

Magyar orvosok életmódja, egészségi állapota és demográfiai adatai 25 évvel a diplomaszerezés után

RURIK IMRE DR.¹ ■ KALABAY LÁSZLÓ DR.²

¹Debreceni Egyetem, Orvos- és Egészségtudományi Centrum, Népegészségügyi Kar,
Csaláadorvosi Tanszék, Debrecen

²Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Csaláadorvosi Tanszék, Budapest

Az egészségügyi dolgozók életmódját, egészségi állapotát, szociális körülményeit világszerte vizsgálják. A kelet-európai országokban kevés vizsgálat történt ebben a témakörben, és még kevesebbet publikáltak. Ez a tanulmány megpróbálja összehasonlítani az orvosok egészségi állapotát, a szakmai pálya jellemzőit és néhány szociológiai tényezőt 25 évvel a diplomaszerezés után. Az eredményeket nemek között és szakmai csoportok (alapellátási, manuális, nem manuális és diagnosztikus) között hasonlították össze. A Semmelweis Orvostudományi Egyetemen 1979-ben végzett 228 orvos válaszolt a kérdőívben megadott kérdésekre. Több férfi választott manuális szakmát, míg a nők körében az alapellátási szakmák voltak népszerűbbek. A nők gyakrabban kényszerültek munkahelyük vagy szakterületük módosítására, mint a férfiak. A férfi orvosok átlagos gyerekszámát 2,26, míg a nőké 1,87 volt. A legnagyobb testsúlynövekedést az alapellátási szakmát választó férfiak és a nem manuális szakmát űző női orvosok körében regisztrálták. A magas vérnyomás és a rendszeres szűrővizsgálatok elhanyagolása gyakoribb volt a férfiak körében, akik nem mindig voltak megfelelően kezelve. A fizikai aktivitás és a sportra fordított idő jelentősen csökkent a végzés után, és a kedvelt sportok is gyakran mások voltak. A női orvosok fontosabbnak tartották a rendszeres testedzést. A dohányzás főleg a manuális szakmát űző férfiak és az alapellátásban dolgozó nők körében volt gyakoribb. A manuális szakmában dolgozók és a nem manuális szakmájú nők gyakrabban fogyasztottak alkoholt. Ha betegek voltak, a férfiak megbízhatóbban követték a kezelőorvos tanácsait. Az orvosok saját egészségi állapotukat jobbnak ítélték, mint hasonló korú betegeikét. Idegen nyelveket a férfiak nagyobb arányban beszéltek. Az évfolyamból a válaszadók 10%-a szerzett tudományos fokozatot.

Kulcsszavak: magyar, orvos, egészségi állapot, életmód, megbetegedések, demográfia

Morbidity, demography and life style of Hungarian medical doctors 25 years after graduation

The health status and social circumstances of medical professionals have been studied worldwide. However, there are only a few published studies pertaining to these topics in the countries of the former Eastern block. The present paper aimed at charting the state of health, the medical career path and some sociological factors of Hungarian medical doctors who graduated in 1979. The results were analysed for differences between genders and professional speciality groups (primary, surgical, non-surgical, and diagnostic), respectively. *Materials and method:* Two-hundred and twenty-eight doctors who graduated in 1979 at Semmelweis Medical University in Budapest, Hungary, were asked to fill out a questionnaire on these topics. *Results:* More men were in surgical professions, whereas a larger proportion of women became primary specialists. Women had to modify their specialty or place of work more often than men. The average number of children was 2.26 for men and 1.87 for women. The highest increases in body weight were registered in primary specialist men and non-surgical women. Hypertension and failure to attend regular screenings were more common in males and they were not always treated properly. Physical exercise, typically sports, were reduced after graduation, furthermore the preferred types of activity also changed after graduation. Female physicians considered regular exercise more important. Smokers were mainly amongst surgical specialist men and women working in primary care. Surgical professionals and women in non-surgical specialties consumed more alcoholic beverages. As patients, male physicians followed medical advice more faithfully. Doctors judged their own health status to be better than that of their patients. The knowledge of foreign languages was higher in men. Ten percent of physicians received a postgraduate degree in research.

Keywords: Hungarian, doctors, health, life style, morbidity, demography

(Békezett: 2009. január 13.; elfogadva: 2009. február 16.)

A vizsgálatról szóló eredeti közlemény megjelent: Rurik, I., Kalabay, L.: Morbidity, demography, life style, and self-perceived health of Hungarian medical doctors 25 years after graduation. *Med. Sci. Monit.*, 2008, 14, SR1–8.

Az orvosok és nővérek egészségi állapotával már több vizsgálat is foglalkozott. Ezek a tanulmányok azt vizsgálták, hogy vannak-e különbségek az orvosok és betegeik egészségi állapota között. Olyan egészségesen élnek-e, ahogyan betegeiknek tanácsolják? Olyan alaposan kezelik-e őket kollégáik, mint az átlagos betegeiket? Egészséges-e az életmódjuk? Ha nem, mivel magyarázhatók az eltérések?

A pszichés megterhelés az egészségügyi személyzet körében sokkal gyakoribb és súlyosabb, mint az átlaglakosság körében [1]. A mentális problémák, főleg a depresszió, a túlterhelés és az érzelmi megterhelés következtében a végzést követő néhány évben a legsúlyosabbak. A különböző vizsgálatok különböző eltéréseket észleltek a nemek között [2]. A munkával való megelégedettség, a kreativitás és a szakmai fejlődés kevésbé okoz mentális problémákat, ami főleg nőknél látható [3]. Az orvosokkal foglalkozó tanulmányok főleg a lelki egészségre koncentrálnak, a fizikai állapotukról viszonylag kevesebb adat áll rendelkezésre. Az orvosok gyakran nem törődnek a saját egészségükre vonatkozó egészségmegőrzési ajánlásokkal. Jelentős részük sohasem került kapcsolatba háziorvossal, be sem jelentkezett hozzá [4, 5].

