

Győrffy Zsuzsa–Ádám Szilvia

Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet
H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.; e-mail: gyorzs@net.sote.hu

Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet
H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.; e-mail: adaszil@net.sote.hu

Bevezetés

Az orvosok megbetegedési és halálozási mutatóinak sajátos alakulása századunk második felétől világszerte felkeltette az egészségpszichológiai kutatásokat végzők figyelmét. Teljes orvostársadalomra vonatkozó vizsgálatok nem készültek, de a részeredmények igen figyelemfelkeltőek. A vizsgálatok ugyanis szinte minden országban azonos eredményt mutattak: a negyven év alatti orvosok halandósága alacsonyabb a lakosságénál, negyven év felett azonban felülmúlja a lakosság halálozási mutatóit (Molnár–Mezey 1991). A mortalitási mutatók között is kiugróan magas értékeket mutatnak a szív- és érrendszeri megbetegedések, valamint az öngyilkosság. Az orvosnők mortalitása ugyanakkor valamivel még a férfi átlagot is meghaladja, s ezt a helyzetet feltehetően a hivatás és a családi szerep összeegyeztethetőségének élesebb konfliktushelyzete hívja elő. Az orvosok egészségi állapotára vonatkozó legutolsó magyarországi adatgyűjtés Dr. Molnár László professzor vezetésével történt. Ekkor 204 orvossal készült interjú, rétegzett véletlen módszerrel kiválasztott mintán. Másfél évtizeddel ezelőtt, 1988-ban a kutatók az orvosok munkaterheltségét, egészségmagatartását és megbetegedéseit helyezték a vizsgálat fókuszába. A felmérés kiugróan magasnak találta a krónikus betegségek arányát, valamint riasztó jelként dokumentálta azt, hogy a 39 év alatti orvosok közel 20%-ának volt krónikus jellegű megbetegedése. Az átlaglakossággal és az egyéb értelmiségi foglalkozásokkal összehasonlítva a középkorú orvosok esetében kiemelkedően nagy számot mutatott az infarktus-halálozás is. A kutatás másik megdöbbentő eredményeként könyvelhetjük el, hogy az elhunyt orvosnők 37,7 százaléka még nyugdíjas kora előtt halálozott el, illetve, hogy az orvosnők születéskor várható élettartama mindösszesen 68 év volt – csaknem hat évvel elmaradva a női átlagéletről (Molnár–Mezey 1991).

Nagyszámú nemzetközi vizsgálat alapján úgy tűnik, hogy az orvosok között jelentős arányban fordulnak elő pszichés zavarok, alkohol- és drogfüggőség, öngyilkosság (Tyssen 2001b). A magyarországi helyzettel szemben – ahol egészségmutatóik még a kimagaslóan rossz összlakossági arányoknál is kedvezőtlenebb képet mutatnak – Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban az orvosok szomatikusan egészségesebbek, mentálisan azonban betegebbek az átlagpopulációnál. A nemzetközi szakirodalom egyöntetűen felhívja a figyelmet az orvosok magas öngyilkossági veszélyeztetettségére (Arnetz et al. 1987; Boxer et al. 1995). Az öngyilkosság orvostanhall-

gatók között is gyakori, és az irodalmi adatok megegyeznek abban, hogy az orvosok között a pszichiáterek öngyilkossága egyike a legmagasabbaknak (Fekete 1991). Ezzel a témával foglalkozó munkák nagy része olyan öngyilkossági rátákat ad meg az orvosokkal kapcsolatban, amelyek a teljes népességét két-háromszor meghaladják. Egy, az 1980-as évek közepén az Egyesült Államokban született tanulmány szerint „ az Egyesült Államokban évente annyi orvos dobja el magától az életet, amennyi megfelel egy orvosi egyetem teljes végzős évfolyamlétszámának.” (Simon 1986) Mint ismeretes, az öngyilkossági gondolatok talán a legerősebb előrejelzői a befejezett öngyilkosságoknak és az öngyilkossági kísérleteknek. Az orvosok körében az öngyilkossági gondolatok előfordulási aránya is magasabb prevalenciát mutat, mint az átlagpopuláció értékei (Tyssen et al. 2001b). Figyelemre méltó továbbá az is, hogy az orvosi hivatás esetében egy olyan foglalkozásról van szó, amelynek célja az élet megőrzése, képviselői mégis arányukat meghaladó mértékben veszik ki részüket az öngyilkossággal összefüggő problémákból. Drámai adat, hogy az Amerikai Egyesült Államokban a női demográfiai csoportok közül az orvosnők halnak meg leggyakrabban öngyilkosság következtében (Sonneck 1982). További vizsgálatokat igényel ugyanakkor annak a feltárása is, hogy milyen speciális stresszterhelések okozzák a magas öngyilkossági mutatók alakulását, illetve, hogy ezek milyen hatással vannak a betegek kezelésére.

