

SEMMELWEIS EGYETEM

DOKTORI ISKOLA

**Ph.D. értekezések**

**2653.**

**SZÉL ZSUZSANNA**

**Mentális egészségtudomány**

című program

Programvezető: Dr. Kovács József, egyetemi tanár

Témavezető: Dr. Győrffy Zsuzsa, egyetemi docens

# Kisebbségi stressz megjelenése és kiégés a magyarországi orvosok és orvostanhallgatók körében

Tézisfüzet

**Dr. Szél Zsuzsanna**

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Gyórfy Zsuzsa, egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Farkas Kinga, egyetemi adjunktus

Dr. Hoyer Mária, főiskolai docens

Komplexvizsga-bizottság elnöke: Dr. habil. Réthelyi János,  
egyetemi tanár

Komplexvizsga-bizottság tagjai: Dr. habil. Füzesi Zsuzsa,  
egyetemi tanár  
Dr. Fülöp Emőke,  
egyetemi adjunktus

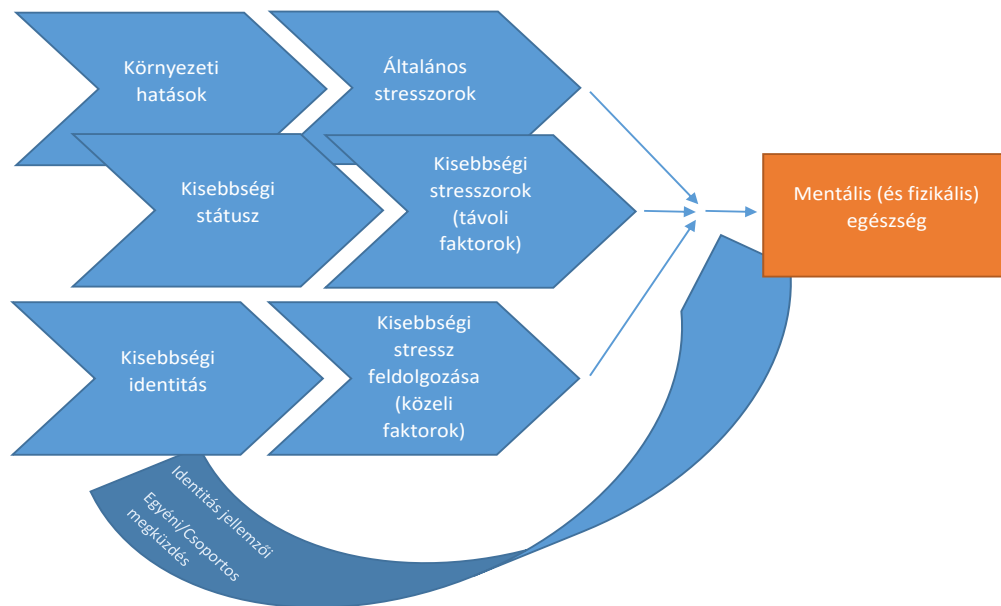
Budapest  
2022.

## Bevezetés

Az orvosok és orvostanhallgatók testi-lelki egészsége kiemelt fontosságú kérdés napjainkban mind a betegek és a betegbiztonság, mind pedig az ellátórendszer fenntarthatósága és az ellátók támogatása szempontjából.

A vizsgálatom során olyan kérdésekkel foglalkoztam, amelyek mindezülig nem képezték az orvos és orvostanhallgató kutatások részét Magyarországon: a kisebbségekhez tartozó orvosok és orvostanhallgatók által megélt többlétszorongással. A kisebbségek olyan társadalmi csoportok, amelyek valamilyen tulajdonság vagy csoportidentitás-képző tényező miatt különböznek a domináns csoporttól. Ezek lehetnek észrevehetetlen (pl.: vallási hovatartozás, szexuális orientáció), vagy a külvilág számára is jól látható (pl.: nem, rassz) jellemzők, lényeges identitásképző elemek, így átható befolyással vannak a külvilággal való kapcsolatra, valamint közvetve testi-lelki jóllétre. Fontos továbbá, hogy a kisebbségek helyzetét nem a többség és kisebbség számbeli különbsége, hanem a csoportok pozíciója határozza meg: a domináns és nem domináns csoportok közötti hatalmi egyenlőtlenségek, melyeknek köszönhetően az egyik csoport nyílt vagy rejtett eszközökkel (diszkrimináció, elnyomás, kizsákmányolás) alárendelt pozícióba helyezi a másikat.

A kisebbségi pozíció egy következményeként alakul ki a társas-társadalmi viszonyulások (kategorizáció, társasidentitás, csoportközi folyamatok) által mediáltan a Meyer által kisebbségi stressznek nevezett többlétszorongás, amely a stigmatizált, nem domináns/kisebbségi csoportokat érinti, de a többségi társadalomhoz tartozókat nem. A kisebbségi stressz kialakulásában egyszerre vesznek részt „távoli” és „közele” faktorok: *távoli stresszornak* tekinti Meyer a tapasztalt előítéleteket, az átélt diszkriminációt és a gyűlöletbűncselekményeket, míg *közele faktornak* az egyén elutasítástól való félelemét, az internalizált negatív attitűdöket és a csoportidentitás eltitkolásából adódó szorongást (például szexuális és nemi kisebbségek esetén). Meyer elmélete szerint a csoportok közötti hatalmi különbségek következtében a csoportközi helyzetekben a kisebbséghez tartozókat állandó éberség (alarm reakció) és krónikus distressz terheli, amely hatással van a testi-lelki egészségükre.



*1. ábra -A meyeri kisebbségi stressz modell*

A nemzetközi szakirodalmi adatok alapján a kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók hasonló nehézségekkel küzdenek szakmai életük során. Ilyen problémák az elfogadás hiánya, a szakmai kedvezőtlenebb megítélés, az előítéletek, az elszenvedett negatív megkülönböztetés, a támogató közeg és társas támogatás hiánya miatti izoláció, amelyek eredményeként magasabb arányú körökben a lemorzsolódás és a pályaelhagyás.

A kisebbségi mentorok és szerepmodellek hiánya, a stigmatizáció, a képességek és kompetenciák megkérdőjelezése, az implicit és explicit előítéletek, valamint mikroagresszió korábbi tanulmányokban mind megjelennek mint a kisebbséghez tartozó orvosok tapasztalt további nehézségei. A tanulmányok szerint az előítéletek és diszkrimináció mind közvetlen, mind pedig közvetett módon hatással vannak a kisebbségek egészségi állapotára. A kisebbséghez tartozó személyek gyakran kevésbé veszik igénybe az ellátórendszert a megkülönböztetéstől vagy elutasítástól való félelmem miatt, miközben számos tanulmány rávilágított, hogy testi- és lelki egészségük, és egészségmagatartásuk a többségi társadalomhoz tartozókkal összevetve előnytelenebbnek tekinthető. Felmerül továbbá annak kérdése, hogy az észlelt diszkrimináció és mikroagresszió milyen hatást gyakorol vajon a többségi társadalomhoz tartozó szemtanúkra, akik kitétek ezen kommunikációs helyzeteknek mint rejtett tantervnek. Az egyetemi és ellátórendszerbeli inkluzivitás és diverzitás, a különböző társadalmi előítéletekkel kapcsolatos rejtett tanterv fontos kérdés, mind a kisebbséghez tartozó hallgatók és szakemberek, mind pedig a kisebbséghez tartozók ellátása szempontjából.