Egy európai vizsgálatban az orvosok foglalkozással kapcsolatos egészségügyi kockázatát az átlagos népességgel összehasonlítva nem találtak eltérést [6].

A legnagyobb felméréseket az orvosok egészségügyi állapotáról az Egyesült Államokban végezték el. A publikált vizsgálat, a *Physicians' Health Study* [7, 8, 9] és a *Physician Work Life Study* [10] külön elemzi a teljes, a cardiovascularis, a daganatos mortalitást, az életmódot, a táplálkozási szokásokat.

Másik fontos kérdés az orvosok egészségi állapotával kapcsolatban: Mi határozza meg és befolyásolja a fiatal orvost a szakterület megválasztásában? Milyen a motiváció és az érdekek szerepe, amikor másik orvosi szakterületet választ vagy befejezi orvosi működését az orvos? Hogyan és miért kell szakmát változtatnia [11]?

A *UK Medical Careers Research Group* rendszeresen vizsgálja az Egyesült Királyságban végzett orvosok szakmaválasztását és fejlődését. A házi- (család-) orvosok képezik a legnagyobb csoportot az orvosok között [12]. Úgy tűnik, hogy az orvoslás már a szakmai pályafutás korai szakaszában életmódváltozást eredményez. A szakorvosjelöltek étkezési és rekreációs szokásait, alvásmennyiségét, testedzését és a munka miatt elmulasztott fontos egyéb életseményeket (elmaradt szórakozást) vizsgálták a különböző szakmákra készülő rezidensek (nőgyógyász, belgyógyász, sebész, háziorvos) körében. Az alacsony zsírtartamú ételek fogyasztására már kevésbé figyeltek oda, csökkent az alvásmennyiség, a sportra, a családi programokra és a televízió nézésre fordított idő [13].

Az is fontos, hogy megválaszolhassuk a következő kérdést: az adott szakterületen való működés jelent-e valamilyen kockázatot az orvos egészségére, illetve a válasz-

tott orvosi szakma jellege miatt változott-e az életmódja? A legtöbb orvos megfelelő egyensúlyt épít ki a szakmai és a családi kötelezettségek között, bár sokan jóval többet dolgoznak, hogy családjuk számára megfelelő jövedelmi viszonyokat érjenek el, és/vagy megfeleljenek betegeik elvárásainak [14].

E közleményünkben egy olyan szociális és gazdasági körülmények között tanult és végzett orvosgenerációnak a saját egészségéről alkotott képét, antropometriai paramétereit, szakmai karrierjét és az ezeket befolyásoló tényezőket próbáljuk meg bemutatni, amely jellemző lehet a szocializmus korabeli Magyarországon végzetteknek. Vizsgálatunk a nemek és a foglalkozási csoportok közötti különbségekre is irányult.

Vizsgálati személyek, módszer

Négyszázhuszonhárom végzett orvostanhallgató tett orvosi esküt 1979-ben Budapesten a Semmelweis Orvostudományi Egyetemen. Azokat az orvosokat, akik jelen voltak 2004 decemberében a 25 éves évfolyam-találkozón, egy kérdőív kitöltésére kértük fel. Ugyanezt a kérdőívet küldtük el postán vagy e-mailben azoknak, akik bár nem voltak jelen a találkozón, korábban jelezték részvételi szándékukat és elérhetőek voltak. A kérdőívekhez és a vizsgálatához megkértük a helyi (dél-pesti regionális) etikai bizottság előzetes hozzájárulását.

A megszerkesztett kérdőív 42, csak feleletválasztós kérdést és 11 kiegészítő kérdést tartalmazott. A kérdőív kérdéscsoportjai a következők voltak:

Orvosi pálya: az elképzelések iránya és megvalósulása, a (különböző) orvosi szakterületen eltöltött évek száma, az orvosi pálya különböző évtizedeiben teljesített ügyeleti szolgálatok átlagos havi száma, az orvosi működés helyszíne, az esetleges korábbi külföldi munkavégzés vagy arra irányuló szándék, tudományos fokozat, nyelvtudás.

Demográfia: nem, életkor, családi állapot, gyermekek száma.

Fizikális adatok: jelenlegi testsúly, magasság, testtömegindex (BMI) és ugyanezen értékek a végzés évében.

Morbiditás: idült megbetegedések a múltban és a jelenben, az alkalmazott kezelés jellege, az orvosi kezelési utasítások betartása vagy felülbírálat, a betegként való kórházi bennfekvések száma, a kórházi bennfekvés során szerzett tapasztalatok, a saját háziorvossal való kapcsolat jellege.

A saját egészségi állapot megítélése, ennek az azonos életkorú betegekkel való összehasonlítása, az orvosi pályával való összefüggésének megítélése. A rendszeres egészségügyi szűrővizsgálatokon való részvételre való szándék, a családon belüli egészségnevelésben való részvétel.

Életmód: fizikai aktivitás, sportolás, dohányzás, alkoholfogyasztás, szabadidő eltöltése, az alvás időtartama és az esetleges alvási zavarok jelenléte.

