAISEC karriertipológia a következő kategóriákat használja: Realistic-Investigative-Artistic-Social-Enterprising-Conventional.

séggel találhatók férfiak és extrovertált személyiségek. Összességében a tanulmány rámutatott arra, hogy a személyiségtípusok vizsgálata segíthet megérteni az orvosi szakterület-választást.

Egy svájci vizsgálat jóval összetettebb módon, többváltozós statisztikai útmódellek használatával elemezte a szakterület-választást. Ez megmutatja a közvetett és közvetlen hatásokat is (Buddeberg-Fischer és mtsai. 2006). A nemnek⁶ van a legerősebb szignifikáns hatása a szakterület-választásra, ezt követi a karrier iránti motiváció, a személyiségtípus és az életcélok. A többváltozós elemzések megmutatták, hogy a karrier motivációk és az életcélok közvetítik a személyiség hatását a pályaválasztásra. A szerzőpáros hasonló eredményre jutott másik munkájában is (Buddeberg-Fischer és mtsai. 2003). A női hallgatók magasabbra pontozták az olyan jellemzőket, mint a segítőkészség, lelkiismeretesség, empátia, családi felelősség és állásuk biztonsága. A férfiak pedig magasabbra pontozták a függetlenség, döntésképeség, önbizalom, aktivitás, jövedelem és presztízs jellemzőket. A nők preferálják azokat a szakmákat, ahol intenzívebb a betegkapcsolat, a férfiak inkább azokat a területeket, amelyek eszközorientáltak és a legújabb technológiákat használják. A vizsgálat eredményei alapján nők céltudatosabbak mint a férfiak, és nemcsak a „nem” (*gender*), hanem a személyes pszichológiai jellemzők és a karrier motivációk is fontos szerepet játszanak az akadémiai teljesítményben és a karrier tervezésben.

Gazdasági megközelítések

A szakterület-választás harmadik fontos irányzata tisztán gazdasági megközelítéssel igyekszik magyarázni a szakterület-választást. A gazdasági tényezők azonban nemcsak pénzügyi, anyagi eszközöket jelentenek (jövedelem), hanem a munkához szorosan kapcsolódó olyan tényezőket is, mint például a munkaidő és szabadság mennyisége, vagy a műhibaperek és az ennek kapcsán felmerülő esetleges kártérítések valószínűsége. Ezek közül a kutatások közül legfontosabb Kiker és Zeh tanulmánya, amely egy 1995-ben, az USA-ban készült felmérés adatait elemzi (Kiker és Zeh 1998). A szakterületeket három csoportra osztották: sebészet és a sebészetet támogató szakmák (aneszteziológia, patológia, radiológia), alapellátás, valamint egyéb kórházi („*medical*”) területek. A jövedelem fontosságával a sebészeti és támogató szakmák választása pozi-

⁶ Természetesen nem önmagában a „nem” hatásáról beszélünk. A „nem” változó összefügg számos attitűdváltozóval, ezeken keresztül jelenik meg a hatása. Ez a hivatkozott tanulmány útmódeljében követhető.

tív, míg az alapellátási és az egyéb kórházi területek választása negatív összefüggést mutat. A műhibaperekkel és az ezzel járó anyagi terhekkel kapcsolatos aggodalom negatívan függ össze a sebészeti és pozitívan az alapellátási karrier választásával. Az egyéb fontos meghatározó tényezők között a leendő munkahely helye, a rezidens időszak hosszúsága, az orvosi egyetem típusa (a magánegyetemek több szakorvost, az államiak több alapellátási szakembert képeznek), a *Medical College Admission Test*⁷-en szerzett pontszám, a tervezhető munkaidő és a szakma észlelt presztízse említhető. A szerzők szerint a bemutatott területekre vonatkozó ösztönző eszközök hatékonyabbak lehetnének, mint a jelenleg használt pénzügyi eszközök, így könnyebben korrigálható lenne a nem megfelelő szakterületi megoszlás.

Hasonló jelentőségű Rosenthal és munkatársai kutatása, amely szignifikáns összefüggést talált a jövedelem hatása és a szakterület-választás között (Rosenthal és mtsai. 1994). Az alacsonyabb jövedelmi elvárású hallgatók sokkal inkább választanak alapellátási pályát. A válaszoló 688 orvostanhallgató közül 27% választana alapellátási szakterületet, és 73% nem alapellátási szakterületet. A nem alapellátási szakterületet preferálók egynegyede azt válaszolta, hogy magasabb jövedelem, kevesebb munkaidő és tandíj visszafizetés esetén szívesen választaná az alapellátási pályát. Összesen a válaszadók 45%-a válaszolta, hogy alapellátási pályát választana, vagy váltana erre, ha megfelelő ösztönzők állnának rendelkezésre. A hallgatók alapellátási pályára vonzására tehát a gazdasági és életstílus tényezők jelentős megváltoztatásával lehetne direkt hatást gyakorolni.

A gazdasági tényezők fontossága mellett érvel Thronton és Esposto tanulmánya is (Thronton és Esposto 2003). A vizsgálat két fő gazdasági befolyásoló tényezőt talált: a fizetést és a szabadidőt.⁸ Eredményeik azt mutatják, hogy a gazdasági faktorok fontosak a szakterület-választás során, a rezidensek különösen könnyen csábíthatók azon szakmákba, amelyek hosszútávú lehetőséget és több szabadságot tesznek lehetővé, ahol magasabb a fizetés, rövidebb a rezidensi program és ahol kiszámítható a munkaidő.⁹ Ennek szellemében a tanulmány azt állítja, hogy a bőkezű szabadságolás és a rendszeres, kiszámítható munkaidő a növekvő jövedelemnél is eredményesebb eszköz lehet

⁷ Ez egy standardizált vizsga, amely a jelöltek problémamegoldó képességét, kritikai gondolkodását és tárgyi tudását vizsgálja, amelyek szükségesek az orvosi képzéshez. Az egyesült államokbeli és kanadai egyetemek felvételi eljárásában alapvető fontosságú ezen teszt, és ennek eredménye.

⁸ A szabadidőt maga a tanulmány szerzője sorolja a gazdasági tényezők közé.

⁹ A felsorolt tényezőket a szerző mind a gazdasági tényezők közé sorolja.

az egyes szakterületek választásának ösztönzésre. Hasonló eredményre jutott McKay is (McKay 1990). A cikk részletesen elemzi azt, hogy a gazdasági tényezők (várható jövedelem, várható munkaórák száma, a képzési idő hosszúsága) hogyan hatnak a rezidensek szakmák szerinti megoszlására. Az eredményekből az látszik, hogy az adott szakmát a várható aránynál többen választanák, ha a munkaórák száma csökken és kevesebben, ha fizetés csökken. A szerző a rezidensi képzés időtartamával azonban nem talált összefüggést, tehát ennek hosszúsága a tanulmány szerint nem befolyásolja a szakterület-választást. A gazdasági tényezők fontosságát egészen elementárisnak látja Gagné és Léger tanulmánya (Gagné és Léger 2005). Ők 1989. és 1998. között végzett orvosokat vizsgálva egyenesen azt állapítják meg, hogy az orvosok a szakterület-választáskor elsősorban a várható jövedelem különbségekre reagálnak.

Érdekes megközelítése ennek a jelenségnek, ha elsőéves egyetemista orvostanhallgatókat kérdezik a jövedelmi elvárásaikról és szakterület-választásukról. Ezt a megközelítést alkalmazta Rosenthal és szerzőtársai tanulmánya (Rosenthal és mtsai. 1992), amikor elsőéves orvostanhallgatókat kérdeztek meg a jövedelmi elvárásaikról és arról, hogy választanának-e alapellátási szakmát. A vizsgálatot kiegészítették további 532 végzettel a *Jefferson Longitudinal Study*¹⁰ keretében. Az egyetemre való belépéskor minden hallgató leírta a szakmapreferenciáit és a jövőben elvárt csúc sjövedelmet. Mind a hallgatók által elvárt jövedelmek, mind az elsőéves hallgatók szakterület-választása független előrejelzője volt az aktuális pályaválasztásnak. Azok, akik családorvosi rezidensnek mentek alacsonyabb csúc sjövedelmet vártak el, mint a többi hallgató, különösen a sebész rezidensek. Kilencszer valószínűbbnek találták azt, hogy családorvos rezidens lesz az, akinek ez volt a preferenciája, illetve alacsony jövedelmi elvárása volt, mint azok a hallgatók, akiknek magasabb volt a jövedelmi elvárása és nem volt a családorvoslás a preferenciája. A tanulmány azt állítja, hogy az új hallgatók jövedelmi elvárásai erősen meghatározzák a későbbi szakterület-választást, függetlenül a kortól, nemtől, a tandíj eladósodottságtól és a kezdeti szakterület preferenciától.

Természetesen vannak szerzők, akik vitatkoznak a gazdasági tényezők fontosságával. Kassebaum és Szenas 1993-ban, az USA-ban, rendkívül széleskörű vizsgálatot végzett el 8128 végzős orvostanhallgató válaszainak elemzésével (Kassebaum és

¹⁰ A *Jefferson Medical College*-ben 1969. óta végzett követéses kérdőíves vizsgálat. Ennek során az egyes hallgatókat kérdőíves vizsgálatokkal mérik fel a képzésük elején és végén, és mivel a válaszok összekapcsolhatók pontos képünk lehet az egyes hallgatók attitűdváltozásairól.

Szenas 1994). Az egyes befolyásoló faktorokat három csoportra osztották a szakterület-választásra gyakorolt hatásuk mértéke szerint: (1) legfontosabb befolyással (pl. a betegek felmerülő problémái), (2) moderált befolyással (betegségek típusai), valamint (3) korlátozott befolyással (képzés hossza) bíró faktorok. Az egyes szakterületek között szignifikáns különbségek voltak a motivációk tekintetében. Összességében elmondható, hogy vizsgálatuk szerint a jövedelmi kilátások és az eladósodottság nincsenek erős befolyással a szakterület-választásra, sőt az alapellátási szakma választásával egyenesen negatívan függnek össze. A motivációk közül a legfontosabbaknak találták a betegek felmerülő problémáit, az orvos személyiségtípusával való konzisztenciát, a lehetőséget, hogy az emberek életén való javításra, a segíteni akarást, a szakterület intellektuális tartalmát, valamint a diagnosztikus problémák kihívásait. A betegekkel való kapcsolat a generalista – egész szervezetre rálátó és nem egy-egy szerve specializálódó – szakmáknál, az intellektuális lehetőség az egy-egy szervre fókuszáló szakmáknál, a *leadership* lehetősége¹¹ és a presztízs a sebészeti szakmáknál volt a legerősebb, az életstílus faktorok¹² pedig a sebészetet támogató szakmáknál voltak a legerősebbek. Ehhez hasonló eredményre jutott van Hadley meglehetősen régi, 1977. évi tanulmánya is, vagyis, hogy a gazdasági tényezők nem játszanak főszerepet a szakterület-választásban (Hadley 1977).

Az alapellátási szakterületek iránti preferencia csökkenése

A következő nagyjelentőségű kutatási irányzat az alapellátási szakterületek iránti preferencia csökkenésével, illetve ennek okaival foglalkozik kiemelten. Az Egyesült Államokban az utóbbi évtizedekben jelentősen csökkent azon fiatal orvosok aránya, akik az alapellátást választják hivatásul, miközben a sebészeti szakmákat választók aránya stabil (Newton és Grayson 2003), a plasztikai sebészet, aneszteziológia népszerűsége pedig emelkedett. McPherson és munkatársai tanulmánya is a családorvoslást választó fiatal orvosok arányának csökkenésére hívja fel a figyelmet (McPherson és mtsai. 2004). Szintén ezzel a problémakörrel foglalkoznak Garibaldi és szerzőtársai, akik rezidenseket vizsgáltak kérdőíves felméréssel, a rezidensképzés záróvizsgáján 1998. és 2003. között (Garibaldi és mtsai. 2005). Míg 1998-ban a rezidensek 54%-a tervezett általános belgyógyászati területen dolgozni, 2003-ban ez már csak 27% volt. A csökke-

¹¹ Annak a lehetősége, hogy a munkája során irányíthat kollégákat (akár orvosokat, akár szakdolgozókat)

¹² Presztízs, szabadidő, ügyeleti leterheltség.

nés magyarázatához felmérték a szakterület-választási motivációkat. A belgyógyászatot választó rezidenseket a hosszútávú kapcsolat a betegekkel, a gyakorlat széles skálája, az ambuláns ellátás és a családdal töltött idő befolyásolja. Elsősorban a női rezidensek preferálják azokat a szakmákat, ahol több idő jut a családi életre.

Egy másik tanulmányban a Lieu és szerzőtársai a California Egyetem végzettjeinek szakterület-választását vizsgálták az 1980-as években (Lieu és mtsai. 1989). Modelljük szerint a végzettek beléphetnek betegellátás orientált szakterületekre és technológia orientált szakterületekre. Azok, akik betegellátás orientált szakterületre mennek, szignifikánsan idősebbek és több közöttük a nő, mint a technológia orientált szakterületek esetén. Azok a diákok, akik betegellátás orientált szakterületet választottak alacsonyabbra értékelték a jövedelem és az életstílus faktorok fontosságát.

Burack és szerzőtársai munkájának célja volt leírni és megmagyarázni a végzős orvostanhallgatók szakterület-választási döntési folyamatát, különös tekintettel az alapellátási és nem alapellátási szakmacsoportok közötti választásra (Burack és mtsai. 1997). A Washingtoni Egyetemen, 1995-ben fókuszcsoportos kutatást végeztek e témában. Hat lehetséges pályautat határoztak meg a korábbi kérdőíves felmérés eredményei alapján. Az alapellátás iránt érdeklődő hallgatók olyan alapellátási orientációkra, irányokra hivatkoztak, mint a betegek és a tevékenységek sokfélesége, a szerepmodellek és mentorok, a kapcsolat a betegekkel, valamint, hogy az egész orvosi egyetemi kultúra ebbe az irányba terelte őket. A nem alapellátás iránt érdeklődő hallgatók az életstílusra, a kontrollálható munkaidőre, a különböző elvégezhető eljárások lehetőségére, a terápiás sürgősségre és annak hatására, az aktív munkatempóra és az izgalmas kihívásokkal teli feladatokra hivatkoztak. A szerepmodellek sokkal inkább befolyásolják az alapellátás iránt érdeklődő, mint a más területeket preferáló hallgatók szakterület-választását. A szakterület-választás folyamata a tanulmány szerint leírható úgy, mint egy társadalmilag konstruált folyamat, amely tulajdonképpen a "helyezzük magunkat a megfelelő polcra" folyamata (projektálják magukat egy hipotetikus karrier és személyes szerepbe). Ez magyarázhatja a tapasztalt szerepmodellek befolyását, amely lebontja a negatív sztereotípiákat. Az orvostanhallgatók választását jól lehet támogatni a szakmai munkával kapcsolatos elvárásaik felismerésével, ezen belül nemcsak a szakmai szempontok ismertetésével és az adott területen dolgozó orvos életének bemutatásával, hanem a hallgató saját lehetséges "polcának" (orvostanhallgató tudásának, személyiségjellemzőinek és

szakmai igényeinek leginkább megfelelő munka) felismerésével. Az alapellátásra motivált hallgatóknak tehát inkább a személyes kapcsolatok a fontosak, a nem alapellátási iránt érdeklődő hallgatóknak pedig inkább a technikai, intellektuális és probléma orientált munka a fontos.

A kilencvenes évek elejéről származik Osborn tanulmánya, amely szintén az alapellátás iránt érdeklődők számának csökkenését próbálja megmagyarázni (Osborn 1993). Három olyan faktort talált, amely szignifikáns összefüggést mutatott a hallgatók választásával: (1) jövőbeni jövedelem, (2) lehetőségek az új technológiával való munkára és (3) az egyetemi oktatóktól kapott tanácsok. A jövedelem és az új technológiával való munka a nem alapellátási területek választásával függött össze szignifikánsan, míg az egyetemi tanácsadók hatása az alapellátási szakterület választásával mutatott pozitív összefüggést. Hasonló eredményre jutott Fincher és csapata, akik egy klasszifikációs (csoportképzésen alapuló) modellt építettek, szintén ennek a jelenségnek a magyarázatára (Fincher és mtsai. 1992). Azok, akik alapellátási szakterületet választanak, szignifikánsan pozitívabban befolyásoltak abba az irányba, hogy a – nem feltétlenül szakmai – vágyaikat megvalósítsák, illetve hosszútávon kezeljenek betegeket. Azok, akik nem alapellátási szakterületet választanak, sokkal erősebben befolyásoltak az anyagi tényezők és az életstílus tényezők által. A szerzők azt javasolják ezért, hogy foglalkozni kell a szakterületek jövedelmének kérdésével, amely újra vonzóvá teheti az alapellátási szakterületet is a jövedelem-motivált hallgatók körében is. Ezen kívül számos további kutatás is hasonló eredményre jutott (Kassler és mtsai. 1991; Lambert és mtsai. 1996; Schafer és mtsai. 2000; Senf és mtsai. 2003; Senf és mtsai. 2004; Wright és mtsai. 2004; Khater-Menassa és Major 2005). A motivációk mellett másik felmerülő meghatározó tényező, amely a családorvoslás irányába tereli a hallgatókat, a családi háttér: az alacsonyabb iskolai végzettségű szülőkkel rendelkezők nagyobb valószínűséggel választják a családorvoslást, illetve – jelenlegi életkörülményeket vizsgálva – azok, akik jelenleg hosszútávú kapcsolatban élnek, és rendszeresen önkénteskednek (szociális orientáció) (Scott és mtsai. 2011) és a vidéki háttér (Senf és mtsai. 2003).

Németországban is foglalkoznak ezzel kérdéssel, ott is csökken ugyanis az alapellátási¹³ szakmákat választók aránya. Sönnichsen és munkatársai első éves korukban kérdezték meg a hallgatókat (Sönnichsen és mtsai. 2005). Mivel azt találták, hogy

¹³ Jelen esetben az európai értelemben vett alapellátási szakmákról van szó.

ebben az időpontban még a hallgatók 48,2%-a nem döntötte el, milyen szakterületet fog választani, a tanulmány arra hívja fel a figyelmet, hogy az alapellátás vonzerejének megerősítésével növelhető lenne az ezt a szakterületet választó hallgatók aránya.

Életstílus hatása a szakterület-választásra

Az egyes szakterületekhez kapcsolódó életstílus úgy tűnik, egyre fontosabb szerepet kap a szakterület-választás magyarázatában. Már 1989-ben is jelent meg ezzel foglalkozó publikáció, amely azt állítja (Schwartz és mtsai. 1989), hogy a várható munkaidő,¹⁴ illetve az e feletti észlelt kontroll növekvő szerepet játszik a szakterület-választásban, mivel növekszik azon szakmák választásának aránya, ahol a munkaidő kontrollálható. Schwartz és munkatársai egy évvel később, 1990-ben, már kérdőíves felmérést is végeztek ebben a témában (Schwartz és mtsai. 1990). A felmérésben 346 negyedéves orvostanhallgatónak osztottak ki kérdőívet, 9 orvosi egyetemen. Arra kérték a hallgatókat, mondják meg, hogy melyik az a szakterület, amelyet szeretnének választani és értékeljék a megadott 25 tényezőt abban a tekintetben, hogy mennyire játszik szerepet a szakterület-választás során. Ezekből a válaszokból a szerzők faktorokat készítettek. A faktoranalízis megmutatta, hogy bizonyos tényezők valóban faktorokká állnak össze. Az első faktor az érzékelt életstílusról szól (fizetés, szabadidő, presztízs). A második faktor a szakmai kihívásokat és gyakorlat orientáltságot fejezi ki, míg a harmadik faktor az altruisztikus értékeket, attitűdöt jeleníti meg. A szerzők a szakterületeket három kategóriába osztották: (1) azok, amelyek esetében az életstílus a munkaidő és a munka jellege miatt nem kontrollálható (*Non-Controllable Lifestyle = NCL*), (2) azok, amelyek esetében kontrollálható a munkaidő (*Controllable Lifestyle = CL*) és (3) a sebészeti szakmák (a sebészeti szakmák alapvetően az NCL kategóriába tartoznak, de a szerzők saját érdeklődésük miatt külön kategóriába vették). Kontrollálható életstílusú szakmáknak azokat definiálták, ahol az orvos meghatározhatja, hogy mennyi órát dolgozik, és nincsenek olyan váratlan helyzetek, amikor az orvosnak a szabadidejében is dolgozni kell. Számos további – alábbiakban bemutatásra kerülő – tanulmány használta a szakterületek ezen felosztását. Az elemzés megmutatta, hogy az érzékelt életstílus a legerősebb meghatározója annak, hogy az ember milyen típusú szakmát választ. A válasszók elemzéséből az derült ki, hogy a szakmai kihívások¹⁵ és gyakorlati faktor jelentő-

¹⁴ Fentebb gazdasági tényezőként szerepelt a munkaidő, de ebben nincs konszenzus a kutatók között, és többen a gazdasági, többen az életstílus tényezők közé sorolják.

¹⁵ A faktoranalízis módszeréből adódóan az egyes faktorok korrelálatlanok (nem függenek össze) egymással.

sége magasabb volt azoknál, akik CL szakmát választottak, és alacsonyabb azoknál, akik NCL szakmát választottak. Az NCL hallgatók legmagasabb pontszáma az altruizmus faktorban volt, míg a CL hallgatóknál ez volt a legalacsonyabb. A sebészi és az NCL csoportnál hasonlóak voltak az attitűdminták és mindkettő szignifikánsan különbözött a CL csoporttól. A kapott eredmények hasonlóak voltak mind a 9 képzőintézmény esetében. Ez többek között azt mutatja, hogy a szociális attitűd és az ehhez kapcsolódó értékek jelentősen különbözhetnek a korábbi évtizedekben végzettekétől.

Lind és Cendan az 1982. és 2002. közötti időszak statisztikai adatai alapján vizsgálta a szakterület-választást az USA-ban, Florida állam egyetemén, és megállapította, hogy csökkenőben van azok száma, akik a sebészeti szakmát választják (Lind és Cendan 2003). Azok aránya, akik az alapellátási szakmát választották meglehetősen állandó volt (54,4% +/- 1,24)¹⁶, miközben az utóbbi vizsgált két évtizedben lényegesen nőtt azok száma, akik "*lifestyle-friendly*", azaz életstílus-barát szakmát választottak. A nőknél ez utóbbi arány lényegesen magasabb volt, mint a férfiaknál.

Dorsey és munkatársai cikkükben az 1996. és 2002. közötti időszakra vonatkozóan vizsgálták az amerikai szakterület-választási trendeket (Dorsey és mtsai. 2003). A vizsgált időszakban jelentősen megváltoztak az egyes szakterületeket választók arányai, és az erre épített loglineáris magyarázó modellben 55%-ot magyaráztak a változásból az életstílus jellemzők. Kimondható tehát, hogy szakterület észlelt életstílusa jelentősen befolyásolja a szakterület-választást. Ez a szerzőcsapat egy másik cikkben, ugyanezt a jelenséget vizsgálta a nemek vonatkozásában (Dorsey és mtsai. 2005). A CL szakterületet választó nők aránya az 1996. évi 18%-ról 2003-ra 36%-ra nőtt, a férfiaknál pedig 28%-ról 45%-ra való növekedésről számoltak be. A – kontrollálható – életstílus tehát láthatóan egyre erősebben befolyásolja a szakterület-választást.

Hasonló megállapításra jutott Lambert és Holmboe az 1990. és 2003. közötti évek adatain végzett elemzésükben (Lambert és Holmboe 2005). A szakterület-választási trend elemzését kérdőíves vizsgálattal egészítette ki Newton és munkatársainak munkája (Newton és mtsai. 2005), amely megállapítja, hogy 1998. és 2004. között az életstílus egyre növekvő mértékben befolyásolja a pályaválasztást. Ez a hatás szakterületenként különböző, és a hallgatók különböző szakterületeket látnak életstílus barátoknak (*life-*

¹⁶ Ebben a vizsgálatban csak a *University of Florida* végzőseit vizsgálták, ezért tér el a mintázat a korábbiakban hivatkozott országos mintázatoktól.

style friendly). A szerzők faktoranalízist futattak a szakterület-választási tényezőkre vonatkozóan és szignifikáns különbséget találtak az egyes szakterületek faktorpontszámának különbségeiben. A hallgatók „egy gondolati térben” érzékelik a szakterületeket, ahol létezik életstílus-barát szakma (pl. radiológia) és nem életstílus-barát szakma (pl. szülészet és nőgyógyászat). Érdekes azonban, hogy azokat a szakmákat, amelyeket nem tartanak életstílus-barátnak, azokról úgy gondolják, hogy magasabb jövedelmet jelentenek. Az életstílusnak meghatározó szerepe van az olyan területek választásánál, mint a radiológia, rehabilitáció, és azok a hallgatók, akik fontosnak tartják az életstílust, kevésbé választanak olyan szakmákat, mint a sebészet vagy a szülészet-nőgyógyászat. A szerzők szerint tehát az életstílus és a jövedelem növekvő befolyást gyakorol az orvostanhallgatók pályaválasztására, és ezek a faktorok szakterületenként változnak. Éppen ezért ezekre mindenképpen érdemes odafigyelni az egyetemi képzés során.

Két tanulmány kifejezetten a sebészet szempontjából foglalkozik ezzel a jelenséggel. Bland és Isaacs tanulmánya szintén az életstílus szerepének növekedésére hívja fel a figyelmet (Bland és Isaacs 2002), akik 2001-ben a végzős hallgatók körében végeztek kérdőíves felmérést, majd az eredményeket 1978-ig visszamenőleg összevetették a rezidensi felvételi adatokkal. A szerzők az általános sebészet iránti érdeklődés csökkenését találták. A sebészeti szakterület választása a témája Barshes és szerzőtársai cikkének is, amely szintén megállapítja a sebészi rezidensi programok vonzerejének csökkenését (Barshes és mtsai. 2004). Amíg 1978-ban a végzősök 7,8%-a, 2002-ben már csak 5,8%-a választotta a szakterületet. Úgy tűnik, hogy a hallgatók 14%-a már az egyetemi tanulmányok megkezdése előtt szakterületet választ, és további 41-45%-uk a harmadik év végére dönt, amikor még nincs klinikai tapasztalatuk, és az egyes szakterületekről, valamint az ahhoz kapcsolódó életstílusról csupán részleges ismereteik vannak. A *controllable lifestyle*-t találták az egyetlen igazán fontos faktornak, ez a szakmaválasztás szóródásának (variabilitásának) 55%-át magyarázza meg. Összehasonlítva, a jövedelem mindössze 9%-ot magyaráz. Azokat a nőket, akik érdeklődnek a sebészeti szakmák iránt, jobban befolyásolják a pénzügyi tényezők, összehasonlítva a más szakterületen dolgozó nőkkel (Barshes és mtsai. 2004).

Hogg és munkatársai más megközelítéssel, a fókuszcsoportos interjúk módszerét felhasználva, foglalkoztak ezzel a kérdéssel (Hogg és mtsai. 2008). Három egymást követő évfolyamon orvostanhallgató generáció 30 képviselőjét kérdezték meg a végzés

előtti utolsó évben, fókuszcsoporthoz interjúkban. A kutatás során vizsgált időszakban szignifikáns növekedést detektáltak azok számára, akik utolsó évesként megfontolják a családorvosi szakma választását. Az ezt meghatározó faktorok között a szerzők külső és belső tényezőket egyaránt azonosítottak. A családorvosi életstílus a legfontosabb szempontként jelenik meg azok között, akik megfontolják a szakma választását, a kórházi orvosoknál pedig ez a legfontosabb ellene szóló érv, vagyis, hogy miért nem választják a családorvoslást. Így a tanulmány a meglévő negatív sztereotípiák szakterület-választásra gyakorolt hatására hívja fel a figyelmet.

Egészen sajátos megközelítést alkalmaz egy ausztrál vizsgálat (Creed és mtsai. 2010). Creed és munkatársai szerint az orvosi szakmák presztízsének és „életstílus barátságának” a vizsgálata azért fontos, mert ezen tényezők befolyásolásával lehet csökkenteni az országban meglévő orvoshiányt. Kutatásuk keretében két különböző orvostanhallgatói mintán kérdezték meg a szakterület-választás előtt álló ausztrál orvostanhallgatókat. A presztízzsel kapcsolatos válaszok megfeleltek az orvosok által korábban felvett rangsoroknak, tehát a hallgatók magukévá tették az orvosi szakmák „elfogadott” presztízsét. Legfelül a sebészet, belgyógyászat és aneszteziológia állt, míg a közegészségügyi, foglalkozás-egészségügyi és a nem szakorvosként dolgozó kórházi orvost rangsorolták legalulra. A presztízs rangsortól azonban jelentősen eltért az életstílus rangsor, ahol a bőrgyógyászatot, a családorvoslást és a népegészségügyet tartották a leginkább életstílus barát szakmának, míg a sebészetet, szülészet-nőgyógyászatot és az intenzív ellátást a legkevésbé annak. Ez utóbbi különbözött az orvostársadalom általi rangsorolástól is.

A kutatási irányzatokba nem illeszthető egyéb tanulmányok

A felsoroltakon kívül elérhető néhány olyan tanulmány, amelyek nem illeszthetők bele ezekbe a kutatási vonulatokba, ugyanakkor kutatási relevanciájuk miatt mindenképpen érdemes foglalkozni velük.

Egy meglehetősen korai, 1985-ös munka Adler és munkatársainak tanulmánya, amelynek keretében 257 harmadéves gyermekgyógyász, belgyógyász és családorvos rezidenst kérdezték meg a karriercéljaikról a rezidensi időszakban és utána (Adler és mtsai. 1985). A gyermekgyógyászok többsége azt mondta, hogy az orvosi egyetemre való jelentkezéskor nem gondolkodott a gyermekgyógyászatban. Szellemi kihívások, a földrajzi helyzet és a személyes célok elérése voltak a legfőbb faktorok a szakterület-

választásban. Szintén a gyermekgyógyászat a témája Shamseer és szerzőtársai munkájának (Shamseer és mtsai. 2008). A kanadai gyermekgyógyász rezidensek karrier terveinek 4 aspektusát vizsgálták Észak-Amerikában: heti munkaidő, gyakorlati munka széleskörűsége, szakmai tevékenység és a közösség mérete, ahol dolgozik. A válaszadókkal 1998-ban és 2006-ban postai és online kérdőívet töltettek ki. Összességében elmondható, hogy a munkaidő mértékével kapcsolatos preferenciák nem változtak (47,8 és 48,8 h/hét). Ezzel szemben a nők szignifikánsan kevesebb órát terveznek dolgozni, mint a férfiak.

Az onkológiai szakterületet vizsgálta a *Francia Onkológus Rezidensek Társasága* (Loriot és mtsai. 2010). A széleskörű kérdőíves vizsgálat célja volt elemezni a válaszadók demográfiai profilját, az onkológia szakterület választása mögött rejlő motívációkat, karrierterveket, valamint az onkológia képzés minőségét azért, hogy növelni tudják az onkológusok számát. A vizsgálat alapján a legerősebb szakterület-választási faktor az orvosi onkológia iránti érdeklődés volt (98%), amelyet a medikus évek alatti érdeklődés felkeltése (83%), a kutatási érdeklődés (81%), valamint a tevékenység sokszínűsége (75%) követett. A munkavállalási tervek közül a legkedveltebb a közkórházi elhelyezkedés volt, de a rezidensek jelentős része elmondta, hogy nem kapott érdemi információt a különböző pályalehetőségekről.

3.5.3 Deprofessionalizáció

Az értekezés témájához kapcsolódóan mindenképpen szót kell ejteni az orvosok körében tapasztalható deprofessionalizáció jelenségéről. A deprofessionalizáció definícióját Pellegrino (Pellegrino 2000) adja meg: *az orvosi hivatás hagyományos formájának alapvető megváltozása, a hivatás klasszikus értékeinek feladása, illetve azok erodálódása*. Reed és munkatársai már 1987-ben felhívták a figyelmet erre a jelenségre és igyekeztek feltárni ennek gyökerét (Reed és Evans 1987). Hipotézisük szerint a jelenségnek több oka van. Ide tartozik a nagy egészségügyi ellátó intézmények létrejötte, a növekvő mértékű szabályozottság, illetve adott esetben túlszabályozás, az egyéb gyógyító – nem orvosi – szakmák térhódítása az orvosok korábbi "felségterületén" (alternatív gyógyászat, stb), valamint a növekvő adminisztrációs terhek. Ezek a folyamatok mind oda vezettek, hogy erodálódott az orvosi hivatás és helyét felváltotta egy olyan szemlélet, amely nem feltétlenül a betegeken való önzetlen segítséget helyezi előtérbe. Pontosan ezzel foglalkozik Chin is, amikor arról ír, hogy fiatal kollégái számára a hiva-

tás túlságosan idejétmúlt koncepció, amely már nem tud meghatározó lenni a mai posztmodern, piaci világban (Chin 2001).

Ezzel a témával foglalkozott a *Medical Professionalism Project (ABIM Foundation és mtsai. 2002)* is, amelynek egyik legfőbb eredménye az, hogy a társadalomban és az orvoslásban bekövetkezett változások hatására az orvosok lemondanak hagyományos elkötelezettségükről, amely a páciensek érdekeit a saját érdekeik elé helyezi. Magyarországon ebben a témában Kapocsi Erzsébet publikált cikkeket (Kapocsi 2004; Kapocsi 2011), és egyik cikkében (Kapocsi 2004) kimondja, hogy az orvosok a deprofesszionalizáció hatására egyszerű munkavállalók, egy egészségügyi intézmény alkalmazottai lesznek.

Ebben a megközelítésben különösen fontos szerepet kap a szakterület-, és munkahelyválasztási motiváció vizsgálata, ugyanis ha valóban elfogadjuk azt a tényt, hogy az orvosi hivatás deprofesszionalizálódik, akkor szükségszerűen más motivációk lépnek a hagyományos orvosi hivatással kapcsolatos motivációk helyére. Dolgozatomban pontosan ezt a jelenséget igyekszem vizsgálni Magyarországi adatokon.

3.5.4 Vidéki munkavállalás

A szakemberhiány nemcsak abszolút számokban, hanem területi aránytalanságokban is megmutatkozhat, a területi aránytalanságok pedig nemcsak szakterületi, hanem földrajzi megoszlási egyenlőtlenségek formájában is manifesztálódhatnak. A szakterület-választási torzulások ugyanakkor számos tekintetben összefüggnek a földrajzi területi egyenlőtlenségekkel, így a munkahelyválasztási motivációk vizsgálata jól kiegészíti a szakterület-választási döntések meghatározóinak tanulmányozását. A dolgozat bevezetőjében említett magyarországi területi egyenlőtlenségek felszámolása mindenképpen fontos egészségpolitikai célnak tekinthető. A földrajzi területi egyenlőtlenségek további növekedésével ugyanis már néhány éven belül megkérdőjeleződhet az egészségügyi ellátás működőképessége és fenntarthatósága Magyarországon, amely alapján joggal beszélhetünk egy egyre súlyosbodó egészségügyi emberi erőforrás válságról (HRH krízis). Az Országos Alapellátási Intézet tanulmánya szerint (Grósz és Papp 2008) például 162 betöltetlen háziorvosi praxis volt a dolgozat alapjául szolgáló kutatás idején az országban, amelyet tovább súlyosbít az a tény, hogy a kisebb lélekszámú körzetek állásai lényegesen hosszabb ideje betöltetlenek. Minél hosszabb ideig betöltetlen egy körzet annál kisebb az esélye annak, hogy sikerül megfelelő orvost találni, mivel a

finanszírozást jelentő betegek kártyai idővel átkerülnek másik körzetbe. Így hosszú időnek kell eltelnie ahhoz, hogy az esetleg újrainduló praxis ki tudja termelni a saját költségeit. A hiány és aránytalan eloszlás jelenségeinek súlyosságát tovább növeli az orvosok előregedettsége és a fiatalok külföldi munkavállalási hajlandósága, amely megkérdőjelezi az utánpótlás lehetőségét is (Eke és mtsai. 2009).

A HRH krízis Magyarországon különösen vidéken, a közép-, és kisvárosokban, illetve főként azokban a falvakban súlyos, amelyek távolabb vannak a nagyobb központi szerepet betöltő városoktól (Girasek és mtsai. 2010). Az ezeken a településeken működő egészségügyi intézmények évek óta küzdenek azzal a problémával, hogy nem találnak megfelelő számú és képzettségű orvost, a községeknél pedig, hasonló módon, a betöltetlen háziorvosi praxisokban okoznak évek óta fennálló megoldhatatlan problémát (Grósz és Papp 2008). Az itt élő lakosság így nehezebben és drágábban juthat orvosi ellátáshoz, amely jelentősen rontja a lakosság egészségi állapotát, növelve ezzel a társadalmi egyenlőtlenségeket.

Külföldi, nemzetközi kutatási eredmények

A vidéki egészségügyi szakemberhiány a nemzetközi szinten jellemzően azokban az országokban okoz igen komoly problémát, ahol az ország méretéből, vagy elhelyezkedéséből adódóan rendkívül nagy távolságok, vagy nehezen elérhető területek vannak. Éppen ezért kiemelten foglalkoznak a kérdéssel Kanadában és Ausztráliában. Néhány az alábbiakban hivatkozott kutató azt vizsgálta, hogy milyen motivációs tényezők azok, amelyek ösztönözhetik a vidéki munkavállalást, illetve több elemzés született arról, hogy milyen oktatási, illetve egészségpolitikai beavatkozásokat lehetséges megvalósítani. A széles körben kipróbált jó gyakorlatok a magyar viszonyokra is adaptálhatók, és szorosan kapcsolódnak dolgozatom témájához. Az alábbiakban bemutatom a legfontosabb ilyen témájú felméréseket, és ejtek néhány szót a különböző egészségpolitikai intézkedésekről is.

A munkahelyválasztással kapcsolatos problémák nemcsak Magyarországon, hanem globális szinten is egyre nagyobb kihívást jelentenek. A WHO kiemelt prioritásként foglalkozik a kérdéssel 2006. évi világjelentésében (WHO 2006). A WHO ezen felül is rendszeresen és fókuszáltan foglalkozik az orvosok területi megoszlásának egyenlőtlenségeivel, illetve az ehhez kapcsolódó beavatkozási lehetőségekkel (WHO 2009). A WHO adatai szerint a világ lakosságának körülbelül fele nem városi területen

él, miközben a nővérek 38%-a, az orvosok kevesebb mint egynegyede (24%) dolgozik ilyen területen. A hivatkozott tanulmány (WHO 2009) ajánlásokat fogalmaz meg az egyenlőtlenségek enyhítésére.¹⁷ A háttér kutatásokból¹⁸ tudjuk azokat a megállapításokat, amelyet minden ilyen jellegű beavatkozás tervezésénél figyelembe célszerű venni:

- Az emberek gyorsan „mozognak”,¹⁹ a céljuknak megfelelő munkamagánélet egyensúly kialakítása érdekében.
- Az emberek komplex eszközökkel ösztönözhetők (jövedelem, jutalom), ahol a nem anyagi tényezők növekvő szerepet játszanak.
- Az emberek viszonylag gyorsan munkahelyet váltanak, ha nem teljesítik az elvárásaikat.

Ezek szellemében az idézett WHO tanulmány megállapítja, hogy az egészségügyi dolgozók ösztönzésének sikeressége egyrészt azoknak a tényezőknek az azonosításától függ, amelyek befolyásolják a munkahelyváltással kapcsolatos döntéseiket (ezeket húzó (*pull*) és toló (*push*) csoportba lehet sorolni), másrészt pedig azoktól az egészségpolitikai intézkedésektől függ, amelyek reagálnak ezekre a faktorokra (WHO 2009).

A húzó (*pull*) faktorok odavonzzák a dolgozókat az új munkahelyre. Ezek közé tartoznak a jobb munkalehetőségek, karrier lehetőségek, a magasabb fizetés, a jobb életkörülmények és a jobban inspiráló munkakörnyezet. A toló (*push*) faktorok ezzel szemben "eltasítják" a munkavállalót egy adott munkahelyről. Ezek a húzó faktorok tükörképei. A dokumentum mindezek alapján ajánlásokat fogalmaz meg olyan egészségpolitikai intézkedésekre, amelyek már a gyakorlatban is eredményesnek bizonyultak. Ide tartoznak az oktatási és szabályozási beavatkozások, a monetáris kompenzáció (direkt és indirekt pénzügyi ösztönzők), valamint a támogató intézményi menedzsment, környezet és társadalmi támogatás elősegítése. A tanulmány azt is megállapítja, hogy az egyes intézkedések önmagukban nem elegendőek, mindenképpen komplex ösztönzőkre van szükség.

Három tanulmány kiemeli ebben az ügyben az oktatás szerepét, a képzés részét képező gyakorlatok fontosságát, illetve ezek esetleges felhasználását ahhoz, hogy a vidéket vonzóvá tegyék a jövő orvosai számára. Ha az egyetemi képzés ideje alatt vannak

¹⁷ Természetesen hozzá kell tenni, hogy a nagyobb városokban illetve fővárosokban jelen lévő magasabb létszámú orvos összefügg a szakmai koncentrációval, és számos országos profilú intézmény működésével, ezt pedig figyelembe kell venni az egyenlőtlenségek értékelésekor.

¹⁸ Ezen háttérkutatásokat a hivatkozott dokumentum nem hivatkozza, így nincs róla további információ

¹⁹ A szóhasználat a hivatkozott tanulmánynak megfelelő, jelen esetben a területi mobilitásra utal a szöveg.

olyan gyakorlatok, amelyek vidéki környezetben és intézményben zajlanak, akkor a hallgatók megismerhetik a korábban számukra ismeretlen környezetet és néhányan esetleg annyira meg is szeretik azt, hogy a későbbiekben is itt helyezkednek majd el. További, gyakran hivatkozott megoldás egy olyan kvótarendszer kialakítása, amely a hallgatói létszám bizonyos mértékéig előnyben részesíti azokat a hallgatókat, akik vidéki területről származnak. Több kutató is kimutatta ugyanis azt, hogy a vidéki származás fontos és jól működő előrejelzője a vidéki munkavállalásnak (Peach és Bath 2000; Curran és Rourke 2004; Ballance és mtsai. 2009).

Az oktatási beavatkozások közül kiemelem azt az ugandai példát, ahol probléma és közösségi alapú képzési programot indítottak el azért, hogy növeljék a hallgatók érdeklődését a vidéki területen végzett radiológusi munka iránt. Ennek keretében a képzés kiemelten fókuszál a vidéken élő lakosság egészségügyi problémáira. Ez már önmagában is motivációként jelenik meg a hallgatók körében, és a vizsgálat során jól látszik, hogy milyen különbség van az elsőéves hallgatók (akik még nem vettek részt) és a felsőbb éves hallgatók (akik már részt vettek az elemzett programban) között (Gonzaga és mtsai. 2010).