Számos tanulmány kiemeli, hogy az orvosi hivatást választókat gyakran terhelik a kontrollálhatatlan munkakörülmények, az időnyomás, a haldoklással és emberi szenvedéssel való napi szintű szembesülés, valamint egyéb munkahelyi stresszorok eredményeként kialakuló kiégés már a képzés időszakában is. Metaanalízisek szerint a kiégést az orvosok között 0-80,5% közötti, míg a hallgatók körében 7-72% közötti gyakoriság jellemzi. A külső tényezőkön kívül több tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy egyes személyiségtényezők, mint belső okok is szerepet játszhatnak a kiégés kialakulásában. A kisebbséghez tartozás mint az egyetemi teljesítményre, a szakmai előmenetelre, a munkával való elégedettségre, valamint a pályaelhagyás/lemorzsolódásra hatást gyakorló tényező egyszerre tekinthető egyéninek és társadalmi. A kisebbséghez tartozás, mint tényező vizsgálata egyre többször megjelenik az orvosokkal és orvostanhallgatókkal, továbbá a kiégéssel foglalkozó tanulmányokban. A kisebbségi identitás hatása a kiégésre ugyanakkor nem egyértelmű: egyes tanulmányok fokozott rezilienciát és társas támogatást jelentő védőfaktoroként, míg mások a kisebbségi stressz, a mikroagresszió és a diszkrimináció eredményét közvetítő rizikófaktoroként tárgyalják. A kiégés és a kisebbségi stressz ugyanakkor egyértelműen hatást gyakorol az orvosok és orvostanhallgatók testi-lelki egészségére és egészségmagatartására, befolyásolja a pályaelhagyást, az ellátás minőségét, a műhibák és egyéb nemkívánatos események előfordulását, valamint az ellátás időtartamát és hatékonyságát, ezért az általam vizsgálni kívánt csoport - a kisebbségi identitással rendelkező orvosok és orvostanhallgatók - testi-lelki egészsége egyszerre érdemel figyelmet a kisebbségi stressz és a kiégés (mint munkastressz) lehetséges kapcsolata, valamint a kisebbséghez tartozó betegek és kulturálisan kompetens egészségügyi ellátásuk, így a társadalom összességének egészségi állapota szempontjából.

Az elmúlt 30 évben az ellátók diverzitása kritikus kérdéssé vált a nemzetközi szakirodalomban. A szakirodalmi adatok szerint a kisebbséghez tartozó orvosok (és orvostanhallgatók) több szempontból kulcsszereplők lehetnek az egészségi és egészségügyi egyenlőtlenségek felszámolásában. Több tanulmány felveti, hogy a kisebbséghez tartozó orvosok szívesebben látnak el kisebbséghez tartozó betegeket, mint többségi társadalomhoz tartozó kollégáik, valamint inkább praktizálnak elmaradottabb régiókban és inkább választanak kevésbé népszerű szakirányokat. A kontaktus hipotézis alapján a kisebbségi orvosok (és orvostanhallgatók) pusztán jelenlétükkel is a kulturális kompetencia elősegítésének fontos szereplőivé válnak az egészségügyben résztvevők attitűdjének formálása tekintetében. Ugyanakkor mindez jelentős teher is jelent a kisebbséghez tartozó ellátók és hallgatók számára, éppen ezért nem várhatjuk pusztán az érintett kisebbségek képviselőitől a változás megalapozását és támogatását. Rendkívül nagy szükség lenne az egyetemek, az ellátórendszer, valamint az orvosközösségek

aktív hozzájárulásához is az ellátással kapcsolatos különbségek felszámolásához. A domináns és kisebbségi csoportok közötti kommunikációt, kölcsönös megértést segítheti a kulturális kompetencia elmélet. A modellek szerint a kulturális kompetencia a kulturális rombolástól a kulturális alázatig vezető kontinuumként is értelmezhető, amely skálán előre haladva egyre érzékenyebbnek és kompetensebbnek tekinthető a rendszer vagy az egyén. A kisebbségek egészségi és ellátásbeli különbségeinek csökkentését segítheti a kulturálisan kompetens ellátók és ellátórendszerek támogatása. A munkaerő speciális képzése, valamint a diverz ellátószemélyzet jelenléte mind a kulturálisan kompetens ellátás hatékony eszközeinek tekinthetők, mivel a több ismerettel bíró, valamint az egyes kisebbségi csoportokkal személyes kapcsolattal rendelkező ellátók jellemzően kedvezőbb attitűdöt mutatnak a kisebbségekkel szemben, továbbá kompetensebb és inkluzívabb ellátást képesek nyújtani számukra.

## **Célkitűzés**

Felmérést folytattam a négy magyarországi orvosegyetem hallgatói között, valamint Magyarországon praktizáló orvosok körében, melynek középpontjában a diszkrimináció észlelése, a testi-lelki egészség, stressz-terhelés, valamint az ellátórendszerrel és oktatással kapcsolatos tapasztalatainak megismerése áll. Fontos célja volt a vizsgálatomnak a női hallgatók és orvosnők, valamint a kisebbségi csoportokhoz, vagy egyéb stigmatizált csoporthoz (pl.: mentális betegek, fogyatékkal élők, túlsúlyos és elhízottak) tartozók tapasztalatainak megismerése. Vizsgálatom céljai a következők voltak:

- 1) Felmérni a kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók mentális egészségmutatóit.
- 2) Megvizsgálni milyen tényezők befolyásolhatják a hallgatók és gyakorló orvosok körében megjelenő kiégést, nagy figyelmet fordítva a kisebbséghez tartozókra, mint egy korábban Magyarországon még nem vizsgált csoportra.
- 3) Elemezni és összevetni a magyar orvosegyetemek általános orvosi karainak magyar nyelvű programján tanuló hallgatók, valamint gyakorló orvoskollégák észlelt diszkriminációval kapcsolatos eredményeit a 2015 évi Eurobarometer Magyarországra és Európára vonatkozó adataival (Eurobarometer. Diszkrimináció az EU-ban 2015-ben. Budapest: Európai Bizottság; 2015.).
- 4) Kvalitatív módszerrel (félig-strukturált interjú tartalomelemzése) vizsgálni a kisebbséghez tartozó orvosok tapasztalatait és megküzdési stratégiáit.
- 5) Adatot gyűjteni és ismeretet szerezni a magyarországi orvosképzésben résztvevők LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdjéről általában.
- 6) Megvizsgálni milyen jellemzőikkel mutat összefüggést attitűdjük, összevetni adatainkat a külföldi orvostanhallgatói attitűdvizsgálatokkal.
- 7) Kidolgozni egy speciális LMBT személyekkel kapcsolatos ismeretet és attitűdöt mérő kérdőívet kifejezetten az egészségügyben résztvevők (dolgozók és hallgatók) részére.