1. táblázat | Szakmai és a jelenlegi földrajzi megoszlás (N és %)

| Szakmai megoszlás | Férfiak N (%) | | Nők N (%) | |
|--|---------------|------|-----------|------|
| Alapellátás (N = 53) (család- és üzemorvos) | 15 | 20 | 38 | 35 |
| Nem manuális szakma (N = 59) (belgyógyász, pszichiáter, ideggyógyász, gyermekgyógyász stb.) | 21 | 27 | 38 | 35 |
| Manuális szakma (N = 44) (sebész, urológus, gégeész, szemész) | 31 | 40 | 13 | 12 |
| Oxiológus, aneszteziológus (N = 5) | 2 | 3 | 3 | 3 |
| Diagnosztikai szakma (N = 12) (radiológus, patológus) | 3 | 4 | 9 | 8 |
| Egyéb (N = 13) (nem orvosi munkakör, egészségügyi vagy államigazgatás) | 5 | 7 | 8 | 7 |
| Összes (N = 186) | 77 | 41 | 109 | 59 |
| Település típusa | | | | |
| Budapest | 44 | (57) | 65 | (60) |
| Nagyváros | 9 | (12) | 19 | (17) |
| Kisváros | 20 | (26) | 18 | (16) |
| Falu | 4 | (5) | 7 | (6) |

Összesen 228 kérdőívet küldtünk vagy osztottunk szét, amelyből 186 volt értékelhető. Így 87%-os válaszadási arányt tudtunk elérni a jelen lévő kollégáknál (128/146) és 76%-ot (61/82) a postázott kérdőíveknél. Ez az összesen 83%-os válaszadási arány lényegesen magasabb, mint amennyi a csupán postázott kérdőívekkel elvárható lett volna.

Az adatokat az SPSS 10 program (SPSS Inc., 1997) segítségével és ANOVA, Fisher-, Mann-Whitney-, Student-, valamint Wilcoxon-próbával értékeltük, szignifikánsnak tekintettük az eltérést $P < 0,05$ esetében.

Eredmények

Igyekezettünk ellenére a kérdőívek nem minden pontja lett minden esetben megválaszolva, néhány adat hiányzik, így a táblázatokon belül a sorok és oszlopok gyakran 100% alatti értékeket adtak. Más kérdéseknél a válaszok átfedtek egymást, így 100%-ot meghaladó értékeket találtunk.

Szakmai adatok

Az 1. táblázat a szakmai csoportok és településfajták szerinti eloszlást mutatja. Szignifikánsan ($P < 0,001$) több férfi dolgozik a manuális szakmákban és több nő az alapellátási szakmákban. A végzett orvosok 56%-a dolgozik azon a szakterületen, ahová eredetileg is készült (a férfiak 68, a nők 46%-a). A nőknek szignifikánsan gyakrabban ($P = 0,004$) kellett eltérniük eredeti elképzeléseiktől.

A férfiak 31%-a, a nők 49%-a változtatott szakmát vagy működési területet, költözött el ($P < 0,05$). A változtatás okai: családi (15,6%), elköltözés (3,2%), pénzügyi (6,5%), szakmai (16,7%) vagy egyéb (9,1%) okok.

A kollégák lakás- és munkakörülményei igen eltérőek, függenek a lakhelytől, általában jobb a nagyvárosokban lévő nagyobb kórházakban. A válaszadók közül öten dolgoznak jelenleg külföldön, a férfiak 6,9%-a, a nők 5,8%-a dolgozott már korábban külföldön.

A kórházi vagy készenléti ügyeletek megterhelőek az orvosoknak, főleg a kisgyermekes anyáknak. Ahogyan az orvosok idősödtek, úgy csökkent teljesített ügyeleteik száma, amit a 2. táblázat mutat.

Demográfiai adatok

Ebben az évjártban az átlagéletkor mindkét nemnél 50,4 év volt (49 és 62 év közötti szórással), ez a 80 férfinál $SD \pm 2,1$, míg a 109 nőnél $SD \pm 1,6$.

A gyermekek átlagos száma férfiaknál 2,26 ($SD \pm 1,3$), míg nőknél 1,87 ($SD \pm 0,9$) volt, ami 4%-uknál jelentett gyermektelenséget, a legnagyobb gyerekszám 6 gyermek volt. A férfiak 37%-ának és a nők felének 2 gyermeke volt. Három gyermeket nevelt a férfiak 17, a nők 15%-a (3. táblázat). A férfi orvosoknak szignifikánsan több gyermekük volt ($p = 0,02$), mint a nőknek, gyakran második házasságból, valamennyi vizsgált szakmai csoportban.

2. táblázat | A szakmai pályafutás során teljesített ügyeleti szolgálatok (havonta \pm SD)

| Ügyelet | Férfiak | Nők |
|------------------|---------------|---------------|
| Az első 10 évben | 7,6 \pm 3,8 | 7,1 \pm 3,9 |
| 10–20 év | 5,3 \pm 3,4 | 4,3 \pm 2,5 |
| 20 év után | 2,5 \pm 3,0 | 1,7 \pm 2,1 |

$P = 0,001$ az első és a második dekad között, 20 év után $p = 0,035$

3. táblázat | A gyermekek száma nemenként és szakmai csoportonként (átlag ± SD)

| Nem | Szakmai csoportok | | | |
|-------|-------------------|--------------|----------|---------------|
| | Alapellátó | Nem manuális | Manuális | Diagnosztikai |
| Férfi | 2,7±1,2 | 2,1±1,4 | 2,2±0,9 | 1,3±0,6 |
| Nő | 1,9±1,0 | 1,8±0,9 | 1,6±0,8 | 1,8±1,2 |

A férfiak 73%-a, a nőorvosok 65%-a élt házasságban; 10, illetve 15% elvált; 1,6, illetve 3%-uk már özvegy volt; 1,6, illetve 4%-uk tartós partnerkapcsolatban, élettársként élt.

Egészséggel kapcsolatos adatok

A fizikai, antropometriai paraméterek megváltoztak az elmúlt 25 év alatt. Mindkét nemből és valamennyi szakmai csoportban növekedett a testsúly és a testtömegindex (BMI), a diagnosztikai szakmában dolgozó férfi orvosokat kivéve szignifikánsan.

A legnagyobb testsúlyemelkedés az alapellátásban dolgozó férfiakat és a nem manuális szakmájú nőket jellemezte (4. táblázat). A végzés előtti átlagtestsúly férfiaknál 76,5 SD ± 10,1, míg nőket jellemezte 57,2 SD ± 8,4 kg volt, ezek az értékek napjainkban 86,2 SD ± 14,5, illetve 66,6 SD ± 10,5 kg-ra nőttek. A fiatal férfikollégák végzés előtti átlagos testmagasságukat 178,6 SD ± 6,9, a nők 164,1 SD ± 6,2 cm értékben adták meg.