Az orvosok lakóhelyüktől távolabbi, vagy vidéki környezetben való munkavállalásra ösztönözése vonatkozásában számos nemzetközi tanulmány, illetve szakirodalom áttekintés született (Rabinowitz és mtsai. 2001; Sempowski 2004; Dussault és Franceschini 2006; Lehmann és mtsai. 2008; Pong 2008; Grobler és mtsai. 2009; Wilson és mtsai. 2009). Ezek a tanulmányok egybehangzóan azt találták, hogy csak széleskörű, rendszerszerű és komplex megközelítés vezethet eredményre, amelyben ugyanúgy szerepet játszik a képzés megfelelő tervezése és felépítése, mint az összes többi, anyagi és nem anyagi, tényező. Fontos szerepe van ezek mellett a folyamatos továbbképzési lehetőségeknek és a folyamatos szakmai támogatásnak is, amelyet mind állami, mind helyi szinten meg kell, hogy kapjanak a vidéki területen dolgozó egészségügyi szakemberek (Henry és mtsai. 2009).

Ausztrália vidéki és távoli területein komoly probléma az egészségügyi szakemberhiány (Schofield és mtsai. 2009). A mindenkori döntéshozók meglehetősen komolyan foglalkoznak ezzel a kérdéssel és számos ösztönzőrendszert dolgoztak már ki, a szakemberek megfelelő területi megoszlásának elősegítésére. Ezek azonban csak akkor lehetnek igazán eredményesek, ha megfelelően tervezik és értékelik őket. Ennek meg-

alapozására Ausztráliában a *Rural Health Tracking Survey*-jel vizsgálták az orvostanhallgatók és az egészségügyi szakdolgozó hallgatók munkahely-, és gyakorlati hely választási preferenciáit. A megkérdezettek az egy éven belüli munkavállalás vonatkozásában a nagyvárosi elhelyezkedést preferálták, de életük későbbi szakaszában megfontolnák a vidéki karrier lehetőségeket is. Csak a hallgatók 10%-a mondta, hogy soha nem dolgozna olyan vidéki településen, ahol a lakosság száma 10 000 fő alatt van. A korábban idézett tanulmányok eredményeivel összhangban kiderült az is, hogy fontos ösztönző lehet az, ha arra bátorítják a hallgatókat, hogy egyetemi gyakorlataikat vidéki területen végezzék, megismerve az ottani munkát. A tanulmány összegzéseként elmondható, hogy a vidéki munkavállalás növelése csak az ösztönzők komplex interakciójának eredményeként képzelhető el (Schofield és mtsai. 2009).

Egy szintén ausztrál kérdőíves vizsgálat szerint (Rogers és mtsai. 2010) a fiatal, pályakezdő orvos válaszadók 27%-a preferálja a vidéki munkahelyet. Ez a választás összefügg az "odakötő" ösztönzőkkel, a vidéki származással, az ezen a területen szerzett tapasztalattal és az idősebb életkorral. A magasabb szintű szakmai elvárások és presztízsvágy pedig a városi munkahely választását jelezték megbízhatóan előre. A tanulmány részletesen bemutatja a munkahely választását leginkább befolyásoló tényezőket. Ide tartozik a család és ismerősök, az adott helyhez való egyéb kötődés, az életstílushoz kapcsolódó célok, valamint a szakmai és infrastrukturális lehetőségek. A vidéket választók fontosabbnak tartják a barátokat, a családot és a párjuk, házastársuk szempontjait. Ebből következően, a kutatók szerint, a családi megfontolások, a szakmai támogatás, a szakmai lehetőségek és a szakorvosi munkához szükséges infrastruktúra jelenthetik azokat a faktorokat, amelyek a vidéki területekre csábíthatják az orvosokat. A tanulmány kiemelten felhívja a figyelmet arra, hogy olyan stratégiát kell alkotni, amely nemcsak a szakmai, hanem a családi szempontokat is figyelembe veszi.

Egy másik – új-zélandi – tanulmány eredményei szerint (Hill és mtsai. 2002) olyan direkt ösztönzők kellene, amelyek szorosan összefüggnek a munkavégzéssel. Mivel az emberek nem szeretnék vidéki területeken dolgozni, ezért a család és a gyermekvállalás szempontjai mellett az ügyeleti idő csökkentése, valamint a munkaidő maximalizálása vezethet sikerre. E munka szerint mindössze a végzős orvostanhallgatók 8%-a dolgozna vidéki területen, 63%-uk akkor hajlandó ilyen területre menni, ha ezt a választásukat megfelelő ösztönzőkkel támogatják.

Az USA-ban nagyon fontos az a New York államban éves rendszerességgel végzett felmérés, amely a rezidens orvosok terveit és szándékait kutatja (Center for Health Workforce Studies 2009). A 2008. évi felmérésben a válaszadók 45%-a New York államban szeretné elkezdni a munkát. Ez az arány valamivel kevesebb, mint a korábbi években, 2007-ben illetve 2006-ban (49% illetve 48%). Az átlaghoz hasonlítva kitűnik, hogy akik ebben az államban születtek és nőttek fel, azok 80%-a a továbbiakban is itt maradna dolgozni. A válaszadók 28%-a a nagyváros belső kerületeiben szeretne elhelyezkedni, és csak 4% választana vidéken állást. Szintén amerikai vizsgálat Hancock és szerzőtársai munkája (Hancock és mtsai. 2009). Ez a tanulmány az orvosok vidékre toborzására és vidéki megtartására irányuló programot értékeli, amelyhez kapcsolódóan 22 mélyinterjút készítettek. A kutatók szerint a családiasság vágya, a *"a hely szelleme"* (*sense of place*), a közösségi bevonódás és az önmegvalósítás a legfőbb motívációs faktor, az összefüggések bemutatására pedig egy rendkívül jól áttekinthető összefoglaló ábrát készítettek, amely tanulmányukban megtalálható.

Kolstad ugyanezt a kérdést Tanzániában vizsgálta (Kolstad 2011). A kutatás eredményei azt mutatják, hogy a kormányzat által használható egyik legerősebb toborzó eszköz a folyamatos képzés lehetősége. A megemelt fizetés és különböző kedvezmények szintén lényegesen növelhetik a vidéki munkahely választását. Megfelelő ház (lakhatás) és az érdemi egészségügyi ellátáshoz szükséges jó infrastruktúra is növelni képes a vidéket választók számát, de korántsem olyan jelentősen, mint a magasabb fizetés, vagy a képzési lehetőségek.

Kazanjian és Pagliccia (Kazanjian és Pagliccia 1996) nagy létszámú mintán, postai kérdőívek segítségével, az aktív orvosok körében vizsgálta a munkahelyükre és a munkahelyválasztásukra vonatkozó preferenciákat. Megállapították, hogy az orvosok munkahelyválasztása komplex kérdés, amelyet több, szakmai, közösségi és családi természetű faktor befolyásol. A legfontosabb munkahelyválasztást befolyásoló tényező azonban a házastárs hatása. A faktoranalízis megmutatta, hogy míg a 44 elégedettségi tételből a városi származású házastárssal rendelkező vidéki és városi orvosoknál a közösségi megfontolások fontosabbak, mint a szakmaiak, addig vidéki házastárs esetén a szakmai és jövedelmi megfontolások a legfőbb szempontok. Összességében azt állapították meg, hogy a munkahelyválasztás nem pusztán szakmai és gyakorlati megfontolás tárgya, hanem személyes, családi és közösségi fókuszok által meghatározott kérdés is.

A szomszédos Horvátország számos tekintetben hasonló helyzetben van az orvosok területi megoszlását illetően, mint Magyarország. Egy 2006-ban lefolytatott kutatás azt mutatta meg, hogy a végzős orvostanhallgatók döntő többsége a fővárosban, Zágrábban szeretne dolgozni, miközben a lakosság háromnegyede a fővároson kívül él (Polasek és mtsai. 2006). Horvátországban az orvosképzés curriculumuma lehetőséget ad arra, hogy az orvostanhallgatók egyhetes közösségi gyakorlaton vehessenek részt. Ilyenkor a szállásuk vidéken van és megismerik az ottani alapellátás és szakellátás működését. Ennek a programnak az értékelését azonban még nem publikálták, így nem láthatjuk, hogy valójában mennyire is volt sikeres. A korábban említetteknek megfelelően hasonló, bár némiképp hosszabb programok kedvező hatást tudtak kifejteni a vidéki munkavállalás növelésére.

Magyarországi kutatások

Magyarországon a témához kapcsolódóan, a nyolcvanas évek elején, két széleskörű szociológia vizsgálat (Bánlaky és mtsai. 1981; Váriné Szilágyi 1981) foglalkozott az orvosokkal, mint az értelmiség egyik kiemelt csoportjával. Ezek közül Váriné Szilágyi Ibolya munkája kifejezetten a fiatal, pályakezdő orvosokra koncentrált (Váriné Szilágyi 1981). Ő az 1972-74-ben végzetteket mérte fel, és azt találta, hogy a végzősök 80-90%-a kórházban, vagy klinikán szeretne elhelyezkedni, amely azonban csak 64%-uknak sikerült ténylegesen. Ezzel szemben a válaszadók szerint legkevésbé ideálisnak tartott munkahely a falusi, vagy vidéki városi körzeti orvosi munka volt, mert véleményük szerint az ilyen helyen végzett munka megnehezíti a későbbi szakmai előrelépést. Akik mégis a vidéki munkahelyet választották, ők elsősorban egzisztenciális okokból, a szolgálati lakás miatt tették ezt.

A másik magyar vonatkozású, orvosokról szóló monográfia a Bánlaky-Kérészné-Solymosi kutatócsapat munkája (Bánlaky és mtsai. 1981). Ebben szintén hangsúlyos problémaként jelenik meg a munkahelyválasztás kérdése. A válaszadók háromnegyede klinikán, kórházban, vagy elméleti intézetben szeretett volna dolgozni, ezzel szemben vidéki alapellátásba mindössze 15%-nyian vágytak. A harmadik munkahelycsoportba az egyéb intézmények (iskolai egészségügy, közegészségügyi hatóság) lettek besorolva. Ide mindössze másfél százaléknyan szerettek volna dolgozni menni, de 12%-nyi válaszadónak végül csak ilyen intézményben sikerült munkát kapnia.

3.6 A szakirodalmi áttekintés összegzése

Az orvosi pálya választásának kérdése már évtizedek óta fontos kutatási kérdés. Jelen dolgozatban nem tekintetem át az orvosi pályaválasztás teljes szakirodalmát, hiszen nem ez a dolgozat fő témája – bár szorosan kapcsolódik hozzá. Az egyes kutatók egybehangzóan állítják, hogy az orvosi pályaválasztást az altruisztikus, humanisztikus attitűd befolyásolja, határozza meg. Természetesen más motivációs tartalmak is megjelennek, mint például a természettudomány iránti érdeklődés, vagy a stabil egzisztencia iránti vágy, mégis azt lehet mondani, hogy a legerősebb tényező a másokon való segíteni akarás, az altruizmus és az emberekkel történő munkavégzés igénye. Ezek mellett egy-egy tanulmányban további tényezők, mint például az orvosi szakma magas presztízse és a széleskörű munkalehetőségek, is megjelennek.

A magyarországi vizsgálatok is a nemzetköziesekhez hasonló eredményre jutottak. Kiemelendő azonban, hogy a szintiszta altruista motiváció mellett hazánkban is megjelentek más, az orvosi pályaválasztást befolyásoló nem szakmai típusú tényezők: a céltudatos, törekvő hozzáállás, amelynek célja a megfelelő munka-, és jövedelmi lehetőségek, illetve munkakörülmények elérése. Ezzel a folyamattal párhuzamosan azonban nem csökkent az altruista motivációk szerepe, tehát itt egy rendkívül érdekes, összetett társadalmi folyamatról beszélhetünk. Ezeket az eredményeket erősíti az orvosi pályaválasztás ellen ható tényezők (az alacsony várható fizetés, a hosszú képzési idő és a magas felelősségvállalás) vizsgálata, amely hazánkban is meglévő jelenségekre hívja fel a figyelmet. Ezek azok a tényezők, amelyek miatt nem választják a fiatalok az orvosi pályát, és ez összefügg az orvosi pálya vonzerejének csökkenésével.

3.6.1 A szakterület-választással és munkahelyválasztással kapcsolatos kutatási eredmények kritikai összegzése

Az orvosi pályaválasztás másik fontos, „ráépített” területe az orvosi szakterület választása. Dolgozatomban ezzel a témával foglalkozom mélyebben. A szakterület-választást befolyásoló, meghatározó, illetve motiváló tényezőket feldolgozó általános, illetve specifikus szakirodalomban nem található mindenki által elfogadott, egységes nomenklatúra, illetve keretrendszer a témával kapcsolatos tudományos bizonyítékok rendszerezésére. Az egyes tanulmányok leginkább különböző szempontokat hangsúlyozó, különböző megközelítésmódokat alkalmazó kutatási irányzatok köré csoportosítha-

tóak, amelyek sem koncepcionálisan, sem pedig az empirikus adatok tekintetében nem illeszkednek „átfedés, illetve hézagmentesen” egymáshoz. Az orvosi szakterület-választást meghatározó tényezőket az előzőekben, ezekhez a különböző kutatási irányzatokhoz (szakmai gyakorlatok, személyiségjellemzők, gazdasági tényezők és életstílus szerepe, valamint az alapellátást választók arányának csökkenő trendje) kapcsolódóan mutattam be, helyenként utalva a nyilvánvaló koncepcionális ütközésekre és az egymásnak ellentmondó adatokra. Ezek az ellentmondások, illetve inkonzisztenciák ugyanakkor nemcsak a különböző kutatási irányok között (pl. mennyiben tekinthető a munkaidő és a szabadidő inkább gazdasági, mint életstílushoz kötődő tényezőnek), hanem egyes kutatási irányzatokon belül is megfigyelhetők. A jövedelmi-gazdasági tényezőket középpontba állító kutatási irányzatok közül például nincs egyetértés az egyes kutatók között abban, hogy mennyire erős ezeknek a tényezőknek a szakterület-választásra gyakorolt hatása. A legszélsőségesebb vélemény szerint szakterület-választáskor a fiatal orvosok elsősorban csak a várható jövedelemkülönbségekre reagálnak, vannak olyan kutatók, akik a szabadidő fontosságát emelik ki, más szerzők pedig azt állítják, hogy a gazdasági tényezők nem játszanak meghatározó szerepet a szakterület-választásban.

A vidéki munkahelyválasztás témájában megtalálható tanulmányok ezzel szemben nem sorolhatók a szakterület-választáshoz hasonló kutatási irányzatokba. Itt meglehetősen hasonló eredményekre jutottak az egyes kutatók, így a szakirodalmi közlésekben lényegesen kevesebb ellentmondás, illetve inkonzisztencia fedezhető fel. Ezen a területen egy-egy munka inkább más-más tényezőkre helyezi a hangsúlyt, nem tagadva azonban a többi jelentőségét sem.

Az ismertetett tanulmányokban fellelhető, szakterület-, illetve munkahelyválasztást befolyásoló tényezők leginkább (a korábban is említett) két nagy csoportba sorolhatók. Az első csoportba tartoznak a szakterületet választó orvosok (illetve orvostanhallgatók) személyes jellemzői, amelyek közé nemcsak a társadalmi-gazdasági háttértényezők illeszthetők (kor, nem, lakóhely, családi állapot, származás, szülők iskolai végzettsége, stb), hanem a személyiségtípus jelentőségét hangsúlyozó kutatási irányzat által vizsgált személyiségjellemzőik is. Ez utóbbi kutatási irányzathoz csatlakoztatható szerzők különböző személyiségtípológiák használatával mutatták ki a személyiségjegyek és a szakterület-választás közötti összefüggéseket, illetve ennek az összefüggésnek a stabilitását. Ezekből a kutatásokból tudjuk például, hogy a nem által közvetített hatás

rendkívül erős, illetve meglehetősen erős a kapcsolat az introvertált személyiségtípus és az alapellátási szakterület, illetve az extrovertált típus és a sebészeti típusú szakmák választása között. A munkahelyválasztás témakörét vizsgálva ebbe a kategóriába sorolhatók azok a kutatási eredmények, amelyek a vidéki származás és az életkor fontosságát hangsúlyozzák. Több tanulmány is azt az eredményt közölte például, hogy idősebb korban könnyebben ösztönözhető az orvosok vidéki munkavállalásra, a vidéki származású orvosok pedig könnyebben vállalnak munkát vidéki egészségügyi intézményekben.

A másik nagy csoportba a szakterület, illetve munkahely jellemzői sorolhatók. Ebbe a kategóriába illeszthetők a hosszabb kutatási múltra visszatekintő, orvosi pályaválasztást meghatározó tényezők, mint például a szakirodalomban „altruistának”, „humanistának” nevezett motivációk, az emberekkel való foglalkozás, valamint az embereken való segítség iránti igény, vagy az orvosi pálya társadalmi megbecsültsége (presztízse), a természettudományos érdeklődés, a széleskörű, változatos munkalehetőségek, valamint a biztos egzisztencia megteremtésének, a megfelelő jövedelem és munkakörülmények elérésének lehetősége. Az orvosi pályaválasztást befolyásoló ezen tényezők ugyanakkor a szakterület-választás kontextusában, az egyes szakterületek közötti különbségek keretrendszerében további, differenciáltabb értelmezést nyernek. Bár bizonyos szintig minden orvosi szakterületen jelentősége van például a természettudományos megközelítésmódnak, ez mégis jóval nagyobb fontossággal bír a technológia intenzív (pl. invazív kardiológia), mint a beteg-orientált (pl. pszichiátria) szakterületeken.

A specifikusan az orvosi szakterület-választással foglalkozó kutatási irányzatok által feltárt döntési szempontok, motivációk közül ebbe a csoportba tartoznak a gazdasági tényezők, az elérhető életstílus, valamint az oktatás során megszerezhető közvetlen gyakorlati tapasztalatok. A szakirodalom szerint ez utóbbiaknak ugyanakkor kiemelt jelentősége van a vidéki munkavállalás ösztönzésében is. Fontosnak tartom itt azt is megemlíteni, hogy a szakterület-választási preferenciák megváltozásával foglalkozó kutatási irányzat a döntést befolyásoló tényezők csoportosítása vonatkozásában nem fogalmaz meg új motivációkat, csak a többi kutatás keretében azonosított tényező hatásával kapcsolatos tudásunkat gyarapítja az alapellátási szakmák iránti csökkenő érdeklődés jelenségének vizsgálatával.

A gazdasági tényezőket középpontba helyező kutatások fogalmi rendszere szerint ebbe az alcsoportba nemcsak az adott szakterületen elérhető jövedelem tartozik,

hanem a szabadságok, szabadidő mennyisége és megoszlása, illetve az orvosi felelősség, az esetleges műhibaperekkel kapcsolatos kockázatok is. Több kutatás bizonyította, hogy a sebészet és a sebészetet támogató szakterületek választása pozitívan függ össze a gazdasági tényezők fontosságával, míg az alapellátási területek választásával negatív az összefüggés iránya.

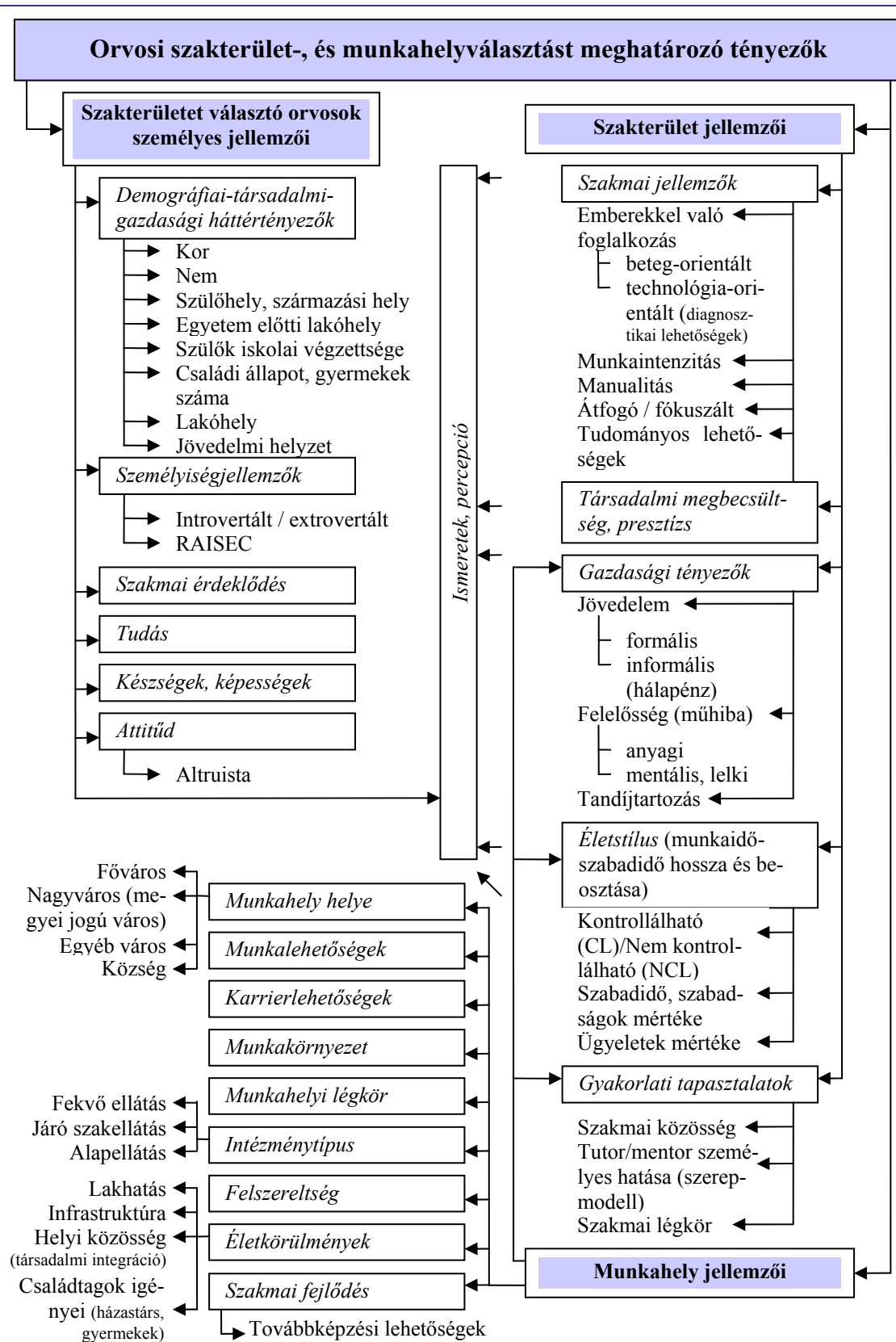
A gazdasági tényezők konceptualizálása ugyanakkor átfedést mutat a szakterületek azon jellemzőjével, amely meghatározza azt, hogy az orvos mennyire képes saját maga alakítani az életstílusát. Az – észlelt – életstílus jelentőségét hangsúlyozó kutatási irányzat szerint ugyanis azt, hogy egy orvosi szakterület mennyire életstílus-barát az dönti el, hogy a munkaidő mennyire hosszú, milyen beosztású és mennyire kontrollálható. Az e témával foglalkozó kutatók ennek alapján osztották két csoportba a szakterületeket, a kontrollálható (CL) és a nem kontrollálható (NCL) életstílusú csoportba. A munkaidő hossza és beosztása, valamint a szabadidő hossza és beosztása valójában ugyanannak a fogalomnak a két, egymást kiegészítő oldala, így ezt a tényezőt érdemes vagy az egyik, vagy a másik alcsoportba sorolni. Tekintettel arra, hogy az életstílus paradigma Magyarországon mindenképpen új megközelítésnek tekinthető, disszertációmban az életstílust önálló alcsoportként kezeltem. Az 1990-es években, a szakterületválasztás kutatásában magának egyre nagyobb teret követelő kutatási irányzat ugyanakkor biztató eredményeket ért el a szakterületek választásában történő átrendeződés megfigyelésében is. A kutatók egybehangzóan azt találták, hogy csökken a nem életstílus-barát területek (NCL) „kedveltsége”, és az életstílus egyre inkább meghatározó szerepet játszik a szakterület-választásban. Ez olyan kérdés, amellyel mindenképpen foglalkozni kell, ugyanis a tendencia előrehaladásával átalakulhat a szakterületek között jelenleg meglévő egyenlőtlenség, illetve más típusú egyenlőtlenségek alakulhatnak ki. Doktori értekezésem keretében többek között ezért igyekszem az életstílus paradigmát követni.

A szakterület-, és a munkahelyválasztási döntések befolyásolásában egyaránt fontos végezetül megemlíteni a képzés, különösképpen pedig az egészségügyi intézményekben végzett gyakorlatok szerepét. Ez utóbbi ugyanis lehetőséget ad a közvetlen tapasztalatszerzésre, amely a korábban részletesen ismertetett kutatások szerint nemcsak a szakmai munkára vonatkozik. A szakterület-választást ugyanúgy befolyásolhatja a gyakorlaton megismert intézmény szakmai közössége, a munkahely szakmai légköre,

illetve az oktató személyes hatása is. A szerepmodellek hatásának jelentőségét a szakterület-választási preferenciák megváltozásával foglalkozó munkák is kiemelik.

Számos tanulmány emeli ki az oktatás szerepét a területi egyenlőtlenségek kialakulásában, illetve az egyenlőtlenségek csökkenésében. A vidéki munkavállalás szempontjából a gyakorlatok szerepe akkor lehet igazán meghatározó, ha azok egyetemi helyszínen kívüli intézményekben zajlanak. Fontos, hogy tanulmányaik során az orvostanhallgatók olyan intézményben töltsenek gyakorlatot, amely vidéki környezetben van, mert ezáltal ismerhetik meg az ebben a környezetben végzett munka és az ezzel járó élet specialitásait.

Az egyes tényezők szakterület-választásra gyakorolt tényleges hatásával kapcsolatban ellentmondásosak a kutatási eredmények (több szerző a gazdasági ösztönzőkkel összemérhető súlyúnak tekinti a szakmai gyakorlatok szerepét, miközben vannak olyan szélsőséges vélemények is, amelyek szerint a jövedelem a legfontosabb szakterület-választást befolyásoló tényező), és ez adott esetben még az egyes kutatási irányzatokon belül is megfigyelhető (ld. gazdasági tényezők alcsoportja). Bár a szakterület-választási arányok időbeli változásával kapcsolatban is található ellentmondásos kutatási adatok, magának a változásnak a ténye kétségbevonhatatlan. Ez pedig arra utal, hogy változnak az egyes szakterület-választást meghatározó tényezőkre vonatkozó preferenciák is. A szakirodalmi áttekintés összefoglalóan azt sugallja, hogy a domináns nemzetközi trend a hagyományos szakmai, illetve altruista, humanisztikus motivációk eróziója, illetve a gazdasági és életstílus tényezők fokozatos erősödése. A pályaválasztásra vonatkozóan ezt a folyamatot nevezi a szakirodalom deprofesszionizációnak, amely szerint napjainkban már nem feltétlenül a betegeken való segítség a legfőbb karriermotiváció. Ugyanez a jelenség segíthet értelmezni a szakterület-választási arányok megváltozását is, amelynek egyik, a szakirodalomban részletesen elemzett tünete az alapellátási szakterületeket választók arányának jelentős csökkenése. A kutatási eredmények ugyanis azt mutatják, hogy az alapellátást választó hallgatókat inkább a tradicionális motivációk hajtják (pl. betegekkal való kapcsolat, betegek hosszútávú kezelése), szemben a más szakterületek irányába induló hallgatókkal, akiket viszont inkább a gazdasági és életstílus tényezők, a várható jövedelem, a munkaidő és a terápiás kihívások motiválnak.



2. ábra A szakterület-, és munkahelyválasztást befolyásoló, meghatározó és motiváló tényezők csoportosítása a szakirodalmi áttekintés alapján

A 2. ábra a szakirodalmi eredmények alapján, illetve azok kiegészítésével foglalja össze a szakterület-, és munkahelyválasztást befolyásoló tényezőket.

A szakterület-választási aránytalanságok csökkentésének lehetséges eszközeit széleskörben tárgyalja a szakirodalom, azonban a tanulmányokból nem rajzolódik ki konszenzus az alkalmazandó jó gyakorlatokra vonatkozóan. Ez nem meglepő, hiszen a különböző kutatási irányzatok sem egységesek abban, hogy melyik befolyásoló tényező mekkora hatással bír a szakterület-választási preferenciák megváltoztatására. A vidéki munkavállalás vonatkozásában annyiban egyszerűbb a helyzet, hogy a legtöbb szerző egyetért abban, hogy csak széleskörű, rendszerszemléletű és komplex megközelítés segíthet a területi egyenlőtlenségek csökkentésében, amelyben egyaránt szerepet játszik a képzés, szerepük van az anyagi és szakmai ösztönzőknek, és jelentős szerepe van a folyamatos továbbképzési lehetőségeknek is. A vidéki munkavállalás problémája tehát komplex kérdés és számos faktor befolyásolja: szakmai, közösségi, személyes és családi természetű egyaránt. A szakterület-választás komplexitásának ismeretében, ehhez hasonlóan, talán elmondható az is, hogy ebben a kérdésben is a többirányú megközelítés vezethet leginkább eredményre.

3.6.2 A szakterület-választással és munkahelyválasztással kapcsolatos tudásunk főbb hiányosságai, illetve ellentmondásai

Összefoglalóan elmondható, hogy a szakirodalmi áttekintés több tekintetben is igazolja a témaválasztásom létjogosultságát:

1. A különböző kutatások között több esetben fedezhető fel inkonzisztencia, illetve ellentmondás mind elméleti, mind pedig empirikus szempontból:

Az egyes irányzatok megközelítései sok esetben meglehetősen egyoldalúak és egy-egy tényező vagy tényezőcsoport meghatározó szerepét hangsúlyozzák, továbbá komoly ellentmondást is tapasztalhatunk az egyes vonulatok között, például a gazdasági és életstílusbeli tényezők befolyását illetően. Bár a bemutatott vizsgálatok erőssége, hogy alaposan bemutatják a szakterület-választás egyes (pl. oktatásai, személyes, gazdasági, életstílusbeli) dimenziót, azonban ezek a meghatározó tényezők nem önmagukban fejtik ki a hatásukat, a jelenség ennél sokkal összetettebb. A szakterület-választás egy egész életre szóló komplex döntés, amely a jövőre vonatkozóan meghatározza az orvos

teljes életpályáját, ideértve a szakmai karriert és magánéletet is (többek között a szabadidő mennyiségén keresztül).

2. Magyarországon évtizedek óta nem készült átfogó kutatás a disszertációm témakörében, annak ellenére, hogy a problémát a kutatók és a döntéshozók egyaránt felismerték:

Az egészségügyi emberi erőforrások torz allokációjának problémája, az ezzel foglalkozó korábbi munkák tanulsága szerint, már a nyolcvanas években is érezhető volt Magyarországon. Ennek ellenére a nyolcvanas években publikált tanulmányok óta, azaz az elmúlt 30 évben, magyarországi kutatók csak nagyon korlátozottan foglalkoztak ezzel a témával. Átfogó kutatás a kérdéskörben egyáltalán nem is született. Az utóbbi évtizedben tapasztalható gyors változások ugyanakkor önmagukban is indokolnák egy átfogó kutatás szükségességét. A nemzetközi szakirodalom áttanulmányozása nem tudja helyettesíteni a magyar orvosok körében, Magyarországon gyűjtött adatokat és ezek elemzését, tekintettel az országok között meglévő számtalan fontos különbségre. Disszertációm célja pontosan ennek a hiánynak a pótlása, azaz a téma magyarországi vizsgálata. Mindez egyformán igaz az orvosi szakterület-választásra és munkahelyválasztásra is. Hazánkban az elmúlt 30 évben egyáltalán nem foglalkoztak az orvosok vidéki munkavállalásának ösztönzésével tudományos igényességű kutatási munka keretében.

3. A nemzetközi szakirodalomban publikált irányzatok közül Magyarországon az előzőektől függetlenül is újdonságnak számít az életstílus tényező szakterület-választásra gyakorolt hatásának vizsgálata:

A jelenség komplexitása és a megközelítésmód újdonsága miatt választottam a kutatásom elméleti keretéül azt az irányzatot, amely az egyes szakterületek valós vagy vélt életstílusában látja a szakterület-választás kulcsát. Számos vizsgálat foglalkozott már mind az orvosi pályaválasztás, mind a szakterület-választás során a szakmai motivációs tényezőkkel, az életstílus, mint befolyásoló tényező vizsgálata azonban újdonságnak számít. A szakterület kiválasztásának összetett döntésében ezért az életstílus tényező vizsgálata jól kiegészítheti a hagyományos motivációs tényezők vizsgálatát. Annál is inkább, mivel az utóbbi időben olyan preferenciaváltozásokat dokumentáltak külföldi kutatók, amelyek az életstílus tényező növekvő jelentőségére utalnak. Az egészségügyi dolgozók emigrációjának utóbbi időben tapasztalható felgyorsulása indirekt

módon arra utalhat, hogy ez a tendencia nagy valószínűséggel Magyarországon is érvényesül.

3.6.3 Kutatásmódszertani megfontolások

A szakirodalmi áttekintés keretében bemutatott kutatások egyaránt alkalmaztak többféle kvalitatív és kvantitatív módszert a témakör vizsgálatára. A bemutatott kutatások ugyanakkor jóval kevésbé éltek a kvalitatív módszerek nyújtotta előnyökkel, amely meglátásom szerint azért hiba, mert egy meglehetősen komplex témakörrel van dolgunk, ahol a társadalmi térben konstruált valóság értelmezésében előfordulhatnak diszkrpanciák.

A szakirodalom módszertani szempontú áttekintése alapján dolgoztam ki a doktori értekezésem alapjául szolgáló kutatás módszertanát, amely egyaránt alkalmaz kvantitatív és kvalitatív módszert, kiegészítve egymást és erősítve a vizsgálat validitását. Kutatásom során a kérdőíves felmérést és a fókuszcsoportos interjú módszerét alkalmazom, amely megfelel a szakirodalmi tapasztalatoknak. Nem alkalmazom viszont az egyéni strukturált interjú módszerét, mivel a fókuszcsoportos interjú kiválóan alkalmas a két téma kvalitatív vizsgálatára, sőt a csoportdinamika megfigyelésére is. Egy alkalommal sokkal több résztvevőt lehet bevonni a vizsgálatba, miközben az egyes válaszadók személyes háttérének elemzésére is lehetőségünk van. A kérdőíves felméréssel kapcsolatban fontosnak tartom megemlíteni azt, hogy jelenleg fejlesztés alatt van egy olyan mérőeszköz (Rogers és mtsai. 2009), amely az orvosi szakterület-, és munkahelyválasztás tényezőit és az ezzel kapcsolatos szándékokat méri. A kérdőív kidolgozása jelenleg kísérleti fázisban van, ezért nem tudtam felhasználni azt felmérésemben. A kérdőív validálása után célszerű lesz majd visszatérni a magyarországi alkalmazás lehetőségeire.

A kutatásom erőssége és további újszerűsége az, hogy a felvázolt két jelenséget – a szakterület-választást és vidéki munkavállalást – kutatásomban együttesen is tudom vizsgálni, amely mindenképpen komoly újdonságot jelent nemcsak Magyarországon, hanem nemzetközi szinten is, így komoly érdeklődésre tarthat számot.

A következő fejezetben részletesen bemutatom a vizsgálat módszertanát.

4. MÓDSZEREK

A szakirodalmi áttekintés alapján meghatározott kutatási kérdéseknek megfelelően választottam meg a vizsgálatom módszertanát. A kérdések komplexitása miatt indokoltnak látom a kvantitatív és kvalitatív módszerek alkalmazását. Kvantitatív módszerként önkitöltős kérdőíves felmérést, kvalitatív módszerként pedig fókuszcsoporthozos interjúkat alkalmaztam. Ez a két módszertani megközelítés jól kiegészíti egymást, mivel a kérdőíves felmérésből nagy mennyiségű, strukturált, de kevésbé mély információkat gyűjthetünk, amelyek megfelelő mintaválasztással általánosíthatók a vizsgált populáció egészére, a fókuszcsoporthozos interjúk segítségével pedig a kevesebb válaszadótól gyűjtött mélyebb információk megvilágítják az egyes motivációk háttérét az egyéni életpályák és tervek szempontjából. A kvalitatív módszerekkel gyűjtött adatok elemzésére épülő megállapítások ugyan a kis minta elemszám és a mintaválasztási technika jellegéből adódóan a legritkább esetben általánosíthatóak a vizsgált populáció egészére, azonban a mélyebb elemzés a szakterület-, illetve pályaválasztás olyan komplex, esetenként el-
lentmondásos aspektusait is fel tudja tárni, amelyekre egy strukturált kérdőíves megkérdezés nem alkalmas. A vizsgálat tárgyát képező tényezők közül ilyen például a jövedelmi helyzet, az ezzel kapcsolatos elvárások, illetve informalitása miatt a hálapénz jelensége is (Gaál 2004). A két módszer együttes használata tehát kiküszöböli mindkét módszertani megközelítés hiányosságait, ezáltal nagyban emeli a vizsgálat validitását és az eredmények esetleges egészségpolitikai felhasználhatóságát. Az alábbiakban előbb a kvantitatív, majd a kvalitatív módszertant, végül pedig a vizsgálatban résztvevők szocio-demográfiai jellemzőit mutatom be.

4.1 Kérdőíves felmérés

Kvantitatív módszerként az önkitöltős kérdőívvel történő kérdőíves felmérés módszerét választottam, mivel így átfogó, nagy mennyiségű információt szerezhethetünk a rezidensek szocio-demográfiai összetételéről és motivációs mintázatairól. A megkérdezettek nagy száma miatt pontos képünk lehet a rezidensek szakterület-választási és munkaerő-piaci elhelyezkedési szándékairól és az ezeket körülölelő motivációs erőteréről.

A kérdőíves felmérés kutatási előzménye az Egészségügyi Menedzserképző Központ (EMK) által 2003. óta minden évben megvalósított kérdőíves felmérése rezidens orvosok körében.

A kérdőív több fő részből áll össze. A legelső vizsgálat során a rezidens orvosok migrációs potenciálja volt a fő kutatási kérdés, majd ezt az egyszerű kérdőívet fejlesztettük tovább és olyan témák kerültek bele, mint az orvosi pályaválasztás, szakterület-választás, majd pedig a vidéki munkavállalás kérdése.

Jelen dolgozat alapját a 2008. évi országos felmérés adja. Ennek az indoka az, hogy az Országos Foglalkoztatási Közalapítvány (OFA) pályázati támogatásának köszönhetően²⁰ ebben a kutatási ciklusban nyílt lehetőség fókuszcsoportos interjúk lebonyolítására is, amely kiegészíti a kvantitatív eredményeket és komolyan hozzájárul a kutatás értékéhez, továbbá ebben az évben sikerült az eddigi legmagasabb elemszámot elérni, mivel mind a négy orvosképzést folytató egyetemen megvalósult a felmérés. A kérdőív az 1. számú mellékletben megtalálható.

4.1.1 A kérdőív validitása

A kérdőív több hazai és nemzetközi szakirodalom, továbbá a téma alaposabb megismerését szolgáló interjúk kutatási tapasztalataink alapján lett összeállítva. Ezután került sor a próbakérdésre. A kérdőív különböző változatai 2003. óta használatban vannak, így folyamatosan finomodott a kérdőív.

A legelső vizsgálatnál a fő kérdés a külföldi munkavállalási motivációk mérése volt, mivel 2003-ban Magyarország az Európai Unió csatlakozás előtt állt, amely – mint később kiderült (Eke és mtsai. 2009; Eke és mtsai. 2011) – komoly veszélyt jelentett a magyar egészségügyi munkaerő-piacra. Az első kérdőíves felmérést a litván kollégák által fejlesztett és kipróbált kérdőívvel, illetve a TÁRKI migrációs potenciál kérdőívének felhasználásával valósítottuk meg (Sik 2003; Starkiene és mtsai. 2006). Ezt követően évről évre fejlesztettük a kérdőívet, és egyre több olyan téma került bele, amely releváns információval szolgálhat mind az ágazati döntéshozatal, mind a tudomány számára. Így kerültek be a pályaválasztásra, és szakterület-választásra vonatkozó kérdésblokkok. A kérdőív fejlesztésénél egyrészt felhasználtunk a releváns hazai és nemzetközi szakirodalmi tapasztalatokat (Schwartz és mtsai. 1990; Csákó 1998; Center for Health Workforce Studies 2009), másrészt pedig interjúkat készítettünk rezidensekkel, amelyek tapasztalatai szintén jelentősen hozzájárultak a kérdőív fejlődéséhez. Mivel nem létezik olyan nemzetközileg elfogadott és validált kérdőív, amelyet akár az orvosi

²⁰ OFA/7341/0032. referenciájú pályázati szerződés

pályaválasztásra, akár a szakterület-választás, vagy a munkahelyválasztás vizsgálatára fejlesztettek ki, és amely magyar nyelvre validálható lenne, ezért saját kutatásaink keretében kellett a mérőeszközt kialakítani és az évek során fejleszteni. A szakirodalmi áttekintés során említett, Rogers és munkatársai által kidolgozott kérdőív a kutatás évében még nem állt rendelkezésre és fejlesztése jelenleg is folyamatban van (Rogers és mtsai. 2009).

A kérdőívet tehát az évek során folyamatosan fejlesztettük, de egy-egy kutatási ciklusban, így a disszertáció alapjául szolgáló, 2008. évben a kérdőív végig állandó maradt, így a jelen vizsgálatot nem érinti a kérdőív változása.

A korábbi években használt kérdőívek továbbfejlesztését egy interjú vizsgálat egészítette ki, és így jött létre a disszertációm alapját jelentő vizsgálat kérdőíve. Ez a jelen kutatás előzetes, benchmarking vizsgálatának tekinthető. Ennek során 12 fő rezidens orvost kérdeztünk meg azokban kutatási kérdésekben, amelyek a későbbi kérdőív témáját adják. Az interjúk során különösen az értelmezési problémákat, illetve az egyes kutatási kérdések koherenciáját igyekeztünk vizsgálni – ezeknek megfelelően módosításokat hajtottunk végre a kérdőíven. Természetesen itt került sor a kérdőívben szereplő motivációs kérdésblokkok előzetes vizsgálatára is, ennek megfelelően kerültek végleges kialakításra, különösen ügyelve arra, hogy semmilyen releváns tényező ne maradjon ki a felmérésből. A kérdőív fejlesztésének további lépése a próbakérdés volt, ahol a vizsgálati célcsoportba tartozó válaszadókat (10 fő) kértünk meg a kérdőív próbakitöltésére, amelynek során azonosítani tudtuk a további változtatást igénylő – apróbb – problémákat. A kérdőívből mindezek során igyekeztünk minél inkább kizárni az értelmezési problémákat és ellentmondásokat. A kérdőívet tehát több módszer, a megelőző interjú-sorozat, mint benchmarking és a próbakérdések utáni finomítások együttes alkalmazásával validáltuk.