## **Módszerek**

A hallgatói vizsgálat során, az ETR és Neptun üzenetként két alkalommal elküldött online, önkitöltős kérdőív Magyarországon validált pszichometriai skálákat (PHQ - pszichoszomatikus-stresszel kapcsolatos fizikai tünetek kérdőív, Connor-Davidson reziliencia kérdőív (10 tételes rövidített változat), WHO Jól-lét Kérdőív (5 tételes), Észlelt stressz kérdőív (10 tételes), Zimet Multidimenzionális Társas Támogatottság Skála, Maslach Burnout Inventory-SS (Hallgatói kiégés kérdőív), Folkman-Lazarus féle Coping kérdőív, Spielberger

féle szorongásmérő kérdőív), egészségmagatartásra vonatkozó kérdéseket (dohányzás, alkohol, altató, nyugtató, teljesítményfokozó használat), valamint az Eurobarometer észlelt diszkrimináció mérésére szolgáló alábbi kérdéseit tartalmazta:

„A diszkrimináció következő típusainál kérem, mondja meg, hogy Ön szerint nagymértékben elterjedt, eléggé elterjedt, eléggé ritka vagy nagyon ritka jelenségről van szó Magyarországon.”; „Amikor Magyarországon egy munkahely felvételre keres valakit, és két egyenlő képességekkel és végzettséggel rendelkező személy közül választhat, Ön szerint a következő lista elemei közül melyek azok a kritériumok, amelyek hátrányt jelenthetnek a jelöltek számára?”; „Függetlenül attól, hogy Ön éppen dolgozik vagy sem, kérem, mondja meg egy 1-től 10-ig terjedő skálán, hogy mennyire érezné kényelmesen magát, ha egyik munkahelyi kollégája az alábbi csoportok valamelyikéhez tartozna?”; „Az elmúlt 12 hónapban Ön személy szerint érzett-e hátrányos megkülönböztetést vagy zaklatást az alábbiak közül egy vagy több ok miatt?” „Ön szerint eleget tesznek a sokszínűség elősegítéséért az Ön egyetemén az alábbiakat illetően?”; „Ahol él, úgy véli, hogy a következők bármelyikéhez tartozik? Kérem, jelölje azokat, amelyek jellemzők.”.

A 5984, a magyar nyelvű orvostudományban résztvevő aktív hallgatónak került kiküldésre, két alkalommal, aminek eredményeként 8,8%-os válaszadási ráta mellett 530 fő töltötte ki a kérdőívet. Az alacsony mintavételi arány miatt az adatokat a feldolgozás során 3 dimenzió mentén (nem, évfolyam, egyetem) súlyoztam.

Az orvosoknak kamarai hírlevélként két alkalommal kiküldött kérdőív a hallgatói kérdőívtől minimálisan tért el: tartalmazta a pszichometriai skálák egy részét (PHQ-15; CD-RISC; WB-5; PSS-10; MSPSS; STAI), életmódra vonatkozó kérdéseket, valamint az Eurobarometer fent említett kérdéseit. Az orvosvizsgálatban a kiegészítés mérésére a Maslach Burnout Inventory - Maslach Kiegészítés Leltár humán szolgáltató szektor számára (MBI-HSS) használtam. Orvosok esetén a kérdőív részét képezte továbbá az Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság kérdőív, valamint néhány munkahellyel kapcsolatos kérdést, valamint a Központi Statisztikai Hivatal Munkahelyi Diszkriminációval kapcsolatos kérdőív egyes kérdéseit is. A Magyar Orvosi Kamara által hírlevélben kiküldött kérdőívre 269 orvos válaszolt. Mivel 2017-ben a működési engedéllyel rendelkező orvosok száma 39 132 fő volt Magyarországon a Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint a válaszadási ráta igen alacsonynak tekinthető, ugyanakkor az alacsony válaszadási ráta általában jellemző az orvosvizsgálatokra.

A kvalitatív vizsgálathoz az interjúalanyok toborzása hólabda módszerrel történt orvosszakmai és hallgatói csoportok megkeresésével, valamint a kérdőívek kitöltése során is jelentkezhetnek a 2018/09-2020/03 között lefolytatott félig strukturált interjúkon való részvételre. Összesen 11,



magát kisebbséghez tartozónak gondoló résztvevővel készítettem interjút egyetemi és munkahelyi tapasztalataiknak, nehézségeiknek mélyebb megismerése érdekében, amiket leíró tartalomelemzéssel dolgoztam fel.

A 2016-tól, a Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézetével együttműködésben a segítőszakmákban tanuló hallgatók szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatos tudását és attitűdjének vizsgáltuk. A felmérés során a kényelmi mintavétellel, papíralapú kérdőívet vettünk fel a négy magyar orvosegyetem elsőéves és negyedéves, magyar programon tanuló hallgatóinak körében [SOTE (N=376); PTE-ÁOK (N=198); DE-ÁOK (N=74); SZTE-ÁOK (N=97)], a Semmelweis Egyetem angol programján tanuló negyedéves hallgatókkal (N=82) és kontroll-csoportként a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán tanuló elsőéves ápoló hallgatókkal (N=41) valamint az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógyypedagógiai Karán tanuló első- és másodéves hallgatóival (N=66) és az ELTE Társadalomtudományi Karán tanuló első- és másodéves hallgatóival (N=81). A kérdőívek a demográfiai adatokra vonatkozó kérdéseken kívül LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdöt és tudást mérő skálákat tartalmazott: a Népegészségtani Intézet munkatársai által korábban magyar nyelvre adaptált nemzetközileg használt ATLG (Attitude Toward Lesbian and Gay) és MHS (Modern Homonegativity Scale) attitűd skálák mellett a kérdéscsomag tartalmazta saját készítésű kérdőívünk az ESKA (Egészségügyiek Szexuális Kisebbségek iránti Attitűdjei) kérdéseit, valamint egy szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatos ismereteket mérő kérdőív (a SEKHQ - Sexual Education and Knowledge about Homosexuality Questionnaire) módosított változatát. Az attitűdskálák olyan 5 és 7 fokú likert skálákat tartalmazó kérdőívek, melyek az alábbiakhoz hasonló kijelentésekkel való egyetértést mérik: „Két férfi közötti szexuális együttlét egyszerűen helytelen.”, vagy “Nevetséges az a gondolat, hogy egyetemi alapképzésen lehessen homoszexualitással és lesbikussággal kapcsolatos tanulmányokat folytatni és ebből diplomát szerezni.”. A tudást mérő kérdőív igaz-hamis kérdéseket tartalmazott, amelyek az LMBT személyek ellátásával és egészségi állapotával voltak kapcsolatban (pl: “Meleg férfiak és lesbikus nők körében nagyobb gyakorisággal fordul elő szorongás és depresszió, mint a heteroszexuális férfiak és nők között.”). Az attitűdöt mérő skálákon a magasabb elért pontszám jellemzően negatívabb hozzáállást jelöl, míg a tudást mérő skálán a magasabb pontszám az LMBT kisebbséggel kapcsolatos nagyobb tudást jelent.