Akik betegek voltak, azoknál a diabéteszt átlagosan 7,2 évvel a vizsgálat előtt diagnosztizálták, míg a hipertóniát 7,5 évvel előtte (5. táblázat). Többszörös regressziós analízis szerint a korrekciók elvégzése után, a nem [OR: 2,866 (95%-os CI: 1,312–6,261), (P = 0,008)] és a jelenlegi BMI [OR: 1,178 (95%-os CI: 1,066–1,301), (p = 0,01)] szignifikánsan különbözött.

Mentális és pszichés zavarokat ritkán említettek. A diabéteszben, magas vérnyomásban és a lipidanyagcsere-

zavarban szenvedő orvosok nem mindig kapnak megfelelő kezelést, legalábbis saját elmondásuk szerint.

Többféle jellegű és gyakoriságú sportot űz jelenleg a férfiak 62 és a nők 55%-a. A férfiak 34, a nők 37%-a nem rendszeresen sportol.

Válaszaik szerint a férfiak szignifikánsan aktívabbak, mint a nők. Csupán kevéssé csökkent a férfiak heti sportolásának száma 3,6-ról (SD ± 1,4) 3,2-re (SD ± 1,8). Az orvosnők ugyanazokat az adatokat adták meg, mint 25 évvel korábban, 2,5 (SD ± 1,8) alkalommal végeztek hetente valamilyen sporttevékenységet.

A sportra fordított idő szignifikánsan csökkent a férfiaknál (p = 0,011): heti 6,4 (SD ± 3,6) órától 4,7 SD ± 2,5-re, míg nőknél az a csökkenés mindössze 4,6-ról (SD ± 4,2) 3,2 (SD ± 2,8) órára hetenként, ami jól látható a 6. táblázatban.

A végzés és elhelyezkedés után sok fiatal orvos teljesen abbahagyta a sportolást, a férfiak átlagosan 28,5 (SD ± 9,2), míg a nők 27,5 (SD ± 9,9) éves korukban. A sportolás abbahagyásának megjelölt okai a következők voltak: időhiány (71% a férfiaknál, 74% a nőknél), egészségügyi problémák (a férfiak 13, a nők 7%-a), a motiváció hiánya (10 és 9%), egyéb (6 és 9%). Az elmúlt 25 évben az űzött sportok típusai is részben megváltoztak. A férfiak előnyben részesítették a teniszt a labdarúgás rovására, a nők inkább az aerobikot és a gimnasztikát, s mindkét nem többet kerékpározott és úszott.

A dohányzók főleg a sebészeti szakmákban voltak többen, mindkét nemnél és az alapellátásban dolgozó nőknél. A dohányzást abbahagyók átlagéletkora a cigaretta eldobásakor 30,2 (SD ± 11,5) év volt a férfiaknál, 35,8 (SD ± 8,2) év a nőknél, általában a 4–10. leszokási próbálkozás után.

Az alkoholfogyasztásról adott saját információkat is itt láthatjuk. Ezek szerint a manuális szakmájú férfiak és a nem manuális szakmájú nők gyakrabban vagy több alkoholt fogyasztottak, mint a többiek (p = 0,052).

Az alvási szokásokról adott válaszokat a 7. táblázat tartalmazza. Az orvosok jobban tudtak aludni a hétvége-

4. táblázat | A testtömegindex (kg/m²) a végzéskor, 25 évvel később és a testsúly növekedése (kg) (átlag ± SD)

| Nem | Szakmai csoportok | | | |
|-----------------------|-------------------|--------------|-----------|---------------|
| | Alapellátás | Nem manuális | Manuális | Diagnosztikai |
| BMI a végzés idején | | | | |
| Férfi | 23,6±3,5 | 23,2±2,2 | 20,8±1,6 | 23,0±2,3 |
| Nő | 21,6±3,1 | 20,8±1,6 | 21,1±1,8 | 22,3±1,9 |
| Jelenlegi BMI | | | | |
| Férfi | 27,4±5,1** | 25,96±3,7*** | 24,7±3,5* | 24,4±3,5 NS |
| Nő | 24,7±3,8*** | 24,7±3,5*** | 24,3±2,1 | 25,4±3,0* |
| A testsúly növekedése | | | | |
| Férfi | 14,3±11,8 | 6,6±6,4 | 9,4±8,3 | 5,0±6,2 |
| Nő | 8,6±6,7** | 10,1±8,5*** | 8,1±9,3 | 9,0±5,8*** |

*p = 0,01 **p = 0,002 *** p < 0,001

5. táblázat | A megkérdezett orvosok jelenlegi megbetegedései

| Típus | Férfi N (%) | Nő N (%) |
|-------------------|-------------|----------|
| Hypertonia | 25 | 33 |
| Diabetes mellitus | 5 | 6 |
| Lipidzavar | 11 | 13 |
| Malignoma | 1 | 1 |
| Neurológiai | 1 | 1 |
| Pszichiátriai | 0 | 0 |
| Hangulatzavar | 2 | 3 |
| Osteoarthritis | 7 | 9 |

ken, nemek és szakmai csoportok közötti különbségek nélkül.

A pályakezdés óta eltelt negyedszázad után a férfiak 37%-a teljesen örömét lelte szakmájában, míg 45%-uk gyakori, 15%-uk viszont csak alkalmi örömet lelt munkájában.

Az orvosok gyakran hajlamosak megváltoztatni a nekik mint betegeknek előírt terápiát; a férfiak 73%-a és a nők 38%-a azonban mindig elfogadja ($P = 0,006$). Kezelésük alkalmával szakmai vagy minőségi különbséget a kezelés vagy a felajánlott diagnosztikai lehetőségek között a férfiak 31, a nők 27%-a észlelt. Ápolásban, kiszolgálásban vagy a modorban a férfiak 36%-a, a nők 31%-a említett vagy figyelt meg olyan különbségeket kórházi ápolása során, amelyeket szakmájának tulajdonított.