A kérdőív retrospektív módon mérte fel a rezidens orvosok pálya-, és szakterület-választási motivációit. A visszaemlékezés módszertani szempontból akkor okozhat problémát, ha a megkérdezetteknek könnyen és gyorsan felejthető életeseményeket kell hosszabb időtávra vonatkozóan visszaidézniük. Az ember életének olyan fontos döntései azonban, mint például a pályaválasztás, sok év után is pontosan felidézhetők (Dex 1991), ezért ez a visszatekintés a vizsgálatunk szempontjából nem okozhat problémát.

Az elemzésben felhasznált 5 fokozatú Likert skálákból álló kérdéscsoportok (pályaválasztás és szakterület-választás) a Cronbach Alfa értékek alapján megfelelőek. A Cronbach Alfa értékeket – a társadalomstatistikai tankönyvek ajánlásai alapján – az egyes Likert-skálás kérdéscsoportokra (pályaválasztás, szakterület-választás) számoltam ki. A mutató a kérdéscsoport belső validitását méri, tehát az egyes kérdések koherenciáját mutatja. A pályaválasztás kérdésblokk Cronbach Alfa értéke 0,737 a szakterület-választásé pedig 0,729, így ezek megfelelőek a további elemzésekhez.²¹ A felhasznált kérdőív külső és belső validitása megfelelő, tudományos vizsgálathoz felhasználható.

4.1.2 A vizsgált populáció, mintavétel és a válaszadók köre

A felmérés idején a 125/1999. Kormányrendelet illetve a 66/1999. EüM rendelet határozta meg a magyarországi rezidensképzés rendszerét és a rezidens rendszerben részt vevők körét. Ennek értelmében a rezidensek a rezidensképzés 26 hónapja alatt egyetemi klinikán vagy akkreditált oktatókórházban dolgoztak és kötelezően részt vettek az előírt elméleti tanfolyamokon. Ezalatt az időszak alatt a rezidensek a központi költségvetésből kapták a fizetésüket. Az összes rezidenshely mennyiségét és egyes szakterületek keretszámát nem a tényleges munkaerő-piaci kereslet határozta meg, hanem a mindenkori egészségügyi miniszter írta ki minden évben (lásd 4. táblázat).²²

Vizsgálati populáció

A rezidens keretszámok mellett vizsgálatunkhoz fontos információ a rezidensképzési rendszerbe bekerültek száma, hiszen ez adja meg a vizsgálati populáció nagyságát. A kérdőíves felmérést 2008. január-november között valósítottuk meg, így a vizsgálatba a 2007 őszén a rezidensképzési rendszerbe bekerült elsőéves rezidensek mellett olyan másodéves rezidensek kerülhettek be, akik 2006 őszén kezdték meg a rezidensképzési időszakot. A két vizsgált, 2006-ban, illetve 2007-ben rezidensképzését kezdő, évfolyam esetén ez 699 és 656 fő (Bodosi 2012), azaz összesen 1355 fő. Ez az 1355 jelenti tehát a vizsgálati populáció nagyságát, nevezetesen a vizsgálat idején rezidensképzésüket töltő, általános orvosi szakon végzettek számát.

²¹ A társadalomstatistikai tankönyvek ajánlásai alapján akkor elfogadható egy kérdéscsoport belső validitása, ha a Cronbach Alfa értéke legalább 0,7.

²² A rezidensképzés rendszere a disszertáció alapjául szolgáló kutatás óta megváltozott a 122/2009. Kormányrendelet alapján.

4. táblázat A rezidens keretszámok alakulása általános orvos karon (ÁOK) fogorvos karon (FOK) és gyógyszerészeti karon (GYOK) végzettek számára, a négy orvoscépzést folytató egyetem régiójában (a vizsgálatot érintett évfolyamok kiemelve). D: debreceni régió, P: pécsi régió, BP: budapesti régió, SZ: szegedi régió (MRSZ 2010)

Időszak (tanév)	ÁOK				FOK				GYOK				Össz ÁOK	Össz FOK	Össz GYOK
	D	P	BP	SZ	D	P	BP	SZ	D	P	BP	SZ			
2005/ 2006	197	160	377	187	24	22	65	24	40	30	140	100	921	135	310
2006/ 2007	216	150	312	154	24	22	65	24	40	30	140	100	832	135	310
2007/ 2008	154	121	280	127	8	6	14	8	40	30	140	100	682	36	27
2008/ 2009	180	149	310	146	5	4	14	12	6	4	16	6	785	35	40

Mintavétel és a válaszadók köre

A kérdőíves felméréshez nem tudtunk klasszikus valószínűségi mintavételt alkalmazni, mivel nem állt rendelkezésre olyan mintavételi keret, amelyből a valószínűségi mintavétel elvégezhető lett volna. A rezidensképzésbe beiratkozott hallgatókról adatvédelmi okokból, még kutatási célra sem adnak ki személyes adatokat tartalmazó névsort, ráadásul tudomásom szerint nincs olyan nyilvántartás, amely a különböző egyetemeken tanuló összes rezidens tartalmazza. Ugyanezen okból nem lehetséges egy nem véletlenszerűen választott minta válaszadójának legfőbb megoszlásait összehasonlítani, vagy súlyozással korrigálni a vizsgálati populációhoz. A rezidensek szociodemográfiai összetételére vonatkozóan semmilyen részletes statisztikai adat sem áll rendelkezésre, amely lehetővé tette volna a reprezentativitásnak megfelelő utólagos korrekciót.

Mindezek alapján vetődött fel a teljeskörű megkérdezés lehetősége. Ezt a legkönnyebben úgy lehetett volna elérni, hogy olyan helyeken és alkalmakhoz kötődően, ahol az összes rezidens megjelenik, megkérdezzük az adott évben két teljes évfolyamnyi rezidens. Ennek megszervezése azonban nem volt lehetséges. A kérdőív kitöltését a vizsgálat természetéből adódóan – önkéntes kérdőív – ettől függetlenül is csak olyan körülmények között lehetett hatékonyan megvalósítani, ahol a kutatási célcsoportba tartozó rezidensek nagyszámban megfordulnak. Erre a célra az egyik legjobb alkalom a számukra szervezett kötelező törzsképzési tanfolyam mutatkozott. Így a felmérés megvalósítására mind a 4 orvoscépzést folytató egyetemen a megrendezett rezidens törzsképzési-tanfolyamokat lezáró vizsgákon került sor. Ezt a tanfolyamot minden egyes

rezidensnek kötelező elvégezni,²³ ugyanakkor nincs kötelező jelleggel előírva mikor kell ezt abszolválni, így különböző képzési stádiumban jelennek meg a rezidensek ezeken a tanfolyamokon. Ebből adódóan, ezzel a mintavételi technikával, nem sikerült egy olyan tiszta rezidensi évfolyamot elérni, amely 2007 októberében kezdte a rezidensképzést, de a kutatás keretében, megvalósíthatósági problémák miatt, erre nem is törekedtünk. A 2008. évben az összes rezidens törzsképzési tanfolyam vizsgáján jelen voltunk. Ez Budapesten 2 alkalmat, Debrecenben és Pécsen 1-1 alkalmat, Szegeden pedig 4 alkalmat jelentett.

A kérdőíves felmérésben feldolgozott elemszám, azaz a mintanagyság 713 főnek adódott.²⁴ A felmérésben 391 elsőéves rezidens szerepelt és 279 másodéves²⁵ (5. táblázat). Fontos kiemelni, hogy a vizsgálatba nemcsak első szakvizsgájuk megszerzésén dolgozó rezidensek kerültek be, akik akkor friss diplomásként jelentek meg a munkaerő-piacon. A törzsképzési tanfolyam – amelynek vizsgáján a felmérést megvalósítottuk – abban az esetben is kötelező, amikor egy orvos nem az első szakvizsgáját szerzi meg, de a korábbi szakvizsgáit még a régi szakképzési rendszerben szerezte, így korábban nem vett/vehetett részt ilyen tanfolyamon. Ezen felül előfordulhat néhány egyedi esetben, hogy szakorvosjelöltként jelenik meg a vizsgán, illetve olyan orvos végzettségű PhD hallgatók, akik még nem kapcsolódtak be a rezidensképzésbe, de 1-2 éven belül tervezik. Ők tartoznak az „egyéb” kategóriába. A már szakvizsgával rendelkezőket azért nem szűrtük ki a válaszadók közül, mert esetükben is fontos kutatási kérdés mind a szakterület-választás, mind a munkahelyválasztás. Aktív, fejlődésre és változásra képes szakemberekről van szó (esetükben továbbképzésről, új szakvizsga megszerzéséről van szó), így döntésük és annak motivációs háttere, illetve ennek befolyásolhatósága releváns információ lehet az ágazat vezetőinek. Az említett PhD hallgatók és szakorvosjelöltek pedig szintén fiatal, pályájuk elején lévő orvosok, így megkérdezésük és vizsgálatuk mindenképpen indokolt.²⁶

²³ A törzsképzési tanfolyamot a központi gyakornoki időszak alatt (ez 26 hónap) kötelező elvégezni, ezen belül nincs meghatározva, hogy a képzés során mikor. Továbbá a nem Magyarországon szerzett orvos diplomával is a magyar rezidensképzésbe lép be, aki Magyarországon szeretne szakorvosi képesítést szerezni.

²⁴ Összesen 713 általános orvosi végzettségű rezidenssel sikerült kitölteni a kérdőívet. Természetesen ez nem jelenti azt, hogy minden egyes kérdésre mindannyian válaszoltak is. Minden esetben csak az érvényes válaszokat közöljük. Ez okozza az eltérő elemszámokat az egyes táblázatokban.

²⁵ A válaszadók szocio-demográfiai bemutatása a *Módszertan* fejezet végén olvasható.

²⁶ Az előzetes interjúk közé is bekerült ilyen válaszadó, és a motivációs mintázata nem tért el a rezidens orvosokétól.

A 5. táblázatban összefoglalóan láthatóak a vizsgálati populáció és a kérdőíves felmérés válaszadóinak létszám adatai.²⁷ A két vizsgált évfolyamra járó válaszadó rezidensek számát az 1355 főnyi rezidensképzési rendszerbe került hallgató számához viszonyítva elmondható, hogy a vizsgálati populáció felét (49,4%-át) sikerült elérni.

Az elért rezidensek körében minimális (15 fő alatti) volt a nem válaszolók aránya, esetükben pedig az elutasítás oka nem a felméréssel szembeni ellenszenv, sokkal inkább az időhiány volt. Nem beszélhetünk a felmérést visszautasítók miatti szisztematikus torzításról, mivel nem lehet egy-egy markáns, kitöltést visszautasító csoportot azonosítani. A felmérés során a kitöltést visszautasítókat természetesen nem tartalmazzák a bemutatott elemszámok.

5. táblázat A vizsgálati populáció és a felmérés válaszadóinak összefoglaló adatai és egymáshoz viszonyított aránya

A rezidensképzés kezdete (tanév)	Rezidens keret-szám	Rendszerbe kerültek száma	Felmérésben résztvevők száma	Mintanagyság %-os aránya
2006/2007	832	699	391	55,9%
2007/2008	682	656	279	42,5%
Összesen	1514	1355	670	49,4%
Egyéb	n/a	nem ismert	39	nem számolható
Nem ismert			4	n/a
Mindösszesen			713	

Az elemzés során felhasznált változók esetén nincsen szisztematikus kitöltési hiányosság, a hiányzó válaszok mértéke elfogadható, nem torzítja a vizsgálat eredményeit. Az adatok a feldolgozás során egy komoly tisztítási folyamaton estek át, amelynek keretében – a társadalomtudományi kutatások gyakorlatának megfelelően – a logikailag ellentmondó válaszokat adók teljes mértékben kizárásra kerültek a további adatfeldolgozásból. Ezen válaszadók száma 10 fő alatti.²⁸

A 6. táblázatban látható a rezidensi státusz és az egyetemek kétdimenziós megoszlása, amelyen követhető, hogy mind a négy magyarországi orvosegyetem rezidensei részt vettek a vizsgálatban.

²⁷ Sajnos nem minden válaszadó válaszolt az összes kérdésre, amint arra korábban is utaltunk, így nem tudjuk 4 válaszadó pontos státuszát.

²⁸ Az ellentmondó válaszokat adók kizárása után szerepel 713 fő az kutatási adatbázisban, tehát ebből a létszámból már nem zártunk ki további válaszadókat.

6. táblázat A válaszadók regionális (egyetemek szerinti) megoszlása és a keretszámokhoz viszonyított aránya a rezidensi státusz szerinti bontásban

	Budapest	Debrecen	Pécs	Szeged	Összesen
Elsőéves rezidens					
keretszám	280	154	121	127	682
válaszadók száma	198	87	64	38	387
válaszadók aránya (%)	70,7	56,5	52,9	29,9	56,7
Másodéves rezidens					
keretszám	312	216	150	154	832
válaszadók száma	44	30	96	109	279
válaszadók aránya (%)	14,1	13,9	64,0	70,8	33,5
Összesen					
keretszám	592	370	271	281	1514
válaszadók száma	242	117	160	147	666*
válaszadók aránya (%)	40,9	31,6	59,0	52,3	44,0
Egyéb	14	1	8	9	32

Megjegyzés: *Ez a szám 4 fővel kevesebb, mint az összes első és másodéves rezidens létszáma, aminek az az oka, hogy 4 fő nem válaszolt arra a kérdésre, hogy melyik egyetemen végzi a rezidensképzést, így róluk nincs erre vonatkozó információ.

A vizsgálat tehát nem reprezentatív mintán alapul, ezért a felmérés eredményei szigorúan véve nem általánosíthatóak a teljes vizsgálati populációra. Nem hagyható figyelmen kívül ugyanakkor az a tény, hogy a válaszadók száma és a vizsgálati populációhoz viszonyított aránya kiemelkedően magas. Magyarországon nincs is ennél szélesebb körű, rezidens orvosokat vizsgáló kutatás. Emellett a mintavételi eljárás technikai kivitelezése sem vetett fel semmi olyan szempontot, amely arra utalna, hogy a válaszadók közül a válaszadóktól lényegesen és tendenciózusan különböző csoportok maradtak volna ki, amelyek ezáltal torzították volna a kutatási eredményeket. A 6. táblázatból látható a minta megoszlása a vizsgálati populációhoz képest. Sajnos csak a keretszámokhoz tudtunk viszonyítani, ugyanis nem hozzáférhető egyetemek szerinti bontásban a rendszerbe került rezidensek száma. Látszik, hogy az elsőévesek felülreprezentáltak a másodévesek rovására, illetve, hogy két egyetem esetében 50% feletti a válaszadók aránya, Budapesten ez 40,9%, Debrecenben pedig 31,6%. Az előzetes interjúk és a fókusz-csoportos interjúk azokban nem mutattak érdemi különbséget sem az egyetemek sem a rezidensi évfolyamok szerint. Ezen korlátok figyelembevételével a disszertáció – a

válaszadók nagy száma miatt – érdeemben hozzájárulhat a szélesebb körű következtetések levonásához is.

4.1.3 A kérdőíves felmérés és az elemzés megvalósítása

A rezidens orvosokat a számukra kötelező törzsképzési tanfolyamok vizsgáján kérdeztük meg. A megkérdezett rezidensek a megkérdezés alapját jelentő vizsgák elején tájékoztatást kaptak arról, hogy a vizsga után egy kérdőív kitöltésére kérjük őket, természetesen önkéntes alapon. Tájékoztatást kaptak továbbá a felmérés céljáról és egy külön lapon gyűjtve az érdeklődők megadhatták az e-mail címüket, amelyre a felmérés összefoglaló eredményét elküldtük az adatok feldolgozása után.

A kérdőív feldolgozása egy erre szakosodott adatrögzítő partner segítségével történt, aki a kérdőívek beszkenelése után orvostanhallgatók közreműködésével rögzítette az adatokat, a tisztítás pedig a logikailag ellentmondásos válaszok alapján az adatrögzítő partnerrel együttműködve történt. Az adatok elemzése az SPSS programcsomag 15.0 és 19.0 verzióiban készült, minden esetben magam végeztem az adatok szükséges transzformációját és elemzését.

Az egyszerű egy-, és kétváltozós elemzési módszerek mellett többváltozós statisztikai módszereket is alkalmaztam (rövid bemutatásuk alább olvasható). Az orvosi pálya-, és a szakterület-választási kérdésblokkból *maximum likelihood* faktoranalízis (ML) segítségével faktorokat képeztem, illetve az egyes szakterületeket beosztottam CL és NCL szakterületi kategóriákba. Az orvosi szakterület-választási faktorokat, illetve az erre ható tényezőket lineáris regressziós módszerrel vizsgáltam. Az egyes szakterülettípusok közötti választást pedig binomiális logisztikus regressziós módszerrel magyaráztam.

A vidéki munkavállalási szándékok esetében a kérdőívben megkérdezett településváltozókat használtam. Megkérdeztük ugyanis a rezidenseket, hogy melyik településen laknak, illetve melyik településen szeretnének dolgozni. Mindkét esetben irányítószámot vagy településnevet kellett beírni, és az ebből készült összevont településnév változó elemzéséből lehet megmondani, hogy egyetemi városban lakik-e a válaszadó, illetve egyetemi városban szeretne-e dolgozni vagy sem. Az elemzés során úgy vettem figyelembe az egyetemi városokat és a megyeszékhelyeket, hogy ezt a két kategóriát minden esetben külön vizsgáltam, a kettő sehol nem került összemosásra.

A vidéki – egyetemi várostól eltérő – munkavállalási szándékot szintén binomiális regressziós modell segítségével vizsgáltam, ahol a függő változó az volt, hogy tervez-e ilyen helyre menni dolgozni vagy sem.

A regressziós modellek minden esetben úgy vannak felépítve, hogy a magyarázó változók az egyéni életciklusnak megfelelő sorrendben lépnek be a modellbe, így jól lehet modellezni az egyéni életút és a közben bekövetkező események, változások hatását.

4.2 Felhasznált statisztikai módszerek bemutatása

4.2.1 Varianciaanalízis – ANOVA

A varianciaanalízis folytonos, magas mérési szintű változók egy alacsony mérési szintű változó kategóriájában történő összehasonlításra alkalmas. Jelen esetben arra használom, hogy a motivációs változók átlagértékeit hasonlítom össze a CL és az NCL szakterületet választók között. Az ANOVA módszer F statisztikával mutatja meg, hogy van-e szignifikáns különbség a két csoport átlagértéke között. Abban az esetben, ha a F statisztika szignifikancia értéke kisebb, mint 0,05, akkor szignifikánsnak tekinthető a különbség a két átlagérték között.

4.2.2 Maximum likelihood faktoranalízis

A *maximum likelihood* (ML) faktoranalízis egy dimenziócsökkentő eljárás. Jelen vizsgálatban az orvosi pályaválasztás és szakterület-választási motivációs – öt fokú Likert-skálás kérdésekből összeálló – változószettek közül kevesebb változót hoz létre, amelyek jól megjelenítik a kérdéscsoport mögött meghúzódó látens struktúrát, vagyis a válaszok alapján összetartozó változókból egy-egy összetett változót hoz létre. A válaszstruktúrából a módszer számolja ki az összetartozó változókat, illetve megjeleníti, hogy melyek azok a változók, amelyek nem tartoznak a faktorstruktúrához. Az egyes változók és a létrejött faktorok közötti összefüggést a faktorsúlyok jelenítik meg, tehát ezzel lehetséges leírni a létrejött faktorokat. A módszer olyan faktorstruktúrát hoz létre, amelyből a legmagasabb valószínűséggel reprodukálhatóak az eredeti változók értékei (innen a módszer neve). A létrejött változók standardizáltak, tehát az átlaguk 0 a szórásuk értéke pedig 1. (Székelyi és Barna 2003)

4.2.3 Lineáris regresszió

A lineáris regresszió egy magyarázó módszer. A függő változónak magas mérési szintűnek kell lennie (például egy ML faktor). A modell alapja az, hogy a függő változó változékonyságát egy egyenessel jeleníti meg, és a magyarázó változók erre az egyenesre, illetve annak emelkedésére és csökkenésére gyakorolt hatásait mutatja meg. A módszer a magyarázó változók hatását minden esetben parciálisan, vagyis a többi változó hatását kiküszöbölve mutatja meg. Az egyes magyarázó változók szignifikáns magyarázóerejét a t érték szignifikanciája mutatja, vagyis ha ennek az értéke 0,05 alatti, akkor az adott magyarázó változó szignifikáns részt magyaráz a függő változó heterogenitásából. A magyarázó változó hatását a B , illetve standardizált módon a Beta értékek mutatják. A Beta értékek összehasonlíthatóak egymással, vagyis nyomon követhető a magyarázó változók „erősorrendje”. Az egyes modellek magyarázóerejét, vagyis hogy a magyarázó változók szignifikáns részt magyaráznak-e függő változó szóródásából, az F statisztika szignifikancia értéke mutatja meg. Ha ennek értéke kisebb, mint 0,05 akkor a modell elég nagy részben magyarázza a függő változó szóródását ahhoz, hogy ezt a modellbe bevont magyarázó változóknak tulajdoníthassuk, vagyis az adott magyarázó változó és a függő változók összefüggnek. A modell magyarázóerejét, „erősségét”, vagyis a megmagyarázott hányadot, az *Adjusted R square* érték mutatja. (Szekelyi és Barna 2003)

4.2.4 Binomiális logisztikus regresszió

A módszer hasonlóan a lineáris regresszióhoz egy magyarázó módszer. Az alapelve megegyezik a lineáris regresszióéval. A fő különbség a két módszer között az, hogy a függő – megmagyarázni kívánt – változónak a binomiális logisztikus regresszió esetében két értékűnek (binomiálisnak) kell lennie. Kutatásomban ilyen változó például a szakterülettípusok (CL és NCL) közötti választás. A magyarázó változók hatása itt is parciális, azonban ebben az esetben nem a Beta érték mutatja a változók erősorrendjét, hanem az esélyhányados $\text{Exp}(B)$. Ez a Beta-hoz hasonlóan standardizált, tehát az értékek egymással összehasonlíthatók. Azt, hogy a modell szignifikáns részt magyaráz-e a függő változó szóródásából a modell szignifikancia értékéből tudjuk eldönteni. Ha ennek értéke kisebb, mint 0,05, akkor a modellbe bevont változók és a függő változó összefüggése elég nagy ahhoz, hogy a független változóknak tulajdoníthassuk a függő

változó szóródásának bizonyos mértékét. Ezt a bizonyos mértéket, vagyis a megmagyarázott hányadot, a *Nagelkerke R-négyzet* mutatja meg, amely hasonló elven, de a módszerből adódóan más képlet alapján számítható, mint a lineáris regresszió *Adjusted R-square* értéke. (Székelyi és Barna 2003)

4.3 Fókuszcsoportos interjúk

A kutatás során kiemelt cél volt, hogy magas érvényességű eredmények szülessenek. Az összetett témákkal foglalkozó kutatások validitását jelentősen növeli az, ha a kvantitatív módszertani megközelítés mellett kvalitatív megközelítést is alkalmazunk. Segítségével közelebb juthatunk motivációs háttér értelmezéséhez, illetve megérthetjük az egyes motivációs mintázatokat, döntéseket meghatározó mechanizmusokat, háttértörténeteket és információt nyerhetünk egyéb, kérdőívvel nehezen megközelíthető, a személyes döntéseket meghatározó további tényezőkről.

Kvalitatív módszerek közül a kutatás keretében a fókuszcsoportos interjút választottuk. A fókuszcsoport definíciója Barbour és Kitzinger (Barbour és Kitzinger 1999) alapján a következő: „*A fókuszcsoportok egy sor konkrét kérdés feltárását szolgáló csoportbeszélgetések. A csoport annyiban fókuszált, hogy valamilyen kollektív tevékenységgel jár – például egyszerűen megvitatnak bizonyos kérdéseket. Döntő mozzanat, ami a fókuszcsoportot megkülönbözteti a csoportinterjúk tágabb kategóriájától, hogy az adatok megszerzése érdekében nyíltan folyomodik a csoporton belüli interakciókhoz. (...) A legkevésbé, amit a fókuszcsoport feltételez, hogy a résztvevők hallgatóságul szolgálnak egymás számára*”. A magyar fordítás Síklaki²⁹ könyvében olvasható (Síklaki 2006).

A definícióból jól látható, hogy ezzel a módszerrel ki lehet használni a csoportdinamikát, csoportos interakciót a kutatási téma mélyebb feltárása érdekében. A fókuszcsoportos interjúk segítségével mélyebben megismerhetők a motivációs mintázatok, az azokat meghatározó attitűdök, mechanizmusok, amelyek kérdőíves felméréssel nem vagy nagyon nehezen érhetőek el. A csoportinterjú, mint modellhelyzet azért is fontos a szakterület-, és munkahelyválasztási döntések mozgatórugóinak jobb megértésében, mert ezeket a döntéseket a fiatal orvosok nem elszigetelten hozzák meg. Meghallgatják egymás véleményét és tapasztalatait, ez pedig befolyásolhatja az egyéni dön-

²⁹ Síklaki 2006 p37

tésüket (Síklaki 2006; Hogg és mtsai. 2008). Ez a hatás pedig jól modellezhető a fókuszcsoportos interjúkkal (Síklaki 2006; Vicsek 2006). A fókuszcsoportos interjúk során személyesen beszélgetünk rezidensekkel, megismerhetjük a személyes vélekedéseiket, így nemcsak a kérdőív által meghatározott kérdésekre kapunk választ, hanem esetleg olyan tényezőkre is felhívhatják a figyelmünket, amelyek a kérdőíves felmérésben mélységük okán nem szerepelhetnek.

A kutatás keretében fókuszcsoportos beszélgetéseket szerveztünk mind a négy orvosi egyetemen rezidens orvosok számára, ezeken összesen 32 fő, alkalmanként 3-7 fő vett részt. Ez a szokásosnál alacsonyabb csoportlétszám úgy tűnik, jótékonyan hatott a vizsgálat eredményességére: a kevesebb résztvevő részletesebben kifejtette véleményét, és a beszélgetések során olyan attitűdök és vélekedések is megmutakoztak, amelyek nagyobb csoportok esetében valószínűleg nem kerültek volna felszínre. Ezek szervesen kiegészítik a kérdőíves vizsgálat során nyert kvantitatív adatokat.

A fókuszcsoportos interjúkra való toborzás a párhuzamosan futó kérdőíves felmérés kitöltött kérdőíveinek segítségével zajlott. Ezt ugyanis toborzási eszköznek is használtuk: aki vállalta, hogy szívesen részt vesz a kutatás további folyamatában és megadta az elérhetőségeit, azokat a rezidenseket később felkerestük telefonon vagy e-mailen. A fókuszcsoportos interjúk tervezésekor az egyes csoportok összetételére vonatkozóan kvótákat dolgoztunk ki. A cél az volt, hogy minden csoportban legyenek többféle motivációs mintázattal rendelkező rezidensek, például aki külföldön, itthon klinikán vagy nagyvárosban, illetve vidéken szeretne dolgozni. Így a különböző motivációkkal rendelkező fiatal orvosok valóságos párbeszédét, csoport-interakcióját tudtuk modellezni. A vizsgálat során azonban nem feltétlenül törekedtünk a kidolgozott kvóták teljes körű betartására, ugyanis a megjelent vállalkozó szellemű rezidenseket semmiképp nem szerettük volna elutasítani.

A fókuszcsoportos interjúk vezérfonalát a korábbi tapasztalataink és a szakirodalom (Síklaki 2006; Vicsek 2006) alapján állítottuk össze. A korábbi tapasztalatokat egyrészt a kérdőíves felmérések eredményei, másrészt a korábban készített strukturált interjúk adták. A fókuszcsoport vezérfonalának (*guide*) a témái a következők voltak: orvosi pályaválasztás, szakterület-választás, munkahelyválasztás, egészségügyi dolgozók helyzetének értékelése, valamint az ehhez kapcsolódó egészségpolitikai intézkedések megbeszélése. A fókuszcsoportos interjúk során használtunk úgynevezett projekciós

technikát is, amikor az volt a résztvevők feladata, hogy képzeljék el magukat, illetve az életüket 5 év múlva. Ez a módszer jól felhasználható a jövőre vonatkozó tervek és szándékok felmérésére. A fókuszcsoporthoz vezető vonal a 2. számú mellékletben olvasható.

Ezen felül a tényleges fókuszcsoporthoz vezető vonal előtt rendeztünk egy „főpróbát”, ahol a célcsoporthoz hasonló háttérrel rendelkezőket (egészségügyben dolgozókat és orvostanhallgatókat) vontunk be, amely szintén komoly segítséget jelentett a fókuszcsoporthoz vezető vonal megfelelő megvalósításához. Az előkészítő munkában mindemellett tanácsadóként részt vett egy olyan személy, akinek piackutatási gyakorlatából adódóan nagy tapasztalata van a fókuszcsoporthoz vezető módszer alkalmazásában.

Az egyes fókuszcsoporthoz vezető interjúk időtartama 70-90 perc volt a jelenlévők létszámától függően. A beszélgetéseket videóra rögzítettük (a résztvevők engedélyével), ebből készült az az átirat, amely az elemzés alapját adta. A videós rögzítést több dolog indokolja. Egyrészt, a fókuszcsoporthoz vezető moderátornak nincs lehetősége jegyzetelni a csoport ideje alatt, másrészt a videófelvétel jelentősen megkönnyíti a későbbi szöveges átirást és elemzést. A módszer alkalmas lenne a nonverbális kommunikáció vizsgálatára is, ennek a kutatásnak a keretében azonban ilyen mélyen nem elemeztük a felvételeket.

Debrecenben, Budapesten és Szegeden 2-2 csoportot vizsgáltunk. Pécsen 1 csoportra való rezidens sikerült toborozni. A csoportokban 3-7 fő vett részt, leggyakrabban a 4-5 fős csoportok voltak, és természetesen a tervezettől kevesebb résztvevőhöz igazítottuk a beszélgetés vezető vonalának hangsúlyait, amely így hozzájárult az eredetileg 8-10 főre tervezett guide-ban szereplő egyes témák bővebb megbeszéléséhez.

A fókuszcsoporthoz vezető interjúkat Szeged kivételével egyetemi intézeteken belüli semleges helyszínen rendeztük, Szegeden pedig egy szállodától bérelt tárgyalótermet használtuk, amely alkalmas volt a fókuszcsoporthoz vezető interjú megvalósítására. A fókuszcsoporthoz vezető interjúkat a legtöbb esetben magam moderáltam, két esetben pedig egy fókuszcsoporthoz vezető módszerben komoly tapasztalattal rendelkező szakértő volt a moderátor.

A fókuszcsoporthoz vezetőknél a módszerből adódóan nem biztosítható a reprezentativitás, hiszen alacsony a résztvevők száma. Ezzel szemben fontosnak tartottuk a különböző típusú motivációkkal rendelkező rezidensek bevonását, azért, hogy megvilágíthassuk és részletesebben megismerhessük a kérdőíves vizsgálat során kapott eredményekhez kapcsolódó mögöttes motivációs mintázatokat és attitűdöket. Ezt a célt pedig maradéktalanul sikerült is teljesíteni, amint az látható lesz az eredményekből.

4.4 Vizsgálatban résztvevők bemutatása

Ebben a részben a vizsgálatban résztvevők megoszlását mutatom be, a legfontosabb szocio-demográfiai jellemzőik szerint.

4.4.1 Kérdőíves felmérés

A kérdőíves felmérés válaszadóinak közel kétharmada nő (64,1%, N=707). A kor és nem szerinti megoszlást a 7. táblázat mutatja. Az adatokból az látható, hogy a rezidensek többsége a várható, „szokásos” rendben, vagyis közvetlen az egyetemi diploma megszerzése után indul neki a rezidensképzésnek. Ebbe a csoportba tartozik a 24-26 éves korosztály, amely megkérdezettek közel harmada, és a 27-29 éves korosztály, amelyek együttesen a válaszadók 79,1%-át teszik ki. A felmérésben szerepeltek idősebb válaszadók is, akik közül 39-en (rezidensi státusz szerint az egyéb kategória), a korábban részletezetteknek megfelelően, nem első vagy másodéves rezidensként jelentek meg a törzsképzési tanfolyamokon, ahol a kérdőíves felmérést végeztük. A kérdőívet kitöltők között mindössze 9 fő számolt be arról, hogy rendelkezik már egy vagy több szakvizsgával.

A családi állapotot tekintve a legtöbben, 42,6 százaléknyian, kapcsolatban élnek és további több mint egynegyednyien házasok. Szintén a családi állapothoz tartozó szocio-demográfiai jellemző a gyermekek száma: a megkérdezettek 85,4%-ának nincs gyermeke.

A szocio-demográfiai áttekintés további fontos, vizsgálatunk szempontjából kiemelt területe az otthont, illetve munkahelyet adó települések szerinti megoszlás, vagyis a rezidensek állandó és ideiglenes lakóhelye, illetve munkahelyük elhelyezkedése. Ezek szerint Budapesten van állandó lakóhelye a válaszadók több mint egyötödének, és ugyanekkora az egyéb városban élők aránya is (8. táblázat). Megyeszékhelyen lakik a rezidensek 42,5%-a; községben pedig 10,4%-a. Mindössze 4 fő jelölt állandó külföldi lakóhelyet. Ideiglenes lakóhelyet a válaszadók 65%-a jelölt meg. Az erre vonatkozó részletes táblák megtalálhatóak a 3. mellékletben. Az adatok azt mutatják, hogy a megyeszékhelyek vannak jelentős többségben, s az orvosi egyetemek megyéjében laknak a legtöbben. A lakhely, elsősorban az ideiglenes, érthetően a munkahelyi mintázathoz illeszkedik, az infrastrukturális adottságok mentén. A jelenlegi munkahely településtípusok szerinti megoszlása a 3. mellékletben látható. Budapesten és megyeszékhelyeken

dolgozik a válaszadók 91,1%-a, amelynek oka nyilvánvalóan a rezidens munkahelyek egyetemekhez kötöttsége.

7. táblázat A kérdőíves felmérésben résztvevő válaszadók kor és nem szerinti megoszlása

Korcsoport	Nő		Férfi		Összes	
	n	%	n	%	N	%
24-26 éves	150	28,9	61	71,1	211	31,5
27-29 éves	198	62,5	119	37,5	317	47,4
30 éves vagy idősebb	79	56,0	62	44,0	141	21,1
Összesen	427	63,8	242	36,2	669	100,0

8. táblázat A kérdőíves felmérésben résztvevő válaszadók állandó lakóhelyének ország és településtípus szerinti megoszlása

	N	%
Budapest	160	22,8
Megyeszékhely	298	42,5
Egyéb város	166	23,7
Község	73	10,4
Külföld	4	0,6
Összesen	701	100

A válaszadók szakterületek szerinti megoszlásával kapcsolatban elmondható, hogy az orvosi oklevél birtokában is megszerezhető 38 első szakképesítésből 35 képviselteti magát a mintában (9. táblázat).³⁰ A klinikai onkológia ugyanakkor ráépített szakképesítés, amelyet csak már legalább egy szakvizsgával rendelkező szakorvos szerezhethet meg. A legtöbben a következő három diszciplínát képviselik: 101-en (14,9%) a belgyógyászat, 86-an (12,7%) az aneszteziológia és intenzív terápia, valamint 71-en (10,5%) a csecsemő-, és gyermekgyógyászat szakon végzik a rezidensképzést. Jelentősebb arányt képvisel még a háziorvostan (6,5%), a pszichiátria (5,4%), az ortopédia-traumatológia (5,0%), illetve a radiológia (4,9%).

³⁰ A 66/1999. számú egészségügyi miniszteri rendelet 39 első szakképesítést sorol fel, ezek közül azonban a háziorvostan kétszer szerepel, mert speciális képzési forma (egyéni képzés) keretében is megszerezhető.

9. táblázat A kérdőíves felmérésben résztvevő válaszadók rezidensi szakterületi megoszlása

	Szakterületek (rendelet szerinti sorszámmal)		N	%
1	I/1.	Aneszteziológia és intenzív terápia	86	12,7
2	I/2.	Arc-állcsont-szájsebészet	3	0,4
3	I/3.	Belgyógyászat	101	14,9
4	I/4.	Bőrgyógyászat	11	1,6
5	I/5.	Csecsemő- és gyermekgyógyászat	71	10,5
6	I/6.	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	14	2,1
7	I/7.	Foglalkozás-orvostan (üzemegészségügy)	1	0,1
8	I/8.	Fül-orr-gégegyógyászat	16	2,4
9	I/9.	Gasztroenterológia	5	0,7
10	I/10.	Geriátria	7	1,0
11	I/11.	Gyermek és ifjúságpszichiátria	6	0,9
12	I/12.	Gyermeksebészet	3	0,4
13	I/13.	Háziorvostan	44	6,5
14	I/16.	Idegsebészet, agysebészet	1	0,1
15	I/17.	Igazságügyi orvostan	3	0,4
16	I/18.	Infektológia	11	1,6
17	I/19.	Kardiológia	7	1,0
18	I/20.	Megelőző orvostan és népegészségtan	8	1,1
19	I/21.	Neurológia (ideggyógyászat)	35	5,2
20	I/22.	Nukleáris medicina	3	0,4
21	I/23.	Ortopédia-traumatológia	34	5,0
22	I/24.	Orvosi laboratóriumi diagnosztika	4	0,6
23	I/25.	Orvosi mikrobiológia	3	0,4
24	I/26.	Oxyológia és sürgősségi orvostan	10	1,5
25	I/27.	Patológia	16	2,4
26	I/28.	Pszichiátria	37	5,4
27	I/29.	Radiológia	33	4,9
28	I/31.	Reumatológia	17	2,5
29	I/32.	Sebészet	33	4,9
30	I/33.	Sugarterápia	1	0,1
31	I/34.	Szemészet	17	2,5
32	I/35.	Szívsebészet	1	0,1
33	I/36.	Szülészet-nőgyógyászat	10	1,5
34	I/38.	Tüdőgyógyászat	14	2,1
35	I/39.	Urológia	9	1,3
36	II/28.	Klinikai onkológia	4	0,6
		Összesen	679	100,0

Megjegyzés: A táblázatban használt szakterület megnevezések és sorszáma a kutatás idején hatályban lévő, 66/1999. (XII. 25) EüM számú rendeletből valók. A I-gyel kezdődő sorszám általános orvosi oklevéllel rendelkezők számára is megszerezhető első szakképzéseket, míg a II-vel kezdődő sorszám szakképzés birtokában megszerezhető ráépített szakképzést jelent.

4.4.2 Fókuszcsoportos vizsgálat résztvevőinek bemutatása

A fókuszcsoportos vizsgálatban 32 fő vett részt, rezidensek vagy szakorvosjelöltek. A vizsgálat során 7 fókuszcsoportos interjút készítettünk, és minden egyes interjú előtt a résztvevőkkel kitöltöttünk egy rövid, alapvető szocio-demográfiai háttérre rákérdező kérdőívet, amely a 4. mellékletben található meg. Ennek a feldolgozott adataival lehetséges bemutatni a résztvevők főbb szempontok szerinti megoszlását.³¹

A 10. táblázat a vizsgálati alanyok csoportok szerinti megoszlását mutatja.³² Az átlagos csoportlétszám 4,5 fő, legtöbben az első debreceni, legkevesebben pedig a második debreceni csoportban vettek részt. A két budapesti csoportban 5-5 fő, a két szegedi és egy pécsi csoportban pedig 4-4 fő résztvevő válaszolt a kérdéseinkre.

10. táblázat A fókuszcsoportos vizsgálatban résztvevők csoportok szerinti megoszlása

Sorszám	Csoport neve	N	%
1	Budapest 1. csoport	5	15,6
2	Budapest 2. csoport	5	15,6
3	Debrecen 1. csoport	7	21,9
4	Debrecen 2. csoport	3	9,4
5	Pécsi csoport	4	12,5
6	Szeged 1. csoport	4	12,5
7	Szeged 2. csoport	4	12,5
	Összesen	32	100,0

A fókuszcsoportos vizsgálatban résztvevők korcsoport és nem szerinti megoszlása követhető a 11. táblázatban. A kor szerinti megoszlás azt mutatja, hogy a résztvevők kevesebb mint egyötöde volt a vizsgálat idején 30 éves vagy idősebb. A legidősebb résztvevő 32 éves volt. A képzési státusz szempontjából 15 fő elsőéves rezidens (48,4%), 9 fő másodéves rezidens (29,0%) és 7 fő szakorvosjelölt (22,6%) vett részt a fókuszcsoportos interjúkban. A szakmák szerinti megoszlásról elmondható, hogy 4 fő belgyógyász, 3 fő csecsemő- és gyermekgyógyász, 3 fő radiológus, valamint 2-2 fő aneszteziológus, sebész, pszichiáter, szemész és reumatológus rezidens adta a résztvevők többségét. Több szakma, így a háziorvos, ideggyógyászat, szülészet-nőgyógyászat, tüdőgyógyászat, megelőző orvostan, ortopédia-traumatológia, infektológia, kardiológia,

³¹ Ezen kérdőívek feldolgozása, hasonlóan a kérdőíves felmérés kérdőíveihez SPSS 15 és 19 szoftverrel történt.

³² A fókuszcsoportos vizsgálat résztvevőinek bemutatáskor minden esetben feltüntetésre került a hiányzó válaszok száma.

gyermek terapeuta és a fizikális medicina és rehabilitáció 1-1 fővel képviseltette magát. Összességében ez azt jelenti, hogy a vizsgálatban résztvevő rezidensek a 38 első szakképesítés közül 18-at fedtek le.

11. táblázat A fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatban résztvevők korcsoportok és nemek szerinti megoszlása

Korcsoport	Nő		Férfi		Összes	
	n	%	n	%	N	%
25-26 éves	5	41,7	7	58,3	12	40,0
27-29 éves	8	66,7	4	33,3	12	40,0
30 éves vagy idősebb	4	66,7	2	33,3	6	20,0
Összesen	17	56,7	13	43,3	30	100,0
Hiányzó válasz					2	
Mindösszesen					32	

5. EREDMÉNYEK

Ebben a fejezetben először a kérdőíves felmérés, majd ezt követően a fókusz-csoportos interjúk eredményeit mutatom be. A felmérés során gyűjtött adatokat alapvető egy-, illetve kétváltozós elemzésekkel közelítem, majd többváltozós regressziós – magyarázó – modelleket építek. A kérdőíves felmérés adataiból orvosi szakterületi tipológiát készítettem, majd többváltozós elemzési modellekkkel elemzem az orvosi szakterület-választás motivációit, ezt követően pedig a vidéki munkavállalási terveket.

A kvantitatív elemzés után a fókusz-csoportos interjúk eredményeit összegzem, amelyet számos szó szerinti idézettel, mint kvalitatív adattal, illusztrálok, illetve támasztok alá, elősegítve ezzel azt, hogy a számok mögött a személyeket, az egyes motivációk mögött meghúzódó attitűdöket is megérthessük. Fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a rezidensek vidéki munkavállalása egy több kérdéssel szorosan összefüggő és azoktól el nem választható komplex kérdés. Ezért a fókusz-csoportok munkavállalási kérdésekkel foglalkozó részének elemzésekor nem koncentrálok szigorúan csak a vidéki munkavállalás témájára, hanem a munkavállalási tervek szélesebb kontextusában helyezve mutatom be a vizsgálat eredményeit.