## Eredmények

### 1) Hallgatói vizsgálat

A hallgatói adatgyűjtés 8,8%-os válaszadási ráta mellett 529 kiértékelhető kérdőívet eredményezett. A hallgatók átlagéletkora 22 év volt és a kitöltők között nemüket tekintve a női hallgatók voltak felülreprezentáltak (61,3% / 324 fő vs. 204 fő / 38,5%), míg 2 hallgató „egyéb” nemi identitás kategóriát jelölt. 58 fő jelzett nem heteroszexuális orientációt. A hallgatók 39,3%-a Semmelweis Egyetemen, 18,7%-uk a Pécsi Tudományegyetemen, 21,4%-uk a Szegedi Tudományegyetemen és 20,5%-uk a Debreceni Egyetemen tanul. 228 fő az I.-III. évfolyam (preklinikum), 301 kitöltő a IV.-VI. évfolyam (klinikum) hallgatója. A kitöltők majdnem egyharmada (30,5%) saját bevallása szerint valamilyen kisebbségi csoport tagja.

A hallgatók 8,9%-a (47 fő) rendszeresen és 10,7% (56 fő) alkalmanként dohányzik, 12,4%-uk (66 fő) legalább hetente fogyaszt alkoholt, valamint 20,5%-uk (109 fő) legalább hetente használ valamilyen pszichofarmakont. A hallgatók 60,7%-a (321 fő) magas kiégés övezetbe került. 182 fő (34,4%) legalább közepes kategóriába sorolódott a pszichoszomatikus tünetek (PHQ) intenzitását és gyakoriságát tekintve. A hallgatók többsége (74,9% - 396 fő) magas társas támogatással rendelkezik. Az általános jóllét skálán a minta átlaga 7,44 (SD=3,18) pont volt, az észlelt stressz kérdőíven (PSS) átlag 20,24 (SD=6,34), a Connor-Davidson féle reziliencia kérdőíven 28,08 (SD=6,32), a STAI vonásszorongás alskálán 45,90 (SD=10,35), az állapotszorongás alskálán pedig 44,84 (SD=12,91) pontot értek el.

A női hallgatók rosszabb mentális egészségjellemzőket mutattak a PHQ tünetskálát (10,26 vs. 6,9;  $p \leq 0,001$ ), az állapot- (46,51 vs. 42,25;  $p \leq 0,001$ ) és vonásszorongást (47,42 vs. 43,43;  $p \leq 0,001$ ), az észlelt stresszt (21,11 vs. 18,89;  $p \leq 0,001$ ), valamint általános jóllét tekintve (7,22 vs. 7,80;  $p \leq 0,001$ ), ugyanakkor magasabb családi és egyéb személytől érkező társas támogatottsággal rendelkeztek. A kiégést mérő skálán minimálisan magasabb pontszám jellemezte a női hallgatókat, de a különbség nem volt szignifikáns (39,44 vs. 39,61). A női válaszadók szignifikánsan gyakrabban használnak valamilyen pszichofarmakont (24,1% /78 fő/ vs. 14,8% /30 fő/;  $p \leq 0,01$ ), de kevésbé fogyasztanak heti rendszerességgel alkoholt (7,8% /25 fő/ vs. 19,8% /40 fő/;  $p \leq 0,001$ ), vagy dohányoznak rendszeresen (5,9% /20 fő/ vs. 13,4% /27 fő/;  $p < 0,05$ ).

A klinikumi képzésben résztvevők nagyobb arányban kerültek magas kiégési övezetbe (65,9% vs. 56,3%;  $p < 0,05$ ), ugyanakkor preklinikai évfolyamokra az észlelt stressz (21,15 vs. 19,19;  $p \leq 0,001$ ), az állapot- és vonásszorongás (46,54, vs. 42,87; és 47,24 vs. 44,35;  $p \leq 0,001$ ) pszichoszomatikus tüneteket mérő skálán (10,02 vs. 8,75;  $p \leq 0,05$ ) is magasabb átlagpontszám

volt jellemző. Rezilienciára, általános jóllétre és társas támogatásra, valamint egészségmagatartásra vonatkozóan nem volt különbség az évfolyamcsoportok között.

A kisebbséghez tartozó hallgatók inkább dohányoznak (rendszeresen: 13,7% /22 fő/ vs. 6,8% /25 fő/; alkalmanként 13,7% /22 fő/ vs. 6,8% /30 fő/) és használnak heti rendszerességgel alkoholt (16,1% /26 fő/ vs. 10,6% /39 fő/;  $p=0,07$ ) vagy pszichofarmakont (28,4% /46 fő/ vs. 17,1% /63 fő/;  $p<0,01$ ). A pszichometriai skálákat tekintve minden skálán előnytelenebb eredményekkel jellemezhetők többségi társadalomhoz tartozó társaikkal összehasonlítva. Magasabb a pontszámuk a pszichoszomatikus tünetskálán (10,38 vs. 9,04;  $p<0,05$ ), a állapot- (46,52 vs. 44,12) és vonásszorongást (47,60 vs. 45,15;  $p<0,05$ ), az észlelt stresszt (21,86 vs. 19,55;  $p<0,001$ ), általános jóllétet (6,98 vs. 7,64;  $p<0,05$ ), valamint kiégést (43,96 vs. 37,62;  $p<0,001$ ) mérő skálákon, ugyanakkor alacsonyabb átlagpontszámuk a társas támogatottságot (5,38 vs. 5,93;  $p<0,05$ ), továbbá rezilienciát mérő kérdőíveken (26,58 vs. 28,73;  $p<0,001$ ). A különbség csak az állapotsszorongás esetén nem volt szignifikáns.

A hallgatók átlagpontszáma 39,56 (SD=16,74) volt, a válaszadók több mint fele (60,7%; 321 fő) a kiégés felső övezetébe került. A kiégés összefüggését vizsgálva a demográfiai adatokkal a nem és az évfolyam nem mutattak összefüggést, de a kisebbséghez tartozás és az észlelt diszkrimináció összefüggni látszott a magasabb kiégés pontszámmal. A pszichometriai skálákat tekintve az észlelt stressz, a vonás- és állapotsszorongás pozitív, míg a reziliencia negatív korrelációt mutatott a kiégéssel. A többváltozós regressziós modellemben kimeneti változó (kiégés összpontszám) értékének alakulását 39,3%-ban magyarázták a modellbe bevont változók: szignifikáns magyarázó erővel rendelkezett az állapotsszorongás, a reziliencia, továbbá az észlelt stressz és a kisebbséghez tartozás (1. táblázat).