A napi munka és a betegekkel való találkozás során a férfi orvosok 18, míg a nők 35%-a gyakran összehasonlítja küllemét és egészségi állapotát betegeivel.

Szabadidejében szignifikánsan több nő ($p = 0,003$) olvas regényeket vagy novellákat (50% vs. 27%). A férfiak 14, a nők 20%-a orvosi szakmai irodalmat is olvas ilyenkor, vagy a művészetek valamelyik ágának hódol a férfiak 30%, a nők 37%-a.

Szakmai karrier, pályafutás

Tudományos fokozatot (kandidátusi vagy PhD) a kérdőívet kitöltők közül a férfiak 20%-a (16 fő), a nők 4%-a (4 fő) szerzett. Kilenc férfi és 1 nő habilitált is, és 3 férfi érte el az MTA doktora (DSc) címet.

Nyelvi készségek

A férfiak szignifikánsan nagyobb aránya beszél valamilyen szinten idegen nyelvet, mint a nők, 70% és 55% ($p < 0,001$). A beszélt nyelveket és ezek készségét a 8. táblázat tartalmazza.

Egyéb szakképzések

Orvosi munkájuk mellett sok kolléga végzett felsőfokú tanulmányokat más szakterületeken. Egészségügyi me-

nedzseri diplomát szerzett 6, közgazdászt 3, jogit 14 fő. Pszichológiai tanulmányokat 3, szociológiai 1 és egészségügyi mediátorit végzett 1 fő.

A 25 éve végzett kollégák közül többen sajnos már meghaltak. Szívbetegségben 2 férfi és 1 nő, míg dagantos megbetegedésben 2-2. Ezek az adatok nem szerepelhetnek a kérdőívekben, csupán a kollégáktól szerzett információkon alapulnak.

Megbeszélés

Újabb irodalmi adatok azt erősítik meg, hogy az orvosok általában egészségesebb életmódot folytatnak, és alacsonyabb a mortalitásuk, mint az átlagpopulációé [15, 16, 17]. Az Egyesült Államokban a férfi orvosok tovább élnek, mint a társadalom többi férfi tagja, átlagéletartamuk 71 év. A BMI folyamatos növekedése jellemző volt az általunk vizsgált magyar orvosgenerációra, főleg mindkét nemben az alapellátókra, a nem manuális szakmájú nőkre és a manuális szakmájú férfiakra. A szakma, az egyéni életmód magyarázhatja ezeket a megfigyeléseket, amelyek veszélyesnek tekinthetők, mivel a cardiovascularis halálozás szoros kapcsolatban van a BMI-vel a középkorú és az idős férfi orvosoknál is [9].

A magas vérnyomás előfordulása férfiaknál magasabb, míg nőknél alacsonyabb volt, az átlagpopulációval összehasonlítva. A jelenlegi magyarországi adatok szerint férfiaknál 16,3%, míg nőknél 19,7% volt ugyanezen életkori csoporton belül [18].

Az orvosok szerint hypertoniájukat, zsírsanyagcsere-zavarukat nem mindig kezelték megfelelően. Ezek az adatok saját bevallásokon alapulnak. A kollegialitás, valamint a biztosítani kívánt anonimitás miatt nem kértünk dokumentációt, zárójelentéseket a kollégáktól. Az alkalmazott gyógykezelésre és más okokra sem kérdeztünk a vizsgálat során, a rendelkezésünkre álló hely és idő hiánya miatt. A közeljövőben további vizsgálatokat tervezzük ezen a téren.

Az egyéb megbetegedések előfordulása, amelyeket a kérdőívben felsoroltunk, nem különbözött lényegesen a hasonló hazai adatoktól [18]. Más egészségügyi témák, mint az ülő inaktív életmód, túlsúly, egészségtelen étrend, erőteljes stressz, szintén az egészségügyi dolgozók jellegzetességeinek tekinthetők [19]. Olyan országokban, ahol életmódjavító programokat javasoltak és vezettek be az egész társadalom számára, különleges figyelmet fordítottak az orvosok kiképzésére, az egészséges életmódra vonatkozó tanácsadásra való gyakorlati felkészítésre [20].

Annak ellenére, hogy a dohányzás káros hatásai jól ismertek az orvosok előtt, sokan dohányoznak közülük, bár mások abbahagyták. Úgy tűnik, hogy a dohányzó magyar orvosnők jobban ragaszkodnak szokásukhoz. A férfiak korábban abba tudják hagyni a dohányzást.

Ez annak tudható be, hogy a középkorú nők kevésbé figyelnek a cardiovascularis rizikójukra. Remélhetőleg ez a szokásuk változni fog a közeljövőben. A dohány-

6. táblázat | A jelenleg sporttevékenységre fordított heti idő, dohányzás, alkoholfogyasztás, szakmai csoportonként és nemenként