Különböző elméletek magyarázzák az orvosok nagyfokú szuicidum-veszélyeztetettségét (Olkinuora et al. 1990; Fekete 1991, Tyssen et al. 2001b). Felvetődik ebben a körben többek között az orvosok mindennapi találkozása a betegségekkel és a halállal, a túlterheltség és a gyógyszerek halálos adagjának ismerete, valamint a könnyű hozzáférhetőség. Fontos tényezőnek tűnik továbbá az is, hogy az orvosok későn kerülnek pszichiátriai kezelés alá, illetve az, hogy kooperációjuk sem megfelelő a kezeléseik időtartama alatt. Az orvosok nehezen tudják elfogadni a betegszerepet, s ez a lelki betegségekre talán még inkább vonatkozik, mint a testiekre. A kezelést általában hosszú, sikertelen öngyógyítási periódus előzi meg. A hospitalizáció ugyanakkor hirtelen és radikális szerepváltozást jelent, ami nagyon komolyan aláássa a személyes és szakmai identitást.

Az orvosok testi-lelki morbiditásáról nehéz megbízható információkhoz jutni. A leggyakoribb diagnózisoknak az alkoholizmus (Brooke et al. 1991; Flaherty–Richman 2003) a gyógyszerfüggőség és a depressziós zavarok látszanak. Gyakori, hogy a beteg orvosok saját magukat kezelik, vagy csupán informális segítséget kérnek kollégáiktól, esetleg semmilyen kezelést nem hajlandóak vállalni egészen addig, amíg panaszaik el nem érnek egy bizonyos előrehaladott stádiumot – akkor keresik fel a problémájukra specializálódott szakembert. Közismert tény, hogy az egészségügyben dolgozók – különösen az orvosok – a „legrosszabb betegekhez” tartoznak. Ismert az is, hogy az orvosok csak akkor hajlandóak segítséget kérni, amikor már nagyon súlyos állapotban vannak. Ezekre a problémákra válaszul 1986-tól Nagy-Britanniában országos, telefonos lelki tanácsadó szolgálatot vezettek be speciálisan orvosok számára. A problémákkal küzdő orvosok anonim módon kérhet tanácsot, illetve, ha hosszabb kezelésre van szüksége, munkahelyétől távol dolgozó szakembert javasolnak számára (Firth-Cozens 2003). Sok tanulmány bizonyította a gyógyszerfüggőség magas előfordulási arányát az orvosok között. A gyógyszerfüggő orvosok gyakran testi betegséggel, munkastresszel, túlmunkával vagy családi problémákkal indokolják függőségük kialakulását. Kézenfekvőnek tűnik a könnyű hozzáféréssel magyarázni a visszaélést, de a

fogorvosok és a gyógyszerészek körében végzett vizsgálatok ezt megcáfolni látszanak (Rucinski-Cybulska 1993).

Közismert, hogy „az emberekkel foglalkozó szakmák” magukban hordozzák a kiégési szindróma veszélyét, azt az állapotot, amikor az egyébként motivált, érzelmgazdag személyiség telítődik azokkal a problémákkal, amelyekkel naponta találkozik. A kimerülés jelentkezhet testi, szellemi és érzelmi területen, megnyilvánulhat szomatikus, magatartási, érzelmi és mentális tünetekben. A lelki-fizikai megterhelések, és a velük való megküzdés hiánya vezethet a pszichoszomatikus tünetek megjelenéséhez, alvászavarokhoz, krónikus fáradtságérzéshez, kóros mértékű koffein-, nikotin-, alkohol- és gyógyszerfüggőséghez, szorongáshoz, depresszióhoz, teljesítmény-csökkenéshez, valamint szakmai és önértékelési problémákhoz (Fekete 1991).

A kiégés-szindróma (burn-out) az 1970-es években került be az egészségpszichológiai, pszichológiai és orvosi szakirodalomba, mint a „krónikus emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő emocionális és mentális kimerülés” állapota (Fekete 1991; Gundersen 2001). Központi motívuma a negatív beállítódás – önmagunkkal, a munkával, az élettel szemben –, valamint az idealizmus, az energia és a céltudatosság elvesztése. Az emberi problémákkal való foglalkozás ára sok esetben a segítők saját pszichikai egyensúlyának felborulása. A tapasztalatok szerint azok az emberek tartoznak a veszélyeztetett csoportba, akik viszonylag hosszú időn át emberekre irányuló, állandó koncentrációt és érzelmi igénybevételt követelő munkát végeznek, és munkájuk során nem túl gyakran számíthatnak egyértelmű, gyors, látványos eredményekre.