1. táblázat - A kiégésre vonatkozó regressziós vizsgálat eredményei a hallgatói mintán

<b>Kiégésre vonatkozó lineáris regressziós modell jellemzői</b>						
<b>Magyarázó változók</b>		<b>Egyváltozós modell</b>			<b>Regressziós modell</b>	
		Átlag (szórás)	T érték / pearsonkorr.	P-érték	Béta (b)	P-érték
<b>Nem</b>	Nő	39.61 (17.21)	-0,115	0,91	Nem került a modelbe	
	Férfi	39.44 (16.02)				
<b>Évfolyam</b>	Preklinikum	39.06 (16.82)	-0,726	0,468	Nem került a modelbe	
	Klinikum	40.13 (16.66)				

<b>Észlelt diszkrimináció</b>	Igen	42.74 (16.35)	- 4,042	<0,001	Nem került a modelbe	
	Nem	36.91 (16.62)				
<b>Kisebbséghez tartozás</b>	Igen	43.96 (16.71)	- 4,035	<0,001	0,078 (2,82)	<0,05
	Nem	37.63 (16.40)				
<b>Észlelt stressz</b>	Alacsony	31.06 (14.28)	-14,38	<0,001	0,264 (9,01)	<0,001
	Magas	48.99 (13.86)				
<b>Vonás-szorongás</b>			0,555	<0,001	Nem került a modelbe	
<b>Állapot-szorongás</b>			0,485	<0,001	0,207 (0,272)	<0,001
<b>Reziliencia</b>			-0,508	<0,001	-0,290 (-0,781)	<0,001
<b>Társas támogatás</b>			-0,340	<0,001	Nem került a modelbe	

A kisebbséghez tartozó és női hallgatók inkább tartották elterjedtnak az egyes kisebbségekkel kapcsolatos előítéletességet, kevésbé jelentene számukra nehézséget együtt dolgozni különböző kisebbségek képviselőivel. A kisebbséghez tartozó hallgatók továbbá nagyobb arányban érzik, hogy az egyes tulajdonságok vagy jellemzők mentén - mint a jelölt neve, lakcíme, beszédmódja, szexuális orientációja, vagy transz nemi identitása, fogyatékosága vagy testalkata - hátrányos megkülönböztetés érhet valakit egy állásinterjún. A női válaszadók szerint férfi társaikkal összevetve inkább érhet valakit hátrányos megkülönböztetés 30 év alatti és 50 év feletti életkora, vagy neme miatt állásra jelentkezéskor. Összességében a válaszadók közel fele 45,5%-a (288 fő) tapasztalt valamilyen hátrányos megkülönböztetés az elmúlt év során, ez gyakoribb a női hallgatók (53,9% /175 fő/ vs. 31,8% /65 fő/) és a kisebbségek körében (64,7% /101 fő/ vs. 40,8% /152 fő/).

A kisebbséghez tartozó hallgatók többségi társaikkal összevetve kevésbé tartották elégségesnek az etnikai kisebbségekkel kapcsolatos egyetemen szerzett információkat és úgy gondolták, az egyetemen inkább nem tesznek eleget a sokszínűség elősegítéséért a szexuális, a vallási, valamint a transz kisebbségek és a fogyatékkal élők támogatását illetően.

A nők a férfi hallgatókkal összehasonlítva kevésbé érzik elégségesnek az egyetemek erőfeszítéseit a sokszínűség elősegítésével kapcsolatosan a nemi egyenlőség és a transz személyek segítése terén, míg a férfi hallgatók inkább érzik úgy, hogy az egyetem a vallási kisebbségek és a szexuális kisebbségek támogatásáért nem tesz eleget. A férfi válaszadók ugyanakkor szignifikánsan nagyobb arányban jelezték, hogy nem gondolják szükségesnek

tenni az egyetem sokszínűség elősegítéséért a nemi egyenlőség és az etnikai, a transz kisebbségek esetén.

## 2) Orvos vizsgálat eredményei

A vizsgálatban 269 fő vett részt, 26 és 82 év között (M=53 év), többségük a hallgatókhoz hasonlóan nő (62,1% /167 fő/) 37,5%-uk férfi (101 fő), egyéb nemi identitást senki nem jezett, 5 válaszadó jelölt heteroszexuálistól eltérő orientációt. Diplomáját többségük a Semmelweis Egyetemen szerezte (42,5%), 16,4%-uk a Pécsi Tudományegyetemen, 18,3%-uk a Szegedi Tudományegyetemen és 16,0%-uk a Debreceni Egyetemen, 6,7%-uk pedig külföldön diplomázott. 67,6%-uk szakorvos, 7,4%-uk rezidens, 3,7%-uk pedig vállalkozó vagy kutató 21,2%-uk nem válaszolt a munkakörre vonatkozó kérdésre. A válaszadók 17,4%-a (46 fő) valamely kisebbségi csoporthoz tartozónak gondolja magát: többségük vallási kisebbség tagja, vagy egyéb stigmatizált csoportidentitással rendelkezik (7,8-7,8%; 21-21 fő), alacsony a nemzeti (1,1% 4fő), etnikai (0,7%, 3 fő), szexuális (0,4%, 2 fő) és nemi kisebbségek (0%) előfordulása körükben.

A válaszadók 74,0%-a dohányzik, több mint egy negyedük (26,4%) fogyaszt heti rendszerességgel alkoholt, valamint 10,8%-uk használ heti rendszerességgel pszichofarmakont. Kiegészítés átlagpontszámuk 45,86, támogatás skálán a minta átlaga 5,01 pont, rövidített észlelt stressz kérdőív átlag pontszáma 5,88, rezilienciát mérő kérdőíven elért átlagpontszám 39,09 pont, a rövidített STAI-R állapot szorongást mérő alskálán az átlag 15,67 pont, Siegers Erőfeszítés-Jutalom hányados maximum értéke 1,33, átlaga 0,40 volt. A kiegészítés felső övezetébe került 95 orvos a kitöltés során (35,3%), valamint több mint felük (58,7%) legalább közepes (56,1% közepes, 2,2% magas) kategóriába került a pszichoszomatikus tünetek intenzitását és gyakoriságát tekintve.

A női orvosok a pszichometriai skálák többségén előnytelenebb eredményeket értek el: szignifikánsan magasabb volt átlagpontszámuk férfi társaikkal összevetve a pszichoszomatikus tüneteket mérő skálán (3,78 vs 7,74;  $p \leq 0,001$ ), az észlelt stressz skálán (5,47 vs. 6,14;  $p \leq 0,05$ ), a Siegers erőfeszítés-jutalom kérdőív erőfeszítés alskáláján (6,77 vs. 5,32  $p \leq 0,01$ ), STAI-R állapot szorongást mérő skálán (14,83 vs. 16,14;  $p \leq 0,01$ ), valamint a kiegészítés érzelmi kimerülést mérő alskáláján (16,62 vs. 21,24;  $p \leq 0,01$ ). Szintén magasabb átlagpontszámot értek el a teljes kiegészítés mérő skálán (43,09 vs. 47,34) és annak deperszonalizáció alskáláján (6,37 vs. 7,00), de ezek a különbségek nem voltak szignifikánsak. Az erőfeszítés-jutalom hányadost tekintve a női orvosok 1,9%-a, míg a férfi társaik 7,0%-a ért el 1 pont feletti erőfeszítés-jutalom hányadost. A női orvosok inkább dohányoznak (77,5% vs. 89,8%;  $p \leq 0,01$ ), míg a férfi orvosok nagyobb

arányban jeleztek heti rendszerességű alkoholfogyasztást (37,6% vs. 19,8%;  $p \leq 0,05$ ). A pszichofarmakon-használat terén a nemek között nem mutatkozott különbség.