| | Összes | Alapellátó | Nem manuális | Manuális |
|---|---------|------------|--------------|----------|
| Sportolás (heti óraszám) | | | | |
| <i>Férfi</i> | 4,7±2,5 | 5,4±2,5 | 4,0±2,5 | 4,6±2,7 |
| <i>Nő</i> | 2,5±2,3 | 2,8±2,4 | 2,5±2,1 | 1,2±1,1 |
| Dohányzás | | | | |
| <i>Férfi N (%)</i> | | | | |
| Jelenleg dohányzik | | 0 | 0 | 3 (12) |
| Sohasem dohányzott | | 6 (59) | 6 (42) | 12 (48) |
| Abbahagyta | | 4 (40) | 8 (57) | 9 (40) |
| <i>Nő N (%)</i> | | | | |
| Jelenleg dohányzik | | 5 (19) | 3 (11) | 2 (25) |
| Sohasem dohányzott | | 9 (35) | 7 (25) | 3 (37) |
| Abbahagyta | | 12 (46) | 18 (64) | 3 (37) |
| Alkoholfogyasztás | | | | |
| Fogyasztott heti mennyiség (egység, átlag±SD) | | | | |
| <i>Férfi</i> | | 2,0±1,8 | 2,8±2,1 | 3,1±1,4 |
| <i>Nő</i> | | 2,3±0,9 | 3,9±2,1 | 3,1±1,3 |
| A fogyasztási gyakoriság | | | | |
| <i>Férfi</i> | | | | |
| Sohasem | 9 (10) | | | |
| Néha (alkalmilag) | 53 (62) | | | |
| Rendszeresen | 12 (14) | | | |
| Mérsékelten | 12 (13) | | | |
| <i>Nő</i> | | | | |
| Sohasem | 11 (10) | | | |
| Néha (alkalmilag) | 80 (76) | | | |
| Rendszeresen | 7 (6) | | | |
| Mérsékelten | 8 (7) | | | |

zást abbahagyó és életmódot változtató orvosok egyéb egészségügyi problémáikat illetően is javulást észleltek [21]. A nem dohányzó orvosok egyébként is egészségesebb életmódot folytatnak [22]. Saját adataink ugyanezt a trendet mutatják, de nem szignifikáns mértékben, talán a viszonylag kevés esetszám miatt.

Alvászavarok gyakran észlelhető stresszben bővelkedő életmódot folytatók között. Az általunk megkérdezettek jónak mondható alvási szokásokról számoltak be. A viszonylag kevés említett alvászavar a magánélet és a szakmai tevékenység közötti harmóniát sugallja, és azt mutatja, hogy a fiatal szakorvosok hajszolt életmódján ez a korosztály már túl van.

Nagyon nehéz korrekt információt szerezni az orvosok ivási, alkoholfogyasztási szokásairól, főleg azoknál, akik maguk is ismerik az egészségre gyakorolt veszélyes hatásokat. A saját maguk által megadott alkoholfogyasztási adatok talán alábecsültek lehetnek, így óvatosan kezelendők. Az ivási szokások korrekt vizsgálata az általunk elvégzettéknél részletesebb vizsgálatot igényelne.

Az orvosok munkavégzés miatti szakmai kiegészése, a „burn out” jól ismert és vizsgált jelenség [23]. Bár vizsgálatunkban nem szerepeltek mélyinterjúk, a válaszok azt mutatják, hogy többségüknek kiegészéről nem beszélhetünk, és nagy részük szívesen végzi munkáját.

Más országokban, nemüktől függetlenül, az orvosok túlterhelésről panaszkodnak, és nemenként eltérő ennek kezelése, megélése [24]. Ebben a kérdésben mi nem találtunk különbséget a nemek között. Bár az (éjszakai) ügyeletek száma a szakmai pályán eltöltött idővel általában fordított arányban van, ez nagy megterhelést jelent a kezdőknek, főleg a nőknek, akikre még a terhesség és a szülés is vár. Éppúgy, mint más országokban, a társadalmi támogatás hiánya vagy az anyagi okok komoly problémát jelenthetnek. A férfi orvosoknak általában több gyerekük van, mint a női orvosoknak, és az átlagos gyermekszámuk is magasabb (1,94), mint az átlagos magyar populációban [18]. Ez azt mutathatja, hogy a gyermekvállalási hajlandóság még mindig ellentétben van az orvosi hivatással. Ez a megfigyelés talán a magas hazai

7. táblázat | Az alvási jellemzők nemenként és szakmai csoportonként (óra/éjszaka, átlag ± SD)

| Szakmai csoport | Alapellátó | Nem manuális | Manuális | Diagnosztikai |
|--|------------|--------------|----------------|-------------------|
| Alvásmennyiség a hétköznapok között | | | | |
| Férfi | 6,6±1,1 | 6,3±1,1 | 6,6±1,1 | 6,3±1,1 |
| Nő | 6,3±0,8 | 6,6±0,9 | 6,8±1,0 | 6,8±0,9 |
| Alvásmennyiség a hétvégén | | | | |
| Férfi | 7,3±1,0 | 7,9±0,7 | 8,1±0,9 | 7,0±1,4 |
| Nő | 7,8±0,8 | 8,1±1,6 | 7,9±0,8 | 7,9±0,2 |
| Az alvás minősége N (%) | | | | |
| | Nyugodt | Zavart | Néha altatóval | Gyakran altatóval |
| Férfi | 68 (76) | 15 (17) | 2 (2) | 2 (2) |
| Nő | 80 (76) | 20 (18) | 3 (3) | 1 (1) |

8. táblázat | A nyelvi készségek szintje (N és %)

| | Alapfok | Középfok | Felsőfok |
|---------|---------|----------|----------|
| Angol | 66 (36) | 78 (42) | 13 (7) |
| Német | 48 (26) | 39 (21) | 8 (4) |
| Orosz | 33 (18) | 19 (10) | 4 (2) |
| Francia | 2 (1) | 6 (3) | 8 (4) |
| Egyéb | 4 (2) | 10 (5) | 4 (2) |

válási arányszámmal (50%) is összefüggésben van. Ezt az arányt nem ismerjük az orvosok között, de más országokhoz hasonlóan feltehetően magasabb. Ebben a korosztályi csoportban 5 házaspár volt, ahol mindketten orvosok voltak.

A nőknek gyakrabban kellett pályaválasztásukon módosítani, és több kompromisszumra kényszerülnek a család és az orvosi pálya között, mint a férfiak. Az Egyesült Államokban végző orvosnők aránya drámaian nőtt az elmúlt 30 évben, de a nők és a férfiak megoszlása az akadémiai pozíciókban és egyetemi tanszékeken alig változott [25, 26]. A magyar orvosnők alacsonyabb aránya a tudományos fokozatot szerettek körében ugyanezt a gyakorlatot tükrözi, bár ebben az évfolyamban nagyjából egyenletes volt a nemek megoszlása.