5.1 Kérdőíves vizsgálat – szakterület-választás

Az egyes rezidensi szakterületeket két kategóriába osztottam, a szakirodalom ajánlásai szerint, különösen Schwartz és szerzőtársai cikke alapján (Schwartz és mtsai. 1990). A cikk alapján az egyes szakterületeket aszerint a szempont szerint érdemes megkülönböztetni, hogy az adott szakterület kontrollálható életstílusú (*controllable lifestyle*, CL) szakterületnek számít-e vagy sem (NCL), vagyis az adott területen dolgozó orvosok be tudják-e osztani a munkaidejüket, vagy folyamatosan készenlétben kell-e állniuk. A dolgozatomban azt a hipotézist tesztelem, hogy a számos fentebb hivatkozott cikkben megjelenő (valós vagy észlelt) kontrollálható életstílus, a szintiszta szakmai motivációk mellett, befolyásolja-e az orvosi szakterület-választást Magyarországon. Az elemzés céljára létrehoztam egy kétkategóriás változót, amely az egyes szakterületeket osztályozza. A változó két értéke az, hogy az egyes szakterületek a CL, vagy az NCL kategóriába tartoznak-e. A szakterületeket Schwartz és munkatársai hivatkozott tanulmányában közölteknek megfelelően csoportosítottam, amely szerint NCL szakterület a háziorvostan, belgyógyászat, a szülészet-nőgyógyászat, a sebészet és az összes sebészeti

jellegű szakma, a csecsemő- és gyermekgyógyászat, valamint az ortopédia-traumatológia. A többi szakterületet ezzel összhangban a CL kategóriába került (12. táblázat). A 12. táblázatban látható szakterületek nem fedik le az összes magyarországi orvosi szakterületet, csak azokat, amelyeket a vizsgálat során legalább egy válaszadó említett. Így tehát a kérdőíves vizsgálatban megjelent összes szakterület besorolásra került.

Mivel a hivatkozott tanulmány alapján készült besorolás az USA-ból származik (Schwartz és mtsai. 1990), a két egészségügyi rendszer különbségei miatt kérdésként merülhet fel, hogy egyes szakterületek besorolása mennyire tartható a magyarországi körülmények között is. Ezt megvizsgálandó megkérdeztem több szakterületen dolgozó rezident és szakorvos, hogy véleményezzék a tipológiát, értékeljék az egyes szakterületek csoportbesorolásának érvényességét. Vitás kérdésként merülhet fel például az aneszteziológia és intenzív terápia, illetve az oxológia szakterületek CL kategóriába sorolása, de a megkérdezett szakértők egyhangúlag azt állították, hogy a besorolás nem tekinthető megalapozatlannak Magyarországon sem, mert ezeken a területeken műszakos munkarendben dolgoznak az orvosok. Abban a néhány esetben, amelyben a megkérdezett szakértők megosztottak voltak, az eredeti tanulmány ajánlásainak megfelelő beosztást használtam. Ilyen szakterület volt az ideggyógyászat (neurológia), valamint a belgyógyászat (NCL), a tüdőgyógyászat (CL) és a gasztroenterológia (CL) is, mert ez utóbbi kettő a belgyógyászatra ráépíthető szakvizsgaként is megszerzhető. A szakértők elmondták, hogy a belgyógyász szakorvosok többet ügyelnek, illetve gyakrabban hívják váratlan helyzetekben, illetve mind a tüdőgyógyászatban mind a gasztroenterológiában kevésbé gyakoriak a hasonlóan sürgősségi esetek. Mivel azonban a belgyógyászatra ráépített szakvizsgákról van szó, ezért ez így nehezen elválasztható. Mivel a felmérésbe döntő többségében első szakvizsgájuk megszerzésén dolgozó rezidensek kerültek be, így mind a tüdőgyógyászat, mind a gasztroenterológia mint első, önálló szakvizsga szerepel a vizsgálatban, nem a belgyógyászatra ráépített szakvizsgaként, ennek értelmében pedig már lehetett alkalmazni a tanulmány által javasolt felosztást. Mindezek alapján a magyarországi adatokon is felhasználhatónak és érvényesnek tekintettem a felvázolt szakterület-struktúrát.

12. táblázat A felmérésben szereplő orvosi szakterületek felosztása Swartz és mtsai cikke (Schwartz és mtsai, 1990) alapján (CL = kontrollálható életstílus, NCL= nem kontrollálható életstílus)

	Szakterületek (rendelet szerinti sorszámmal)		CL	NCL
1	I/1.	Aneszteziológia és intenzív terápia	*	
2	I/2.	Arc-állcsont-szájsebészet		*
3	I/3.	Belgyógyászat		*
4	I/4.	Bőrgyógyászat	*	
5	I/5.	Csecsemő- és gyermekgyógyászat		*
6	I/6.	Fizikális medicina és rehabilitációs orvoslás	*	
7	I/7.	Foglalkozás-orvostan (üzemegészségügy)	*	
8	I/8.	Fül-orr-gégegyógyászat	*	
9	I/9.	Gasztroenterológia	*	
10	I/10.	Geriátria	*	
11	I/11.	Gyermek és ifjúságpszichiátria	*	
12	I/12.	Gyermeksebészet		*
13	I/13.	Háziorvostan		*
14	I/16.	Idegsebészet, agysebészet		*
15	I/17.	Igazságügyi orvostan	*	
16	I/18.	Infektológia	*	
17	I/19.	Kardiológia		*
18	I/20.	Megelőző orvostan és népegészségtan	*	
19	I/21.	Neurológia (ideggyógyászat)	*	
20	I/22.	Nukleáris medicina	*	
21	I/23.	Ortopédia-traumatológia		*
22	I/24.	Orvosi laboratóriumi diagnosztika	*	
23	I/25.	Orvosi mikrobiológia	*	
24	I/26.	Oxyológia és sürgősségi orvostan	*	
25	I/27.	Patológia	*	
26	I/28.	Pszichiátria	*	
27	I/29.	Radiológia	*	
28	I/31.	Reumatológia	*	
29	I/32.	Sebészet		*
30	I/33.	Sugararterápia	*	
31	I/34.	Szemészet	*	
32	I/35.	Szívsebészet		*
33	I/36.	Szülészet-nőgyógyászat		*
34	I/38.	Tüdőgyógyászat	*	
35	I/39.	Urológia	*	
36	II/28.	Klinikai onkológia	*	
		Összesen	25	11

Megjegyzés: A táblázatban használt szakterület megnevezések és sorszámai a kutatás idején hatályban lévő, 66/1999. (XII. 25) EüM számú rendelethez tartoznak. A I-gyel kezdődő sorszámmal általános orvosi oklevéllel rendelkezők számára is megszerezhető első szakképesítéseket, míg a II-vel kezdődő sorszámmal szakképesítés birtokában megszerezhető ráépített szakképesítést jelent.

5.1.1 A szakterület-választás motivációs tényezőinek fontossági sorrendje és szakterület típusonkénti különbségei

A kérdőívben szereplő, a szakterület-választást meghatározó tényezők szerepét értékelő kérdésre, a válaszolók által adott „osztályzatok” átlagértékeit a 13. táblázat mutatja be (ld. kérdőív D3. kérdés). Látható, hogy a legmagasabb átlagpontszámot az érdeklődés („ez az ami igazán érdekelt”) érte el, amelynek átlagértéke 4,35, ezt követi a „szakmai kihívások” 3,94-es átlagértékkel, majd a „betegekkel való kapcsolat” 3,66-tal. A kutatás eredményei szerint tehát ezek a legfontosabb szakterület-választást befolyásoló tényezők. A skála ellenkező végén pedig a fizetés, családi hatás és a hálapénz szerepel 2 alatti átlagértékkel.

13. táblázat Szakterület-választási motivációs tényezők fontossági sorrendje a kérdőíves vizsgálat válaszadói szerint– átlagok, átlag szerint csökkenő sorrendben

	Tényező	N	Átlag	Szórás	σ
1	Ez az ami igazán érdekel	674	4,35	0,98	0,038
2	Szakmai kihívások	670	3,94	1,10	0,042
3	Betegekkel való kapcsolat	656	3,66	1,32	0,052
4	Szakterülettel járó életforma	661	2,79	1,43	0,055
5	Innováció, fejlesztési lehetőségek	653	2,71	1,40	0,055
6	Jó álláslehetőségek	654	2,61	1,24	0,048
7	Társadalmi megbecsültség	654	2,58	1,24	0,048
8	Szaktmán belüli megbecsültség	670	2,44	1,25	0,048
9	Külföldi munkavállalási lehetőségek	659	2,39	1,36	0,053
10	Tudományos pályára készülők	665	2,17	1,20	0,047
11	Így alakult	668	2,05	1,43	0,055
12	Fizetés	660	1,97	1,10	0,043
13	Családi hatás	661	1,88	1,16	0,045
14	Hálapénz	669	1,43	0,85	0,033

Megjegyzés: σ = átlag szórása

A 14. táblázatban a szakterület-választási motivációk átlagértékeit a szakterület típusok szerinti bontásban (CL, NCL) mutatom be. A táblázat „p” oszlopa (*probability*) az F statisztika szignifikancia értékeit mutatja, amely alapján megállapítható, hogy a két szakterület típus között, az egyes motivációs tényezők tekintetében hol szignifikáns a

különbség.³³ Látszik, hogy az érdeklődést (1), a hálapénzt (14), a családi hatást (13), társadalmi megbecsültséget (8), valamint a betegekkel való kapcsolatot (3) szignifikánsan magasabbra értékelték, az „így alakult” (11), a „külföldi munkalehetőségek” (9) és az „innováció, fejlesztési lehetőségek” (5) tényezőket pedig szignifikánsan alacsonyabba értékelték azok, akik NCL területen végzik a rezidensképzésüket. Az NCL területet választóknál tehát megfigyelhető egy szakmai típusú tudatosság. Itt is jól követhető, hogy eltérő motivációs háttér jelenik meg a két, életstílus szempontjából különböző szakmacsoportot választók között. Ez még jobban láthatóvá válik a további, többváltozós elemzések során.

14. táblázat Szakterület-választási motivációk – átlagok szakterület típusonként (CL=Controllable Lifestyle, NCL=Non-controllable Lifestyle)

	Motivációs tényező	CL szakterületet választók				NCL szakterületet választók				p
		átlag	N	szórás	σ	átlag	N	szórás	σ	
1	Ez az ami igazán érdekel	4,22	351	1,064	0,057	4,50	296	0,819	0,048	0,0003
2	Szakmai kihívások	3,91	350	1,102	0,059	3,99	294	1,077	0,063	0,3111
3	Betegekkel való kapcsolat	3,28	344	1,385	0,075	4,13	286	1,055	0,062	0,0000
4	Szakterülettel járó életforma	2,89	346	1,44	0,077	2,70	289	1,403	0,083	0,0875
5	Innováció, fejlesztési lehetőségek	2,83	342	1,418	0,077	2,55	286	1,378	0,081	0,0115
6	Jó álláslehetőségek	2,72	343	1,274	0,069	2,52	285	1,186	0,070	0,0366
7	Szakmán belüli megbecsültség	2,37	350	1,258	0,067	2,56	294	1,256	0,073	0,0606
8	Társadalmi megbecsültség	2,31	343	1,179	0,064	2,93	285	1,233	0,073	0,0000
9	Külföldi munkavállalási lehetőségek	2,56	344	1,419	0,077	2,24	289	1,276	0,075	0,0039
10	Tudományos pályára készü-lők	2,25	347	1,245	0,067	2,07	293	1,13	0,066	0,0584
11	Így alakult	2,23	349	1,511	0,081	1,82	293	1,265	0,074	0,0002
12	Fizetés	1,92	346	1,079	0,058	2,02	288	1,129	0,067	0,2475
13	Családi hatás	1,75	346	1,129	0,061	2,00	289	1,171	0,069	0,0050
14	Hálapénz	1,35	349	0,784	0,042	1,53	294	0,911	0,053	0,0091

Megjegyzés: σ = átlag szórása, p (*probability*) = F statisztika szerinti szignifikancia érték

5.1.2 A szakterület-választás motivációs tényezőinek faktoranalízise

A szakterületi választási motivációk között megbúvó látens struktúra felderítésére *maximum likelihood* faktoranalízist végeztem (Székelyi és Barna 2003), és a továbbiakban az így létrejött *maximum likelihood* (ML) faktorokat vizsgálom többváltozós

³³ A statisztikai módszerek leírása (ld. ANOVA) a módszertani fejezetben olvasható.

elemzési térben. Hosszas, több körben futatott faktoranalízis után az alábbiakban látható szakterület-választási motivációs ML faktorokat használok.³⁴ A változószett KMO mutatója 0,728, vagyis a parciális korrelációk elfogadhatóan kicsik, és a Bartlett³⁵ teszt alapján elmondhatjuk, hogy változóink páronként nem függetlenek, vagyis a változószett alkalmas a faktoranalízis lefuttatására.

A 15. táblázatban láthatóak a faktoranalízisbe bevont változók kommunalitásai. Itt nyomon követhető, hogy a külföldi munkalehetőségek kommunalitása 0,25 alatt van,³⁶ de egyrészt a modell megfelelően leírja a változók által leírt sokdimenziós teret, mivel az illeszkedés szignifikancia értéke 0,00, másrészt a változó fontos szerepet tölt be az egyik létrejött faktorban, ezért úgy döntöttem, hogy vállalva ezt a kompromisszumot, mindenképpen érdemes benne hagyni a faktoranalízisben ezt a változót.

15. táblázat táblázat: A szakterület-választás faktoranalízisébe bevont változók kommunalitásai

	Tényező	Kommunalitás
1	Ez az ami igazán érdekel	0,92
2	Szakmai kihívások	0,45
4	Szakterülettel járó életforma	0,28
6	Jó álláslehetőségek	0,41
7	Társadalmi megbecsültség	0,45
8	Szakmán belüli megbecsültség	0,32
9	Külföldi munkavállalási lehetőségek	0,20
11	Így alakult	0,51
12	Fizetés	0,56
14	Hálapénz	0,25

A faktoranalízis során létrejött két faktor által megtestesített egységnyi információtartalom több mint 4, illetve az általuk megőrzött információ hányad megfelelően magas, 43,47%. Az első faktoré 24,65, míg a másodiké 18,83%, vagyis ezek alapján is megfelelőnek tekinthető a lefutott faktoranalízis. A faktor mátrixban látható, hogy a két faktor milyen változókból áll, illetve ezek a változók milyen faktorsúllyal szerepel-

³⁴ A faktoranalízis úgynevezett iterációs elven működő módszer, tehát statisztikai szoftver segítségével többszöri futtatás alapján található meg a legjobban illeszkedő faktorstruktúra.

³⁵ A Bartlett-teszt azt a hipotézist vizsgálja, hogy a változószettünk egységmátrix-e, vagyis, hogy a változók páronként függetlenek. A Bartlett-teszthez tartozó 0,05 alatti szignifikancia érték azt mutatja, hogy a változószett megfelel a faktoranalízis követelményeinek. (Székelyi-Barna 2003)

³⁶ *Maximum likelihood* faktoranalízis során az a változó a faktor része, amelynek kommunalitása 0,25 vagy e felett van. Ha azonban a faktor jól interpretálható és az illeszkedés szignifikanciát jelző értéke megfelelően alacsony ($p < 0,05$), akkor alacsonyabb kommunalitás érték is elfogadható.

nek az egyes faktorokban (16. táblázat). Az első faktoron a szakmán belüli megbecsültség (8), a hálapénz (14), a külföldi munkalehetőségek (9), a szakterülettel járó életforma (4), a fizetés (12), a presztízs (7) és a jó álláslehetőségek (6) ülnek, ezt „**életforma-kereset**” faktornak neveztem el. A második faktoron az „ez az, ami igazán érdekel” (1), a „szakmai kihívások” (2) és az „így alakult” (11) tényező ül, ez utóbbi pedig jelentős negatív értékkel (tehát összefüggése a többi tényezővel ellentétes irányú), így ez a tudatosságot mutatja. Ezt a faktort „**szakmai érdeklődés-tudatosság**” faktornak neveztem el.

16. táblázat A szakterület-választás faktoranalízisébe bevont változók faktorsúlyai a két maximum likelihood faktor szerinti megoszlásban

	Tényező	ML faktor 1 életforma-kereset	ML faktor 2 szakmai érdeklődés-tudatosság
1	Ez az ami igazán érdekel	-0,036	0,957
2	Szakmai kihívások	0,165	0,648
11	Így alakult	0,135	-0,702
12	Fizetés	0,746	0,001
7	Társadalmi megbecsültség	0,655	0,151
6	Jó álláslehetőségek	0,643	-0,009
8	Szakmán belüli megbecsültség	0,554	0,096
4	Szakterülettel járó életforma	0,531	0,006
14	Hálapénz	0,481	-0,139
9	Külföldi munkavállalási lehetőségek	0,446	-0,059

A továbbiakban az itt bemutatott ML faktorokat, valamint az orvosi pályaválasztás motivációs tényezőiből, az alábbiakban részletezett módon készített faktorokat, mint háttértényezőket fogom használni a magyarázó modellekben.

5.1.3 Az orvosi pályaválasztás faktorai

A kérdőívben szerepelt egy kérdésblokk, amely az orvosi pályaválasztási motívációra kérdezett rá (lásd kérdőív D2. kérdés). Dolgozatomnak nem témája az orvosi pályaválasztás motívációinak elemzése, éppen ezért nem is foglalkozom vele bővebben, ugyanakkor ezeket a kérdéseket érdemes felhasználni a szakterület-választási motívációk modelljében, magyarázó háttértényezőként. Ennek megfelelően ezekből a kérdésekből is faktorokat alkottam *maximum likelihood* faktoranalízis segítségével, és ezeket a

faktorokat emeltem be a későbbi többváltozós elemzésekbe magyarázó változóként. A kérdőívben szereplő kérdések a mellékletben megtekinthetők. Az alábbiakban a faktorstruktúrát mutatom be.

A faktoranalízis előtt megállapítottam, hogy a változószett a KMO mutató és a Bartlett teszt alapján alkalmas faktoranalízisre. Néhány változót az alacsony kommunalítások miatt szükséges volt kihagyni az elemzésből, de a végleges faktorstruktúra a 17. táblázatban látható. A kommunalítások minden esetben megfelelőek, a modell illeszkedése pedig a p érték alapján szignifikáns ($p=0,00$). A modell által megtestesített egységnyi információ tartalom, több mint 4, a megőrzött információhányad pedig 36,53%. Ezek alapján megállapítható, hogy a faktorstruktúra jól leírja a változók által kifeszített többdimenziós teret. A létrejött két faktor közül az első faktoron az érdeklődés, segítő munka vágya, értelmiségi munka vágya, az orvos társadalmi hasznossága, hivatástudat, és a pályához kapcsolódó tehetségérzet szerepel határozott súllyal, így ez a faktor **szakmai-altruista motivációs faktor** elnevezést kapta. A második faktoron olyan változók láthatók, mint külföldi munkalehetőségek, fizetés, társadalmi megbecsültség, hálapénz és jó álláslehetőségek. Ez a faktor tehát a jövedelmet, álláslehetőségeket és a presztízst jeleníti meg, ennek megfelelően **életstílus motivációs faktorként** neveztem el.

17. táblázat Orvosi pályaválasztás faktoranalízisébe bevont változók faktorsúlyai a két *maximum likelihood* faktor szerinti megoszlásban

	Tényező	ML faktor 1 Szakmai-altruista	ML faktor 2 Életstílus
1	Ez az ami igazán érdekelt	0,488	-0,088
2	Külföldi munkalehetőségek	-0,009	0,440
3	Fizetés	0,042	0,790
4	Társadalmi megbecsültség	0,247	0,565
5	Hálapénz	-0,086	0,453
6	Segítő munkát szerettem volna végezni	0,706	-0,012
7	Értelmiségi munkát szerettem volna végezni	0,415	0,156
8	Az orvos társadalmi hasznossága	0,648	0,189
9	Jó álláslehetőségek	0,200	0,569
10	Hivatástudat	0,761	0,052
11	Ehhez éreztem tehetséget	0,511	0,056

5.1.4 A szakterület-választási faktorok átlagértékei közötti különbségek szakterület típus szerint

Elsőként megvizsgáltam a két különböző csoportba sorolt szakterületeken tanuló rezidenseknél, hogyan alakultak a faktorok átlagértékei (18. táblázat). Látható, hogy az „életforma-kereset” faktor tekintetében nincs szignifikáns különbség a két szakterület típus között, azonban a „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor az F statisztika értéke alapján szignifikánsan magasabb az NCL (nem kontrollálható életstílusú) szakterületen dolgozók körében. Vagyis az életstílus fontosságában nincs különbség, azonban a szakmai tudatosságuk sokkal inkább hajtják azokat, akik NCL szakterületet választottak.

18. táblázat A kérdőíves megkérdezés adataiból készített ML faktorok átlagértékei szakterület típusok szerint

A szakterület életstílusa (specialisation_lifestyle)		Szakterület-választás ML faktor: életforma-kereset (életforma) (p=0,1703)	Szakterület-választás ML faktor: szakmai érdeklődés-tudatosság (szakma) (p=0,0002)
Controllable (1,00)	átlag	-0,037010	-0,127660
	szórás	0,879880	1,034973
	N	333	333
Non-controllable (2,00)	átlag	0,063164	0,159040
	szórás	0,928290	0,821813
	N	283	283
Összesen	átlag	0,009013	0,004052
	szórás	0,903085	0,953095
	N	616	616

5.1.5 Szakterület-választási faktorok elemzése lineáris regressziós modellekkel

Az orvosi szakterület-választás faktorainak magyarázatára lineáris regressziós modellt építettem. Az egyes szakterület-típusok közötti választást magyarázatára, a függő változó kétértékűsége miatt (CL vagy NCL szakterület), viszont binomiális logisztikus regressziót alkalmaztam.

A regressziós modelleket minden esetben úgy építettem fel, hogy a magyarázó változók abban a sorrendben lépnek be a modellbe, ahogy azok egy ember életciklusa során megjelennek és befolyásolják a döntését. Tehát először olyan szocio-demográfiai

változók szerepelnek, mint a nem, a származási hely település típusa és a kor, ami természetesen a születés idejét jelenti. Ezt követően a szülők iskolai végzettsége lép be, mintegy modellezve a család szocializációs hatását, majd az orvosi pályaválasztási motivációt megjelenítő faktorok következnek. Ezután a felnőttkori családi állapotot megjelenítendő a gyermekek száma, illetve a munkahely településtípusa lép be, amely a rezidensek esetében természetesen a legtöbb esetben az egyetemi városokat jelenti, így ennek a változónak kicsi a szóródása, de mindenképpen helye van a modellben. A szakterület-típus választását magyarázó logisztikus regressziós modellben ezután következnek az orvosi szakterület-választást meghatározó motivációs faktorok. Ezzel a felépítéssel igyekeztem modellezni a válaszadók életciklusát, így ugyanis nyomonkövethetőek az egyes életszakaszokban bekövetkező változások.

Életforma-kereset faktor magyarázata

Elsőként az életforma-kereset, mint szakterület-választást meghatározó motivációs faktor magyarázó modelljét mutatom be. A modell felépítése megfelel a fentebb leírt elvnek, a magyarázó változók az egyéni életciklusnak megfelelő sorrendben lépnek be. Már az első modell is szignifikáns magyarázóerővel bír, amely az egyetlen szignifikáns változónak, a nemnek köszönhető (19. táblázat). A nők esetében ugyanis alacsonyabb az életforma-kereset motivációs faktor értéke. A magyarázóerő 2,3%. Az életforma-kereset motiváció és a „nem” változó összefüggése gyengül, ahogy további változók is belépnek a modellbe, tehát feltételezni lehet, hogy a „nem” változó más változók hatását jeleníti meg közvetve.³⁷

A modell második fázisában több változó közül is mindössze a „nem” változó hatása szignifikáns. Éppen nem éri el a szükséges szignifikancia szintet az anya iskolai végzettsége, ezért a magyarázóerő sem emelkedik lényegesen.

A harmadik fázisban már szerepelnek a modellben az orvosi pályaválasztási motivációs faktorok, és mindkettő szignifikáns magyarázóerővel bír. A jövedelmet, álláslehetőségeket és presztízst megjelenítő „életstílus” faktor magyarázóereje jóval erősebb, béta értéke pedig 0,5 felett van, tehát a korai – orvosi pályaválasztást meghatározó – „életstílus” faktor hatása a későbbiekben is érvényesül, és ennek folytán kialakul a szakterület-választáskor megjelenő hasonló tartalmú, „életforma-kereset” faktor. Itt te-

³⁷ A „nem” és az orvosi pályaválasztás motivációinak összefüggését megvizsgálva az látszik, hogy a szakmai-altruista faktor átlagértéke a nőknél szignifikánsan magasabb, még az életforma fontossága a férfiaknál mutat szignifikánsan magasabb értéket.

hát a rezidensek folyamatosan érvényesülő, konzisztens motivációjáról van szó. A „szakmai-altruista” pályaválasztási motivációs faktor összefüggése ennél gyengébb, de még szignifikáns, az összefüggés iránya pedig hasonló, vagyis kisebb mértékben, de itt is pozitív az összefüggés, így a szakmai-altruista orvosi pályaválasztási faktor értékének növekedésével, növekszik a szakterület-választási „életforma-kereset” faktor értéke is. A magyarázóerő a modell ebben a fázisában 37,4%, amely egyrészt jelentős növekedés a korábbiakhoz képest, másrészt azt mutatja, hogy egy stabil, robusztus modelltől van szó.

19. táblázat Az „életforma-kereset” faktor magyarázata lineáris regresszióval

A modellbe bevont magyarázó változók és szignifikanciájuk	1. fázis		2. fázis		3. fázis		4. fázis	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
A megérdeztett neme (a1)	-0,1666	0,0001	-0,1741	0,0001	-0,0938	0,0099	-0,0932	0,0126
A megérdeztett kora (kor)	-0,0301	0,4822	-0,0265	0,5372	-0,0782	0,0271	-0,1153	0,0111
Egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip)	0,0193	0,6521	0,0147	0,7471	0,0468	0,2117	0,0472	0,2521
Apa elvégzett iskolai osztályainak száma (apaiskoszt)			-0,0953	0,0865	-0,0286	0,5326	-0,0350	0,4594
Anya elvégzett iskolai osztályainak száma (anyaiskoszt)			0,1048	0,0578	0,0936	0,0390	0,0867	0,0630
Orvosi pályaválasztás "szakmai-altruista" motivációs faktor (orvos_szakmai_altruista)					0,1461	0,0000	0,1434	0,0001
Orvosi pályaválasztás "életstílus" motivációs ML faktor - jövedelem, álláslehetőségek, presztízs (orvos_eletforma)					0,5726	0,0000	0,5675	0,0000
Gyermekek száma (gyerek)							0,0501	0,2666
Jelenlegi munkahely településtípusa (munkahely_teltip)							0,0073	0,8552
A modell szignifikanciája								
p érték	0,01		0,01		0,00		0,00	
Adjusted R square	0,0231		0,0285		0,3743		0,3703	

Megjegyzések: *Függő változó* = Szakterületválasztás **életforma-kereset** ML faktor. *Magyarázó változók* értékei: **Nem** (a1): 1=férfi, 2=nő; **Az egyetem előtti lakóhely településtípusa** (szarmazas_teltip): 1=község, 2=egyéb város, 3=megyeszékhely, 4=Budapest; **Jelenlegi munkahely településtípusa** (munkahely_teltip): 1=község, 2=egyéb város, 3=megyeszékhely, 4=Budapest.

A modell magyarázóerején végül nem változtatott a „gyermekek száma”, és „a munkahely településtípusa” változók belépése sem, ezek összefüggése az életforma-kereset faktoral ugyanis nem mutatkozott szignifikánsnak.

Összefoglalóan kiemelendő a nők alacsonyabb szakterület-választási „életforma-kereset” motivációs faktor értéke, amely a modell későbbi szakaszában növekedett. A nők eltérő motivációs háttérrel rendelkeznek, mint a férfiak. Elmondható, hogy a motivációk között meglehetősen erős az összefüggés és az orvosi pályaválasztástól kezdődően konzisztens a gondolkodás az életforma fontosságát illetően, illetve ezen felül az is, hogy a „szakmai-altruista” orvosi pályaválasztási faktor is – igaz kisebb súllyal – szerepet játszik a későbbi életforma fontosságát megjelenítő szakterület-választási faktoral megjelenített motiváció kialakulásában.

Szakmai érdeklődés-tudatosság faktor magyarázata

Az értekezésemben feldolgozott másik, szakterület-választást meghatározó motivációs ML faktor a „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktora. A korábbiakhoz hasonlóan itt is – egyéni életciklusnak megfelelő – lépésenként felépülő lineáris regresszió alapuló magyarázó modell kerül bemutatásra. Jelen esetben azonban csak a harmadik fázistól – az orvosi pályaválasztás faktorainak belépésével – szignifikáns magyarázóerejű a modell, és ez is kizárólag a „szakmai-altruista” motivációnak köszönhető (20. táblázat). A modell magyarázóereje jóval gyengébb, mint az „életforma-kereset” motivációs faktor magyarázata esetén, mindösszesen 5,1%. Az orvosi pályaválasztás „szakmai-altruista” motivációjának béta értéke 0,2355, amely pozitív összefüggést mutat a magyarázandó „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktoral. A modellben a később belépő változók sem mutatnak szignifikáns magyarázóerőt, tehát a szakmai érdeklődés, altruizmus tekintetében is konzisztens motivációkról számolhatunk be. Szemben az „életforma-kereset” faktort magyarázó modellel, ebben a modellben az „életstílus” orvosi pályaválasztási faktor sem bír szignifikáns magyarázóerővel.

Összefoglalva, míg az „életforma-kereset” ML faktor magyarázatánál mindkét orvosi pályaválasztási faktor befolyásolta a függő változót, a „szakmai érdeklődés-tudatosság” esetében mindössze az orvosi pályaválasztás „szakmai-altruista” faktora van hatással. Jelen modellben tehát a szakmai motivációk konzisztenciáját láthatjuk, míg az „életforma-kereset” faktor magyarázatánál egy sokkal összetettebb jelenségről van szó.

20. táblázat A „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor magyarázata lineáris regresszióval

A modellbe bevont magyarázó változók és szignifikanciájuk	1. fázis		2. fázis		3. fázis		4. fázis	
	Beta	p	Beta	p	Beta	p	Beta	p
A megérdezett neme (a1)	0,0322	0,4569	0,0392	0,3673	-0,0096	0,8305	-0,0282	0,5381
A megérdezett kora (kor)	-0,0668	0,1232	-0,0658	0,1318	-0,0611	0,1606	-0,0670	0,2288
Egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip)	0,0417	0,3351	0,0226	0,6266	0,0035	0,9401	-0,0012	0,9811
Apa elvégzett iskolai osztályainak száma (apaiskoszt)			0,0080	0,8868	-0,0005	0,9929	0,0110	0,8497
Anya elvégzett iskolai osztályainak száma (anyaiskoszt)			0,0257	0,6463	0,0325	0,5599	0,0510	0,3730
Orvosi pályaválasztás "szakmai-altruista" motivációs faktor (orvos_szakmai_altruista)					0,2355	0,0000	0,2393	0,0000
Orvosi pályaválasztás "életstílus" motivációs ML faktor - jövedelem, álláslehetőségek, presztízs (orvos_elelforma)					-0,0750	0,0921	-0,0825	0,0766
Gyermekek száma (gyerek)							0,0037	0,9462
Jelenlegi munkahely településtípusa (munkahely_teltip)							-0,0214	0,6636
A modell szignifikanciája								
p érték	0,2760		0,5070		0,0000		0,0000	
Adjusted R square	0,0016		0,0013		0,0516		0,0496	

Megjegyzések: *Függő változó* = Szakterületválasztás **életforma-kereset** ML faktor. *Magyarázó változók* értékei: **Nem** (a1): 1=férfi, 2=nő; **Az egyetem előtti lakóhely településtípusa** (szarmazas_teltip): 1=község, 2=egyéb város, 3=megyeszékhely, 4=Budapest; **Jelenlegi munkahely településtípusa** (munkahely_teltip): 1=község, 2=egyéb város, 3=megyeszékhely, 4=Budapest.

5.1.6 Az orvosi szakterület típus választás magyarázó modellje

A szakterület típus választás magyarázatára logisztikus regressziós modellt építettem. A modell függő változója a választott szakterület életstílusa (CL vagy NCL). A függő változó kódolásából eredően a modell arra tud választ adni, hogy melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolják a válaszadókat NCL szakterületek választásának irányába. A modell felépítésének elve megegyezik a korábbiakkal, azzal a kiegészítéssel,

hogy a modell utolsó lépésében természetesen belépnek az orvosi szakterület-választás ML faktorai is.³⁸

A szakterülettípus-választást magyarázó logisztikus regressziós modellben, a korábbi modellekhez hasonlóan, a nem és kor mellett szerepel a szülők iskolai végzettsége is, nem szerepel viszont a jelenlegi munkahely településtípusa, amely a munkahelyválasztást magyarázó logisztikus regressziós modellben került felhasználásra (ld. később).

A logisztikus regressziós modell a 21. táblázatban követhető. Számos lefutott modell közül egyedül az utolsó fázis magyarázóereje szignifikáns, amely magyarázó változóként tartalmazza mind az orvosi pályaválasztási, mind a szakterület-választási faktorokat. Érdekes lelet, hogy a korábbi modellek – közülük az is, amelyben a motivációk közül csak az orvosi pályaválasztás szerepel – nem szignifikáns magyarázóerejük. Emellett a legtöbb magyarázó változót tartalmazó modell magyarázóereje is meglehetősen kicsi, mindössze 6,6%, és csak egyetlen magyarázó változó hatása szignifikáns, mégpedig a „szakmai érdeklődés-tudatosság” szakterület-választási motivációs faktoré. Az esélyhányados azt mutatja, hogy ha nagyobb mértékben a „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor határozza meg a szakterület-választást, akkor ez nagyobb valószínűséggel jár együtt NCL szakterület választásával. Az „életforma-kereset” szakterület-választási motivációs faktor hatása nem szignifikáns, tehát ebben az elméleti keretben az eredmények azt mutatják, hogy a várt összefüggés az „életforma-kereset” faktor és a CL szakterületek választása között nem áll fenn.

Összefoglalóan megállapítható tehát, hogy a „szakmai érdeklődés-tudatosság” szakterület-választási faktor szignifikánsan befolyásolja a szakterület-választást az NCL szakterületek irányába, vagyis ilyen szakterület azok a fiatal orvosok választanak, akik igazán érdeklődnek az adott szakterület iránt és igyekeznek tudatosan felépíteni karrierjüket, kevésbé törődve a választott munka életstílusra gyakorolt kedvezőtlen hatásaival. Érdekes, továbbgondolásra érdemes eredmény ugyanakkor, hogy a modell más szignifikáns összefüggést a szakterülettípus választása és az azt befolyásoló tényezők között nem talált.

³⁸ A lineáris regressziós modellben ez azért nem volt szükséges és lehetséges, mert az egy változószettből létrehozott ML faktorok egymással korrelálatlanok, tehát biztosan nincs köztük összefüggés.

21. táblázat Szakterület típus választás magyarázata logisztikus regressziós modellel

A modellbe bevont magyarázó változók és szignifikanciájuk	1. fázis		2. fázis		3. fázis		4. fázis		5. fázis	
	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)
A megkérdezett kora (kor)	0,2695	0,9654	0,2221	0,9615	0,2973	0,9645	0,0903	0,9278	0,2399	0,9466
Egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip)	0,3741		0,5382		0,3726		0,3969		0,4187	
Egyetem előtti lakóhely településtípusa egyéb város (szarmazas_teltip(1))	0,3643	0,7815	0,3099	0,7555	0,1923	0,6827	0,2163	0,6939	0,3163	0,7386
Egyetem előtti lakóhely településtípusa megyeszékhely (szarmazas_teltip(2))	0,7078	0,9067	0,5596	0,8529	0,2612	0,7228	0,2743	0,7269	0,2534	0,7125
Egyetem előtti lakóhely településtípusa Budapest (szarmazas_teltip(3))	0,5276	1,2047	0,8540	1,0595	0,9385	0,9748	0,9571	0,9822	0,9664	1,0144
A megkérdezett neme (a1)	0,0515	0,7077	0,0622	0,7168	0,0669	0,7009	0,0667	0,6993	0,1106	0,7237
Apa elvégzett iskolai osztályainak száma (apaiskoszt)			0,1083	1,0702	0,0960	1,0764	0,0912	1,0780	0,0746	1,0854
Anya elvégzett iskolai osztályainak száma (apaiskoszt)			0,4561	0,9677	0,7566	0,9858	0,6729	0,9806	0,6095	0,9758
Orvosi pályaválasztás "szakmai-altruista" motivációs ML faktor (orvos_szakmai_altruista)					0,0126	1,2985	0,0172	1,2837	0,1305	1,1887
Orvosi pályaválasztás "életstílus" motivációs ML faktor - jövedelem, álláslehetőségek, presztízs (orvos_eletforma)					0,5934	1,0597	0,6152	1,0564	0,7071	1,0535
Gyermekek száma (gyerek)							0,1518	1,3339	0,1639	1,3385
Szakterületválasztás "életforma-kereset" motivációs ML faktor (eletforma)									0,5372	1,0836
Szakterületválasztás "szakmai érdeklődés-tudatosság" motivációs ML faktor (szakma)									0,0062	1,3275
A modell szignifikanciája										
p érték	0,1710		0,1680		0,0620		0,0680		0,0140	
Nagelkerke R négyzet	0,0180		0,0240		0,0410		0,0430		0,0660	

Megjegyzések: Független változó = Szakterület típus választás, 1=controllable lifestyle, 2=non-controllable lifestyle. Magyarázó változók értékei: Nem (a1): 1=férfi, 2=nő; Az egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip): 1=egyéb város, 2=megyeszékhely, 3=Budapest, referenciacsoport: község. Exp(B) - esélyhányados

5.2 Kérdőíves vizsgálat – Vidéki munkavállalás

Disszertációm másik fontos témája a vidéki munkavállalás, munkahelyválasztás kérdése. Erre vonatkozó kérdések szintén szerepeltek a felmérés kérdőívében, de ezt a jelenséget jobbnak láttam elsősorban a fókuszcsoporthoz alapozva megvizsgálni, mivel nem találtam olyan kérdőíveket, amelyek megfelelően mérnék ezt a jelenséget. Éppen ezért erről a témáról szűkebb kvantitatív elemzés készült, viszont a fókuszcsoporthoz interjúk eredményeit taglaló fejezetben kap lényegesen nagyobb hangsúlyt. Az alábbiakban néhány alapvető leíró statisztikát mutatok be.

Sajnos nem minden egyes válaszadó válaszolt az elhelyezkedési szándékokat firtató kérdésre. Így ezekben az esetekben nem tudtam a teljes létszámmal dolgozni. A teljes minta háromnegyedének, azaz 524 főnek a válaszait elemeztem. A válaszadó rezidensek több mint egyharmada a fővárosban szeretne dolgozni, közel hatvan százalékuk pedig megyeszékhelyre vágyik (22. táblázat). Ezzel szemben 6,5%-uk menne egyéb városba, és mindössze két fő (0,4%) jelölt meg községet célul.

22. táblázat Hol szeretne állást kapni?

Településtípus	N	%
Budapest	192	36,6
Megyeszékhely	296	56,5
Város	34	6,5
Község	2	0,4
Összesen	524	100,0

Lehetőség volt a válaszokat a preferált települések lakosságszáma alapján is megvizsgálni (23. táblázat).³⁹ A táblázat adataiból az látszik, hogy a válaszolók 55%-a ötvenezer fő feletti lakosságszámú településen szeretne dolgozni. Ehhez adódnak hozzá a Budapestre vágyó rezidensek (a válaszadók 36,6%-a). A megyék szerinti megoszlásból elsősorban az tűnik ki, hogy a válaszadók legtöbbször azokban a megyékben preferálják, ahol orvostudományi egyetem működik (Baranya, Csongrád, Hajdú-Bihar, Budapest), és ezek közül is messze kiemelkedik Budapest (24. táblázat). A három „egyetemi” megyébe és Budapestre együtt a válaszadók több mint kétharmada (68%) vágyik.

³⁹ A kérdőíves felmérésben konkrét településnevekre kérdeztünk, és ebből állítottuk elő a lakosságszám, a megye és a településtípus változókat. A táblázatban szereplő adatokat tehát nem közvetlenül a válaszadóktól kaptuk.

23. táblázat Hol szeretne állást kapni? A település lakosság száma szerinti bontás

Lakosság szám	N	%
1 000-1 999 lakos	1	0,2
2 000-4 999 lakos	1	0,2
5 000-9 999 lakos	2	0,4
10 000-19 999 lakos	10	1,9
20 000-49 999 lakos	30	5,7
50 000-999 999 lakos	288	55,0
Budapest	192	36,6
Összesen	524	100,0

24. táblázat Hol szeretne állást kapni? – megyék szerinti bontás

Megye	N	%
Budapest	192	36,6
Baranya	61	11,6
Bács-Kiskun	15	2,9
Békés	7	1,3
Borsod-Abaúj-Zemplén	8	1,5
Csongrád	62	11,8
Fejér	9	1,7
Győr-Moson-Sopron	17	3,2
Hajdú-Bihar	42	8,0
Heves	13	2,5
Jász-Nagykun-Szolnok	5	1,0
Komárom-Esztergom	1	0,2
Nógrád	6	1,1
Pest	21	4,0
Somogy	15	2,9
Szabolcs-Szatmár-Bereg	3	0,6
Tolna	10	1,9
Vas	19	3,6
Veszprém	11	2,1
Zala	7	1,3
Összesen	524	100,0

Természetesen nem kell az adott településen lakni ahhoz, hogy ott dolgozhasson valaki. Távolsági korlátokkal ugyan, de az ingázás megoldható, amely az orvoshiányos települések ellátásának is működő megoldása lehet. A felmérésben rákérdeztünk

erre a lehetőségre. A rezidensek több mint kétharmada nyilatkozott úgy, hogy vállalná az ingázást (68,6%). Az ingázás mellett szerepelt kérdés arról is, vajon ha a vágyott településen nem sikerült állást kapniuk, átköltöznének-e másik településre. A válaszlehetőségek között nemcsak egyszerű igen-nem kategóriák voltak, hanem számításba vettük az esetleges támogatási lehetőségek meglétét/hiányát,⁴⁰ illetve a szakterületváltás kényszerét is (25. táblázat). A táblázat adataiból látható, hogy a válaszadók közel 40%-a hajlandó lenne költözésre, de csak akkor, ha a saját szakterületén dolgozhat tovább. További 23,1% pedig nemcsak a szakterületéhez ragaszkodna, hanem még valamilyen támogatást is igényelne ahhoz, hogy költözésre szánja magát.⁴¹ A válaszadók ugyanakkor majdnem egytizede akár szakterületváltással és támogatás nélkül is költözne, ha a munkalehetőség megszerzése ezzel jár. További 9,7% pedig akkor vállalná a szakterületváltással történő költözést, ha kap mellé valamilyen támogatást.