Az alkoholfogyasztás és a pszichofarmakon használata némileg magasabb volt a kisebbséghez tartozó orvosok között is (alkohol 30,4% vs. 26,0%; pszichofarmakon: 15,2% vs. 9,6%), de a különbség nem volt szignifikáns. A kisebbségi identitást jelző orvosok szignifikánsan magasabb állapotssorongás (16,95 vs. 15,43;  $p \leq 0,05$ ) és deperszonalizáció pontszám (8,07 vs. 6,51;  $p \leq 0,05$ ), valamint alacsonyabb reziliencia (36,63 vs. 39,58;  $p \leq 0,01$ ) és családtól érkező társas támogatás pontszámot (4,92 vs. 5,42;  $p \leq 0,05$ ) jeleztek. A többi skálát tekintve a különbségek nem voltak szignifikánsak többségi társadalomhoz tartozó kollégáikkal összevetve.

A korcsoportok között a pszichometriai kérdőívek esetén a kiégés (68,0 vs. 53,0 vs. 39,0 vs. 46,0 vs. 39,0 vs. 34,00;  $p \leq 0,001$ ), valamint az erőfeszítés jutalom hányados (0,15 vs. 0,27 vs. 0,29 vs. 0,29 vs. 0,47 vs. 0,64;  $p \leq 0,001$ ) esetén volt a csoportokra jellemző átlagok között szignifikáns különbség: a fiatalabb orvosok magasabb kiégés pontszámot értek el, továbbá inkább tapasztaltak aránytalanságot erőfeszítéseik jutalmazása terén. A munkakört tekintve pedig a rezidens orvosok jellemzően magasabb észlelt stressz (8,0 vs. 6,0 vs. 7,00 vs. 7,00;  $p \leq 0,05$ ), kiégés (70,0 vs. 42,0 vs. 32,0 vs. 47,0;  $p \leq 0,05$ ) és társas támogatás (5,38 vs. 5,33 vs. 4,92 vs. 4,67;  $p \leq 0,05$ ) pontszámot mutattak, míg a kutatókat/oktatókat magasabb pszichoszomatikus tünetskála pontszám jellemezte (8,5 vs. 6,0 vs. 8,0 vs. 13,0;  $p \leq 0,05$ ).

Az orvosok kiégésre vonatkozó átlag pontszáma 45,9 (SD=21,2) volt, magas rizikóval volt jellemezhető a kitöltők 35,3%-a. Magas kiégés rizikóval rendelkező csoportba került a kisebbséghez tartozó orvosok 47,8%-a szemben a többségi társaik 33,3%-val, valamint a női orvosok 39,5% szemben a férfi orvosokra jellemző 27,7%-kal. A kiégés magas övezetbe kerülését bináris logisztikus regresszióval vizsgálva, a magasabb észlelt stressz pontszámmal és alacsonyabb erőfeszítés-jutalom hányadossal rendelkezők nagyobb eséllyel kerültek a kiégés felső övezetébe, egyéb változó nem maradt szignifikáns a regressziós modelben. A regressziós model Nagelkerke R-négyzet értéke 0,548 volt.

Az orvos résztvevők szerint az előítéletesség és diszkrimináció leginkább az etnikai kisebbségekkel (61,7%) és a nőkkel (53,2%) kapcsolatosan gyakori jelenség. Az észlelt diszkrimináció tekintetében a kisebbséghez tartozó válaszadók inkább gyakorinak gondolták a nemi identitással kapcsolatosan megjelenő diszkrimináció előfordulását, szemben többségi társadalomhoz tartozó válaszadókkal (66,3% vs. 45,8%;  $p < 0,05$ ), míg a női válaszadók a fiatal életkor miatti megkülönböztetés kivételével minden megkérdézett tulajdonsággal összefüggő diszkriminációt gyakoribb jelenségnek tartották, mint férfi társaik. A résztvevők transznemű

(19,2%), muszlim (17,2%), továbbá LMB (16,8%), vagy roma (14,4%) munkatársakkal éreznék leginkább kényelmetlennek a közös munkát. A magukat kisebbséghez tartozóként meghatározó orvos résztvevők számára többségi társadalomhoz tartozó kollégáikhoz képest inkább jelentene kényelmetlenséget együtt dolgozni roma (22,2% vs. 12,8%;  $p < 0,05$ ), LMB (16,8% vs. 13,8%;  $p < 0,05$ ), transz (37,8% vs. 15,3%;  $p < 0,001$ ), fogyatékkal élő (17,8% vs. 6,0%;  $p < 0,05$ ) személlyel, míg a női orvosok kevésbé ítélik kényelmetlennek egyes kisebbséggel való közös munkát. Válaszaik alapján a női orvosok (29,3% vs. 13,9%;  $p < 0,05$ ), valamint a kisebbséghez tartozó orvosok (39,1% vs. 20,5%;  $p < 0,05$ ) inkább tapasztaltak diszkriminációt az elmúlt évben. A női válaszadók az álláskeresés kapcsán történő nemi alapú hátrányos megkülönböztetés esetén is szignifikánsan inkább éltek át diszkriminációt, míg a férfi válaszadók nagytöbbsége nem tapasztalt ilyen jellegű megkülönböztetést álláskeresés során (79,7% vs. 55,2%;  $p < 0,001$ ). A kisebbségi csoporthoz tartozó és a női orvosok kevésbé ítélik kielégítőnek az egyes kisebbségekkel kapcsolatos információk elégségességét. Ugyanakkor az orvosok nagytöbbsége úgy gondolja, nem szükséges erőfeszítéseket tennie a munkahelynek a sokszínűség elősegítésére, amiben nem mutatkozott szignifikáns különbség a kisebbséghez tartozó és a többségi orvosok, valamint a női és férfi orvosok között.

### **3) Hallgatói attitűd vizsgálat**

LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdök és ismeretek vizsgálatban 1061 fő vett részt, amelyek közül 988 résztvevő kérdőíve volt kiértékelhető. A kitöltők életkora 18 - 38 év közötti volt ( $M=22,56$ ). A válaszadók többsége (93,1%) heteroszexuális volt és összesen 17,4%-uk jelezte, hogy nincs LMBT ismerőse vagy családtagja. A kitöltők 22,5%-a ( $n=222$ ) és 45,9%-a ( $n=453$ ) liberális vagy inkább liberális világnézetet vall, 5,8%-a ( $n=57$ ) nagyon vallásos, 39,6%-a ( $n=391$ ) inkább vallásos, de több, mint felük inkább nem tekinti magát vallásosnak (55,4%, 538 fő), vallásgyakorlást tekintve pedig 40,0% gyakorolja legalább a fontosabb egyházi ünnepeken vallását ( $n=395$ ).