A tanulmányok nagy többsége egyetért abban, hogy a kiegyensúlyozott életvitel az egészségügyi problémák megelőzésében az egyik legfontosabb tényező [27].

Az orvosok ritkán jó páciensek; gyakran nem tartják be vagy megváltoztatják kezelőorvosuk tanácsait, gyógymódját. A mi adataink szerint a férfi orvosok betegként jobban elfogadják a terápiát, mint a nők, de ritkábban vesznek részt egészségügyi szűrővizsgálatokon. Egyharmaduknak nincs kapcsolata háziorvosával. Más országokban a családorvosokat szintén gyakran nem vonják be az orvosok szűrővizsgálataiba, kivizsgálásába vagy kezelésébe [4, 28].

A vizsgálatunkban szereplő nőorvosok jobban agódtak saját küllemükért és egészségi állapotukért, mint a férfiak. Ezt a nemi attitűdök közötti eltéréssel lehetne magyarázni. Ők általában jobbnak ítélték egészségi állapotukat, mint az átlagpopulációét, más tanulmányokhoz hasonlóan [29].

A fizikai aktivitás és a sport alacsonyabb arányban van jelen a magyar orvosok szabadidős aktivitásában. Ez általános jelenség Magyarországon, és az orvosok sem kivételek ez alól. Másrésztől a nagy munkaterhelés is felelős a kevés sportolásért. A női orvosok fontosabbnak tekintik a rendszeres testmozgást, és ezt már diákként is így érezték.

Úgy tűnik, hogy a nemnek nagy hatása van az orvosi szakmák közötti választásban. A férfiak gyakrabban választanak manuális szakterületet, míg a nők az alapellátási vagy a nem manuális szakmákat választják. Ebben az évfolyamban a megoszlás jól tükröződik a szakmák közötti megoszlásban és Magyarországon belül is [18]. Budapest túlreprezentált a földrajzi megoszláson belül. A többi három hazai orvosegyetemen végzetek képviselik az országosan végzetek körülbelül 60%-át, ők a kisebb városokban vagy vidéken dolgoznak inkább. Magyarországon alacsony az orvosok mobilitása a régiók és a szakterületek között. A szakmaváltás oka leggyakrabban csupán költözés vagy anyagi motiváció volt. Főleg gazdasági és szakmai, de gyakran politikai okokból a végzett magyar orvosok egy része elhagyta az országot. Hivatalos nyilvántartási adatok hiányában az ő számukat nem tudjuk megadni.

Más országokban dolgozó kollégák véleménye szerint, az egyetemi oktatásban a háziiorvoslásra fordított nagyobb figyelem segít abban, hogy a fiatalok nagyobb arányban válasszanak alapellátási szakmát, tájékozottabbak legyenek a választott szakma sajátosságairól [12]. Mindazonáltal a családorvoslás választása gyakran inkább életmódi okokkal, mint szakmai szándékokkal magyarázható. A háziiorvosok munkaterhelésének nagyarányú növekedése a velük szemben támasztott társadalmi elvárásokkal is magyarázható [12]. A magyar orvosok úgy érzik, hogy munkaterhelésük főleg a hatalmas adminisztrációs többletterhelések miatt lett nagyobb.

A medicinán kívüli tanulmányokat gyakran a munkahely és/vagy szakmaválasztás iránti igény motiválja. A más területen is diplomázottak véleménye szintén ezt erősíti meg.

Az orvostársadalom előregedése napjainkban a magyar egészségügyi rendszer egyik legnagyobb problémája lett. Minden szakmában magas az abban dolgozó orvosok átlagéletkora, az alapellátásban 56 év fölötti. Az orvosok nem szívesen mennek nyugdíjba az alacsony nyugdíj miatt, és a fiataloknak is egyre kevesebb a motivációja az orvosi pálya választására, az alacsony orvosi fizetések miatt. Más országokban ez hasonlóan alakult, a politikusok és egészségügyi menedzserek számára gondot okoz az orvosok megtartása a rendszerben [30, 31].

A mi vizsgálatunk csekély anyagi támogatásból készült. Ez egy keresztmetszeti felmérés, de a kohorsz-vizsgálatok némely elemét is tartalmazza. Sajnos nem tudtunk résztvevőket randomizálva beválasztani. Tudomásunk szerint még nem publikáltak olyan tanulmányt, ahol a vizsgált kérdések ilyen széles körét tárták volna fel, főleg nem ebből a földrajzi térségből és történelmi viszonyok között. Adataink a viszonylag nem nagy esetszám ellenére is összehasonlíthatóak más országok adataival.

Következtetés

Az orvosok tanácsokat adnak és gondoskodnak betegeikről, ők maguk azonban gyakran nem a tanácsoltak szerint élnek. Szakmai pályájuk és szociális helyzetük nagyban függ az illető ország szociális viszonyaitól és egészségügyi rendszerétől. Mi bízunk abban, hogy az orvoslást ez az évjárat inkább elhivatottságból választotta, kevésbé csak foglalkozásként. Érdekes lenne egy hasonló vizsgálatot megismételni 25 év múlva, a most végzett fiatal orvosok körében.

Köszönetnyilvánítás

Köszönjük dr. Deutsch Tibor tanszékvezető főiskolai tanár (Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar, Informatikai Tanszék) segítségét az adatok statisztikai feldolgozásában, valamint a Pfizer Kft. támogatását, amely lehetővé tette a kérdőívek postázását és az adatbevitelt. Köszönjük a külföldön dolgozó volt évfolyamtársak, dr. Balla Tamás és dr. Antoni Ferenc professzorok segítségét az eredeti angol nyelvű változat korrekciójánál.