25. táblázat Amennyiben a megadott településen nem kapna megfelelő állást, átköltözne-e egy másik településre?

Válaszlehetőségek	N	%
Igen, akár szakterületváltással is	64	9,4
Igen, ha kapok támogatást, akár szakterületváltással is	66	9,7
Igen, de csak ezen a szakterületen	260	38,3
Igen, de csak ha kapok támogatást és a jelenlegi szakterületemen	157	23,1
Nem, másban gondolkodom	132	19,4
Összesen	524	100,0

A munkahelyválasztással kapcsolatos preferenciák eddigi vizsgálata azt mutatja, hogy a válaszadó rezidensek jelentős többsége egyetemi városokban, ezen belül is kiemelten Budapesten szeretne dolgozni. Éppen ezért a kutatás keretében azt is megvizsgáltam, hogy milyen tényezők határozzák meg azt, ha valaki nem egyetemi városban szeretne dolgozni. Ennek a kérdésnek a megválaszolásához a korábbihoz hasonló többváltozós logisztikus regresszió alapuló magyarázó modellt építettem.

⁴⁰ Ilyen kormányzati támogatási intézkedés volt például a *Mobilitás program* 2007-ben (Eke és mtsai 2007) *Mobilitás programot* az éppen átszervezés alatt álló egészségügy dolgozói számára dolgozta ki az Egészségügyi Minisztérium 2007-ben, azzal a céllal, hogy elősegítsék az országon belüli mobilitást, vagyis munkavállalást a korábbi munkahelytől távolabbi településen. A program bonyolult pályázati rendszerének és az egyszerű, nem túl magas anyagi juttatások miatt kudarcot vallott.

⁴¹ Ezekkel a kérdésekkel kapcsolatos további eredményeket a fókuszcsoporthoz interjúk fejezetben mutatok be.

Első lépésként létrehoztam egy olyan függő változót, amely mindössze azt mutatja, hogy egyetemi városban, vagy nem egyetemi városban szeretne-e a válaszadó elhelyezkedni. Eszerint az 524 rezidens 67,6%-a egyetemi városban, 32,4%-a pedig nem egyetemi városban szeretne állást kapni.

További különbség a korábbi modellhez képest az, hogy beépítettem egy olyan változót is, amely azt mutatja, hogy a válaszadó olyan városban lakott-e az egyetem megkezdése előtt, ahol működik orvosi egyetem. Ezzel jelenítettem meg az egyetemi várost, mint származási helyet azoknál, akiknél ez releváns, specifikálva az egyszerű településtípus változó magyarázatát. A modellbe ilyen módon beépített két származási települést megjelenítő változó nem okoz problémát, mivel a regresszióba bevont magyarázó változók hatásai parciálisan, tehát egymásra kontrolláltan jelennek meg.

Ezen felül a modell utolsó fázisába beépítettem a megkérdezés idején meglévő munkahely településtípusát, amely egyetemi klinika, vagy akkreditált oktató kórház lehet, mivel rezidensekről van szó.

A modell felépítése a 26. táblázatban követhető. Látható, hogy a modell már az első fázisban is szignifikáns részt magyaráz a függő változó szóródásából (az egyetem előtti lakóhely változóknak köszönhetően), a megmagyarázott hányad a Nagelkerke R-négyzet alapján több mint 20%. A származási településváltozók hatása szignifikáns, mégpedig úgy, hogy az egyetemi városból való származás jelentősen csökkenti a valószínűségét annak, hogy a válaszadó ne egyetemi városba vágyjon dolgozni, vagyis a megkérdezettek nagy valószínűséggel ragaszkodnak a szülővárosukhoz.⁴² Itt Budapest a referenciacsoport, tehát az egyes kategóriák esélyhányadosait ennek figyelembevételével kell értelmezni.⁴³ Az esélyhányadosok elemzéséből az látszik, hogy a nem Budapestről származók közül mindenki sokkal szívesebben vállalna munkát olyan városban, ahol nem működik orvosi egyetem. Az esélyhányadosok minden esetben 5 feletti valószínűséget mutatnak, külön kiemelendők az „egyéb város”-ból származók, ahol közel nyolcszoros esélyhányadost láthatunk.

Az egyetemi előtti lakóhellyel szemben, a második fázisban bevezetett „szülők iskolázottsága” változók nem bírnak szignifikáns magyarázóerővel.

⁴² Mivel nem konkrét városokat kérdeztünk, ezt biztosan nem tudjuk megmondani, de valószínűsíthető.

⁴³ Budapesthez, mint referenciacsoporthoz való eltéréseket, illetve valószínűségeket mutatja a tábla.

26. táblázat Hol szeretne állást kapni – logisztikus regressziós magyarázó modell

A modellbe bevont magyarázó változók és szignifikanciájuk	1. fázis		2. fázis		3. fázis		4. fázis		5. fázis		6. fázis	
	p	Exp(B)	p	Exp(B)	p	Exp(B)	p	Exp(B)	p	Exp(B)	p	Exp(B)
A megkérdézett kora (kor)	0,6473	0,9839	0,4617	0,9734	0,2764	0,9533	0,2371	0,9342	0,1124	0,8993	0,4267	0,9438
Egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip)	0,0732		0,1008		0,1570		0,1681		0,1657		0,7264	
Egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip(1) község)	0,0429	5,8526	0,1028	4,2857	0,0776	4,9387	0,0714	5,1227	0,0798	4,9297	0,9848	1,0188
Egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip(2) egyéb város)	0,0159	7,8399	0,0378	6,0889	0,0376	6,2257	0,0374	6,2375	0,0467	5,8249	0,7736	1,3116
Egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip(3) megyeszékhely)	0,0136	7,3885	0,0281	6,1061	0,0301	6,0356	0,0302	6,0241	0,0299	6,0771	0,6262	1,5359
A megkérdézett neme (a1)	0,9895	1,0031	0,8731	0,9626	0,6976	1,1046	0,7162	1,0982	0,6488	1,1289	0,7035	1,1142
Egyetemi városban lakott-e az egyetem előtt? (egyvaros_szarmazas)	0,0008	0,2387	0,0008	0,2194	0,0029	0,2525	0,0030	0,2538	0,0028	0,2480	0,0004	0,1781
Apa elvégzett iskolai osztályainak száma (apaiskoszt)			0,3082	0,9455	0,3656	0,9488	0,3975	0,9520	0,6091	0,9695	0,4399	0,9495
Anya elvégzett iskolai osztályainak száma (apaiskoszt)			0,4600	0,9572	0,3431	0,9426	0,3365	0,9414	0,1811	0,9162	0,5138	0,9546
Orvosi pályaválasztás "szakmai-altruista" motivációs faktor (orvos_szakmai_altruista)					0,8787	1,0217	0,8594	1,0253	0,7919	0,9617	0,9105	0,9819
Orvosi pályaválasztás "életfílus" motivációs faktor - jóvedelem, álláslehetőségek, presztizs (orvos_elefforma)					0,0105	1,4444	0,0104	1,4456	0,1793	1,2786	0,8655	1,0338
Gyermekek száma (gyerek)							0,5802	1,1567	0,4123	1,2565	0,9506	1,0191
Szakterületválasztás "életforma-kereset" motivációs faktor (eletforma)									0,2754	1,2029	0,2171	1,2486
Szakterületválasztás "szakmai érdeklődés-tudatosság" motivációs faktor (szakma)									0,3007	1,1471	0,3766	1,1301
Jelenlegi munkahely településtípusa (munkahely_teltip)											0,0000	
Jelenlegi munkahely településtípusa megyeszékhely (munkahely_teltip(3))											0,0000	18,6984
Jelenlegi munkahely településtípusa egyéb város (munkahely_teltip(2))											0,0000	5,7274
A modell szignifikanciája												
p	0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	
Nagelkerke R négyzet	0,2140		0,2310		0,2470		0,2480		0,2530		0,3472	

Megjegyzések: Független változó = Hol szeretne állást kapni? (videk_valasztasa), 0=egyetemi városban lakott-e az egyetem előtt; Nem (a1): 1=férfi, 2=nő; Az egyetem előtti lakóhely településtípusa (szarmazas_teltip): 1=község, 2=egyéb város, 3=megyeszékhely, referenciapont: Budapest; Egyetemi városban lakott-e az egyetem előtt? (egyvaros_szarmazas): 0=nem, 1=igen; Jelenlegi munkahely településtípusa (munkahely_teltip): 2=egyéb város, 3=megyeszékhely, referenciapont: Budapest. Exp(B) - esélyhányados

A modell harmadik fázisában az orvosi pályaválasztási „életstílus” motivációs ML faktora pozitív összefüggést mutat a magyarázandó változóval, vagyis akik az átlagnál magas pontszámmal rendelkeznek ezen a faktoron, az átlagnál 44%-kal nagyobb valószínűséggel választanak munkahelyüknek olyan várost, ahol nem működik orvosi egyetem.

A következő két fázisban az látható, hogy sem a szakterület-választási motivációk, sem pedig a gyermekek száma nincs szignifikáns hatással a függő változóra. A modell legutolsó fázisában ezzel szemben pontosan látszik, hogy a jelenlegi – rezidensképzés alatti – munkahely, vagyis annak településtípusa befolyásolja legnagyobb mértékben a döntést, és ez el is olvasztja az „életstílus” orvosi pályaválasztási faktor korábbi szignifikáns hatását. A megmagyarázott hányad közel 35%. Mind az egyéb városban, mind a megyeszékhelyen dolgozók többszörös valószínűséggel vállalnának munkát nem egyetemi városban.

Összefoglalóan megállapítható, hogy a vidéki származásúak szívesebben vállalnának munkát vidéken, illetve akik magasabb pontszámot mutattak az „életstílus” orvosi pályaválasztási faktoron nagyobb valószínűséggel választanak vidéki várost munkahelyül. Ezeket a hatásokat azonban messze felülmúlja a jelenlegi munkahely településtípusa.

5.3 Fókuszcsoportok eredményei

5.3.1 Szakterület-választás

A fókuszcsoportos interjúkban az orvosi szakterület-választással kapcsolatban a legfontosabb szempontnak a személyes érdeklődés mutatkozott. Ezen felül fontos szempontként merültek fel az egyes szakterületek különböző sajátosságai, akár egymásnak ellentmondó módon is. Példaként említhető a manualitás, a szakma műtétes volta, vagy éppen ennek elutasítása, egy-egy részterület speciális ismerete (szemészet), szemben azzal, hogy egy szakterület „teljesen átfogó képet ad az emberi szervezetről” (belgyógyászat, aneszteziológia), hogy a szakterület csúcstechnológiát használ (radiológia) vagy, hogy nincs közvetlen kapcsolatban a betegekkel (szintén radiológia). Az ilyen típusú szakterületi jellemzők (akár pro, akár kontra) minden egyes résztvevőnél a legfontosabb szempontok között voltak. Említésre került a szempontok között az is, hogy az egyes szakmákat milyen időbeosztásban lehet művelni, például a szemészet esetében

elhangzott, hogy járóbeteg-ellátásban jól művelhető, viszonylag kevés az ügyelet, így a könnyen beosztható munka-, és szabadidőt eredményez és természetesen fontos tényező az adott szakterületen elérhető jövedelem, az anyagi lehetőségek. Az időbeosztás ugyanakkor nem a legfontosabb szempontok között jelent meg. A válaszokból kiderül, hogy az egyes szakterületek eltérő személyiségtípust és szakmai attitűdöt követelnek meg, és a válaszokból látszik, hogy ez megjelenik a fókuszcsoportban résztvevő rezi-densek választásánál is.

„A belgyógyászat az orvoslás anyja, teljes rálátása van az egész emberi szervezetre”

„Azért akartam szemész lenni, mert bár nincs rálátása az egész szervezetre a szemet olyan szinten ismeri, ahogy semmilyen más szakma”

„Átfogó képet akartam kapni, nem akartam mondjuk kisujjszobrász lenni”

„Azért választottam a radiológiát, mert fizikailag nem bírnám a műtéti terhelést”

„Traumatológia érdekel, műtétes szakmát szeretnék”

„Mindig is vonzott a manualitás, ezért választottam műtétes pályát”

„Olyan szakterületet szerettem volna választani, ahol viszonylag nyugalmasabb életem lehet, nem kell sokat ügyelni...”

„Gyermekgyógyásznak készültem, de aztán váltottam családorvoslásra. Azért váltottam, mert függetlenebb élet, és többet lehet keresni. De még nem tettem a gyermekgyógyászatról, ki kell majd termelni az árát”

„Féltem a közvetlen emberi kapcsolatoktól, ezért lettem radiológus”

„Az életmentő beavatkozások, nem az én világom”

„Fizikai érdeklődés, csúcstechnika. Ez állt közel a fizikához, itt jött át a legtöbb a természettudomány fejlődésből.” (Radiológia)

„Szempontokat gyűjtöttem pro és kontra. Az észérvek (kardiológia, belgyógyászat átfogó), de alkalmasabb vagyok, hogy egy kis területet jobban átlássak. Olyan szakmát

akartam választani, ami mellett belefér a család, jók az anyagi és szakmai lehetőségek és így lett a szemézet.”

„Gyermekgyógyásznak készültem, de azért váltottam a családorvosra, mert függetlenebb és többet is lehet keresni. De még nem tettem le a gyermekgyógyászatról, ki kell majd termelni az árát.”

Volt néhány résztvevő, akinek nem sikerült bejutni arra a szakterületre, amit tanulni szeretett volna, de ezek a személyek vagy tervezik, hogy átlépnek a másik szakképzésbe, vagy már megbékéltek azzal a területtel, ahová sikerült bejutni, és azt szeretnék a legjobb tudásuk szerint végezni.

„Később jelentkeztem a rezidensrendszerbe, és a megmaradt helyek közül kellett választanom, ezek közül választottam az infektológiát. Jobban érdekelt volna a szülészet és a kardiológia, de örülök, hogy egyáltalán van rezidenshelyem”

„Belgyógyászat érdekelt, de oda nem vettek fel. Azért jelentkeztem reumatológiára, mert az első két éve ugyanaz, mint a belgyógyászatnak”

„Szerintem az emberek 75%-a azt csinálja, amit szeretne”

A szakterület-választáshoz és a szakmai előmenetelhez kapcsolódóan a fókuszcsoport vezérfonalában szerepelt egy olyan játék, amely arról szólt, hogy a résztvevők képzeljék el magukat, hogy hol lesznek és mit fognak csinálni 5 év múlva. Az erre a kérdésre adott válaszokban a család és gyermekvállalás mellett a legbiztosabb pont a szakvizsga megszerzése volt. Több esetben elhangzott, hogy nem orvosként fognak dolgozni, illetve nem Magyarországon, amelyet a legtöbb esetben a vizsgálat idején fennálló feltételek változatlansága esetére fogalmaztak meg a résztvevők. Ezen a ponton jól kijött az orvosi pálya bizonytalansága, amelyhez nagymértékben hozzájárul a szakorvosjelöltség alatti állásszerzés nehézsége, kiszámíthatatlansága (erről a későbbiekben még lesz szó).

„Szakvizsgát szerzek és házas ember leszek. Nem biztos, hogy itthon fogunk élni”

„Szeretnék még gyerekeket”

„A jelenlegi feltételek mellett nem biztos, hogy Magyarországon fogok dolgozni”

„Úgy gondolom, hogy orvosként nincs igazán jövőképem itthon, szóval külföldre fogunk menni”

„Vannak elképzeléseim, nem tudom mennyire tudom megvalósítani őket... Nem biztos, hogy Magyarországon szeretnék élni”

„Lesz szakvizsgám és egy újabb hierarchia aljára kerülök, nem tudom melyik országban”

„Szeretnék elmenni szülni”

„Nem tudom, mindenképpen szakvizsga, ezt végig kellene csinálni, közben gondolkodom egy PhD témán, ez nagy előrelépés lenne. A főnököm gyerekbarát. Ha jönne a gyerek ő lenne az első aki gratulálna”

Komoly problémának tartják a résztvevők a stabil, kiszámítható pályakép hiányát. A rezidensek ugyanis nem tudják azt, hogy a két rezidensi (központi gyakornok) év után, szakorvosjelöltként hol fognak dolgozni és milyen állást tölthetnek be. Központi gyakornokként ugyanis az egyetemi klinikákhoz vannak kötve, de ezen időszak letelte után nekik kell találni egy olyan intézményt, ahol szakorvosjelöltként dolgozhatnak, és ennek az intézménynek mindenképpen akkreditált oktató kórháznak kell lennie, így nem is mehetnek bárhová dolgozni.⁴⁴ Ez azt jelenti, hogy a két év letelte után fogalmuk sincs, hol fognak dolgozni, könnyen előfordulhat, hogy az ország egy egészen más régiójába vezetik őket a munkalehetőségek. Ez a bizonytalanság az, ami bár kevésbé látható, de a teljes pályájukat jellemzi. Nincsen kiszámítható pályakép, életpályamodell sem, ami azt is jelenti, hogy nem tudni előre milyen lehetőségeik vannak a szakmai előmenetelre, vagy milyen anyagi lehetőségeik várhatóak az évek múlásával. Ez a bizonytalanság pedig már önmagában is olyan hatással lehet, amely eltaszítja a pályáról a fiatalokat olyan területek felé, ahol kiszámíthatóbb életre számíthatnak.

⁴⁴ Elhangzott, hogy például a Debreceni Egyetem éppen a vizsgálat idején csökkentette az akkreditált oktatóhelyeinek számát, csökkentve ezzel a fiatalok elhelyezkedési lehetőségeit.

„Jelenleg nem olyan a helyzet, hogy a rezidensnek biztos jövőképe van.”

„2 év után el kell gondolkoznunk...”

„Teljes életpályamodell kellene. Meglegyen az egzisztenciája, ha elkezd dolgozni. Családban is legyen lehetőség megélni. Egy orvos pár egyszerűen nem tud lakást venni, nem tud gyerekeket nevelni”

5.3.2 Vidéki munkavállalási szándékok

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk kiemelt témája volt a rezidensek munkavállalási terve, ezen belül pedig a vidéki munkavállalás kérdése, illetve az ezzel kapcsolatos lehetséges ösztönzők vizsgálata. A dolgozat fő témája a vidéki munkavállalás kérdése, de ez nem különálló kérdésként jelenik meg a döntés során, hanem számos más témával összefüggő és attól el nem választható, komplex módon. A fókuszcsoporthoz tartozó keretében, tehát nem önmagában a vidéki munkavállalás kérdését vizsgáltuk, hanem ezt egy sokkal szélesebb kontextusba helyezve kutattuk, illetve mutatjuk be.

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk adatainak a feldolgozásához, értelmezéséhez fontos megemlíteni, hogy a 2007. évben meghirdetésre került az Egészségügyi Minisztérium *Mobilitás Program* kezdeményezése, amely az egészségügyi struktúra átalakításhoz kapcsolódóan támogatta az egészségügyi dolgozók munkahelyváltását. A program nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, de kontextuális aktualitásként többször előkerült a fókuszcsoporthoz tartozó megbeszélések során.

A rezidensek esetében, 2-3 fő kivételtől eltekintve, a vizsgálat idején senkinek sem volt olyan állásajánlata, ígérete, amely a szakvizsgáig biztosította volna a megfelelő munkahelyet és gyakorlatot. Gyakran pedig az ígérek is azt jelentik, hogy 3 álláshelyre van 5-6 jelentkező, tehát az sem tekinthető biztos lehetőségnek. A felvázolt körülmények miatt jellemzően mindenki arra vár, hogy mielőbb meglegyen a szakvizsgája, mert a szakvizsga megléte már komoly biztonsági tényezőt jelent.⁴⁵

„Nem gondolom, hogy van olyan ember, akinek van ajánlata”

⁴⁵ Lásd az előző alfejezet idevágó részeit is.

„Mivel dolgozom a PhD-mon ezért ajánlottak a tanszéken állást”

„A rezidensek 90%-a nem tudja mit fog csinálni egy év múlva... Így nem lehet tervezni”

„Ígéretféle van, 4 rezidensből 2 embert felvonnának a klinikára. De jelenleg átszervezések folynak, tehát nem biztos, hogy meglesz a munkahelyem”

Komoly kérdés a fiatal orvosok esetében, hogy milyen szempontok alapján választanának munkahelyet. Ez a szakorvosképzés után jelent tényleges választási helyzetet, mert addig korlátozottak a lehetőségeik. A szakvizsga előtti szakaszban sokkal inkább az intézmények válogatnak az orvosok között és nem fordítva.

A válaszadók közül mindenki vagy egyetemi klinikán vagy más, a progresszív ellátás magas szintjén lévő kórházban szeretne dolgozni. Ez a jelenség pontosan látható a kérdőíves felmérésből is, ahol a válaszadók igen kis része tervezett kisebb településeken munkát vállalni. A fiatal doktorok a következő szempontok alapján választanának munkahelyet: fizetés, szakmai színvonal, munkakörülmények, ügyeleti leterheltség, nagyobb település, és természetesen fontos a jó szakmai közösség is.

„Nagyobb intézményben magasabb a szakmai színvonal”

„Naponta olyan esetekkel találkozhatok, ami egy kis kórházban igen ritka”

„Az én szakmámban igen fontos a műszerezettség”

„Megfelelő felszerelés nélkül nem tudom a munkámat végezni”

„Az a legrosszabb, ha tudom mit kellene csinálni, de nincs hozzá eszközöm”

„Szakmailag jó kórházba szeretnék menni”

„Mindenképpen Budapesten vagy Szegeden szeretnék dolgozni”

„Fehérváron szeretnék dolgozni. Lokálpatrióta vagyok, de az elég jó kórház és adottak a szakmai körülmények”

„Tatabányán szeretnék dolgozni, közepes méretű osztály, és adottak a szakmai feltételek”

A szakmai színvonal, a jól felkészült kollégák mellett az intézmények felszereltségét is jelenti. Többen konkrét példákat is mondtak arra, hogy jelenleg el tudnak látni bizonyos eseteket, de a megszokott műszerek hiányában ez nem lenne lehetséges, és fontosnak tartják, hogy minden esetet a legjobb tudásuknak megfelelően lássanak el. Ez a vidéki kórházak elavult eszközeivel sokszor nem lehetséges. Az ellátási hierarchiában magasabb szinten álló intézmények nemcsak műszerezettségben nyújtanak többet a vidéki kiskórházaknál. A rezidensek vágnak arra, hogy komolyabb eseteket láthassanak el. Ezek az esetek pedig szükségképpen a magasabb ellátási szintű intézményekben vannak magasabb számban, ugyanis a progresszív ellátás elvének megfelelően kisebb kórházakból azonnal továbbküldik az olyan betegeket, akiket nem tudnak a megfelelő színvonalon ellátni, így kisebb intézményben nem találkozhatnak olyan, számukra szakmailag érdekes esetekkel, amelyek egy nagyobb kórházban szinte mindennaposak. Ez összefügg a szakmai fejlődési lehetőségekkel is, ugyanis többen beszámoltak arról, hogy a vidéki kisebb intézmények a felvázolt okok miatt nem biztosítják a megfelelő szakmai fejlődést, amelyre a fiatal orvosoknak természetes igényük van. Ehhez kapcsolódik, hogy minden csoportban egyetértés alakult ki azzal kapcsolatban, hogy bár a klinikákon valóban jobb a „beteganyag”, de nem minden esetben engedik oda a fiatalokat a különösen nehéz vagy érdekes esetekhez. A kisebb kórházakban ezzel szemben ritkábban vannak ugyan ilyen esetek, ott viszont sokkal könnyebben szabad kezet kapnak egy-egy ilyen eset ellátásához. Ezen tényezők mellett is többen úgy látják, hogy a kiskórházaknak bizonytalan a jövőjük.

„A jelenlegi rendszerben a kis kórházaknak jövője bizonytalan, márpedig a kiszámítható jövő fontos”

A magyar egészségügy fekvőbeteg-ellátás centrikussága pontosan érzékelhető a rezidensek terveit alapján is, ugyanis a résztvevők többsége kórházban szeretne dolgozni. Néhány szakterület esetében a járó-, és a fekvőbeteg ellátás nem jelent különbsé-

get (pl. radiológia). Akik a járóbeteg ellátásban szeretnének dolgozni, nem a járóbeteg rendelés adta szakmai fejlődési lehetőségekkel indokolták ezt, hanem ezen ellátási forma által biztosított kényelmesebb, kiszámíthatóbb étellel és az esetleges magánpraxis lehetőségével. Jellemző, hogy járóbeteg rendelést sokkal nagyobb arányban választják a nők, mint a férfiak, amely összefügg a nők anya-, és háziasszony szerepével. Ez egy járóbeteg rendelés mellett ténylegesen ellátható, amíg egy kórházi állás esetén külső – akár intézményes – segítség nélkül megoldhatatlan. Ugyanakkor a kórházi munkát változatosabbnak ítélték a résztvevő rezidensek, illetve felhívták a figyelmet arra, hogy mind szakmailag mind jogilag nagyobb védetség alatt dolgozhatnak.

„Járóbeteg-rendelést lehet a család mellett csinálni. Kevesebb ügyelet, és nincsenek olyan rázós dolgok, és azokat is tovább lehet küldeni”

„Később család mellett járóbeteg szeretnék csinálni, addig izgalmasabb a fekvőbeteg ellátás”

„Kórházban több lehetőségem van, többet tudok segíteni, jobban le is vagy védve. Kell a változatosság, 70-80% új eset új kihívás, sokszínű. Kórházban nem fásulsz el.

Ide tartozik a munkakörülmények és a munkaterhelés kérdése is. Jelenleg a rezidensek rengeteget ügyelnek. Éppen ezért a rezidensek számára fontos az, hogy ne kelljen annyit ügyelniük, amely meghaladja a törvényben meghatározott korlátot, illetve a kiemelkedően sok ügyeletet többen csak kiemelkedően magas anyagi juttatásért cserébe vállalnák el szívesen.

„Sok pénzért hajlandó lennék éjjel-nappal dolgozni”

A munkavállalási kérdésekhez szorosan kapcsolódik a költözés, illetve az ingázás kérdése is. Ahhoz ugyanis, hogy távolabbi helyre elmenjenek dolgozni költözni, esetleg ingázni kell. A megkérdezett rezidensek fele mondta azt, hogy megfelelő körülmények és támogatás mellett vállalnának költözést (néhányan megfelelő szakmai színvonalú helyre akár támogatás nélkül is mennének), az ingázást viszont már lényegesen kevesebben támogatták. Ez a támogatás szélesebb kört jelent, mint amelyet a *Mobilitás*

program nyújtott. A rezidensek szolgálati lakásról, esetleg kedvezményes lakásvásárlási lehetőségről, házastárs munkalehetőségéről és a gyermekek megfelelő elhelyezéséről (intézeti óvoda, iskola) beszéltek. Itt is kiemelt szerepet kapott a lényegesen magasabb fizetés, ugyanis jónéhány résztvevő kijelentette, hogy háromszoros-ötszörös fizetésért akár bármilyen egyéb támogatás nélkül is elköltözne távolabbi helyekre. Ugyanakkor a rezidensek felhívták a figyelmet arra, hogy a mai magyar lakásviszonyok erősen röghöz kötik az embereket, ugyanis ha bárhol vesz egy lakást és elkezd törleszteni a hitelt, akkor onnan több évig nem tud elmozdulni, vagyis komoly szerepe lenne a tervezhető jövőnek.

„A Mobilitás programban nemcsak az összegek voltak megalázóak, hanem az is, hogy egyszeri összeg után otthagyták az embert”

„Fontos lenne a kedvezményes lakáshitel, vagy szolgálati lakás”

„4-5-szörös fizetésért elmennék bárhova”

„Ha a páromnak is van munkája, és adottak a feltételek, akkor szívesen költöznénk”

„Ha elkezdünk törleszteni egy lakást, akkor onnantól kezdve nem mozdulhatunk”

„Szakvizsgáig csak akkreditált helyen dolgozhatunk, így elég nehéz vonzóvá tenni egy kisebb várost”

„Fizetésen kívül fontos, hogy olyan körülmények legyenek, hogy ne kelljen törvényt szegni. Pénz miatt ilyen kompromisszumot nem kötnék”

Az ingázás kérdése is jelentősen megosztotta a társaságot. Többen említették, hogy rengeteg időt elvesz, azonban azok, akik gyermekkorukban is ingáztak nem idegenkednek ettől annyira. Csak olyan távolságokról lehet szó, amely napi szinten megtehető, és akik vállalnának ingázást azok nagy része is csak korlátozott ideig, 2-5 évig.

„Ingáztam középiskolás korom óta és mindent meg tudtunk oldani. Nagyvárosban is sokat kell utazni. Ebben az országban nincsenek távolságok, és sok hely van, ahol elérhető minden.”

„Az a távolság, amit napi ingázással el lehet érni, belefér”

„Nem ingáznék, mert rengeteg időt elvesz”

A munkavállalási tervek között nem szerepelt direkt kérdésként, mégis több csoportban felmerült szempontként a magánpraxis lehetősége, vagy kizárólag egy magánpraxison alapuló vállalkozás létrehozása. Az egyik szemész rezidens orvosnő azt mondta, hogy ha az állam nem teremti meg számára a szükséges munkakörülményeket, akkor amint teheti elmegy magánpraxisba, ahol saját szájíze szerint oszthatja be a munkaidejét és lehetőséget kap a megfelelő munkakörülmények megteremtésére.

Költözés és lakóhely szempontjából erős egyetértés volt tapasztalható a tekintetben, hogy szinte mindenki nagyobb, központi szerepű városban szeretne lakni. Ez a megfelelő munkahely, illetve munkalehetőségek mellett az életforma szempontjából is fontos. A rezidensek komolyan ragaszkodnak a nagyvárosi életformához, amelyet – származástól függetlenül – megszoktak az orvosi egyetemi évek alatt. A nagyvárosi élet a kulturális, illetve egyéb infrastrukturális lehetőségeket is jelenti (magas színvonalú iskolák, színházak, stb), például a továbbképzési programok közelségét is. Mivel többen családdal tervezik a jövőjüket, ezért fontos, hogy a család számára is adottak legyenek azok a lehetőségek, amelyek megalapozzák a megfelelő családi életet és a gyermekek jövőjét, és ezzel kapcsolatban felmerült a magas színvonalú iskolák és egyéb kulturális lehetőségek megléte is. Mindez erősíti azt a beállítódást, hogy a rezidensek elsősorban többsége nem vágyik arra, hogy kisebb településekre költözzön dolgozni.

„Én szeretnék villamossal színházba járni”

„Nem fogok kiszúrni a gyerekekemmel. A nagyvárosokban van jó iskola, és jó helyre szeretném járatni”

„Nekem Budapest kényelmes, szeretem, minden hozzáférhető. Lenne lehetőség, teljes egzisztencia, lakás, megélhetés attól sem zárkóznék el vidéken...”

„Ebben az országban nincsenek nagy távolságok. Én Budapest párti lennék, vidék következő kör lenne”

„Gyerek miatt fontos, hogy nagyváros, vagy közvetlen közelében”

„Ha gyereked lesz és vidéken laksz, kétszer is meggondolod, hogy elmenj-e színházba”

„Az ember a nagyvárosban megszokja, hogy minden elérhető, és az orvosi egyetemet megszokja... Utána nehezebben költözik ki”

Szorosan kapcsolódik a vidékre költözéshez az az elhangzott vélekedés, amely szerint a centrumokból vidékre vándorolni egyirányú utca, ugyanis egy vidéki lakó-, vagy munkahelyről később sokkal nehezebb újra integrálódni a nagyvárosba, mint fordítva. Ugyanakkor többen, köztük fővárosi származásúak is szívesen költöznének el a nagyvárosból. Tehát néhány ember számára nemcsak a kisebb települések a taszítóak, hanem a főváros forgataga is.

„Olyat már hallottunk, hogy valaki városból megy vidékre, de fordítva még nem”

„Nem szeretnék Budapesten dolgozni, túl sok ember, túl nagy...”

A földrajzi mobilitás gyakran együtt jár a szakterület változásával is. Feltettük azt a kérdést, hogy vállalnának-e szakterületváltást, vagyis azt, hogy megszereznek egy új szakvizsgát, ha a munkalehetőségek ezt megkívánják. A résztvevők kisebb része esetében ez csak legvégső megoldás lehet (megfelelő ösztönzőkkel), másoknál pedig ez egyenesen szükséges, mivel az adott szakterületen szükséges további, ráépített szakvizsgát szerezni, ez azonban nem minősül szakterületváltásnak. A résztvevők kisebb része szívesen vállalná a szakterületváltást megfelelő ösztönzők és kiszámítható, hosszútávú biztonság mellett.

„Legvégső esetben”

„kényszerhelyzetben”

„Szükséges is egy másik szakvizsgát letenni, a belgyógyászat önmagában kevés”

Felmerült az a kérdés is, hogy van-e olyan nem kívánt régió, ahova még ösztönzők segítségével sem mennének lakni és dolgozni. Itt a korábban említett főváros mellett teljes egyetértést tapasztaltunk Borsod és Szabolcs megye tekintetében. A rezidensek ezzel kapcsolatban azt emelték ki, hogy nem adott a biztonságos munkahely, itt félnének ugyanis leginkább attól, hogy megfenyegetnék, megvernék őket. A vidéki csoportokban többen említették, hogy nem szeretnék Budapestre költözni, mert az a város már túlságosan nagy és nem emberléptékű, de Budapest környéke, Pest megye számukra is elfogadható lenne. Két résztvevő említette az Alföld tájegységét, de nem indokolta meg miért nem menne az Alföldre.

„Ennél keletebbre nem mennék” (Debrecen)

„Borsod megyébe semmiképpen nem mennék, mert nem biztonságos, hallottam, hogy megfenyegetik az orvosokat...”

„Alföldre nem mennék a tanyavilág miatt”

„Borsodba nem mennék... Sem fizetések, sem infrastrukturális szempontból nem jó”

Kiemelkedő szakmai lehetőségek esetében az egyik résztvevő bárhova elmentene:

„Ha kapnék lehetőséget arra, hogy kiépítsek egy centrumot akkor mennék... minden a gazdaságtól függ. Egy jó logisztika tetejére szívesen elmennék akár Borsodba is.”

Az látható tehát, hogy az orvosok azokra a területekre mennének, ahol jelenleg nincs orvoshiány, az orvoshiányos területekre pedig vagy komoly ösztönzőkkel, vagy azzal sem lehetne elcsábítani az orvosokat. A lehetséges ösztönzőket ebben a kérdésben is feltártuk. A legfőbb ösztönző ebben az esetben is a pénz, a lényegesen magasabb elérhető jövedelem. Természetesen az anyagiak nemcsak a lényegesen magasabb jövedelmet jelentik, hanem az olyan jellegű támogatásokat, mint például a kedvezményes lakásvásárlási lehetőségek, vagy a továbbképzés támogatása. Ezek nem a tényleges fizetésben megjelenő összegek, de mégis komoly anyagi ráfordítást igényelnek. A fizetésen kívül néhányan az alacsonyabb ügyeleti munkamennyiséget említették, de alapvetően

minden csoportban egyetértés mutatkozott abban a tekintetben, hogy ez ügyben csak a pénz lehet az igazán hatékony ösztönző. Konkrét összegek nem hangzottak el, mindössze annyi, hogy a jelenlegi fizetésük 3-5-szöröséért már szívesen mozdulnának, akár távolabbi településre is. Azokban a csoportokban, ahol ismerték a *Mobilitás programot*, ott rámutattak a program egyszeri anyagi támogatásának elégtelenségére. A pénzbeli ösztönző, mint látható volt korábban, önmagában nem elegendő, biztosítani kell a megfelelő életkörülményeket is, mint például szolgálati lakás, munkalehetőség a házastársnak vagy megfelelő színvonalú iskola.

A fókuszcsoportok keretében felmértük azt is, hogy visszamennének-e arra a területre, ahol felnőttek, és a válaszok szinte megegyeznek a korábban leírtakkal. Megfelelő feltételekkel, élet és munkakörülményekkel a csoportok egy része mozdítható lenne. Néhálynak közülük csak végszükség esetén jöhet ez szóba, mert azokon a településeken az ellátásnak csak alacsonyabb szintje működik. Ez a rezidensek többsége számára pedig nem vonzó. Ide kapcsolódnak az infrastrukturális viszonyok is, amely szintén taszító erő lehet, még egy nagyobb város esetén is.

„Pécsi vagyok, de nem mennék vissza, mert kiesik mindentől”

„Pápai vagyok, de nem mennék oda, mert kiskórház és az úthálózat is elég rossz”

6. MEGBESZÉLÉS

A megbeszélés fejezetben összegzem a kutatási eredményeket, és összevetem azokat a kutatási hipotézisekkel, illetve a hivatkozott szakirodalommal, figyelembe véve a témák eddigi sorrendjét. Először tehát a vizsgálat orvosi szakterület-választásra vonatkozó eredményeit összegzem a felállított hipotéziseknek megfelelően, majd a munkahelyválasztási, vidéki munkavállalási eredmények megbeszélése következik.

A kutatási eredmények összegzése és megbeszélése során az eddig kialakult gyakorlat szerint az egyszerűbb eredményektől haladok az összetettebb eredmények felé azzal a különbséggel, hogy a különböző kutatási módszerekkel gyűjtött, feldolgozott és elemzett adatokat tematikusan szintetizálom. Ennek során a kutatás eredményét összevetem a hivatkozott releváns szakirodalmi forrásokkal, és bemutatom, hogy mely tanulmányoknak megfelelőek az eredményeim, illetve mely szerzőkkel jutottam ellentétes eredményre. Töreksem annak megbeszélésére is, hogy az esetleges eltérések vélhetően minek tulajdoníthatók. Disszertációm vizsgálata a korábban felsorolt kutatási irányzatok közül ahhoz a vonulathoz áll a legközelebb, amely az életstílus jelentőségét vizsgálja az orvosi szakterület-választás során. Elsősorban tehát ezen kutatási irányzathoz tartozó tanulmányokkal vetem össze az eredményeimet, a többi kutatási irányzatra pedig csak olyan mértékig reflektálok, amennyiben ez releváns a vizsgálatom eredményei szempontjából.

6.1 Szakterület-választás

Az orvosi szakterület-választás motivációinak kutatása során azt a hipotézist vizsgáltam meg, amely szerint az orvosi szakterület választásakor a szintiszta szakmai érdeklődés mellett a magyar rezidensek körében is megjelenik más, nem szakmai, hanem életstílus jellegű tényezők befolyása is, illetve, hogy ezek finomhangolásával esetleg befolyásolhatóak a szakterület-választási irányultságok.

Vizsgálatom során az életstílus tényezők fontosságát hangsúlyozó szakirodalmi kutatási irányzat egyik amerikai alaptanulmányának megfelelően (Schwartz és mtsai. 1990) két csoportba osztottam az orvosi szakterületeket aszerint a szempont szerint, hogy az adott szakterület kontrollálható (*Controllable Lifestyle*, CL) vagy nem kontrollálható (*Non-Controllable Lifestyle*, NCL) életstílust tesz lehetővé, elsősorban a munkaidő és a szabadidő mértékének és megosztásának tervezhetőségéből, illetve nem tervez-

hetőségéből eredően. Ahogy korábban jeleztem, a Schwartz és szerzőtársai által publikált szakterület beosztás egy az egyben történő átvétele néhány szakterület esetében vitatható (Schwartz és mtsai. 1990), azonban magyarországi szakértők megkérdezése után, megfelelő konszenzus hiányában, nem tartottam indokoltnak az eredeti osztályozás megváltoztatását. Ettől függetlenül magának a csoportosításnak a magyarországi adaptációja kutatási szempontból nyitott kérdés maradt, amelyet érdemes más kutatások keretében tovább vizsgálni, mert egy esetleges módosítás hatással lehet az itt bemutatott kutatási eredményekre is.

Eredményeim között legelőször a szakterület-választás egyes tényezőire rákérdező, skála típusú kérdések egyszerű átlagértékeit mutattam be. Itt látszik, hogy a szakterület-választás legfőbb motivációi szakmai jellegűek, úgymint a személyes érdeklődés, a szakmai kihívások és a betegekkel való kapcsolat. Pontosan ennek megfelelő eredményt produkáltak a fókuszcsoporthoz tartozó interjúk is. Vagyis a szakmai érdeklődés a legmeghatározóbb szerepet játssza a szakterület-választással kapcsolatos döntésben. Ezek az eredmények egészen pontosan megfelelnek azoknak a hivatkozott tanulmányoknak, amelyek hasonló egyszerű módszerekkel vizsgálták a szakterület-választást. Ennek kapcsán két külföldi (Khater-Menassa és Major 2005; Avgerinos és mtsai. 2006), és két magyar tanulmányt emeltem ki (Szényei és mtsai. 2010; Girasek és mtsai. 2011) a szakirodalmi áttekintés fejezetben.

A hipotézisem igazolása szempontjából ugyanakkor említésre méltó eredmény, hogy a szakterülettel járó életstílus, közvetlenül az első három helyre rangsorolt tényező után, a negyedik helyet foglalja el a rezidensek által a kérdőíves megkérdezés keretében felállított fontossági sorrendben. Ugyan a fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések során az életstílus szintén csak a szakmai jellegű motivációs tényezők után, a szakterület-választást kevésbé markánsan meghatározó tényezőként került említésre, vitathatatlan, hogy ott szerepel a döntést befolyásoló tényezők között.