A Modern Homonegativitást mérő Skála meleg alszkálájának átlaga 35,52 ( $SD=10,25$ ;  $n=778$ ), míg a leszbikus alszkála átlaga 36,28 ( $SD=6,16$ ;  $n=164$ ) volt. A tudást mérő kérdőívet 966 fő hallgató töltötte ki (SEKHQ) ennek átlagpontszáma 8,29 ( $SD=2,92$ ) volt. 977 fő válaszolt a régi típusú homonegativitást mérő ATLG-R3 kérdéseire az átlagpont 5,25 ( $SD=1,71$ ). A vizsgálatban összesen 768 orvostanhallgató töltötte ki Egészségügyi Kisebbségek iránti Attitűdjei kérdőívünket (ESKA) a minta átlaga 27,94 ( $SD=10,13$ ). Attitűdök és ismeretek tekintetében pozitívabb attitűd és nagyobb tudás jellemezte a nőnemű, a liberális vagy inkább liberális világnézetű, a nem vallásos és a vallást nem gyakorló, valamint az LMBT barátal vagy családtaggal rendelkező hallgatókat.

A tudást és attitűdöt mérő skálák egyedi megkülönböztető képességét vizsgálva diszkriminancia analízissel - ahol a függő változóként a magyar alsóbb évesek (I.-III. évfolyam) a magyar felsőbb évesek (IV.-VI. évfolyam) és az angol program hallgatóinak Semmelweis Egyetemen tanuló csoportjai, független változóként a homonegativitás, a társadalmi távolság, továbbá az LMBT személyekkel kapcsolatos tudás kerültek bevonásra az analízisbe – úgy találtam, hogy az angol és magyar program hallgatói elkülönülnek a társadalmi távolságot vagy homonegativitást tekintve, ugyanakkor kevésbé diszkriminál közöttük az LMBT személyekkel kapcsolatos tudásuk. Az angol és a magyar program hallgatóit vizsgálva a külföldi hallgatók elfogadóbban viszonyulnak a vizsgált kisebbségekhez és több tudással rendelkeznek LMBT személyekkel kapcsolatban.

### **3) *Kvalitatív vizsgálat eredményei***

A résztvevők életkora 26-55 év között volt, 5 fő Budapesten, 5 fő vidéken él, az interjú készítése idején további 4 fő a külföldre költözését tervezte. Az interjúalanyok pályaválasztásában fontos szerepet játszott a személyes (tudományos) érdeklődésük, a saját vagy a családban szerzett egészségüggyel kapcsolatos tapasztalataik, valamint a társas kapcsolataik hatása. A résztvevők a képzés során nemtől függetlenül találkoztak negatív bánásmóddal, valamint a kisebbséghez tartozók felé irányuló előítéletességgel, amit többen az orvosi hivatás sajátosan hierarchizált mivoltának, vagy társadalmi hatások következményének tulajdonítanak, és gyakran normalizáltak. Továbbtanulásukkal, valamint munkahelyi tapasztalataikkal összefüggésben lényeges témaként jelent meg a (képzési)rendszer merevsége és erős hierarchizáltsága, az ellától túlterheltsége, a megélhetési nehézségek, valamint a hálapénz kérdése. A hálapénzhez a résztvevők egytől egyik negatívan viszonyultak. A vizsgálat során, az interjúalanyok elbeszéléseiben fontos kérdés volt továbbá a külföldi munkavállalás, mint szakmai előmenetellel és boldogulással kapcsolatos nehézségek lehetséges megoldása, valamint a társas támogatásra, illetve (szakmai) mentorra vonatkozó, mint vágyott segítő tényezőkre vonatkozó igény.



## **Következtetések**

A kisebbségi csoporthoz tartozó, valamint női orvosok és orvostanhallgatók általánosságban inkább rendelkeztek előnytelen mentális egészségmutatókkal: alacsonyabb volt körülben az általános jóllét, ugyanakkor magasabb észlelt stressz, vonás- és állapotszorongás valamint a magasabb pszichoszomatikus panaszskála összpontszám jellemezte őket. A kisebbséghez tartozó orvostanhallgatók alacsonyabb társas támogatást mutattak a kvantitatív vizsgálat során. A kiégést tekintve a különbség az általam vizsgált mintán az orvosnők és a fiatalabb orvosok esetén volt szignifikáns, ugyanakkor a kisebbséghez tartozó orvosok is nagyobb százalékban kerültek magas kiégésrizikót jelentő csoportba a többségi társadalomhoz tartozó társaikkal összehasonlítva, ez utóbbi különbség csak a hallgatói mintán volt szignifikáns. Mind a női orvosok és hallgatók, mind pedig kisebbséghez tartozó társaik inkább tartják gyakori jelenségnek az egyes csoportokkal szemben megjelenő diszkriminációt, maguk is nagyobb arányban éltek át negatív megkülönböztetést az elmúlt 12 hónapban, és fontosabbnak tartják az egyetemi/munkahelyi inklúzitás kérdését, mint többségi társadalomhoz tartozó társaik. Az orvosok és orvostanhallgatók az európai uniós átlaggal egyetemben az etnikai kisebbségekkel szembeni diszkriminációt jelezték legnagyobb arányban gyakori jelenségnek. Válaszaik alapján a hallgatók minden kategóriában inkább gyakori jelenségnek tartották az egyes tulajdonságokkal, vagy csoportokkal szemben megjelenő diszkriminációt, míg az orvos kitöltők magasabb arányban gondolták a vallási kisebbségek, a transzszexuálisok, az LMBT személyek és a 30 év alattiakkal szembeni diszkrimináció előfordulását inkább ritka jelenségnek. A hallgatók és az orvosok körében inkább gondolták a válaszadók az uniós, valamint a magyarországi mintával összehasonlítva, hogy interjúhelyzetben hátrányos megkülönböztetés alapjául szolgálhat egy-egy személyes jellemző, ami kifejezetten hangsúlyos volt a jelölt neme esetén. Az orvosok és orvostanhallgatók különböző kisebbségi csoportokkal való közös munka kényelmetlenségét tekintve minden vizsgált kisebbség esetén inkább az Európai Unió és kevésbé a magyarországi adatokkal mutatnak hasonlóságot. A magyarországi átlagpopulációval összehasonlítva kedvezőbbnek bizonyuló orvosi és hallgatói viszonyulás a kisebbségek helyzetéhez és a velük való közös munkához jelezheti a segítőszakmát űzők és űzni kívánók körében fontos érzékenységet és empátiát.

A hallgatók körében végzett attitűdvizsgálat azt mutatta, hogy a hallgatók egyéni jellemzői, mint a nem, a vallásosság és politikai beállítódás, valamint az LMBT ismerősök jelenléte hatással vannak az LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdökre és ismeretekre. Kedvezőbb attitűdökkel és nagyobb tudással voltak jellemezhetőek továbbá a diverzebb egyetemi környezetben tanuló, külföldi hallgatók.