Irodalom

[1] Clarke, D., Singh, R.: Life events, stress appraisals, and hospital doctors' mental health. *N. Z. Med. J.*, 2004, 117, U1121.

[2] Tysen, R., Vaglum, P.: Mental health problems among young doctors: an updated review of prospective studies. *Harv. Rev. Psychiatry*, 2002, 10, 154–165.

[3] Noriega, M., Gutierrez, G., Mendez, I. és mtsai: Female health workers: lifestyle, work and psychiatric disorders. *Cad. Saude Publica*, 2004, 20, 1361–1372.

[4] Kay, M. P., Mitchell, G. K., Del Mar, C. B.: Doctors do not adequately look after their own physical health. *Med. J. Aust.*, 2004, 181, 368–370.

[5] Young, J. S.: Physician health and lifestyle. *JAMA*, 2004, 291, 632.

[6] Innos, K., Rabu, K., Baburin, A. és mtsai: Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: a cohort study in Estonia. *Scand. J. Public Health*, 2002, 30, 133–140.

[7] Albert, C. M., Gaziano, J. M., Willett, W. C. és mtsai: Nut consumption and decreased risk of sudden death in the Physicians' Health Study. *Arc. Intern. Med.*, 2002, 162, 1382–1387.

[8] Sesso, H. D., Gaziano, J. M., Van Denburgh, M. és mtsai: Comparison of baseline characteristics and mortality experience of participants and nonparticipants in a randomized clinical trial: the Physicians' Health Study. *Control. Clin. Trials*, 2002, 23, 686–702.

[9] Ajani, U. A., Lotufo, P. A., Gaziano, J. M. és mtsai: Body mass index and mortality among US male physicians. *Ann. Epidemiol.*, 2004, 14, 731–739.

[10] McMurray, J. E., Linzer, M., Konrad, T. R. és mtsai for the Society of General Internal Medicine Satisfaction Study Group: The work lives of women physicians: results from the Physician Work Life Study. *J. Gen. Intern. Med.*, 2000, 15, 372–380.

[11] Landon, B. E.: Career satisfaction among physicians. *JAMA*, 2004, 291, 634.

[12] Evans, J., Lambert, T., Goldacre, M.: GP recruitment and retention: a qualitative analysis of doctors' comments about training for and working in general practice. *Occas Pap R. Coll. Gen. Pract.*, 2002, 83, 1–33.

[13] Perry, M. T., Osborne, W. E.: Health and wellness in residents who matriculate into physician training program. *Am. J. Obstet. Gynaecol.*, 2003, 189, 679–683.

[14] Wainer, J.: Work of female rural doctors. *Aust. J. Rural Health*, 2004, 12, 49–53.

[15] Frank, E.: Physician Health and patient care. *JAMA*, 2004, 291, 637.

[16] Frank, E., Biola, H., Burnett, C. A.: Mortality rates and causes among US physicians. *Am. J. Prev. Med.*, 2000, 19, 155–159.

[17] Frank, E., Brogan, D. J., Mokdad, A. H. mtsai: Health related behaviors of women physicians vs other women in the United States. *Arc. Int. Med.*, 1998, 158, 342–348.

[18] Hungarian Central Statistical Office: Yearbook of Health Statistics 2003. Budapest, 2004.

[19] Carter, A. O., Elzubeirm M., Abdulrazzaq, Y. M. és mtsai: Health and lifestyle needs assessment of medical students in the United Arab Emirates. *Med. Teach.*, 2003, 25, 492–496.

[20] Kozupitsa, G. S.: Issues of healthy life style in the professional preparation of the physician (in Russian). *Probl. Sotsialnoi Gig. Med.*, 2002, 2, 39–41.

[21] Kaetsu, A., Fukushima, T., Moriyama, M. és mtsai: Change of smoking behaviour and related lifestyle variables among physicians in Fukuoka, Japan: a longitudinal study. *J. Epidemiol.*, 2002, 12, 208–216.

[22] Kaetsu, A., Fukushima, T., Moriyama, M. és mtsai: Smoking behavior and related lifestyle variables among physicians in Fukuoka, Japan: a cross sectional study. *J. Epidemiol.*, 2002, 12, 199–207.

[23] Mingote Adan, J. C., Moreno Jimenez, B., Galvez Herrer, M.: Burnout and health of the medical professionals: review and preventive options. *Med. Clin. (Barc.)*, 2004, 123, 731–739.

[24] Bergmann, B., Ahmad, F., Stewart, D. E.: Physician health, stress and gender at a university hospital. *J. Psychosom. Res.*, 2003, 54, 171–178.

[25] Robinson, E. G.: Career satisfaction in female physicians. *JAMA*, 2004, 291, 635.

[26] Brown, A. J., Swinyard, W., Ogle, J.: Women in academic medicine: a report of focus groups and questionnaires, with conjoint analysis. *J. Womens Health*, 2003, 10, 999–1008.

[27] Pavlat, J.: The overworked physician. II. (in Czech). *Cas Lek Cesk.*, 2002, 141, 627–629.

[28] Töyry, S., Räsänen, K., Kujala S. és mtsai: Self-reported health, illness, and self-care among Finnish physicians. *Arc. Fam. Med.*, 2000, 9, 1079–1085.

[29] Thompson, W. T., Cupples, M. E., Sibbett, C. H. és mtsai: Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*, 2001, 323, 728–731.

[30] Gaál, Cs.: Előregedés, elkedvetlenedés és megváltozott életfel-fogás tizedeli a német orvosokat. *Orv. Hetil.*, 2002, 143, 2449–2451.

[31] Babrami, B., Elder, J., Jacobson, S.: Change in the U.S. health care system: effects on physician retirement and implications for health care managers. *J. Health Hum. Serv. Adm.*, 2002, 25, 342–370.

(Rurik Imre dr.,
Debreccen, Nagyerdei krt. 98., 4032
e-mail: Rurik@dote.hu és Rurik.dr@t-online.hu)