Meglepő eredményt hozott ugyanakkor a jövedelmi helyzetet meghatározó tényezők rangsorolása a kérdőíves felmérésben. Mind a hálapénz (14. hely), mind pedig a fizetés (12. hely) a legkevésbé fontosnak tartott, utolsó három tényező közé került. Ez ellentmond a gazdasági tényezőknek kitüntetett szerepet tulajdonító kutatási irányzat több tanulmányának. Az eredmények alapján tehát semmiképpen nem lehet azt mondani, hogy a fiatal orvosok szakterület-választáskor tisztán a jövedelemkülönbségekre rea-

gálnak, ahogy azt Gagné és Léger gondolja (Gagné és Léger 2005). A dolgozat eredményei sokkal inkább megfelelnek Kassebaum és Szenas megállapításainak (Kassebaum és Szenas 1994), akik azt állítják, hogy bár az egyes szakterületek között lehetnek szignifikáns jövedelmi különbségek, amelyek akár befolyásolhatják is a döntést, de összességében a jövedelmi különbségek nincsenek erős hatással a szakterület-választásra. Jelentősen árnyalják ugyanakkor ezt a képet a fókuszcsoportos megbeszélések adatai, amelyek során a jövedelmi helyzettel kapcsolatos megfontolások többször is előkerültek. Különösen érdekes, hogy a munkahelyváltással együtt járó, kényszerű szakterület-váltás elfogadásának egyik leghangsúlyosabb motiváló tényezőjeként a fizetés megsokszorozását említették a fókuszcsoportok résztvevői. A kvantitatív és kvalitatív kutatási módszerrel gyűjtött adatok ezen inkonzisztenciájának egyik oka lehet az a régóta ismert jelenség, hogy kérdőíves vizsgálat során, szenzitív témával kapcsolatos kérdésekre a válaszadók nem feltétlenül a valós véleményük, hanem a társadalmi elvárások szerint felelnek (Rosenberg 1969). A hálapénz kapcsán ez a jelenség Magyarországon is kimutatásra került (Gaál 2004). Ilyen esetekben az inkonzisztencia felismerésére és feltárására kvalitatív módszerek alkalmazása jön szóba, amely jelen esetben a fókuszcsoportos interjú volt. A csoportdinamika hatására a résztvevők inkább ki merik mondani a saját (valós) motivációikat, mivel a jelenlévők azonos élethelyzetet élnek át, így az adott élethelyzettel kapcsolatos társadalmi elvárást elnyomja a csoportban észlelt közös élethelyzet és gondolkodás hatása (Rosenberg 1969).

A következő lépésben az említett szakterület-választási motivációs tényezők átlagát a meghatározott szakterülettípusokra bontva láthatóvá vált a két szakterülettípus (CL, NCL) közötti eltérő motivációs mintázat. Az érdeklődést (1), a hálapénzt (14), a családi hatást (13), társadalmi megbecsültséget (8), valamint a betegekkel való kapcsolatot (3) szignifikánsan magasabbra értékelték, az „így alakult” (11), a „külföldi munkalehetőségek” (9) és az „innováció, fejlesztési lehetőségek” (5) tényezőket pedig szignifikánsan alacsonyabbra értékelték azok, akik NCL területen végezték a rezidensképzésüket. Ez a jelenség kismértékben a fókuszcsoportos interjúkban is megjelent, bár kevésbé explicit módon. A két csoport közötti motivációs különbség összefügghet azzal a tendenciával, hogy az életstílus egyre nagyobb szerepet játszik a szakterület-választásban. A két csoport motivációs átlagait megvizsgálva látható az a jelenség, amelyet Newton és munkatársainak tanulmányában is olvashatunk, nevezetesen az, hogy

azokról a szakmákról, amelyek nem életstílus-barátok, azt gondolják a válaszadók, hogy magasabb jövedelemmel járnak (Newton és mtsai. 2005). Ez a jelen elemzésben nem a jövedelemmel – mivel a jövedelem esetében nincs szignifikáns különbség – hanem a hálapénzzel fogható meg, illetve a társadalmi megbecsültség (presztízs) fontosságát is szignifikánsan magasabbnak értékelték a nem életstílus-barát szakmát választók.

A kérdőívben szereplő szakterület-választási változók elemzése során, faktoranalízis segítségével, két komplex motivációs faktort sikerült azonosítanom, amelyek a két legfőbb motivációs irányt mutatják meg: az egyik az „életforma-kereset”, a másik pedig „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktora. A faktorok változó-összetétele önmagában is érdekes kutatási eredménnyel szolgált. A szakirodalomban publikált tanulmányokból összeálló markáns kutatási irányzatok közül a gazdasági és az életstílus tényezők fontosságát hangsúlyozók ugyanis koncepcionálisan átfedik egymást, éppen a munkaidő-szabadidő beosztása, mint tényező besorolásának tekintetében. A szakirodalom kritikai értékelése során a tisztázás érdekében javasoltam a munkaidő-szabadidőhöz kötődő életstílus tényező önálló kategóriaként kezelését, elválasztva azt az egyéb gazdasági tényezőktől (jövedelem, felelősségvállalás). A faktoranalízis eredményei kutatásban ugyanakkor mégis azt mutatták, hogy ezek a tényezők egymással szorosan összefüggnek.

A szakterület-választási motivációs skála változóiból faktoranalízis segítségével elkülönített két látens motivációs tényező, meglehetősen hasonlít a Schwartz és társai által jegyzett tanulmány faktoranalízisének eredményéhez (Schwartz és mtsai. 1990). Az idézett tanulmány szerzői három faktort tudtak elkülöníteni. Az első az életstílus tényezőket, a második a szakmai érdeklődést és gyakorlatorientáltságot, míg a harmadik az altruisztikus attitűdöt jeleníti meg. Jelen vizsgálatban a motivációs tényezők két olyan faktoron álltak össze, amelyek megfelelnek az említett tanulmány első két faktorának.

A következő lépésben dinamikus, lineáris regresszió alapuló modellek segítségével tártam fel ezen motivációs faktorok hátterét. Az első többváltozós magyarázó modellel az „életforma-kereset” faktor szóródását igyekszem magyarázni. Érdekes ugyanis megvizsgálni, hogy az egyik vagy másik szakterület-választást meghatározó faktor jelentősége milyen tényezők mentén növekszik, illetve csökken. Itt megállapítást nyert, hogy a nők esetében kevésbé fontos az „életforma-kereset” mint szakterület-

választási motivációs faktor. Igaz, az orvosi pályaválasztást meghatározó motivációs változók belépésével ez csökken, tehát a válaszadók neme közvetíti ezen motivációs változók hatását. Kiemelendő eredmény továbbá az orvosi pályaválasztástól kezdődően konzisztens gondolkodás az életforma fontosságát illetően. Ezen felül kisebb súllyal, de szerepet játszik a „szakmai-altruista” orvosi pályaválasztási faktor is a későbbi életforma fontosságát megjelenítő szakterület-választási faktor befolyásában.

A témában megjelent tanulmányok azt hangsúlyozzák, hogy növekszik az életstílus befolyásoló ereje, ezt pedig többféle összefüggésben is bemutatják (Bland és Isaacs 2002; Dorsey és mtsai. 2003; Lind és Cendan 2003; Lambert és Holmboe 2005; Newton és mtsai. 2005). A dolgozatban olvasható modellben is, közvetett módon ugyan, de nyomon követhető tehát ez a jelenség mégpedig úgy, hogy rendkívül konzisztens módon, már az orvosi pályaválasztástól kezdve meghatározó jelentőségű, amely nyilván összefügg a magyarországi egészségügyi emberi erőforrás helyzettel és a jelenkor társadalmi változásaival (Molnár és mtsai. 2008; Girasek és mtsai. 2011). Ez az eredmény további igazolást ad a disszertációban megfogalmazott hipotézisnek.

A dolgozat nem és életstílus összefüggésének váratlan eredményei ugyanakkor nem igazolják vissza azokat a szakirodalmi megállapításokat, amelyek azt állítják, hogy a nők esetében egyre fontosabbá válik az életstílus, mint szakterület-választást meghatározó tényező. A kutatásom szerint a nők esetében hangsúlyosabb az altruizmus, mint orvosi pályaválasztási motiváció, tehát, a hivatkozott tanulmány eredményeinek (Dorsey és mtsai. 2005) részben ellentmondóan, éppen az látható, hogy a nők esetében nem válik egyre fontosabbá az életforma, mint szakterület-választási motiváció. Ez valószínűleg a tradicionális női szereppel magyarázható.

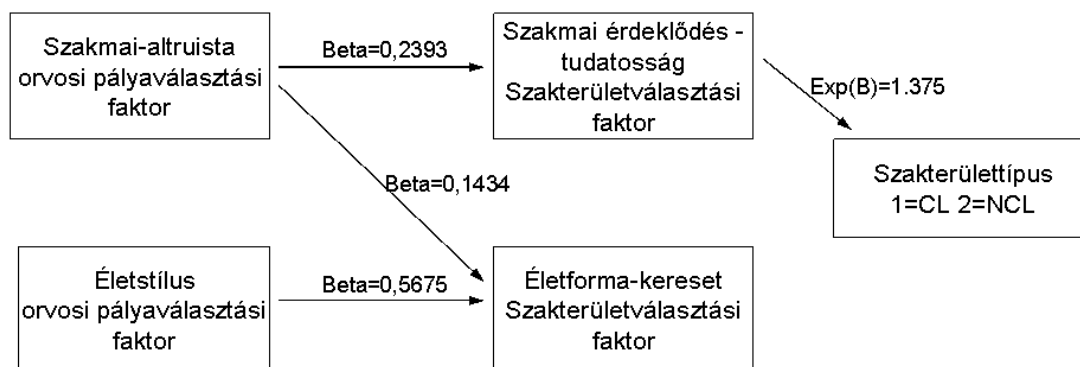
A disszertáció szakterület-választás eredményeit taglaló fejezetének második magyarázó modellje a „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor magyarázatát kísérli meg. Itt a modell magyarázóereje lényegesen gyengébb, mint az előzőé volt. Egyedül az orvosi pályaválasztás „szakmai-altruista motivációja”, amely szignifikáns magyarázóerővel bír a modellben. Ez arra utal, hogy a szakmai érdeklődés tekintetében is konzisztens motivációs folyamatról beszélhetünk, és megjelenik, hasonlóan Schwartz és munkatársai tanulmányához (Schwartz és mtsai. 1990), az altruizmus szerepe is, igaz nem önálló faktorként, hanem az orvosi pályaválasztás kapcsán mért tényezőként.

A szakterület-választás utolsó magyarázó modellje a szakterülettípusok közötti választást igyekszik megmagyarázni logisztikus regressziós modell segítségével. Ennek keretében, Schwartz és munkatársai tanulmányához hasonlóan én is megvizsgáltam, hogy az egyes faktorok milyen szerepet játszanak a két szakterülettípus (CL, NCL) választásakor. Eredményeim némileg ellentmondanak a tanulmány azon eredményeinek, amely szerint a CL területet választóknál magasabb a szakmai érdeklődés faktor fontossága (Schwartz és mtsai. 1990). Elemzésemben az látszik, hogy az NCL szakterületet választóknál erősebb a „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor fontossága, míg az életstílus faktorban nincs különbség a két szakterülettípus között. Az eltérésnek több oka lehet. Egyrészt a jelen vizsgálat több évvel az idézett munka után született, másrészt nem azonos változószettből, más faktorstruktúra jött létre, és nem szabad elfeledkezni a két vizsgálat földrajzi különbségéről sem.

Bár több tanulmány (Schwartz és mtsai. 1990; Bland és Isaacs 2002; Dorsey és mtsai. 2005; Lambert és Holmboe 2005; Newton és mtsai. 2005; Hogg és mtsai. 2008) bemutatja az életstílus tényezők növekvő hatását a szakterület-választásban, kutatásomnak ebből a részéből ez nem látszik. A „szakmai érdeklődés-tudatosság” szakterület-választási faktor szignifikáns befolyása az NCL szakterületek választásra azt mutatja, hogy ilyen szakterületet azok a fiatal orvosok választanak, akik igazán érdeklődnek az adott szakterület iránt és igyekeznek tudatosan felépíteni karrierjüket, kevésbé törődve a választott munka életstílusával.

Itt kell újra megemlíteni az irodalmi áttekintésben olvasható szakterület-választás előrejelzésére kidolgozott predikciós modelleket (Newton és mtsai. 1998) (Ward és mtsai. 2004; Lambert és mtsai. 2006; Lefevre és mtsai. 2010). Elsőként Lefevre és munkatársai által jegyzett cikket emelném ki, akik azt mutatták ki, hogy a nem (*gender*) hatása volt a legerősebb egy-egy szakterület választásában vagy nem választásában (Lefevre és mtsai. 2010). Hasonló az eredménye Lambert és munkatársai tanulmányának is (Lambert és mtsai. 2006). Mivel a jelen dolgozatban bemutatott modell nem az egyes szakterületek választását próbálja magyarázni, hanem a felállított két szakterülettípus (CL, NCL) közötti választást, ezért természetesen nem lehet olyan részletes, mint az idézett tanulmányok modelljei. Az azonban látszik, hogy a magyarországi adatokon, a jelen változószettel nem lehetséges kimutatni azokat az összefüggéseket, amelyeket az idézett tanulmányok megállapítottak a szocio-demográfiai változók és

a szakterület-választás között. Esetünkben még a nem hatása sem szignifikáns, mindössze a „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor az egyetlen, amely befolyásolni látszik a szakterülettípus választását. A modell ettől függetlenül mindenképpen tanulságos, mivel bemutatja, hogy számos tényező valójában nincs szignifikáns hatással erre a jelenségre.



3. ábra Az egyes motivációs tényezők és a szakterület-választás összefüggéseit összefoglaló ábra a kérdőíves kutatás adatainak faktoranalízisére, illetve lineáris és logisztikus regressziós modellekre építve

Összefoglalóan tehát azt lehet mondani, hogy az egyes motivációs tényezők szépen elkülönültek szakmai és életstílus típusú motivációs faktorokra. A kérdőíves vizsgálatban az életstílus szerepét a 14 vizsgált tényező közül a negyedik legfontosabbként rangsorolták a rezidensek, és ezt a fókuszcsoportos beszélgetések is megerősítették. A magyarázó modellek eredményeiből megállapítható, hogy az „életforma-kereset” motivációs faktor értéke alacsonyabb a nőknél; erős összefüggés tapasztalható az orvosi pályaválasztási „életstílus” motivációs faktoral, és megjelenik az orvosi pályaválasztási „szakmai-altruista” motivációs faktoral való összefüggés is. A „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor magyarázatánál egy kevésbé összetett jelenséget tapasztaltunk, itt mindössze az orvosi pályaválasztás „szakmai-altruista” motivációs faktoral való konzisztenciáját láttuk. A szakterülettípus választás magyarázó modelljéből pedig tudjuk, hogy az „életforma-kereset” motivációs faktor tekintetében nincs szignifikáns különbség az egyes szakterületeken dolgozó rezidensek között, ugyanakkor a „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor befolyása az NCL szakterületek választására kimutatható. A szakterület-választás során tehát fontos szerepet játszik a várható életstílus, azonban, ha

a fiatal orvosoknál elég erős szerepet játszik a szakmai érdeklődés-tudatosság motiváció, akkor ez képes felülmúlni az életforma fontosságát a szakterület-választás során. Az egyes motivációs tényezők egymásra gyakorolt hatását mutatja be a 3. ábra. Összefoglalóan megfogalmazható tehát, hogy magyarországi adatokon is igazolható az – észlelt – életstílus befolyása a szakterület-választásra.

A kvantitatív eredményeket jól kiegészítik a fókuszcsoporthoz bemutatott eredményei is, vagyis a szakterület-választás során fontos szerepe van a szakterületekhez kapcsolódó életstílusnak és egyéb, nem szakmai természetű tényezőknek is (munka természete, időbeosztása, jövedelem).

Végezetül fontos megemlíteni azt is, hogy a szakirodalmi áttekintésben több olyan munkát mutattam be, amelyek eredményeit nem lehetséges a saját kvantitatív eredményeimmel összevetni, ugyanis a kérdőíves felmérésben nem vizsgáltam a szakterület-választással kapcsolatos döntés időfaktorát, az alapellátás választásának trendjeit, illetve a szakterületekkel kapcsolatos tudást, klinikai gyakorlatok hatását sem. A munkavállalás témakörének vizsgálata során határozottan megjelenik ez utóbbi szempont, erre tehát majd a munkavállalási szándékok eredményeit megbeszélő részben fogok visszatérni. A vizsgálat során nem volt cél a személyiségtípusok részletesebb vizsgálata sem, azonban a fókuszcsoporthoz elhangzott válaszok részben megfelelnek azon idézett tanulmányoknak, amelyek a különböző személyiségtípusokkal próbálják magyarázni a szakterület-választást (Zeldow és Daugherty 1991; Buddeberg-Fischer és mtsai. 2003; Petrides és Mcmanus 2004; Buddeberg-Fischer és mtsai. 2006).

6.2 Vidéki munkavállalás

A szakterület-választási eredmények megbeszéléséhez hasonlóan a vidéki munkavállalás esetében is a megfogalmazott hipotézisekkel, illetve a szakirodalmi eredményekkel összehasonlításban összegzem a kutatási eredményeket. Általánosságban elmondható, hogy dolgozatomban a vidéki munkavállalással kapcsolatos eredményei nem különböznek érdemben a nemzetközi szakirodalom hasonló kutatásainak eredményeitől. Az egészségügyi szakemberek – jelen esetben az orvosok – megoszlásának területi egyenlőtlensége rendkívül komoly probléma számos országban, éppen ezért e téma a WHO számára is prioritás (WHO 2006; WHO 2009).

Már a kérdőíves vizsgálatom eredményeiből is jól látszik, hogy a magyar rezidensek döntő többsége, hasonlóan a nemzetközi szakirodalomban publikált adatokhoz, nagyobb városokban szeretnének elhelyezkedni, ahol jelentősen kisebb mértékű az orvoshiány, mint a vidéki területeken. A felmérésem szerint Magyarországon mindössze a rezidensek alig 7 százaléka menne megyeszékhelynél alacsonyabb jogállású településre dolgozni. Hasonló eredményeket mutatott a New York államban évente elvégzett kutatás 2008. évi adatainak elemzése (Center for Health Workforce Studies 2009), valamint a házankkal szomszédos Horvátországban 2006-ban végzett vizsgálat is (Polasek és mtsai. 2006). Egy ausztrál kutatás ugyanúgy a nagyvárosi munka iránti preferenciákat detektálta (Schofield és mtsai. 2009), a vidéki munkavállalás azonban itt valamivel vonzóbb, hiszen Rogers és munkatársai azt találták, hogy a válaszadók 27 százaléka dolgozna akár vidéki területen is (Rogers és mtsai. 2010). Schofield és munkatársai kutatása ugyanakkor kiterjedt a későbbi életszakaszban történő esetleges vidéki munkavállalásra, amelyet a megkérdezettek már sokkal nagyobb arányban tekintenek reális lehetőségnek.

A jelenség tehát más országokban is tapasztalható, és a probléma Magyarországon sem újkeletű. Már a nyolcvanas évek Magyarországon is látható volt, hogy a fiatal orvosok döntő többsége nagyobb városban, központi szerepű intézményben szeretne dolgozni (Bánlaky és mtsai. 1981; Váriné Szilágyi 1981). Ez a helyzet tehát alapvetően nem változott az elmúlt 30 évben. Az eredményeink alapján inkább azt lehet mondani, hogy napjainkra sokkal erősebb és határozottabb a nagyvárosi munkavégzés vágya a rezidens orvosoknál, olyannyira, hogy a fiatal orvosok azokba a városokba, azokra a területekre szeretnének dolgozni menni, ahol egyébként is sokkal jobb az orvos-ellátottság. Ez pontosan követhető, ha összevetjük az orvosok lakosságszámhoz viszonyított arányát területenként (2. táblázat) és a kérdőíves felmérés válaszadóinak elhelyezkedési szándékait (24. táblázat). Ezt a megállapítást minden tekintetben visszaigazolták a fókuszcsoporthoz tartozó vizsgálatok eredményei is, tehát a vidéki munkahelyválassal kapcsolatos első hipotézist a kvalitatív és a kvantitatív kutatási adatok elemzése együttesen és egymást kiegészítve, konzisztens módon támasztják alá.

A vidéki munkavállalás meghatározó tényezőinek vizsgálatára a szakterületválasztás során használt modellekhez hasonlóan, egy dinamikus magyarázó modellt építettem, amelynek függő változója kétértékű: azt mutatja, hogy orvosegyetemi vagy

nem orvosegyetemi városban szeretne-e dolgozni a válaszadó. Az orvosegyetemi városoktól eltérő munkavállalási hajlandóságot ezzel a logisztikus regressziós modellel elemeztem. A modell egyik eredménye az, hogy a vidéki származásúak nagyobb valószínűséggel vállalnának vidéki munkát, amely alátámasztja a munkahelyválasztással kapcsolatban megfogalmazott második hipotézisemet. A modell harmadik és negyedik fázisában az „életstílus” orvosi pályaválasztási motivációs faktor is pozitív összefüggést mutat a vidéki munkavállalással, azaz akik magasabb pontszámot mutattak az „életstílus” orvosi pályaválasztási faktoron, nagyobb valószínűséggel választanak vidéki várost munkahelyül. Ezeket a hatásokat messze felülmúlja a jelenlegi munkahely településtípusa. Azok, akik a kérdőíves adatfelvétel idején nem orvosegyetemi városban dolgoztak, sokkal inkább választanának továbbra is hasonló várost munkahelyül. Nyilván arról van szó, hogy megismerték, megszokták az egyetemi intézményektől, nagyvárostól eltérő munka-, és lakóhelyet, amely pozitívan befolyásolja őket a jövőre nézve is, a nem egyetemi városokban lévő munkahely preferálására. Ez az eredmény szintén utalhat a vidéki munkával kapcsolatos személyes tapasztalatok erős munkahelyválasztást befolyásoló hatására, alátámasztva az ezzel kapcsolatban megfogalmazott kutatási hipotézist.

Ide kapcsolódik a vizsgálat idején érvényben lévő rezidensképzési rendszer azon sajátossága, hogy a két év központi gyakornoki idő letelte után, az akkor már szakorvosjelölt státuszban lévő doktorok számára nincsen biztos álláslehetőség. Mindenkinek magának kell állást keresnie, mégpedig egy olyan akkreditált intézményben, amelyben megszerezheti a szakvizsgálóhoz szükséges gyakorlatot vagy műtétszámot. Ez azt a lehetőséget is magában foglalja, hogy nem talál a saját szakterületén megfelelő állást, így pedig vagy nem dolgozik szakorvosjelöltként és nem szerzi meg a szakvizsgát, vagy egy új szakterületen kell elkezdeni a szakképzést. A fókuszcsoporthoz tartozók során elmondták a rezidensek, hogy a pályaelhagyás egyik legfőbb oka a biztos pályakép hiánya, amelynek a rezidensi évek utáni biztos munkahely is fontos része lenne. Mivel elképzelhető, hogy az ország egy másik részén kapnak megfelelő állást, ezért nem mernek letelepedni, akár lakást vásárolni, amely szintén nincs jó hatással a fiatal orvosok életminőségére, pályaaattitűdjére. Ez a probléma azonban már átvezet a munkahelyválasztással kapcsolatos lehetséges ösztönzők vizsgálatára.

A fiatal orvosok vidéki munkavállalását ösztönző lehetséges eszközöket elsősorban a fókuszcsoportos megbeszélések keretében vizsgáltuk. Az eredmények azt mutatják, hogy a legfőbb munkahelyválasztási szempontok kapcsolódnak a korábban említett életstílus témájához. Ide tartozik például a jövedelem, a szakmai színvonal, a munkakörülmények, az ügyeleti leterheltség és szempontként jelenik meg, hogy a munkahely nagyobb településen legyen. A munkahelyválasztási döntést meghatározó tényezőket kutatta Rogers és munkatársainak többször is hivatkozott, ausztrál vizsgálata (Rogers és mtsai. 2010). Ebben a munkában legfontosabbnak a családi szempontokat, illetve az ismerősök miatti előnyben részesítést nevezték meg, de itt is szerepelnek a vizsgálatom keretében megállapított tételek: az életstílus célok, a szakmai lehetőségek, valamint az infrastrukturális lehetőségek.

A munkahelyválasztás kérdéséhez hozzátartozik az intézményi forma, illetve ellátási szint is. A magyar egészségügy alapvetően fekvőbeteg-ellátás központú, amely jól látszik a jelen kutatásban is. A rezidensek munkahelyválasztási terveiben leggyakrabban fekvőbeteg ellátó intézmény szerepel, vagyis a többség kórházban szeretne dolgozni. Néhány válaszadónál elhangzott a járóbeteg ellátás, illetve a magánpraxis, mint felmerülő lehetőség, de nem szakmai, hanem sokkal inkább személyes és életstílus motivációkból adódóan.

A szakirodalomban több tanulmány is kiemeli a munkahelyválasztás során az oktatás szerepét, nevezetesen azt, hogy a vidéki környezetben végzett klinikai gyakorlat jótékony hatással lehet a vidéki munkahely választására (Pong 2008; Grobler és mtsai. 2009; Wilson és mtsai. 2009). Ugyanezt a gondolatot alátámasztották a fókuszcsoportos megbeszélések adatai. Az orvosképzés és a rezidensi időszak ugyanis az egyetemekhez kötődik, az egyetemi klinikák pedig az ország legjobban felszerelt intézményei közé tartoznak. Sőt, a fiatal orvosok a szakorvosjelöltség ideje alatt is csak akkreditált kórházban dolgozhatnak, ugyanis csak ezekben az intézményekben szerezhető meg a szakvizsgálathoz szükséges kötelező műtéti gyakorlat. A fiatal generáció ebből adódóan megszokta a csúcstechnikát és nem kíván rosszabb műszerezettségű helyen dolgozni. Éppen az esetleges vidéki gyakorlatokkal lehetne felkelteni az érdeklődésüket az ottani munkavégzés iránt, de jelenleg ennek a lehetősége meglehetősen korlátozott. Ugandában elindítottak egy ilyen tartalmú programot (Gonzaga és mtsai. 2010), amelynek megvalósítása az előzetes adatok alapján sikeresnek tűnik.

Az eredmények alapján az is elmondható, hogy a fiatal orvosok nemcsak szakmai alapon döntenek, hanem figyelembe veszik a magánélet szükségesnek ítélt feltételeit (például a lakhatást), illetve általában a településen meglévő infrastruktúrát. A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk során több válaszadó elmondta, hogy az orvosi egyetemi éve alatt megszokta a nagyváros kulturális és egyéb sokszínűségét, amely egy kisebb településen nem érhető el. Ez egybecseng többek között Kolstad tanulmányának megállapításaival, amely a megfelelő lakhatási feltételek jelentőségére hívja fel a figyelmet (Kolstad 2011), valamint Kazanjian és Pagliccia munkájával, amely szerint a munkahelyválasztás olyan komplex döntés, amelyet szakmai, közösségi és családi természetű tényezők egyaránt befolyásolnak (Kazanjian és Pagliccia 1996).

Nem véletlen tehát, hogy a fiatal orvosok elsősorban nagyobb városban, magasabb progresszivitású, elsősorban fekvőbeteg ellátó intézményben képzelik el a jövőjüket. Az orvosképzés természetszerű jellemzőiből világosan következik az, hogy a rezidensek mind szakmai, mind pedig magánéleti szempontból preferálják a nagyvárosi életet. Egyrészt az orvosi egyetemek Magyarországon nagyvárosokban vannak, és az itt eltöltött 6 év alatt a hallgatók megszokják és megszeretik a nagyvárosi lét minden előnyét. Másrészt az orvosok gyakorlati képzése jól felszerelt egyetemi klinikákon, illetve akkreditált oktatókórházakban zajlik, amely igaz mind a graduális, mint pedig a posztgraduális képzésre. A képzési idő alatt az orvostanhallgatók és a rezidensek hozzászoknak az egyetemi klinikák komoly infrastrukturális hátteréhez, valamint az ellátandó feladatok érdekességéhez, kihívásaihoz, komplexitásához. Éppen ezért idegenkednek, sokszor negatívan vélekednek az alacsonyabb szintű intézményekről. Az orvosképzés tehát túlságosan is a nagyvárosi életre és munkára szocializál. Mindebből logikusan következik az a szakirodalmi ajánlás, hogy a vidéki munkavállalás elősegítése érdekében az orvosképzésbe beemeljenek vidéki környezetben, alacsonyabb szintű egészségügyi ellátóintézményben végzett gyakorlatokat is. Ezáltal a jövő orvosai megismernék a vidéki orvosi lét gyakorlati oldalát, amely oldhatná a kisebb városokban, településen történő praktizálással szembeni idegenkedést. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy egy ilyen intézkedés hatására tömegesen áramlanának a fiatal orvosok a kisebb települések kórházaiba, szakrendelőibe. Az azonban biztosan állítható, hogy néhányan meglátnák az ottani munka szépségét és ezért talán könnyebben lehetne – akár anyagilag is – ösztönözni a doktorokat az ilyen helyeken történő munkavállalásra. Jó példa erre, a szakterület-

választással kapcsolatos analógiát alkalmazva, a különböző szakterületeken eltöltött egyetemi gyakorlatok bevett intézménye, amelynek egyik fontos eredménye, hogy mindenki közelebbről megismerheti az egyes szakmákat, és ezek után mindenki könnyebben ki tudja választani a személyiségéhez leginkább illő szakterületet. Ez a rendszer azért is működhetne jól, mert a szakorvosképzésre meghirdetett keretszámokat a legtöbb szakterületen sikerül feltölteni.

Az egészségpolitikai döntéshozók számára a legfontosabb kérdés az, hogy milyen eszközökkel lehet az egészségügyi szakembereket olyan munkahelyeken és településeken való munkára ösztönözni, amelyeket leginkább sújt az egészségügyi szakemberhiány problémája. Vannak munkák, amelyek a motivációs tényezők kutatásának előzőekben ismertetett eredményeire építve kiemelik ezek közül az oktatás szerepét, például a vidéki intézményben elvégzett klinikai gyakorlat rendszeresítésével, vagy az orvoshiányos vidéki területekről származó jelentkezők számára külön felvételi kvóta hirdetésével. Ez utóbbi azon a megfigyelésen alapszik, hogy ők nagyobb valószínűséggel mennek vissza a származási helyükre dolgozni,⁴⁶ mint amennyire a nagyvárosból származók vidéki munkahelyet választanak (Peach és Bath 2000; Curran és Rourke 2004; Ballance és mtsai. 2009). A témában született eredeti publikációk és szakirodalmi áttekintések többsége ugyanakkor egybehangzóan azt találta, hogy csak széleskörű, rendszerszerű és komplex megközelítés vezethet eredményre (Rabinowitz és mtsai. 2001; Sempowski 2004; Dussault és Franceschini 2006; Lehmann és mtsai. 2008), amelyben ugyanúgy szerepet játszik a képzés megfelelő tervezése és felépítése, mint az összes többi, érintett, anyagi és nem anyagi tényező (Pong 2008; Grobler és mtsai. 2009; Wilson és mtsai. 2009), valamint a folyamatos továbbképzési lehetőségek és a folyamatos szakmai támogatás biztosítása mind állami, mind helyi szinten (Henry és mtsai. 2009).

A fókuszcsoportos kvalitatív vizsgálatom és bizonyos szintig a kérdőíves felmérés eredményei is ugyanezt sugallják, amely alátámasztja a munkahelyválasztással kapcsolatban megfogalmazott harmadik hipotézisem helyességét. A széleskörű, többirányú és komplex megközelítést alkalmazó megoldások tűnnek működőképesek Magyarországon is, ez pedig meglehetősen alapos stratégiai tervezést és a más ágazatokkal

⁴⁶ Magyarországon már van egy hasonló kezdeményezés, Rosivall László professzor roma orvosképzési programja, amelynek pontosan az a célja, hogy a hátrányos helyzetű területekről származó roma diákokat képeznek és felkészítik az orvosi karra, pontosan azért, mert a diploma megszerzése után nagyobb valószínűséggel mennek vissza a szülőhelyükre dolgozni.

történő folyamatos és hatékony együttműködést igényel. Hazai viszonylatban egy ilyen stratégia magában foglalhatja a vidékfejlesztést (megfelelő infrastruktúra a család számára), illetve az oktatási rendszerben történő változások mellett számos egyéb fejlesztést is. Nagyon fontos a kiszámítható életút- és életpályamodell, amely lehetővé tenné például a képzés és a munkaerőpiac közötti zökkenőmentes átmenetet is. Eredményeim tehát megfelelnek a kutatásom elején megfogalmazott hipotézisnek és a nemzetközi szakirodalomban olvasható megállapításoknak, amely szerint egy stratégiaileg átgondolt, átfogó támogatási program komoly ösztönzöt jelenthetne az orvosok megfelelő területi megoszlásának megvalósításában.

6.3 Vizsgálat erősségei és korlátai

A kutatási eredmények felhasználhatóságához fontos információt ad a vizsgálati módszerek erősségeinek és korlátainak számbavétele. A disszertációban bemutatott vizsgálat erősségének lehet tekinteni, hogy kétféle módszertani megközelítést alkalmaz, amely nemcsak jelentős mértékben emeli a kutatás érvényességét, de a kétféle módon gyűjtött információk feldolgozása sokat hozzátesz a vizsgálat eredményeihez. A kvantitatív vizsgálat kérdőíve és a fókuszcsoportos interjú vezérfonalának kialakítása több éves szakértői munka eredménye, amelyet korábbi vizsgálatok előztek meg, így a jelen vizsgálatban való felhasználásuk megalapozott. A kutatás további erősségének tekintendő, hogy országos felmérésen alapul mind a kérdőíves, mind a fókuszcsoportos vizsgálat, így kizárhatóak az egy-egy intézményen vagy orvosi szakterületen alapuló felmérések torzításai. Szintén komoly erősségnek tekinthető a vizsgálatban résztvevők nagy létszáma. A kérdőíves vizsgálat 713 fős válaszadói létszáma mindenképpen jól lefedi a kutatás évében, 2008-ban dolgozó rezidensek számát, a fókuszcsoportos vizsgálatban résztvevő 32 fő, pedig szintén megfelel az országos kiterjedésű fókuszcsoportos vizsgálatok létszámának. A létszámon felül még fontos tény, hogy mind a négy magyarországi orvosegyetemről szerepeltek résztvevők a vizsgálatban. A létszámnak és a toborzás módszerének köszönhetően sikerült többféle motivációs mintázatot és szociodemográfiai háttérrel megjeleníteni a fókuszcsoportos vizsgálatban.

A kutatás korlátjának tekinthető, hogy a válaszadók kiválasztása nem valószínűségi mintavétellel történt, így a vizsgálat eredményeinek általánosíthatósága korlátozott. Szigorú statisztikai értelemben csak a válaszadókra általánosíthatóak az eredmé-

nyek. További korlát, hogy a vizsgált témákban nem állnak rendelkezésre validált mérőeszközök, így saját eszközöket kellett fejleszteni, amely okozhat torzításokat. Ezeket természetesen igyekeztünk kivédeni. Szintén a vizsgálat gyengeségének tekinthető, hogy a szakterületek osztályozására használt tipológia az Egyesült Államokban készült, éppen ezért magyarországi felhasználhatósága nem feltétel nélküli. Tudomásom szerint nem áll rendelkezésre hasonló, magyarországi vagy európai tipológia, így választásom indokolható. Ugyanakkor fontos további vizsgálat tárgyává tenni a tipológia magyarországi alkalmazhatóságát, például a szakterület-beosztás többféle változatának kutatási eredményekre gyakorolt hatásának vizsgálatával.

7. KÖVETKEZTETÉSEK

A doktori munka célja, hogy a jelölt, egy saját tudományos kutatás keretében, meggyőző módon demonstrálja a tudományos kutatásokhoz szükséges tudás, készségek és szemléletmód elsajátítását. A saját kutatás sikerességét pedig az mutatja meg, hogy a választott témában képes volt-e gyarapítani a korábbi kutatások által megszerzett tudást, az elmélet, a módszertan, illetve az empiria területén. Jelen kutatás főleg az empirikus területen hoz új tudást, emellett azonban elméleti újdonságok és módszertani következtetések is levonhatók belőle. Az alábbiakban ezen csoportosítás szerint mutatom be a disszertáció következtetéseit, majd pedig összefoglalom az eredmények felhasználhatóságát.

A magyarországi egészségügyi ellátórendszer jelenlegi működéséhez és jövőbeni fenntarthatóságához megfelelő számú és képzettségű egészségügyi szakemberre van szükség. Disszertációmban ezen belül az orvosok földrajzi és szakterületenkénti megoszlásával, és ezek lehetséges ösztönzésével foglalkoztam.

7.1 Elméleti újdonságok

A kapcsolódó szakirodalom áttekintése, illetve annak csoportosítása a disszertáció egyik elméleti következtetése. A témában megtalálható szakirodalom a kutatási megközelítések alapján történő irányzatokba sorolása mindenképpen a disszertáció egyik fontos eredménye, hasonló rendszerezéssel nem találkozhatunk más munkában. Az egyes munkákat a megközelítésük, a szakterület-választásban kitüntetett tényezőknek megfelelően kategorizáltam. Ennek megfelelően a következő irányzatokat különítettem el: oktatás során szerzett tapasztalatok hatása, személyiségjellemzők hatásának vizsgálata, gazdasági megközelítések, alapellátási szakterületek iránti preferencia csökkenése és az életstílus hatása a szakterület-választásra.

Szintén új elméleti eredménynek tekinthető az a keretrendszer, amelyet a szakirodalmi áttekintés alapján kidolgoztam (ld. 2. ábra, 3.6 alfejezet, 55. oldal). A keretrendszer három nagy kategóriába sorolja a szakterület-, illetve munkahelyválasztást meghatározó tényezőket: (1) a szakterületet választó orvosok személyes jellemzői, (2) a szakterületek jellemzői és (3) a munkahelyek jellemzői. A keretrendszer fontos eleme, hogy az orvosok szakterület-, és munkahelyválasztási döntéseire befolyást gyakoroló tényezők mindig a vizsgált tényező egyéni, személyes percepcióján keresztül fejtik ki a

hatásukat. Fontos megjegyezni ugyanakkor azt is, hogy mind az egyes tényezőkön belüli beosztás, mind pedig általánosságban az ábrán szereplő tényezők köre tovább bővíthető a témában végzett további kutatások eredményei alapján.

7.2 Módszertani következtetések

Módszertani újdonság a szakterületek *controllable* és *non-controllable* osztályozásának alkalmazhatósága a magyarországi orvosi szakterületekre, illetve magyarországi kérdőíves felmérésből származó adatokra. A megközelítésmód magyarországi adaptációja során felvetődött kérdések közül egyik sem bizonyult olyan súlyúnak, amely alapvetően megkérdőjelezte volna az eredeti felosztás magyarországi körülmények közötti használhatóságát, így kutatásomban az eredeti beosztást használtam. Fontos további módszertani kutatás témája lehet azonban annak vizsgálata, hogy a csoportosítás vitatott kérdésekben történő megváltoztatása, milyen hatással van a jelen kutatásban tapasztalt eredményekre.

Fontos módszertani következtetés emellett az is, hogy az orvosi szakterület-választási és munkahelyválasztási vizsgálat validitását nagymértékben növeli a kvantitatív és kvalitatív módszerek együttes alkalmazása. Számos témában használják a két módszertani megközelítés együttesét, azonban a disszertáció témáiban a korábbi kutatások jellemzően vagy csak az egyik vagy a másik módszertani megközelítést alkalmazták. Az orvosi szakterület-választás kvalitatív és kvantitatív módszerekkel történő együttes vizsgálata világított rá arra, a más területeken korábban már részletesen leírt és elemzett megfigyelésre, hogy a kérdőíves vizsgálat nem mindig alkalmas a társadalmi szempontból érzékenynek tekinthető tényezők valódi jelentőségének detektálására. A szakterület-választás vizsgálata során jól látható, hogy a jövedelmi tényezők (fizetés, hálapénz) szerepével kapcsolatban a kérdőíves vizsgálatban a megkérdezettek jellemzően a társadalmilag elvárt válaszokat adták (azaz a legkevésbé fontos tényezők közé sorolják a jövedelmet), míg a kvalitatív – fókuszcsoportos – vizsgálatban sokkal inkább nyilatkoztak a valódi preferenciáik szerint, jobban előjöttek a tényleges motivációk. Ennek a diszkrépanciának a további elemzése fontos hozzájárulás lehet a szakterület-választás gazdasági tényezőinek kutatásával kapcsolatos módszertanhoz.

7.3 Empirikus következtetések

A kutatási célkitűzésekkel foglalkozó fejezetben három kutatási kérdés keretében öt hipotézist fogalmaztam meg, amelyek közül kettő a szakterület-választással, három pedig a munkahelyválasztással volt kapcsolatos. Az empirikus eredmények alapján a kutatási következtetéseket, megállapításokat ezeknek a kérdéseknek, illetve hipotéziseknek a sorrendjében mutatom be.

7.3.1 Szakterület-választással kapcsolatos következtetések

Az első kutatási kérdés arra vonatkozott, hogy a szakmai érdeklődés mellett milyen tényezők befolyásolják a rezidens orvosok szakterület-választását Magyarországon, különös tekintettel az életstílus jellegű tényezők szerepére.

1. *A kutatási eredmények alapján megállapítható, hogy az életstílus jellegű tényezők Magyarországon is érdemi befolyást gyakorolnak az orvosi szakterület-választásra. Ugyan a jövedelmi tényezők szerepével kapcsolatosan ellentmondásosak a kérdőíves felmérés és a fókuszcsoporthoz tartozó interjúk eredményei, de ez a diszkrepancia megmagyarázható a tényező társadalmi megítélése és a személyes preferenciák között feszülő ellentéttel.*

A kérdőíves vizsgálatban az érdeklődés, a szakmai kihívások, illetve a betegekkel való kapcsolat a legerősebb meghatározó tényezők, amelyet negyedikként közvetlenül követ a szakterülettel járó életforma. A fókuszcsoporthoz tartozó interjúkban határozottan megjelentek életstílus motivációs tényezők, illetve a kvantitatív eredményeknek részben ellentmondóan láthatóak a jövedelemmel kapcsolatos motivációk is.

A *controllable-lifestyle* (CL) és *non-controllable lifestyle* (NCL) szakterületeken dolgozó rezidensek között egyértelműen detektálható a motivációs különbség, nevezetesen az érdeklődés mellett fontos szerepet játszik az adott szakterület életstílusa. Itt megjelenik az a percepció, amely szerint a nem életstílus-barát szakterületekről magasabb – akár informális – jövedelmet várnak a fiatal orvosok, amely szintén egy fontos információ a fiatal orvosok szakterület-választási folyamatában.

A kvantitatív vizsgálatban szereplő szakterület-választási motivációs kérdések szépen elkülönültek két motivációs faktoron. Fontos következtetése a munkának ez a két legfőbb motivációs dimenzió: az egyik faktor az életformával és jövedelemmel kapcsolatos motivációkat jeleníti meg, míg a másik a szakmai érdeklődést és tudatosságot.

Legfőbb következtetés tehát a szakterület-választással kapcsolatban, hogy a klasszikus szakmai motivációk mellett a percipiált életforma is szerepet játszik a szakterület-választás során. Az életforma motivációs tényező fontossága már az orvosi pályaválasztás során megjelenik és konzekvensen tartja magát a szakterület-választáskor is, míg ez a folyamatosság gyengébben ugyan, de megtalálható a szakmai érdeklődés, altruizmus szakmai tudatosság motivációs vonalon. Az életforma motiváció jelentőségét ugyanakkor a szakterület-választás során hatásosan felül tudja írni a szakmai érdeklődés és tudatosság motivációja. Az életforma motivációs tényezők fontosságát a fókuszcsoporthoz is alátámasztják.

A második kutatási kérdés a rezidens orvosok személyes jellemzői és a szakterület-választást meghatározó szakterületi jellemzők közötti összefüggésekre vonatkozott. Azt feltételeztem, hogy a szocio-demográfiai jellemzők és szakterület életstílus jellemzői között található kapcsolat Magyarországon is, elsősorban a nem és az életkor vonatkozásában.