A mindennapi orvosi munka során napjainkban szinte elkerülhetetlen, hogy multikulturális, diverz populáció ellátására kerüljön sor, amelyhez esszenciális a megfelelően képzett, kulturálisan kompetens és a kisebbségi csoportok sokszínűségére és igényeire érzékeny ellátók jelenléte és ellátórendszer kialakítására. A kisebbségekkel kapcsolatos negatív előítéletek és hátrányos megkülönböztetés tapasztalata – mind sajátélményként, mind szemtanúként – megjelent az interjúk során a résztvevők mindennapos tapasztalataiban, amire többen a tágabb társadalmi viszonyulások következményeként, más interjúalanyok normalizálták, vagy internalizálták ezen negatív társas és társadalmi attitűdöket. Mind a hallgatók, mind a betegek érdekeit szolgálja, hogy ellátóként és oktatóként tudatosítsuk az implicit és explicit előítéletek jelenlétét, figyeljünk önmagunkra és környezetünkre, és igyekezzünk nézőpontváltásra sarkallni magunkat és a környezetünket. A kvalitatív vizsgálatban résztvevők elbeszéléseiben gyakran megjelent az elszigeteltség és különbözőség érzése, valamint mind az egyetemi, mind pedig a munkahelyi tapasztalatokkal összefüggésben kiemelte több résztvevő is a társas kapcsolatokat, támogató csoportokat, illetve a szakmai mentorok iránti igényét. Az egészségügyi szolgáltatások és az ellátószemélyzet sokszínűségének fokozása céljából is fontos a kulturális kompetencia növelése, a változatos hallgatói populáció toborzása és támogatása, a mentorprogramok, valamint a tehetségfejlesztő programok kialakítása a munkaerő megtartása céljából. A hallgatók és egészségügyi dolgozók kulturális kompetenciájának növelését és kisebbségi csoportokhoz tartozó hallgatók és ellátók integrálásához nélkülözhetetlen feszültségtől mentes, támogató csoportközi helyzetek és kapcsolatok kialakítása és támogatása. Az észlelt diszkrimináció mérése, valamint a hallgatói attitűdvizsgálat, a kisebbségek ellátásával kapcsolatos háttérismereteink bővítésének támogatásával, segíthet az orvosképzés és az orvosi hivatás kisebbségi csoportokkal szembeni előítéletességének megismerésében, ezáltal az ellátórendszerbeli- és egészségügyenlőtlenségek felszámolásában.

### **A vizsgálat limitációi és erősségei**

PhD kutatásom összességére való tekintettel fontos erősségnek gondolom, hogy mindeközéig Magyarországon nem történt ilyen átfogó jellegű vizsgálat a kisebbségi csoporthoz tartozó orvosok és orvostanhallgatók egészségével, tapasztalatainak megismerésével összefüggésben. A nemzetközi szakirodalom az interkulturális orvoslás és a multikulturalitás szempontjából sokszor hangsúlyozzák, hogy a diverzitás megjelenése az ellátók körében pozitív hatást gyakorol a kisebbségek ellátására. A kutatás erőssége továbbá, hogy kvantitatív és kvalitatív módszereket ötvözve széleskörűen járja körbe a kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók tapasztalatait, testi-lelki egészség jellemzőit. Mind a kvalitatív, mind pedig a kvantitatív vizsgálati részek fontos limitációja az alacsony mintaelemszám. A vizsgálat

limitációjának tekintem deskriptív, keresztmetszeti jellegét. Fontos lenne utánkövetéses, hosszmetzeti vizsgálatok elvégzése, lehetőség szerint nagyobb elemszámú orvos és orvostanhallgató populáción.

## **Rövidítések jegyzéke**

ATLG-R3 – Attitude toward lesbian and gay (Leszbikus és meleg személyekkel kapcsolatos attitűd kérdőív - 3 kérdéses rövidített verzió)

CIC – “categorization – identification – comparison”

DE – Debreceni Egyetem

ESKA – Egészségügyiek Szexuális Kisebbségek iránti Attitűdjei

LMB – leszbikus, meleg, biszexuális

LMBT – leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű

MBI –Maslach Burout Inventory (Maslach Kiegészítő kérdőív)

MHS – Modern Homonegativity Scale (Modern Homonegativitás Skála)

PHQ15 - Patient Health Questionnaire 15 (Szubjektív Testi Tünetek Kérdőív)

PSS – Percieved Stress Scale (Észlelt Stress Skála)

PTE – Pécsi Tudományegyetem

SE – Semmelweis Egyetem

SEKHQ – Sexual Education and Knowledge about Homosexuality Questionnaire (Szexuális

Nevelés és Homoszexualitással Kapcsolatos Tudás)

SIT – Social identity theory (Társas Identitás Elmélet)

SZTE – Szegedi Tudományegyetem

## **Saját publikációk jegyzéke**

### A disszertációhoz kapcsolódó publikációk:

Szél, Zs.; Török, Zs., Györffy, Zs. (2018) Hungarian medical students' attitude toward and knowledge about LGBT individuals. *International Journal of Behavioral Medicine*. 25, S68-S68 [angol nyelvű absztrakt]

Szél, Zs.; Kiss, D.; Török, Zs.; Gyarmathy, V. A. (2019) Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. *Journal of Homosexuality*. pp. 1-18., 18 p. [angol nyelvű tanulmány]

Szél, Zs. (2020) Kisebbségi hallgatók a magyarországi orvosképzésben. *Lege Artis Medicinæ*, vol. 30, no. 06-07, pp. 289–299., <https://doi.org/10.33616/lam.30.025>

### A disszertációtól független közlemények:

Szél Zs., Csekő, Cs., Györffy, Zs. (2016) Láthatóság és életminőség – Nemzetközi szakirodalmi áttekintés az LMBTQ gyógyítók helyzetéről. *Lege Artis Medicinæ*. 26:(1-2) pp. 11-18.

Györffy Zs., Szél Zs., Girasek E. (2016) Nyugdíjas orvosok Magyarországon – országos, reprezentatív felmérés eredményei alapján. *Orvosi Hetilap* 157:(43) pp. 1729-1736.

Györffy Zs., Szél Zs. (2018) Magyarországi orvostanhallgatók külföldi munkavállalási szándékai. *Orvosi Hetilap* 159:(1) pp. 31-37.

Bona E., Szel Zs., Kiss D., Gyarmathy V.A. (2019) An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and obesity*. 24:(1) pp. 13-20., 8 p. doi: 10.1007/s40519-018-0592-0.

Kiss D., Szél Zs., Gyarmathy V.A., Rácz, J. (2020) Associations of time perspectives and attitudes towards seeking professional psychological help. *Original Papers Polish Psychological Bulletin* 51:(1), pp. 62-70 DOI: 10.24425/ppb.2020.132652

Gubán Zs., Csekő Cs., Szél Zs. Testi-lelki egészség és egészségmagatartás a szexuális és nemi kisebbségek körében - Szakirodalmi összefoglaló tanulmány. *Lege Artis Medicinæ*. [in press]

Szél Zs. Embodiment a gender studies-ban – Hogyan jelenik meg az embodiment paradigma a gender-rel kapcsolatosan a nemi szerepek megélésével összefüggésben. *Replika*. [in press]

Szél Zs. Testet öltött kultúra – orvostudomány és embodiment. *Replika*. [in press]