2. *A kutatási eredmények alapján megállapítható, hogy a szocio-demográfiai jellemzők közül a kor és a „nem” mutat összefüggést az életforma és kereset szakterület-választási motivációval. A nők esetében ez a motiváció kevésbé fontos, míg a fiatalok esetében hangsúlyosabban jelenik meg. A szakterület típus választás vonatkozásában (CL vs. NCL) ugyanakkor nem látható szignifikáns összefüggés a nemmel és a korral.*

A kérdőíves felmérés adataiból képzett orvosi szakterület-választási motivációs faktorok közül az „életforma-kereset” motivációs faktor az, amely összefüggést mutat a válaszadó nemével és korával. A nők alacsonyabbra értékelték az életforma-kereset szakterület-választási motivációs faktor fontosságát, a korral való összefüggés pedig azt mutatja, hogy a fiatalabbak fogékonyabbak az életforma-kereset motiváció által vezérelt szakterület-választásra. A szakterület típus választást (CL vs. NCL) magyarázó modellekből ezzel szemben azonban az látszik, hogy ezt nem befolyásolják a szocio-demográfiai tényezők. A nők tehát eltérő motivációs háttérrel rendelkeznek az „életforma-kereset” szakterület-választási motiváció tekintetében, mint a férfiak, a további tényezők elemzése során azonban ez a jelenség nem látható.

A „szakmai érdeklődés-tudatosság” faktor esetében nem látható összefüggés sem a nem, sem pedig a kor változóval, és ugyanúgy az összefüggés hiánya látható a

szakterület-típus választását magyarázó modellben is. A nemzetközi szakirodalomban nagy jelentőséget tulajdonítanak ezeknek a szocio-demográfiai tényezőknek, jelen kutatás azonban ezeket az összefüggéseket nem igazolta.

A személyes jellemzők szakterület-választásra gyakorolt mérsékelt ráhatása tehát nem vág egybe a más országból származó, nemzetközi szakirodalomban olvasható eredményekkel, amelyek például a „nem” hatását kiemelik. Az eltérésnek több oka lehet. Tényleges eltérés esetén kézenfekvő a vizsgálatok közötti jelentős időbeli eltérésre, vagy éppen a földrajzi különbségekre utalni. Módszertani szempontból magyarázhatja az eltéréseket az is, hogy némiképp eltérő változósztetből, más faktorstruktúra jött létre. Természetesen fel kell hívni a figyelmet arra is, hogy a szakterületek kategorizálására használt tipológia (CL, NCL) adaptációja során az eredeti javaslattól némiképp eltérő beosztás is elképzelhető lett volna. Ez utóbbi módszertani kérdésre a további kutatási irányok bemutatása során még visszatérek.

7.3.2 A munkahelyválasztással kapcsolatos következtetések

A munkahelyválasztással kapcsolatos kutatási kérdés a rezidens orvosok település-, illetve intézménytípus szerinti preferenciáira vonatkozott. Azt feltételeztem, hogy a rezidens orvosok döntő többsége nagyobb városokban, vagy magasabb ellátási szintű intézményben szeretne dolgozni, hogy a vidéki munkahelyválasztás ösztönzésében jelentős szerepe van a vidéki munkával és életformával kapcsolatos személyes tapasztalatoknak, valamint hogy a munkahelyválasztás egy összetett jelenség, ezért csak komplex, széleskörű ösztönzők segítségével lehetséges befolyásolni a fiatal orvosok munkahelyválasztását.

3. *A rezidens orvosok döntő többsége a fővárosban, vagy nagyobb városban szeretne dolgozni az egészségügyi ellátás magasabb progresszivitási szintjein. Ezzel szemben a hazánkban meglévő orvoshiány különösen a vidéki településeken és az ellátás alacsonyabb szintjein összpontosul, így amennyiben nem történik érdemi és stratégiai beavatkozás az ágazati döntéshozók részéről, az orvoshiány és az ebben megmutatkozó területi egyenlőtlenségek növekedni fognak.*

A munkahelyválasztással kapcsolatos kérdőíves vizsgálat és a fókuszcsoporthoz tartozó interjúk eredményei egybehangzóan azt támasztják alá, hogy a szakorvosi rezidensek Magyarországon is elsősorban a fővárosban, illetve a nagyobb városokban szeretnének

elhelyezkedni. Ez a megállapítás összhangban van a szakirodalomban publikált nemzetközi eredményekkel és jól magyarázható az orvosi pályaszocializáció sajátosságaival.

4. *A vidéki munkahelyválasztás ösztönzésében Magyarországon is jelentős szerepe lehet a vidéki munkával, életformával kapcsolatos tapasztalatoknak, amelyet többek között az oktatás megfelelő megszervezésével lehet biztosítani.*

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk egyértelműen megerősítették azt a nemzetközi szakirodalomban is leírt jelenséget, hogy az orvos-, illetve szakorvosképzés hagyományosan kialakult keretrendszere is hozzájárul ahhoz, hogy az orvosok nem preferálják a vidéki munkahelyeket. Az orvosképzés során az orvostanhallgatók a klinikai gyakorlatukat egyetemi klinikákon illetve hasonló magas ellátási szintű intézményekben töltik. A fiatal generáció megszokta az ezen intézményekben elérhető csúcstechnikát és az itt előforduló súlyosabb, komolyabb beavatkozást igénylő betegeket, ami számukra komoly szakmai kihívás. Az orvostanhallgatók továbbá megszokják a nagyvárosi életformát, mivel az orvosegyetemek Magyarország legnagyobb városaiban vannak. Ezek után hasonló intézményben és hasonló településen szeretnének elhelyezkedni, mivel az itteni infrastruktúrát és munkakörülményekhez szoktak hozzá, és idegenkednek az ettől eltérő – adott esetben alacsonyabb szintű – intézményektől. Éppen ezért lehet jól működő ösztönző a graduális képzés során egyetemi klinikáktól eltérő helyen és városban eltöltött klinikai gyakorlat. Ezek után sem várható, hogy a fiatal orvosok tömegesen áramlanának vidéki kórházakba, de néhányan, – talán a jelenleginél többen – elgondolkodnának ezen a lehetőségen.

5. *Az orvosok munkahelyválasztása Magyarországon is összetett jelenség, amely ennek megfelelően több komponensből álló, komplex és koherens intézkedési tervvel befolyásolható.*

A fókuszcsoporthoz tartozó interjúk adatai azt sugallják, hogy a munkahelyválasztást meghatározó motivációk a magyar rezidensek körében sem egyszerűsíthetők le egy-egy tényezőre, itt ugyanis az ember életét alapvetően meghatározó döntésről van szó, így mindenképpen összetett jelenséggel állunk szemben. Fontosak a szakmai szempontok, illetve ehhez kapcsolódó tényezők úgy, mint ügyeleti terheltség, munkakörülmények, jövedelem. Ezen felül jelentős szerepet játszik, a választott munkahely földrajzi elhelyezkedése, vagyis olyan nagyobb településen, városban legyen, ahol megfelelő infra-

struktúra áll rendelkezésre, amely az elvárt családi élethez szükséges, értve ezalatt a megfelelő kulturális, oktatási lehetőségeket és munkahelyet a házastársnak.

A fentiekből következően csak széleskörű stratégiai megközelítéssel lehet a fiatal orvosokat a vidéki munkavállalásra ösztönözni. Mind a szakmai, mind a magánélet dimenzióiban kell ösztönözni, támogatni a fiatal orvosokat, ezen felül az oktatásnak is reagálnia kell erre az igényre, továbbá a kormányzatnak szükséges megerősítenie a vidéki városokban működő kisebb ellátó intézmények helyzetét, illetve fejleszteni az infrastruktúrájukat.

7.3.3 Összefoglalás

A legfontosabb összefoglaló következtetés, hogy egészségügyi humán erőforrás stratégiára van szükség, amely magában foglalja a kiszámítható, pontosan előrelátható életpályamodell, amely biztosítja a fiatalok szakmai fejlődését és a megfelelő mennyiségű szabadidőt a magánéletük számára, illetve a megfelelő szakmai, és nem szakmához kapcsolódó infrastruktúrát. Ezekkel az eszközökkel nemcsak itthon tarthatnánk a fiatal orvosainkat, hanem csökkenteni lehetne az egyes szakterületeken meglévő szakemberhiányokat illetve a területi egyenlőtlenségeket. A felsorolt javaslatok azonban távolról sem csak az egészségügyi kormányzat által megoldandó problémák, itt széleskörű szakmai együttműködésre van szükség más területekkel (pl., vidékfejlesztés, oktatás, közlekedés stb.) is.

7.4 Eredmények felhasználhatósága, további kutatási irányok

Az értekezésben leírt eredmények több területen is jól felhasználhatóak. Elsősorban az egészségpolitika, az egészségügyi ágazat döntéshozói számára, ugyanis, mint az értekezés bevezetőjében olvasható komoly probléma az orvosok szakterületek és földrajzi területek mentén megnyilvánuló egyenlőtlensége. A vizsgálat eredményei hatékonyan tudják segíteni a döntéshozókat abban, hogy reagálva a fiatal orvosok szükségleteire és motivációkra olyan ösztönzőket dolgozzanak ki és vezessenek be, amely befolyásolni tudja a jövő szakorvosait olyan irányba, hogy a meglévő egyenlőtlenségek ne növekedjenek, sőt csökkenhessenek. Az eredmények felhasználhatóak az oktatás, különösen az egészségtudományi oktatás területén, azon belül pedig kiemelten az orvosképzés során. Az orvosképzés során ugyanis lehetséges reagálni a vizsgálatban bemutatott motivációkra, illetve befolyásolni őket. Jó példa lehet erre az egyetemi hely-

színeken és városokon kívül klinikai-szakmai gyakorlatok bevezetése, amelynek segítségével a hallgatók megismerhetik a jelenleg számukra ismeretlen munkakultúrát és környezetet, amely különösebb pénzügyi ráfordítás nélkül is mindenképpen jótékony hatással lehet a vidéki munka választásának gyakoriságára.

A vidéki munkavállalással foglalkozó fejezetekből kiderül, hogy egyrészt komplex, összetett ösztönzők kialakítására és alkalmazására van szükség, illetve olyan interszektoriális együttműködésekre, amelyek valóban megteremtik a vidéki munkavállalást támogató környezetet. A kutatás bemutatja, hogy melyek azok a területek, ahol az ösztönzők hatékonyan működhetnek. Disszertációm jó alapja lehet az ezzel a témával foglalkozó specifikusabb vizsgálatoknak, illetve szakpolitikai döntéshozatalnak.

Az értekezésben több alkalommal hivatkoztam arra, hogy a téma további kutatásokat igényel. A kutatás alapjául szolgáló adatgyűjtés óta megváltozott a rezidensképzés rendszere, és a pályakezdő orvosok már kevésbé kötődnek az egyetemekhez, sokkal inkább ahhoz a munkahelyhez, ahol a későbbiekben dolgozni fognak. Szükséges lenne a vizsgálat lefolytatása a megváltozott rezidensképzési környezetben. További vizsgálatok szükségesek a szakterület-tipológia szélesebb körű magyarországi alkalmazásának megalapozásához, ugyanis azoknak a szakterületeknek az átsorolása, amelyek besorolása nem egyértelmű, hatással lehet a motivációs tényezők között tapasztalt összefüggésekre. Folytatva ezt a gondolatmenetet érdemes volna az egyes szakterületen dolgozó rezidensek, szakorvosok megkérdezésével olyan szakmaspecifikus vizsgálatokat végezni, amely reflektál az egyes szakterületek sajátosságaira. Ez különösen azon szakterületek esetében lehet érdekes, amely nagyon népszerű vagy népszerűtlen a végzős orvostanhallgatók körében, így lehetséges lenne fókuszáltan csökkenteni az egyes szakterületek közötti egyenlőtlenségeket.

Ehhez hasonlóan a vidéki munkavállalás tekintetében is szükséges lenne további szakma vagy régió-specifikus kutatásokat végezni, amelyek pontosan megmutatnák, hogy az egyes szereplőktől (kormányzat, önkormányzat stb.) milyen befektetést igényelne a fiatal orvosok vonzása és megtartása.

Dolgozatom eredményei tehát széleskörben felhasználhatóak, és a felvázolt kutatási irányokba való továbbfejlesztésével széleskörűen megalapozhatóvá válhatna a bemutatott problémák megoldását célzó döntéshozatal.

8. ÖSSZEFOGLALÁS

Magyarországon az Európai Unió átlagánál kevesebb orvos van, amelyet komoly földrajzi és szakterületbeli egyenlőtlenségek súlyosbítanak. Ez veszélyezteti az egészségügyi ellátás fenntarthatóságát, illetve növeli az egészségügyi ellátásban lévő nemkívánatos egyenlőtlenségeket. A fiatal magyar orvosok motivációival és terveivel széleskörűen utoljára a nyolcvanas évek elején foglalkozott két monográfia. Disszertációmban tehát olyan problémát vizsgálok, amivel Magyarországon, az elmúlt harminc évben meglehetősen korlátozottan foglalkoztak. A vizsgálatban alkalmazott megközelítés pedig, amely a szakterületeket életstílus szerint osztja két csoportba, mindenképpen újdonságnak számít hazánkban.

A kutatásom célja a szakterület-, illetve munkahelyválasztást befolyásoló motivációs tényezők szerepének feltárása volt a magyar szakorvosi rezidensek körében, különös tekintettel az életstílus tényezők jelentőségének vizsgálatára.

A szakirodalmi áttekintésben először számba vettem az orvosi pályaválasztás legfőbb meghatározó tényezőit: a szakmai érdeklődést, az altruizmust, a humán érdeklődést. Az utóbbi időben ezek a motivációk változni látszanak. A szakterület-választási motivációk alapvetően szakmai természetűek, de szerepet játszik az életminőség, életstílus is. Az egyik jelentős szakmai irányzat az oktatás szerepét tartja kiemelkedő fontosságúnak a szakterület-választásban. A szakterület választásának egy másik szakmai irányzata a személyiséggel és a személyiségjegyekkel próbálja megmagyarázni a döntést, és a személyiségjellemzők és a karrierdöntések közötti összefüggést vizsgálja. A harmadik irányzat a gazdasági tényezőknek tulajdonít kritikus szerepet, itt azonban nemcsak a jövedelemről van szó, hanem a munkaidő és a szabadidő mennyiségéről és megoszlásáról is. Egy következő kutatási irányzat az alapellátás szempontjából közelíti meg a szakterület-választás kérdését, ugyanis több országban jelentősen csökkent az alapellátást választó fiatal orvosok száma, éppen ezért kezdtek el foglalkozni ezzel a jelenséggel. Ezek a munkák felhívják a figyelmet, hogy az alapellátást egészen más motivációs háttérrel választják az orvosok, mint a kórházi-, vagy műtétes szakmákat. Ezekben a tanulmányokban is megjelenik a következő nagy elméleti irányzat, az életstílus fontosságát hangsúlyozó iskola. Ez az iskola a szakterületek életstílusát tartja döntő jelentőségűnek a szakterület-választási döntésben. Egy, az Amerikai Egyesült Államokban kifejlesztett megközelítésmód szerint az életstílus tekintetében két nagy csoportba

osztható az orvosi szakterületek. Megkülönböztethető Controllable Lifestyle (CL) szakterület, ahol az orvos kontrollálni tudja a munkaidejét, és a Non-controllable Lifestyle szakterület (NCL), ahol nem kontrollálható a munkaidő, tehát akár a legváratlanabb időpontokban is szükség lehet az orvos munkájára. Több vizsgálat megmutatta, hogy ennek a megkülönböztetésnek a jelentősége egyre növekszik a szakterület-választásban.

A szakterület-választás mellett a dolgozatom másik témája a vidéki munkavállalással kapcsolatos motivációk. A területi egyenlőtlenségek szintén komoly problémákat okoznak az egészségügyi ellátórendszer működésében és fenntarthatóságában. A témával foglalkozó tanulmányok ezen a területen is kiemelik az oktatás szerepét. A motivációk és ösztönzők tekintetében a tanulmányok egybehangzóan állítják, hogy csak széleskörű, többirányú megközelítést alkalmazó stratégia lehet alkalmas az ilyen irányú területi egyenlőtlenségek csökkentésére, ugyanis a fiatal orvosok a legtöbb esetben nagyvárosban képzik el a jövőjüket. A vidéki munkavállalás motivációi nemcsak szakmai, hanem magánéleti, életstílusbeli meghatározottságúak, éppen ezért lehet csak széleskörű megoldási stratégiában gondolkodni.

Kutatásom során kétféle módszert alkalmaztam. Kvantitatív módszerként kérdőíves felmérést az általános orvos rezidensek körében (a válaszadók száma 713 fő volt), kvalitatív módszerként pedig fókuszcsoportos interjúkat készítettem, összesen 7 csoportban, a 4 magyarországi orvosegyetemen. A két módszer jól kiegészíti egymást, és jelentősen emeli a vizsgálat érvényességét. Az adatfelvétel és a fókuszcsoportos interjúk készítése 2008-ban történt, ezért az eredmények az adott évre vonatkoztathatók.

A kérdőíves felméréssel elsősorban a szakterület-választást vizsgáltam mélyebben. A szakirodalom alapján az orvosi szakterületeket két kategóriába soroltam, *controllable lifestyle* és *non-controllable lifestyle* szakterületekre, az eredeti amerikai csoportosítás szerint. Az eredményekből jól látszik, a két szakterülettípus közötti eltérő motivációs háttér, illetve hogy a NCL szakterületek választása jórészt a korábbi faktoranalízis során létrejött szakmai tudatosság faktornak köszönhető. Az életforma motiváció konzekvensen megjelenik az orvosi pályaválasztástól kezdődően, esetleg még korábbról, ezt egészítheti ki a szakmai tudatosság, amelynek eredményeképpen ezen faktor által motivált orvosok NCL szakmát választottak. Az életforma szerepe alapvető és következetes a CL szakterületek választásában, azonban ha mellette megjelenik az átlagnál erősebb szakmai érdeklődés és tudatosság, akkor a fiatal orvosok inkább NCL

szakterületet választanak. Az életstílus, mint alapvetően meghatározó motiváció a szakterület-választás során kiemelt figyelmet érdemel, amelyet a fókuszcsoporthoz tartozók is alátámasztanak. Kutatásomban az is megfigyelhető volt, hogy az életstílus tényezők csoportjába tartozó jövedelem (formális és informális) szerepét eltérően értékelik a kérdőíves válaszadók, és fókuszcsoporthoz tartozók. Az eltérés jól magyarázható azzal, hogy a jövedelem témája szenzitív kérdés, amelyhez erős társadalmi elvárások csatlakoznak. Az életstílus tényezők szerepének általános növekedésével együtt úgy tűnik azonban, hogy ennek a kérdésnek a társadalmi megítélése átalakulóban van.

Az értekezés másik témája a munkahelyválasztás, különösen a vidéki munkavállalás kérdése, illetve az ezt körülölelő motivációk. A kérdőíves felmérésből pontosan látszik, hogy a fiatal orvosok döntő része nagyobb városban képzelel el a jövőjét. A fókuszcsoporthoz tartozók során sikerült felderíteni ennek a motivációs háttérét. A rezidensek legfőbb motivációi a munkahelyválasztás során szakmai és magánéleti jellegűek egyaránt. Egyrészt a nagyobb városok intézményeiben, klinikákon sokkal jobb a munkához szükséges infrastruktúra, illetve itt látják biztosítva a szakmai fejlődésüket. A magánéleti tényezők pedig a nagyobb városok jobb lehetőségeivel és infrastruktúráival függnek össze. A válaszadók ugyanis az orvosképzés hat évét mindenképpen nagyvárosban töltötték, megszokták, megszerették ezt az életformát, ennél fogva csak komoly, komplex ösztönzők támogatásával csábíthatók vidéki munkavállalásra.

Az eredményekből levonható legfőbb következtetés, hogy egy széleskörű egészségügyi emberi erőforrás stratégia kidolgozására van szükség, amely magában foglalja az egészségügyi dolgozók életpályamodelljét. Az egyes szakterületek életstílusának befolyásolásával csökkenthetőek lennének a bizonyos szakterületeken meglévő szakemberhiányok. A területi egyenlőtlenségek hatékony csökkentése az oktatási, szakmai és magánéleti beavatkozások együttesével képzelhető el.

Disszertációm megközelítése és eredményei újdonságnak tekinthetők, mivel hasonló elemzés nem született korábban Magyarországi adatokon. Az eredmények hozzájárulhatnak egy egészségügyi emberi erőforrás stratégia kidolgozásához. A téma ugyanakkor további kutatásokat igényel, ugyanis csak ilyen és ehhez hasonló bizonyítékok alapján lehet eredményes egészségügyi emberi erőforrás stratégiát fejleszteni, a magyar egészségügyi rendszer fenntarthatóságának növelése érdekében.

IRODALOMJEGYZÉK

- AAMC Center for Workforce Studies (2011). 2011 State Physician Workforce Data Book, AAMC Center for Workforce Studies.
- ABIM Foundation, ACP–ASIM Foundation és European Federation of Internal Medicine (2002). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Ann. Intern. Med. 136 3: 243-246.
- Ádám Sz, Györffy Zs, Harmatta J, Túry F, Kopp M és Szényei G (2010). A magyarországi pszichiáterek egészségi állapota. Psychiatr. Hun. 25 1: 55-61.
- Adler R, Korsch BM és Negrete VF (1985). Timing and motivation in pediatric career choices. J. Med. Educ. 60 3: 174-180.
- Avgerinos ED, Msaouel P, Koussidis GA, Keramaris NC, Bessas Z és Gourgoulialis K (2006). Greek medical students' career choices indicate strong tendency towards specialization and training abroad. Health Policy 79 1: 101-106.
- Bakos F (1983). Idegen szavak és kifejezések szótára. Idegen szavak és kifejezések szótára. F. Bakos. Budapest, Akadémiai kiadó: 562.
- Ballance D, Kornegay D és Evans P (2009). Factors That Influence Physicians to Practice in Rural Locations: A Review and Commentary. J. Rural Health 25 3: 276-281.
- Bánlaky P, Kérész G és Solymosi Zs (1981). Orvosok Magyarországon. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Barbour RS és Kitzinger J (1999). Developing Focus Group Research. Politics, Theory, and Practice. London, Sage.
- Barondess JA és Glaser RJ (1993). Attitudes toward the medical career: findings from the Alpha Omega Alpha survey of college and university undergraduates. Acad. Med. 68 5: 323-328.
- Barshes NR, Vavra AK, Miller A, Brunicardi FC, Goss JA és Sweeney JF (2004). General surgery as a career: A contemporary review of factors central to medical student specialty choice. J. Am. Coll. Surg. 199 5: 792-799.
- Bland KI és Isaacs G (2002). Contemporary trends in student selection of medical specialties: The potential impact on general surgery. Arch. Surg. 137 3: 259-267.
- Bodosi M (2005). A szakképzés új rendje Magyarországon (kézirat). Szeged.
- Bodosi M (2012). A rezidensképzés számai (publikálatlan, jelen disszertációhoz gyűjtött adatok). Szeged.

- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T és Buddeberg C (2003). The influence of gender and personality traits on the career planning of medical students. Swiss Med. Wkly. 133: 535 - 540.
- Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Abel T és Buddeberg C (2006). Swiss residents' speciality choices - impact of gender, personality traits, career motivation and life goals. BMC Health Serv. Res. 6 1: 137.
- Burack JH, Irby DM, Carline JD, Ambrozy DM, Ellsberry KE és Stritter FT (1997). A study of medical students' specialty-choice pathways: trying on possible selves. Acad. Med. 72 6: 534-541.
- Carline JD és Greer T (1991). Comparing physicians' specialty interests upon entering medical school with their eventual practice specialties. Acad. Med. 66 1: 44-46.
- Center for Health Workforce Studies (2009). Residency Training Outcomes by Speciality in 2008 for New York: A Summary of Responses to the 2008 New York Resident Exit Survey. New York, Center for Health Workforce Studies, School of Public Health, University of Albany, State University of New York.
- Chin J (2001). Ethical sensitivity and the goals of medicine: resisting the tides of medical deprofessionalisation. Singapore Med. J. 2001 42: 582-585.
- Colquitt WL és Killian CD (1991). Students who consider medicine but decide against it. Acad. Med. 66 5: 273-278.
- Creed PA, Searle J és Rogers ME (2010). Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. Soc. Sci. Med. 71 6: 1084-1088.
- Crossley ML és Mubarik A (2002). A comparative investigation of dental and medical student's motivation towards career choice. Br. Dent. J. 193 8: 471-473.
- Curran V és Rourke J (2004). The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Med. Teach. 26 3: 265-272.
- Csabai M és Barta K (2000). Az orvosi identitás alakulása: orvostanhallgatók nézete az orvosi pályáról, az orvosszerepről. Lege Artis Medicinae 10 7-8: 638-644.
- Csákó M (1998). Zárójelentés - Felsőfokú továbbtanulás meghatározóinak kutatásról (kézirat). Budapest, ELTE Szociológia Intézet.
- Dex S (1991). Life and work history analyses: qualitative and quantitative developments. London, Routledge.
- Dorsey E, Jarjoura D és Rutecki G (2003). Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. J. Am. Med. Assoc. 290: 1173 - 1178.

- Dorsey ER, Jarjoura D és Rutecki GW (2005). The Influence of Controllable Lifestyle and Sex on the Specialty Choices of Graduating U.S. Medical Students, 1996-2003. Acad. Med. 80 9: 791-796.
- Dussault G és Franceschini MC (2006). Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. Hum. Resour. Health. 4: 12.
- EEKH (2011). A Magyarországon dolgozó orvosok kormegoszlása (publikálatlan, kérésre előállított adatok). Budapest, Egészségügyi Engedélyezési és Közigazgatási Hivatal.
- Egészségügyi Minisztérium (1999). 66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyszerész és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről. E. Minisztérium.
- Eke E, Girasek E és Szócska M (2009). A migráció a magyar orvosok körében. Stat. Szem. 87. 7-8.: 796-827.
- Eke E, Girasek E és Szócska M (2011). From melting pot to laboratory of change in central Europe: Hungary and health workforce migration. Health Professional Mobility and Health Systems Evidence from 17 European countries. M. Wismar, C. B. Maier, I. A. Glinos, G. Dussault és J. Figueras. Brussels, European Observatory on Health Systems and Policies: 365-395.
- Ellsbury K, Carline J, Irby D és Stritter F (1998). Influence of Third-Year Clerkships on Medical Student Specialty Preferences. Adv. Health Sci. Educ. 3 3: 177-186.
- Emberi Erőforrások Minisztériuma (2012). 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet az egészségügyi felsőfokú szakirányú szakképesítés megszerzéséről. Egészségügyi Minisztérium.
- ESKI (2010). Tájékoztató országtanulmány az Amerikai Egyesült Államok egészségügyéről. Budapest, Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet.
- Európai Bizottság (2008). Zöld könyv az európai egészségügyi dolgozókról. European Commission. Brüsszel, European Commission,.
- Fincher RME, Lewis LA és Rogers LQ (1992). Classification model that predicts medical students' choices of primary care or non-primary care specialties. Acad. Med. 67 5: 324-327.
- Gaál P (2004). Hála-pénz? Hála-kényszer Eü. Gazd. Szem. 42. .különszám: 22-33.
- Gagné R és Léger PT (2005). Determinants of physicians' decisions to specialize. Health Econ. 14 7: 721-735.
- Garibaldi RA, Popkave C és Bylsma W (2005). Career plans for trainees in internal medicine residency programs. Acad. Med. 80 5: 507-512.

- Girasek E, Eke E és Szócska M (2010). Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary. Hum. Resour. Health. 8 1: 13.
- Girasek E, Molnár R, Eke E és Szócska M (2011). The medical career choice motivations — Results from a Hungarian study. Cent. Eur. J. Med. 6 4: 502-509.
- Goldacre MJ, Laxton L, Harrison EM, Richards JMJ, Lambert TW és Parks RW (2010). Early career choices and successful career progression in surgery in the UK: Prospective cohort studies. BMC Surg.: 32.
- Gonzaga MA, Kiguli-Malwadde E, Francis B és Rosemary BK (2010). Factors influencing students' choices in considering rural radiography careers at Makerere University, Uganda. Radiography 16 1: 56-61.
- Götz K, Miksch A, Hermann K, Loh A, Kiolbassa K, Joos S és Steinhäuser J (2011). Berufswunsch „planungssicherer Arbeitsplatz“. Dtsch. Med. Wochenschr. 136 06: 253,257.
- Grobler L, Marais Ben J, Mabunda S, Marindi P, Reuter H és Volmink J (2009). Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. The Cochrane Library -- Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group
- Grósz A és Papp R (2008). Vissza a jövőbe -- Munkaerőpiaci kihívások a háziiorvosi rendszerben. HáziJogOrvos2008/1
- Gyórfy Zs, Ádám Sz és Kopp M (2009). Morbitás háttértényezői a magyarországi orvosnők körében. Lege Artis Medicinae 19 6-7: 423-430.
- Gyórfy Zs, Ádám Sz és Kopp M (2009). A pszichés morbiditás prevalenciája és háttértényezői a magyarországi orvosnők körében. Népegészségügy 87 2: 884-894.
- Hadley J (1977). An empirical model of medical specialty choice. Inquiry 14 4: 384-401.
- Hancock C, Steinbach A, Nesbitt TS, Adler SR és Auerswald CL (2009). Why doctors choose small towns: A developmental model of rural physician recruitment and retention. Soc. Sci. Med. 69 9: 1368-1376.
- Henry J, Edwards BJ és B. C (2009). Why do medical graduates choose rural careers? Rural Remote Health 9 1083
- Hill D, Martin I és Farry P (2002). What would attract general practice trainees into rural practice in New Zealand? N. Z. Med. J. 115 1161
- Hogg R, Spriggs B és Cook V (2008). Do medical students want a career in general practice? A rich mix of influences! Education for Primary Care 19 1: 54-64.
- Holland J (1973). Making vocational choices: A theory of careers.

- Hyppölä H, Kumpusalo E, Neittaanmäki L, Mattila K, Virjo I, Kujala S, Luhtala R, Halila H és Isokoski M (1998). Becoming a doctor -- Was it the wrong career choice? Soc. Sci. Med. 47 9: 1383-1387.
- Jeffe DB, Whelan AJ és Andriole DA (2010). Primary Care Specialty Choices of United States Medical Graduates, 1997–2006. Acad. Med. 85 6: 947-958
910.1097/ACM.1090b1013e3181dbe1077d.
- Kapocsi E (2004). Válság vagy megújulás? Válaszúton az orvosi hivatás. LAM 14 1: 72-75.
- Kapocsi E (2011). "Boldogtalan orvosok" -- a jelenség és ami mögötte van. LAM 21 8-9: 584-588.
- Kassebaum DG és Szenas PL (1994). Factors influencing the specialty choices of 1993 medical school graduates [published erratum appears in Acad Med 1994 Apr;69(4):290]. Acad. Med. 69 2: 163-170.
- Kassler WJ, Wartman SA és Silliman RA (1991). Why medical students choose primary care careers. Acad. Med. 66 1: 41-43.
- Kazanjian A és Pagliccia N (1996). Key factors in physicians' choice of practice location: Findings from a survey of practitioners and their spouses. Health Place 2 1: 27-33.
- Khater-Menassa B és Major S (2005). Factors influencing the choice of specialty among medical students in Lebanon. J. Med. Liban. 53 1: 16-20.
- Kiker BF és Zeh M (1998). Relative Income Expectation, Expected Malpractice Premium Cost, And Other Determinants of Physician Speciality Choice. J. Health Soc. Behav. 39 June: 152-167.
- Kolstad JR (2011). How to make rural jobs more attractive to health workers. Findings from a discrete choice experiment in Tanzania. Health Econ. 20 2: 196-211.
- KSH (2010). Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2009. Budapest, Központi Statisztikai Hivatal.
- Lambert E és Holmboe E (2005). The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. Acad. Med. 80: 797 - 802.
- Lambert TW, Goldacre MJ, Edwards C és Parkhouse J (1996). Career preferences of doctors who qualified in the United Kingdom in 1993 compared with those of doctors qualifying in 1974, 1977, 1980, and 1983. Br. Med. J. 313 7048: 19-24.
- Lambert TW, Goldacre MJ és Turner G (2006). Career choices of United Kingdom medical graduates of 2002: questionnaire survey. Med. Educ. 40 6: 514-521.
- Lefevre JH, Roupret M, Kerneis S és Karila L (2010). Career choices of medical students: a national survey of 1780 students. Med. Educ. 44 6: 603-612.

- Lehmann U, Dieleman M és Martineau T (2008). Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. BMC Health Serv. Res. 8 1: 19.
- Lieu TA, Schroeder SA és Altman DF (1989). Specialty Choices at One Medical School: Recent Trends and Analysis of Predictive Factors. Acad. Med. 64 10: 622-629.
- Lind DS és Cendan JC (2003). Two decades of student career choice at the University of Florida: Increasingly a lifestyle decision. Am. Surg. 69 1: 53-55.
- Loriot Y, Albiges-Sauvin L, Dionysopoulos D, Bouyon-Monteau A, Boyle H, You B, Massard C és de La Motte Rouge T (2010). Why do residents choose the medical oncology specialty? Implications for future recruitment--results of the 2007 French Association of Residents in Oncology (AERIO) Survey. Ann. Oncol. 21 1: 161-165.
- Mayer KL, Perez RV és Ho HS (2001). Factors Affecting Choice of Surgical Residency Training Program. J. Surg. Res. 98 2: 71-75.
- McKay NL (1990). The economic determinants of specialty choice by medical residents. J. Health Econ. 9 3: 335-357.
- McParland M, Noble LM, Livingston G és McManus C (2003). The effect of a psychiatric attachment on students' attitudes to and intention to pursue psychiatry as a career. Med. Educ. 37 5: 447-454.
- McPherson DS, Schmittling GT, Pugno PA és Kahn Jr NB (2004). Entry of US medical school graduates into family medicine residencies: 2003-2004 and 3-year summary. Fam. Med. 36 8: 553-561.
- Merton RKR, George G.; Kendall, Patricia L. (1957). The Student-Physician. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press.
- Millan LR, Azevedo RS, Rossi E, De Marco OLN, Millan MPB és Arruda PCVd (2005). What is behind a student's choice for becoming a doctor? Clinics 60: 143-150.
- Molnár R, Nyári T, Hazag A, Csinády A és Molnár P (2008). Career choice motivations of medical students and some characteristics of the decision process in Hungary. Cent. Eur. J. Med. 3 4: 494-502.
- Molnár R, Nyári T és Molnár P (2006). Remaining in or leaving the profession: the view of medical students. Med. Teach. 28 5: 475-477.
- Molnár R, Nyári T és Molnár P (2008). Az orvostanhallgatók pályán maradásra, pályaelhagyásra vonatkozó elképzelései. Orv. Hetil. 149 18: 843-848.
- MRSZ. (2010). "Keretszámok - Az egészségügyi miniszter közleménye a törzsképzés keretszámairól !!!", from <http://rezidens.blog.hu>.

- National Resident Matching Program (2011). National Resident Matching Program -- Applicant User Guide.
- National Resident Matching Program. (2012). "National Resident Matching Program ".
- National Resident Matching Program (2012). NRMP Program Results 2008-2012 Main Residency Match.
- Newton D, Grayson M és Foster Thompson L (2005). The variable influence of lifestyle and income on medical students' career choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. Acad. Med. 80: 809 - 796.
- Newton DA és Grayson MS (2003). Trends in Career Choice by US Medical School Graduates. JAMA 290 9: 1179-1182.
- Newton DA, Grayson MS és Whitley TW (1998). What Predicts Medical Student Career Choice? J. Gen. Intern. Med. 13 3: 200-203.
- Nieuwhof M, Rademakers J, Kuyvenhoven M, Soethout M és Ten Cate J (2005). Students conceptions of the medical profession; an interview study. Med. Teach. 27 8: 709 - 714.
- Osborn EH (1993). Factors influencing students' choices of primary care or other specialties. Acad. Med. 68 7: 572-574.
- Peach HG és Bath NE (2000). Comparison of rural and non-rural students undertaking a voluntary rural placement in the early years of a medical course. Med. Educ. 34 3: 231-233.
- Pellegrino ED (2000). Medical professionalism: can it, should it survive? The Journal of the American Board of Family Practice 13 2: 147-149.
- Petrides K és Mcmanus I (2004). Mapping medical careers: questionnaire assessment of career preference in medical school applicants and final-year students. BMC Med. Educ. 4:18
- Petrie KJ, White GR, Cameron LD és Collins JP (1999). Photographic memory, money, and liposuction: survey of medical students' wish lists. BMJ 319 7225: 1593-1595.
- Polasek O, Kolcic I, Dzakula A és Bagat M (2006). Internship workplace preferences of final-year medical students at Zagreb University Medical School, Croatia: all roads lead to Zagreb. Hum. Resour. Health. 4 1: 7.
- Pong R (2008). Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years. Hum. Resour. Health. 6 1: 24.
- Puljak L, Kraljevic JB, Latas VB és Sapunar D (2007). Demographics and motives of medical school applicants in Croatia. Med. Teach. 29 8: e227-e234.

- Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW és Paynter NP (2001). Critical Factors for Designing Programs to Increase the Supply and Retention of Rural Primary Care Physicians. JAMA 286 9: 1041-1048.
- Reed RR és Evans D (1987). The deprofessionalization of medicine. Causes, effects, and responses. J. Am. Med. Assoc. 258 22: 3279-3282.
- Rogers ME, Creed PA és Searle J (2009). The development and initial validation of social cognitive career theory instruments to measure choice of medical specialty and practice location. J. Carr. Asses. 17 3: 324-337.
- Rogers ME, Searle J és Creed PA (2010). Why do junior doctors not want to work in a rural location, and what would induce them to do so? Aust. J. Rural Health 18 5: 181-186.
- Rosenberg M (1969). The conditions and consequences of evaluation apprehension. Artifact in behavioural research. R. Rosenthal és R. L. Rosnow. New York, Academic Press: 279-349.
- Rosenthal MP, Diamond JJ, Rabinowitz HK, Bauer LC, Jones RL, Kears GW, Kelly RB, Sheets KJ, Jaffe A, Patrick A és Ruffin MT (1994). Influence of Income, Hours Worked, and Loan Repayment on Medical Students' Decision to Pursue a Primary Care Career. JAMA 271 12: 914-917.
- Rosenthal MP, Turner TN, Diamond J és Rabinowitz HK (1992). Income expectations of first-year students at Jefferson Medical College as a predictor of family practice specialty choice. Acad. Med. 67 5: 328-331.
- Schäfer H-Ma, Sennekamp Ma, Güthlin Ca, Krentz Hb és Gerlach FMa (2009). Kann das blockpraktikum allgemeinmedizin zum beruf des hausarztes motivieren? Z. Allgemeinmed. 85 5: 206-209.
- Schafer S, Shore W, French L, Tovar J, Hughes S és Hearst N (2000). Rejecting family practice: Why medical students switch to other specialties. Fam. Med. 32 5: 320-325.
- Schofield D, Fletcher S, Fuller J, Birden H és Page S (2009). Where do students in the health professions want to work? Hum. Resour. Health. 7 1: 74.
- Schwartz RW, Haley JV, Williams C, Jarecky RK, Strodel WE, Young B és Griffen WOJ (1990). The controllable lifestyle factor and students' attitudes about specialty selection. Acad. Med. 65 3: 207-210.
- Schwartz RW, JARECKY RK, STRODEL WE, HALEY JV, YOUNG B és GRIFFEN WOJ (1989). Controllable Lifestyle: A New Factor in Career Choice by Medical Students. Acad. Med. 64 10: 606-609.
- Scott I, Gowans M, Wright B, Brenneis F, Banner S és Boone J (2011). Determinants of choosing a career in family medicine. CMAJ 183 1: E1-E8.

- Sempowski IP (2004). Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. Can. J. Rur. Med. 9 2: 82-88.
- Senf JH, Campos-Outcalt D és Kutob R (2003). Factors related to the choice of family medicine: A reassessment and literature review. J. Am. Board Fam. Pract. 16 6: 502-512.
- Senf JH, Kutob R és Campos-Outcalt D (2004). Which Primary Care Specialty? Factors that Relate to a Choice of Family Medicine, Internal Medicine, Combined Internal Medicine-Pediatrics, or Pediatrics. Fam. Med. 36 2: 123-130.
- Shamseer L, Roth DE, Tallett S, Hilliard R és Vohra S (2008). A comparison of Canadian pediatric resident career plans in 1998 and 2006. Pediatrics 122 6: e1199-e1209.
- Sik E (2003). A migrációs potenciál kutatásának alapfogalmai (Foundation Concepts of Research on Migration Potential). Menni vagy maradni? Kedvezménytörvény és a migrációs várakozások. A. Örkény. Budapest, Magyar Tudományos Akadémia, Etnikai és Kisebbségkutató Intézete (Hungarian Academy of Sciences Research Institute of Ethnic and Minorities).
- Síklaki I (2006). A fókuszcsoporthoz, a kvalitatív közvélemény-kutatás alpmódszere. Budapest, Kossuth Kiadó.
- Soethout M, ten Cate O és van der Wal G (2008). Correlations of knowledge and preference of medical students for a specialty career: a case-study of youth health care. BMC Public Health 8 1: 14.
- Sönnichsen AC, Donner-Banzhoff N és Baum E (2005). Motives, professional objectives, and hopes of first year preclinical medical students. Z. Allgemeinmed. 81 5: 222-225.
- Starkiene L, Padaiga Z, Reamy J és Dickuté J (2006). Planning of Human Resources for Health: The Lithuania Experience. Kaunas, Office of Dr. Jolanta Dickuté in Lithuania.
- Stilwell NA, Wallick MM, Thal SE és Burseson JA (2000). Myers-Briggs Type and Medical Specialty Choice: A New Look at an Old Question. Teach. Learn. Med. 12 1: 14-20.
- Székelyi M és Barna I (2003). Túlélőkészlet az SPSS-hez. Budapest, Typotex.
- Széneyi G, Adám Sz, Gyorffy Zs, Harmatta J és Túry F (2010). A hazai pszichiáterek pálya- és jövőképe. Psychiatr. Hun. 25 1: 31-54.
- Thornton J (2000). Physician choice of medical specialty: do economic incentives matter? Appl. Econ. 32 11: 1419-1428.

- Thornton J és Esposto F (2003). How important are economic factors in choice of medical specialty? Health Econ. 12 1: 67-73.
- Vaglum, Wiers J és Ekeberg (1999). Motivation for medical school: the relationship to gender and specialty preferences in a nationwide sample. Med. Educ. 33 4: 236-242.
- Váriné Szilágyi I (1981). Fiatal Értelmiségiek a Pályán. Budapest, Akadémiai Kiadó.
- Vicsek L (2006). Fókuszcsoport - Elméleti megfontolások és gyakorlati alkalmazás Budapest, Osiris Kiadó.
- Ward AM, Kamien M és Lopez DG (2004). Medical career choice and practice location: early factors predicting course completion, career choice and practice location. Med. Educ. 38 3: 239-248.
- WHO (2000). World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva
- WHO (2006). Working Together for Health: The World Health Report 2006.
- WHO (2009). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. First expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva, WHO.
- Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T és Marais BJ (2009). A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Rural Remote Health 9 2: 1060.
- Wright B, Scott I, Woloschuk W és Brenneis F (2004). Career choice of new medical students at three Canadian universities: Family medicine versus specialty medicine. CMAJ 170 13: 1920-1924.
- Zeldow PB és Daugherty SR (1991). Personality profiles and specialty choices of students from two medical school classes. Acad. Med. 66 5: 283-287.

SAJÁT PUBLIKÁCIÓK JEGYZÉKE

AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT PUBLIKÁCIÓK

Girasek E, Molnár R, Eke E, Szócska M (2011) The medical career choice motivations- Results from a Hungarian study. Central European Journal of Medicine 6:(4) pp. 502-509. IF: 0.312

Eke E, Girasek E, Szócska M (2011) From melting pot to change lab central Europe: Health workforce migration in Hungary. In: Wismar M, Maier C B, Glinos I A, Dussault G, Figueras J (eds.) Health professional mobility and health systems: Evidence from 17 European countries. Copenhagen: World Health Organization; European Observatory on Health Systems and Policies, 2011. pp. 365-394. (Observatory Studies Series; 23.)

Molnár R, Girasek E, Csinády A, Bugán A (2010) 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 jogásznőkről alkotott sztereotípiák tükrében. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 11:(1) pp. 31-51.

Girasek E (2010) Fiatal munkavállalók az egészségügyben, fiatal egészségügyiek a munkaerőpiacon. In: Garai Orsolya, Horváth Tamás, Kiss László, Szép Lilla, Veroszta Zsuzsa (szerk.) Diplomás pályakövetés IV.: Frissdiplomások 2010 Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság, 2010. pp. 287-300.

Girasek E, Eke E, Szócska M (2010) Analysis of a survey on young doctors' willingness to work in rural Hungary. Human Resources for Health 8: Paper 13. IF: 1.383

Girasek E, Eke E, Szócska M (2009) Fiatal orvosok vidéki munkavállalási szándékai. Orvosképzés 84:(1) pp. 59-63.

Girasek E, Molnár R, Eke E, Csernus R (2009) Az orvosi pálya választásának motivációi napjainkban: Orvostanhallgatók és rezidensek véleménye alapján. Orvosképzés 84:(4) pp. 255-336.

Eke Edit, Girasek Edmond, Szócska Miklós (2009) A migráció a magyar orvosok körében. Statisztikai Szemle 87:(7-8) pp. 795-827.

Eke E, Girasek E, Szócska M (2007) Research data on migration of Hungarian medical doctors: Analysis and evaluation. In: Moore J M, Dal Poz M R, Perfilieva G (szerk.) National Health Workforce: The growth of challenging trends. Paris: pp. 95-117.

Girasek E, Eke E, Szócska M (2007) Külföldi munkavállalás: Hogyan látják az elsőéves orvostanhallgatók. Felsőoktatási Műhely 1:(1) pp. 99-106.

Eke E, Girasek E (2007) Mobilitás Program. Orvosok Lapja 4:(10) pp. 24-26.

EGYÉB – NEM AZ ÉRTEKEZÉS TÉMÁJÁBAN MEGJELENT – PUBLIKÁCIÓK

Molnár Regina, Girasek Edmond, Csinády Adriána, Bugán Antal (2012) Milyen az orvos ha nő?: Az orvosnő ideáltipikus képe empirikus vizsgálatok alapján. Lege Artis Medicinae 22:(3) pp. 218-224.

Girasek Edmond (2011) Semmelweis Közösség – Semmelweis Világ Diplomás Pályakövetés a Semmelweis Egyetem 2010. évi reprezentatív diplomás pályakövetési vizsgálatának eredményei, Budapest: Semmelweis Kiadó, 2011. 33 p.

Dr Lakatos Péter, Dr. Speer Gábor, Dombai Péter, Dr. Zajzon Gergely, Girasek Edmond (2011) A Ca-Intake.hu vizsgálat eredményei: Az osteoporosis bázisterápiájának részeként alkalmazott kalciumpótlás több, mint rutinlépés. Lege Artis Medicinae KID 2011.:(3) pp. 29-36. (2011)

Kalmár I, Girasek E (2010) Diplomás Pályakövető Rendszer (DPR) bevezetése a Semmelweis Egyetemen. Felsőoktatási Műhely 4:(3) pp. 15-23.

Girasek E, Sik E (2006) Munkaerőpiac és informális jövedelmek. In: Kolosi T, Tóth I Gy, Vukovich Gy (szerk.) Társadalmi Riport 2006 Budapest: TÁRKI, pp. 65-85.

Girasek E, Sik E (2006) Foglalkoztatás, kereset, informális munkajövedelem és egyéb "ritka" jövedelem. In: Szívós Péter, Tóth István György (szerk.) Feketén, fehéren: Társadalmi Monitor Jelentések 2005 Budapest: TÁRKI, pp. 83-96.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Alábbiakban köszönetet mondok mindazoknak, akik támogatásukkal hozzájárultak a disszertációm elkészítéséhez. Köszönöm Szócska Miklósnak és Eke Editnek, hogy támogatták a szakmai fejlődésemet, komoly támogatást és számos impulzust kaptam tőlük az értekezésem elkészítéséhez. Köszönöm témavezetőm, Gaál Péter javaslatait, észrevételeit és támogatását, amelyek jelentősen hozzájárultak a disszertáció magas színvonalú megírásához. Szintén köszönettel tartozom azoknak, akik javaslatokkal, véleményekkel segítettek a munkámat. Itt szeretném kiemelni Belicza Éva és Györffy Zsuzsa bírálatát, amelyet a disszertáció munkahelyi vitájára készítettek el. Ez nagyban hozzájárult az értekezés színvonalának növeléséhez. Köszönöm nővéremnek, Girasek Edinának a nyelvi lektorálást. Fontos köszönetet mondanom az Egészségügyi Menedzserképző Központ teljes csapatának, hogy javaslatokkal, ötletekkel folyamatosan segítettek és folyamatosan támogattak mind szakmailag, mind a biztatásukkal, illetve a türelmükkel. Természetesen külön köszönet illeti azokat a rezidenseket, akik részt vettek a kutatásban, válaszoltak a kérdőív kérdéseire és részt vettek a fókuszcsoportos interjúkban. Nélkülük nem készülhetett volna el ez a munka.

Előre köszönöm a hivatalos bírálók munkáját, javaslataikból, tanácsaikból biztosan sokat tanulok majd.

Végül, de nem utolsósorban köszönöm a páromnak, Krizsán Alíznek és a családomnak a folyamatos biztatást, támogatást és türelmet, amely mindvégig rendkívül sokat jelentett.

MELLÉKLETEK

1. MELLÉKLET: A KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS KÉRDŐÍVE

Emberi Erőforrás Kutatás az Egészségügyben - Kérdőív
Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ (EMK),
Magyar Rezidens Szövetség (MRSZ), 2007.

Kedves Kolléga!
Kérdőíves kutatásunk során a magyar orvosok helyzetéről és véleményéről szeretnénk képet alkotni, hozzájárulva ezzel az ágazat emberi erőforrás helyzetének elemzéséhez és működő stratégia kidolgozásához. Kérjük, válaszaikon kérdéseinkre! A kérdőív kitöltésével segít munkánkat és hozzájárul az Ön életét is befolyásoló célunk eléréséhez!
A legelső kérdésnél egy választ kérünk bejelölésben. Ezt külön nem jelöljük. Ahol több válasz is lehetséges, azt külön jelöljük! A kérdőív kitöltése önkéntes és anonim. Az adatokat összesítve, statisztikai módszerekkel elemezzük. Ha bármilyen kérdése, észrevétele, javaslata van, kérjük, keressen meg minket a következő e-mail címen: grasas@emk.sote.hu
Egységműködését előre is köszönjük!

Budapest, 2007. november 16.
A kutatást végző csapat:
Dr. Szócska Miklós, EMK igazgató
Dr. Eke Edit, EMK
Grasas Edmond, EMK
Dr. Gaál Emília Ilona, MRSZ

A válaszadás önkéntes!

A1. Ön...
1 – Férfi
2 – Nő?

A3. Melyik évben született? [] [] [] [] []

A5. Van-e Önmek gyermeke?
0 – Nincs
1 – Van → Gyermek(ek) száma: _____

A4. Mi az Ön családi állapota?
1 – Egyedülálló
2 – Kapcsolatban él
3 – Házas
4 – Elvált

A6. Kérjük, értékelje az alábbi táblázatban feltüntetett adatokat a táblázatban megadott skálán, a saját értékelése szerint töltsze ki mindenhol! (Minden egyes cellában írja be a megfelelő értéket az átlagos skálán. 0-5-ig terjedő skálán, 5-az anyanyelvi szinten. A két utolsó sorba írja be, ha más nyelvet/nyelveket is beszél.)

Nyelv	Beszéd	Beszédértés	Olvasás	Írás
Angol	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
Német	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5
	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5	0-1-2-3-4-5

A10. Ön jelenleg...
1 – Első éves rezidens
2 – Második éves rezidens
3 – Első éves rezidens, de már van szakvizsgája
4 – Másodéves rezidens, de már van szakvizsgája
5 – Egyéb

A12. Rendelkezik szakvizsgával?
1 – Nem, első szakvizsgámra készülök
2 – Igen, van már egy szakvizsgám
3 – Igen, már több szakvizsgám van

A13. Ha van egy vagy több szakvizsgája, milyen szakterület(ek)ból szerzett?
1. _____
2. _____
3. _____

A14. Milyen szakon végzett az egyetemén?
1 – Általános orvos
2 – Fogorvos
3 – Felsőoktatás

A15. Melyik évben végzett az orvosi egyetemén?
[] [] [] [] []

A16. Melyik egyetemen végzett?
1 – Debreceni Egyetem
2 – Pécsi Tudományegyetem
3 – Semmelweis Egyetem
4 – Szegedi Tudományegyetem
5 – Külföldi egyetem

A17. Mely egyetemhez tartozik a rezidensképzésében?
1 – Debreceni Egyetem
2 – Pécsi Tudományegyetem
3 – Semmelweis Egyetem
4 – Szegedi Tudományegyetem

A18. Részt vett-e Ön Ph.D. képzésben?
1 – Nem vettek részt, és nem is tervezem
2 – Nem vettek részt, de gondolkodom rajta
3 – Igen, Ph.D. hallgató vagyok
4 – Már van Ph.D. fokozatom

A19. Amennyiben részt vett Ph.D. képzésben, vagy gondolkodik rajta, mi motiválta/motiválta?
1 – Szakmai előmenetel (karrier)
2 – Kutatói érdeklődés
3 – Kényszer (pl. klinikai állás, vezetői pozíció miatt)
4 – Egyéb

A20. Tervezi-e a jövőben szakorvosként fog dolgozni?
1 – Igen, a most megszerzendő szakvizsgámat megfelelő munkakörben
2 – Igen, korábban megszerzett szakvizsgáimat megfelelő munkakörben
3 – Igen, de nem a szakvizsgáimat megfelelő munkakörben/területen
4 – Nem, de továbbra is az egészségügyben fogok dolgozni (pl. gyógyszerészi), terveim szerint a következő területen:
5 – Nem, nem az egészségügyben fogok dolgozni, hanem terveim szerint: _____

A21. Hol szeretne állást kapni?
Melyre _____ Település _____
1 – Alapellátás
2 – Járóbeteg ellátás
3 – Fekvőbeteg ellátás
4 – Egyéb, egészségügyben
5 – Egyéb, nem egészségügyben

Országos Foglalkoztatási Közalapítvány
célkitűzésével megvalósuló OF/A734/10/032. kutatás

<p>A22. Amennyiben a megadott (A21) településen nem kapna megfelelő állást, vállalna-e ingázást egy másik településre?</p> <p>1 – Igen 2 – Nem</p> <p>A23. Amennyiben a megadott (A21) településen nem kapna megfelelő állást, átköltözne-e egy másik településre?</p> <p>1 – Igen, állás érdekében minden lehetőség érdekel, akár szakterület váltással is 2 – Igen, de csak ha kapok támogatást (szociálai lakás, kedvezményes lakáshitel, stb.) akkor akár szakterületváltással is 3 – Igen, de mindenképpen a jelenlegi szakterületemnek megfelelő munkakörben 4 – Igen, a jelenlegi szakterületemnek megfelelő munkakörben, de csak ha kapok támogatást 5 – Nem, ez esetben más lehetőségben gondolkodom, eszedig: _____</p> <p>A24. Töltsd-e már szakmai céllal külföldön egy _____ hónapnál hosszabb időt? A25. Hány alkalommal volt külföldön szakmai céllal? 1 – Nem Ugorjon az A29-es kérdésref [] alkalommal 2 – Igen → összesen _____ hónapot</p> <p>A26. Melyik országban/országokban járt szakmai céllal? _____</p> <p>1 – Kutató orvosként 2 – Gyakorló orvosként 3 – Orvostanulmányokért 4 – Hozzájárózóként 5 – Egyéb</p> <p>A28. Milyenek a külföldi szakmai tapasztalatai? (elője az ötfokozatú skálán; 1= nagyon rossz, 5= nagyon jó) 1 – 2 – 3 – 4 – 5</p> <p>A29. Tervez-e külföldi munkavállalást? 1 – Nem → Kérjük, ugorjon a C1. Kérdésre! 2 – Igen → _____</p> <p>1 – Nem orvosként → Kérjük, ugorjon a D1. Kérdésre! 2 – Orvosként, a szakmában → Kérjük, alább folytassa a kérdőívet</p>	<p>B3. Az alább felsorolt állításokkal kapcsolatban kérjük, jelje meg, mennyire befolyásolják külföldi munkavállalási szándékait! (elője az ötfokozatú skálán; 1= egyáltalán nem, 5= döntően) Kérjük, hogy minden állítást értékeljen!</p> <p>Munkakörülmények, -feltételek 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Szakmai lehetőségek 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Fizetés 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Tudományos munka feltételei 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Életkörülmények, életminőség 1 – 2 – 3 – 4 – 5 A szakma és az orvos társadalmi megbecsültsége 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Idégen nyelv elsajátítása 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Kalandvágy 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Munkaterhelés 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Általán ismert sikeres példák 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Családi szempontok 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Magyarországi hálapénzrendszer 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Szervezeti viszonyok 1 – 2 – 3 – 4 – 5 Magyar egészségügy kihatással 1 – 2 – 3 – 4 – 5</p> <p>B4. Melyek a legfőbb tényezők, amelyek akadályozzák, hátráltatják külföldi munkavállalását? (Több válasz is lehetséges. Kérjük, hogy az önmek legfontosabb válaszokat, de maximum 3-at jelöljön meg!)</p> <p>1 – Korlátozó szabályok a célország részéről (pl. vízum, diploma ekvivalencia) 2 – Külföldi társadalomba való beilleszkedés nehézségei 3 – Külföldi telepedés nehézségei 4 – Külföldi szakmai közegbe való beilleszkedés nehézségei 5 – Általános pályakezdetési nehézségek 6 – Nyelvtudási hiányosságok</p> <p>B5. Mikorra tervezzi a külföldi munkavállalást? 1 – Ahogy lehetőségem nyílik rá, akára (jelenleg folyamatban lévő) szakisviza megszerzése előtt is 2 – (Jelenleg folyamatban lévő) Szakisviza megszerzése után azonnal 3 – (Jelenleg folyamatban lévő) Szakisviza megszerzése után, később</p> <p>B6. Jelenleg milyen időtartamra tervezzi a külföldi munkavállalást? 1 – Alkalmi alapon, az ithoni állásom megtartásával (pl. hétvégi ügyelet, ingázás, alkalmi fix időtartamú megbízás vállalással) 2 – Alkalmi alapon, de csak külföldi állással 3 – Rövid távon (2 év alatt) 4 – Középtávon (2-5 év) 5 – Hosszú távon (több mint 5 év) 6 – Véglegesen 7 – Nincs konkrét elképzelésem, a körülményektől és lehetőségektől függően döntök majd</p> <p>B7. Jelenleg mi a külföldi munkavállalás utáni visszatérési szándékja? 1 – Par hónap után biztosan hazatérek 2 – Par hónap után szeretnék hazatérni 3 – Pár év tapasztalatszerzés után biztosan visszatérek 4 – Pár év tapasztalatszerzés után szeretnék visszatérni 5 – Biztosan nem jövök vissza Magyarországra 6 – Nem szeretnék visszatérni Magyarországra 7 – Még nem döntöttem el, a körülményektől és lehetőségektől függően döntök majd</p> <p>B8. Hazatérte esetén hol szeretne elhelyezkedni? 1 – Visszatérnék az eredeti munkahelyemre, akár a régi beosztásomban is 2 – Visszatérnék az eredeti munkahelyemre, de csak egy új beosztásban 3 – Új munkahelyet szeretnék keresni, mert régi munkahelyem nem maradt meg, ha külföldre megyek 4 – Új munkahelyet szeretnék keresni, mert nem akarok régi munkahelyemre visszatérni 5 – Munkahelyet szeretnék majd keresni, jelenleg nincs biztos állásom 6 – Csak akkor térnék haza, ha lesz itthon biztos, elvárásaimnak megfelelő állásom</p>
<p>Országos Foglalkoztatási Közalapítvány céltámogatásával megvalósuló OFA/734/1/0032. kiadás</p>	<p>Országos Foglalkoztatási Közalapítvány céltámogatásával megvalósuló OFA/734/1/0032. kiadás</p>

<p>B9. Mely országokban tervez munkát vállalni? (ha nem gondolkodik további országokban, akkor kérjük az adott helyre ne írjon semmit!)</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>1. Elsősorban</td> <td>1-2-3-4-5</td> <td>Itthon jobb anyagi lehetősége- im vannak</td> <td>1-2-3-4-5</td> </tr> <tr> <td>2. Másodsorban</td> <td>1-2-3-4-5</td> <td>Tudományos munka feltételei</td> <td>1-2-3-4-5</td> </tr> <tr> <td>3. Harmadsorban</td> <td>1-2-3-4-5</td> <td>Szervezeti viszonyok</td> <td>1-2-3-4-5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1-2-3-4-5</td> <td>Magyar egészségügy kilátásai</td> <td>1-2-3-4-5</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1-2-3-4-5</td> <td>Itthon szeretnék élni és dolgozni</td> <td>1-2-3-4-5</td> </tr> </tbody> </table>	1. Elsősorban	1-2-3-4-5	Itthon jobb anyagi lehetősége- im vannak	1-2-3-4-5	2. Másodsorban	1-2-3-4-5	Tudományos munka feltételei	1-2-3-4-5	3. Harmadsorban	1-2-3-4-5	Szervezeti viszonyok	1-2-3-4-5		1-2-3-4-5	Magyar egészségügy kilátásai	1-2-3-4-5		1-2-3-4-5	Itthon szeretnék élni és dolgozni	1-2-3-4-5	<p>B10. Kérjük, értékelje a felsorolt faktorokat az öfokozatú skálán (1=éltévesen rosszabb mint itthon; 5=éltévesen jobb mint itthon) Véleménye szerint melyeknek lennének/lesznek az elsősorban választott országban (B9) a...:</p> <p>Megélhetési lehetőség 1-2-3-4-5</p> <p>Munkakörülményei 1-2-3-4-5</p> <p>Szakmai lehetőség 1-2-3-4-5</p> <p>Tudományos kutatás feltételei 1-2-3-4-5</p> <p>Előmeneteli lehetőség 1-2-3-4-5</p> <p>Társadalmi megbecsültsége 1-2-3-4-5</p>
1. Elsősorban	1-2-3-4-5	Itthon jobb anyagi lehetősége- im vannak	1-2-3-4-5																		
2. Másodsorban	1-2-3-4-5	Tudományos munka feltételei	1-2-3-4-5																		
3. Harmadsorban	1-2-3-4-5	Szervezeti viszonyok	1-2-3-4-5																		
	1-2-3-4-5	Magyar egészségügy kilátásai	1-2-3-4-5																		
	1-2-3-4-5	Itthon szeretnék élni és dolgozni	1-2-3-4-5																		
<p>B13. Tisztaban van-e a külföldi munkavállalás adminisztratív feltételeivel?</p> <p>1 – Nem, még nem tájékozódtam felőle</p> <p>2 – Igen, hallottam már róla, de konkrétan még nem néztem utána</p> <p>3 – Igen, már utánanéztem a feltételeknek, de még nem indítottam el a folyamatot</p> <p>4 – Igen, már utánanéztem a feltételeknek, és elindítottam a folyamatot</p> <p>5 – Igen, már tudnék külföldön munkát vállalni</p>	<p>B14. Mi lenne a legnagyobb áldozat, amire képes lenne a külföldi munkavállalásért? (Több válasz is lehetséges. Kérjük, hogy az Örmek legfontosabb válaszokat, de maximum 3-at jelöljön meg!)</p> <p>1 – Nyelvtudás tökéletesítése</p> <p>2 – Új nyelv megtanulása</p> <p>3 – Előírt/megkövetelt szakmai továbbképzés/tréning elvégzése a célszágban</p> <p>4 – Nem szakmai és nyelvi jellegű, de előírt/megkövetelt képzés/tréning elvégzése (pl. az adott ország egészségügyi rendszerének működéséről)</p> <p>5 – Jelenlegi képzettségénél alacsonyabb képzettséget igénylő állás elfogadása</p> <p>6 – Jelenlegi beosztásánál alacsonyabb beosztás elfogadása</p> <p>7 – Más orvosi és/vagy kutatási szakterület választása</p> <p>8 – Távollét a családtól, barátoktól, ismerősektől</p>																				
<p>B15. Külföldi társadalomba való beilleszkedés nehézségei</p> <p>Magyarországi hálapenzrendszer</p> <p>Felülésséget érnek a magyar betegként és egészségügyét</p> <p>Család, barátok közelsége</p>	<p>C1. A következő kérdések azoknak szól, akik nem terveznek külföldi munkavállalást! Az alábbi felsorolt állításokkal kapcsolatban arra kérjük, ítéle meg, melyik mennyire jászott/jászot/repert abban, hogy nem tervez külföldi munkavállalást. (Jelölje az öfokozatú skálán: 1= egyáltalán nem, 5= döröten. Kérjük, hogy minden állítást értékeljen!)</p> <p>Korlátozó szabályok (vizum, diplomahonosítás)</p> <p>A szakma és az orvos társadalmi megbecsültsége</p> <p>Munkakörülmények, feltételek</p> <p>Családi szempontok</p>																				
<p>C2. Véleménye szerint mennyire befolyásolják külföldi munkavállalást tervező kollégáit az alábbi tényezők? (Jelölje az öfokozatú skálán: 1= egyáltalán nem, 5= döröten.) Kérjük, hogy minden állítást értékeljen!</p> <p>Munkakörülmények, -feltételek</p> <p>Fizetés</p> <p>Előmeneteli lehetőség</p> <p>Időben nyelv elsajátítása</p> <p>Munkaterhelés</p> <p>Családi szempontok</p> <p>Szervezeti viszonyok</p>	<p>A következő kérdésekre kérjük, mindenképpen válaszoljon, a külföldi munkavállalási szándékától függetlenül!</p> <p>D1. Amikor jelentkezett az orvosi egyetemre, mi volt a legfőbb célja, mi szeretett volna lenni?</p> <p>1 – Orvos, de konkrét elkötelezés a továbbiakról diploma után nem volt</p> <p>2 – Gyógyító orvos</p> <p>3 – Kutató orvos</p> <p>4 – Egyéb területen dolgozó orvos (pl. ÁNTSZ, gyógyszeripar)</p> <p>5 – Orvos, de úgy terveztem, hogy külföldre megyek majd dolgozni</p> <p>6 – Nem orvosi foglalkozásban gondolkodtam, de meg akartam szerezni ezt a diplomát</p> <p>7 – Nem akartam orvos lenni, de nem volt jobb ötletem</p> <p>8 – A környezetem nyomására jelentkeztem ide, nem akartam orvos lenni</p>																				
<p>D2. A következő állításokkal kapcsolatban arra kérjük, hogy ítéle meg, mennyire jászottak szerepet az orvosi pályaválasztásában (orvosi egyetem felvételi mellett szolo döntésében) (Jelölje az öfokozatú skálán: 1= egyáltalán nem, 5= döröten. Kérjük, hogy minden állítást értékeljen!)</p> <p>Ez az, ami igazán érdekelt</p> <p>Szerettem volna „Doktor” lenni</p> <p>Tudományos pályára készültem</p> <p>Ez a diploma kellett az elkövetéséhez</p> <p>Külföldi munkavállalási lehetőség</p> <p>Fizetés</p> <p>Társadalmi megbecsültség</p> <p>Családi hatás</p>	<p>D3. A következő állításokkal kapcsolatban arra kérjük, hogy ítéle meg, mennyire jászottak szerepet az adott, jelenlegi rezidens program, így szakterület választásában! (Jelölje az öfokozatú skálán: 1= egyáltalán nem, 5= döröten. Kérjük, hogy minden állítást értékeljen!)</p> <p>Ez az, ami igazán érdekelt</p> <p>Szakmai kihívások</p> <p>Tudományos pályára készülök</p> <p>Országos Foglalkoztatási Közalapítvány céljainak megvalósulása OFA/734/10032. kiadás</p>																				

Külföldi munkavállalás lehetősége
 1-2-3-4-5 Innováció, fejlesztési lehetőségek
 1-2-3-4-5
 Családi hatás
 1-2-3-4-5 Társadalmi megbecsültség
 1-2-3-4-5
 Szakterülettel járó életforma
 1-2-3-4-5 Betegekkel való kapcsolatot
 1-2-3-4-5
 Fizetés
 1-2-3-4-5 Jó álláslehetőségek
 1-2-3-4-5

D4. Ön szerint mennyi lenne a reális nettó havi fizetés, amely mellett nem lenne szükségük keresetkiegészítésre (halapénzre, másod-, harmadállásra, stb.) és nem gondolkoznának pályaelhagyáson/külföldi munkavállaláson...

1. Kezdő orvosok (központi gyakorlatok, első és másodéves rezidensek) számára?	forint
2. Szakorvosjelöltek (2 rezidens év után, szakvizsga előtt) számára?	forint
3. Friss szakorvosok számára?	forint

D5. Ha újra dönthetne a pályaválasztásról, ismét választaná-e...

Az orvosi pályát?
 Ugyanazon az egyetemen a rezidensi programot?
 Ugyanazt a szakterületet?

Igen	Nem
1	2
1	2
1	2

D6. Szeretné-e értékelni kutatásunk eredményeiről?

1 – Igen
 2 – Nem

Köszönjük a válaszadást!

Kutatásunk további fázisában tervezünk strukturált interjúk és fókuszcsoportos interjúk készítését is. Amennyiben szívesen részt venne ezekben, és válaszaival, véleményével, javaslataival a továbbiakban is szívesen segítené a kutatásunkat, kérjük adja meg az elérhetőségeit!

Minden adatot bizalmasan kezelünk, a kutatást végző intézet személyes adatot NEM ad ki, a megadott elérhetőségeket a kérdőívre adott válaszaitól elkülönítve kezeljük, nem törekszünk a válaszadóink egyéni beazonosítására!

Név:

Telefonszám:

E-mail cím:

Országos Foglalkoztatási Közalapítvány
 célirányos támogatásával megvalósuló OFA/734/10032. kutatás

2. MELLÉKLET: A FÓKUSZCSOPORTOS INTERJÚK VEZÉRFONALA (GUIDE)

Bevezetés, bemelegítés (5 perc)

A moderátor ismerteti a beszélgetés kereteit:

- a témát (munkavállalási szándékok és pályaválasztási motivációk),
- időtartamot (60 perc),
- videofelvételt, amely a későbbi elemzések elkészítéséhez szükséges,
- és ismerteti a „játékszabályokat”: nincsenek helyes és helytelen válaszok, a résztvevők szubjektív élményei, tapasztalatai, gondolatai, ízlése stb. a beszélgetés témája. Bátorítja őket, hogy szálljanak egymással vitába, ütköztessék az eltérő tapasztalatokat, véleményeket, de hangsúlyozza, hogy nem cél egymás meggyőzése. Megkéri, hogy egyszerre egy ember beszéljen és hangosan, hogy rögzíthető legyen. Ezután megkéri a résztvevőket, hogy mutatkozzanak be:

- Kérnék egy rövid bemutatkozást. Mindenki mondja el a keresztnévét korát, lakóhelyét, családi állapotát, hol dolgozik, milyen szakterületen és mit csinál amikor épp nem dolgozik?

Pályaválasztás (20 perc)

Ebben a blokkban az orvosi pályaválasztás és a szakterület-választás legfőbb motivációit mérjük fel és a pályaelhagyás csökkentésének lehetőségét vizsgáljuk.

- Miért választottátok az orvosi pályát?
 - Mi volt **a legfontosabb** számotokra, amikor az orvosi pályát választottátok?

Ha Spontán nem merül fel, akkor rákérdezni:

- érdeklődés,
- segítő munka vágya,
- orvos társadalmi megbecsültsége,
- ehhez éreztem tehetséget,
- családi hatás

- Miért választottátok ezt a szakterületet?
- Mi volt számotokra a legfontosabb, amikor ezt a szakterületet választottátok?

- Van-e, aki nem ezt választotta volna, de ide sikerült bejutnia? AKINÉL EZ A HELYZET: Bánja-e, tervez-e még változtatást, ha teheti (az eredeti célterületre)?
- Milyen jövőképek van 5 éves távlatban? Hogyan képzelitek el magatokat 5 év múlva?
[PROMPT:
 - Munkahely
 - Karrier
 - Család
- Mit gondoltok, mennyire becsülik meg az orvosokat a betegek? És más szakmabeliek? Illetve általában az emberek?
- Miért gondoljátok ezt? Változott-e ez, mióta elkezdtétek az egyetemet?
- Ma is ezt a pályát, azon belül ezt a szakterületet választanátok?
- Felmerült-e már bennetek az egészségügyi pálya elhagyása? Miért? (esetleg meg lehet kérdezni, hogy szerintük milyen mértékű a pályaelhagyók száma)
- Mit gondoltok, mi minden kellene ahhoz, hogy a fiatal orvosok ne menjenek el a pályáról? Szedjük össze! A MODERÁTOR FLIPCHARTRA ÍRJA AZ EMLÍTÉSEKET. MINDEGYIKNÉL RÁKÉRDEZNI: Miért épp ezzel? Miért lenne ez fontos? MAJD, AMIKOR MÁR NEM TUDNAK TÖBB DOLGOT EMLÍTENI: És szerintetek ezek közül melyik lenne a legfontosabb? Miért? És melyik a második legfontosabb? Miért? És melyik a legkevésbé fontos? Miért?

Munkavállalási tervek (20 perc)

Ez a téma kiemelt jelentőségű a kutatásunk során. A rezidensek munkavállalási terveit, illetve a belföldi földrajzi mobilitás lehetséges ösztönzőit térképezzük fel.

- Hol szeretnétek dolgozni a szakvizsgáig?
- Képzeljétek el, hogy épp most tartotok ott az életetekben, hogy el kell döntenetek, hol kezdjétek el dolgozni. Milyen szempontokat mérlegelnétek?)
- Mi minden fontos a munkahely kiválasztásakor?
 - Vállalnátok-e költözést jelenlegi lakóhelyetekről, ha a munkalehetőségek (ittthon) úgy kívánnák? Ingázást?

- Vállalnatok-e átképzést/ váltanátok-e szakterületet, ha a munkalehetőségek (itthon) megkívánnák?
 - Mit kellene ahhoz nyújtani nektek/mire lenne szükségetek, hogy elköltözzetek egy jelenleg orvoshiányos területre (vidék, kisebb városok stb). A MODERÁTOR FLIPCHARTRA ÍRJA AZ EMLÍTÉSEKET. MINDEGYIKNÉL RÁKÉRDEZNI: Miért épp ezzel? Miért lenne ez fontos? MAJD, AMIKOR MÁR NEM TUDNAK TÖBB DOLGOT EMLÍTENI: És szerintetek ezek közül melyik lenne a legfontosabb? Miért? És melyik a második legfontosabb? Miért? És melyik a legkevésbé fontos? Miért?
 - Visszaköltöznének arra a környékre, ahol az egyetem megkezdése előtt éltetek? Miért?
 - Melyik ellátási szektorban/ szakterületen dolgoznátok leginkább? (Hogyan) Mi mindennel lehetne ösztönözni Titeket váltásra ez ügyben? Ez így nem értelmes.
- o Van-e olyan földrajzi régió (itthon), ahova semmiképpen nem mennének? Miért? És olyan munkahely/ ellátási szint/ forma/ szakterület? Miért?
 - o Van-e állásajánlatotok/ígéretetek, a szakorvosképzés 3. évétől? Az igen/nem válasz informatív számotokra? Ha igen, hagyjuk ha nem, húzzuk ki ezt a kérdést.

Külföldi munkavállalás (15 perc)

Külföldi munkavállalási tervek, motivációk, tájékozottság és információforrások.

- o Mit gondoltok a külföldi munkavállalásról? Hogyan értékelnétek egy ilyen a lehetőséget szakmai szempontból?
- o Szerintetek mennyi orvos megy külföldre dolgozni?
- o Milyen érvek szólnak a külföldi munkavállalás mellett? Szedjük össze! szakmai és magánéleti érvekre is kíváncsiak vagyunk!
- o Milyen érvek szólnak az itthoni munkavállalás mellett? Szedjük össze! szakmai és magánéleti érvekre is kíváncsiak vagyunk!
- o Tervezték-e külföldi munkavállalást? Miért?
- o Tettetek-e már lépéseket a külföldi munkavállalás érdekében? Mi mindent?
- o Milyen időtartamra tervezitek a külföldi munkavállalást? Miért?
- o Milyen információkkal rendelkeztek a külföldi munkavállalásról (adminisztratív és szakmai oldalról)? Mennyibe kerül elindítani a folyamatot pénzben és időben?
- o Honnan szereztétek az információkat? És mit tekintetek a leghitelesebb forrásnak?

- Ismertek-e kollegákat, akik dolgoztak/dolgoznak külföldön? Van-e közvetlen kapcsolatuk ilyen kollegákkal?
- Szerintetek mivel lehetne itthon tartani a külföldre tartó (fiatal) orvosokat?
(HA SPONTÁN NEM MERÜL FEL:
 - fizetés?
 - megbecsültség?
 - szakmai lehetőségek?
 - életkörülmények?
 - munkaterhelés?
 - szakmai előbbrejutási lehetőségek?
- Mi volna az a körülmény, tényező, ami külföldi munkavállalás fele terelne Titeket, ha most jelenleg ez fel sem merül?

Összegzés (5 perc)

- Összességében milyennek ítéletek a magyar egészségügyben dolgozók helyzetét?

3. MELLÉKLET: A KÉRDŐÍVES FELMÉRÉS RÉSZTVEVŐINEK SZOCIO-DEMOGRÁFIAI MEGOSZLÁSÁT BEMUTATÓ TÁBLÁK

M1. Válaszadók életkor szerinti megoszlása

Életkor	N	%
24	1	0,1
25	52	7,7
26	158	23,4
27	165	24,5
28	95	14,1
29	62	9,2
30	41	6,1
31	32	4,7
32	19	2,8
33	12	1,8
34	10	1,5
35	1	0,1
36	3	0,4
37	4	0,6
38	5	0,7
39	2	0,3
40	3	0,4
41	1	0,1
43	1	0,1
44	1	0,1
46	1	0,1
47	1	0,1
48	1	0,1
50	1	0,1
51	1	0,1
72	1	0,1
Összesen	674	100,0

M2. Válaszadók családi állapota

Családi állapot	N	%
egyedülálló	218	30,8
kapcsolatban él	301	42,6
házas	182	25,7
elvált	6	0,8
Összesen	707	100,0

M3. Gyermek szám

Gyermekszám	N	%
0	601	85,4
1	60	8,5
2	31	4,4
3	8	1,1
4	3	0,4
5	1	0,1
Összesen	704	100,0

M4. Válaszadók állandó lakóhelyének megyék (és ország) szerinti megoszlása

Megye	N	%
Budapest	165	27,2
Baranya	39	6,4
Bács-Kiskun	29	4,8
Békés	17	2,8
Borsod-Abaúj-Zemplén	18	3,0
Csongrád	58	9,6
Fejér	15	2,5
Győr-Moson-Sopron	20	3,3
Hajdú-Bihar	49	8,1
Heves	13	2,1
Komárom-Esztergom	12	2,0
Nógrád	3	0,5
Pest	35	5,8
Somogy	27	4,4
Szabolcs-Szatmár-Bereg	29	4,8
Jász-Nagykun-Szolnok	7	1,2
Tolna	18	3,0
Vas	16	2,6
Veszprém	18	3,0
Zala	15	2,5
<i>Külföld</i>	<i>4</i>	<i>0,7</i>
Összesen	607	100,0

M5. Ideiglenes lakóhely településtípus (és ország) szerinti megoszlása

Településtípus	N	%
Budapest	128	27,5
Megyeszékhely	270	58,1
Egyéb város	53	11,4
Község	12	2,6
<i>Külföld</i>	2	0,4
Összesen	465	100,0

M7. Jelenlegi munkahely településtípus (és ország) szerinti megoszlása

Településtípus	N	%
Budapest	224	33,1
Megyeszékhely	392	58,0
Egyéb város	55	8,1
Község	3	0,4
<i>Külföld</i>	2	0,3
Összesen	676	100,0

M6. Ideiglenes lakóhely megyék (és ország) szerinti megoszlása

Megye	N	%
Budapest	129	33,4
Baranya	54	14,0
Bács-Kiskun	8	2,1
Békés	5	1,3
Borsod-Abaúj-Zemplén	10	2,6
Csongrád	49	12,7
Fejér	7	1,8
Győr-Moson-Sopron	5	1,3
Hajdú-Bihar	38	9,8
Heves	10	2,6
Komárom-Esztergom	3	0,8
Nógrád	1	0,3
Pest	12	3,1
Somogy	11	2,8
Szabolcs-Szatmár-Bereg	10	2,6
Jász-Nagykun-Szolnok	3	0,8
Tolna	9	2,3
Vas	8	2,1
Veszprém	8	2,1
Zala	4	1,0
<i>Külföld</i>	2	0,5
Összesen	386	100,0

M8. Jelenlegi munkahely megyék (és ország) szerinti megoszlása

Megye	N	%
Budapest	224	38,0
Baranya	72	12,2
Bács-Kiskun	16	2,7
Békés	9	1,5
Borsod-Abaúj-Zemplén	10	1,7
Csongrád	70	11,9
Fejér	11	1,9
Győr-Moson-Sopron	11	1,9
Hajdú-Bihar	61	10,4
Heves	16	2,7
Nógrád	2	0,3
Komárom-Esztergom	1	0,2
Pest	7	1,2
Somogy	21	3,6
Szabolcs-Szatmár-Bereg	11	1,9
Jász-Nagykun-Szolnok	5	0,8
Tolna	11	1,9
Vas	14	2,4
Veszprém	10	1,7
Zala	5	0,8
<i>Külföld</i>	2	0,3
Összesen	589	100,0

4. MELLÉKLET: A FÓKUSZCSOPORTOS INTERJÚKHOZ KAPCSOLÓDÓ SZOCIO-DEMOGRÁFIAI KÉRDŐÍV

Kérdőív a fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetés résztvevői számára
A válaszadás önkéntes!

A1. Ön...
1 – Férfi
2 – Nő?

A2. Melyik évben született? [][][][]

A3. Van-e Önnek gyermeke?
0 – Nincs
1 – Van → Gyermekei száma: _____

A4. Mi az Ön családi állapota?
1 – Egyedülálló
2 – Kapcsolatban él
3 – Házas
4 – Elvált

A5. Kérjük, értelemszerűen töltsse ki a táblázatot! A település típusnál a következő kategóriákat használja: 1 – Budapest, 2 – Megyeszékhely, 3 – Egyéb város, 4 – Község, 5 – Külföldi település

	Település típusa	Irányítószáma	Megye
Egyetem megkezdése előtti lakóhelye	1 – 2 – 3 – 4 – 5		
Jelenlegi állandó lakóhelye	1 – 2 – 3 – 4 – 5		
Jelenlegi ideiglenes lakóhelye	1 – 2 – 3 – 4 – 5		
Munkavállalás helye	1 – 2 – 3 – 4 – 5		

A6. Ön jelenleg...
1 – Első éves rezidens
2 – Második éves rezidens
3 – Első éves rezidens, de már van szakvizsgája
4 – Másodéves rezidens, de már van szakvizsgája
5 – Egyéb

A7. Jelenleg milyen szakterületen végzi a rezidensi programot? (ha még nem kezdte el, akkor milyen szakterületen szeretné elkezdni?)

A8. Tervei szerint a jövőben szakorvosként fog dolgozni?
1 – Igen, a most megszerzendő szakvizsgámnak megfelelő munkakörben
2 – Igen, korábban megszerzett szakvizsgá(i)mnak megfelelő munkakörben

- 3 – Igen, de nem a szakvizsgá(i)mnak megfelelő munkakörben/területen
 4 – Nem, de továbbra is az egészségügyben fogok dolgozni (pl gyógyszerész), terveim szerint a következő területen: _____
 5 – Nem, nem az egészségügyben fogok dolgozni, hanem terveim szerint:

A9. Hol szeretne állást kapni?

Megye	Település	
		1 – alapellátás 2 – járóbeteg ellátás 3 – fekvőbeteg ellátás 4 – egyéb, egészségügyben 5 – egyéb, nem egészségügyben

A10. Amennyiben a megadott (A21) településen nem kapna megfelelő állást, vállalna-e ingázást egy másik településre?

- 1 – Igen
 2 – Nem

A11. Amennyiben a megadott (A21) településen nem kapna megfelelő állást, átköltözne-e egy másik településre?

- 1 – Igen, állás érdekében minden lehetőség érdekel, akár szakterület váltással is
 2 – Igen, de csak ha kapok támogatást (szolgálati lakás, kedvezményes lakáshitel, stb.) akkor akár szakterületváltással is
 3 – Igen, de mindenképpen a jelenlegi szakterületemnek megfelelő munkakörben
 4 – Igen, a jelenlegi szakterületemnek megfelelő munkakörben, de csak ha kapok támogatást
 5 – Nem, ez esetben más lehetőségben gondolkodom, éspedig:

A12. Van-e állásajánlatuk, ígéretük jelenleg? 1 – Igen, 2 – Nem**A13. Van-e állásajánlatuk, ígéretük a szakorvosképzés 3. évétől? 1 – Igen, 2 – Nem****A14. Tervez-e külföldi munkavállalást?****A15. Mit kellene ahhoz nyújtani, hogy elköltözzenek egy jelenleg orvoshiányos területre (vidék, kisebb városok stb).**