A burn-out tünet-együttes kialakulásában nagy jelentőségűnek tűnik a mintegy előfeltételként jelenlevő depresszív személyiségstruktúra, amely az emocionális túlterheltséggel, a visszacsatolás hiányával, a kollegiális kapcsolatok lazulásával együtt vezet a kiégéshez. *Hangsúlyozandó ugyanakkor az is, hogy a kiégés, mint a foglalkozási stressz egyik lehetséges következménye, jelentősen különbözik a klinikai értelemben vett depressziótól.* A kiégettség olyan állandó kimerültség, amelyet az érintettek már nem tudnak a szokásos módon megszüntetni. A kimerültség okai pedig legtöbb esetben a külső munkakörnyezetben keresendők. Magyarországon még nem készült – az orvosokat célzó – átfogó, a kiégés jelenségére összpontosító vizsgálat. A nemzetközi kutatások azonban a burn-out vizsgálatában figyelemre méltó eredményeket hoztak:

- Az Egyesült Államokban, 2001-ben 5.700 orvost vizsgáltak a kutatók, a kiégés előfordulási gyakorisága 22 százalékos volt (Linzer et al. 2001).
- Ugyancsak az Egyesült Államokban vizsgálták az onkológus szakorvosok kiégését. Az eredmények megdöbbentőek: a vizsgált szakemberek több mint felénél (56%) a kiégés kimutatható volt (Whippen–Canellos 1991).
- 2.400 holland orvost vizsgálva a kiégettség 11% körül alakult. (Linzer et al. 2001).

Az egészségügyi intézmények a munkahelyi stresszterheltség szempontjából mindig különösen veszélyeztetettnek számítottak. Az egészségügyben dolgozók munkaköre azért is sajátos, mert a stressz hatása nem nyilvánulhat meg a munkateljesítmény romlásában, ezért inkább a hiányzások magas száma, a fluktuáció és a pályaelhagyás jelzik a probléma jelenlétét (Pikó 2002). Emellett a feszültség számos pszichikai zavart okoz, amely legnyilvánvalóbb módon a kiégés jelenségében nyilvánul meg. A túl-munka okai természetesen számos más tényezőben is keresendők. Plusz terhet ró az

egészségügyre a szociális problémák megjelenése és kezelésének felvállalása (például a munkanélküliség vagy a „betegségbe menekülés”). A betegforgalom emelkedésével párhuzamosan az egészségügyben dolgozók – elsősorban az ápolónők – száma is egyre csökken.

A szakirodalom adatai szerint a speciális stressz (Sonneck 1982) összetevői több elemből adódnak össze. Három dimenzió együttes jelenléte meghatározó jelentőségű: az orvosi hivatás jellegéből adódó fizikai és emocionális stressz, a munkaszervezet hatása, valamint a munkavégzés feletti kontroll.

Az orvosi hivatásból fakadó stressz összetevői a következők: hosszú munkaidő, fizikai és pszichikai nyomás – amely már az orvosi tanulmányok folytatása során megkezdődik, és a szakképzésben hozzáadódó nagy felelősséggel súlyosbodik –, gyakori krízis-helyzetek, alacsony jövedelem, adminisztratív terhek, gyógyszerekhez való könnyű hozzájutás, az önértékelés csökkenése. Talán a legnagyobb stresszt a sikertelen kezelés, a diagnosztikai nehézségek, a betegek elvesztése, valamint az orvosi munkának a magánéletre gyakorolt hatása jelenti.

A munkastressz összetevői a munkaszervezeten belül a következők:

- Egyidejű munkavégzés több munkacsoportban
- Rossz kommunikáció a teamen belül
- Túl sok változás rövid időn belül
- Megoldhatatlannak tűnő feladatok
- Pontosan körül nem határolt munkafeladatok
- Konfliktus a team többi tagjával
- Konfliktus az egészségügyi szakszemélyzet többi tagjával
- Munkaerőhiányból fakadó túlterheltség
- Az idősebb kollégák támogatásának hiánya
- Túl sok adminisztráció

Számos tanulmány emeli ki, hogy a munkavégzés feletti alacsony kontroll fontos faktor a kiégés kialakulásában és fennmaradásában (Ramirez et al. 1996; Agius et al. 1996; Cooper 1989). A munkavégzés feletti kontroll, illetve a munkahelyi kontroll tényezői az alábbiak: a munkabeosztás feletti kontroll, munkaszünetek, munkórak száma, ellátandó betegek száma, munkahelyi infrastruktúra milyensége, az adminisztratív feladatok mennyisége és a team-munka jellege.

A fentiekben megemlített tényezőkön túl a munkastressz gazdasági hatása is jelentős. Nagy-Britanniában negyvenmillió munkanap-veszteség származik a munkastressz okozta tényezőkből. Ausztráliában évente harmincmillió dollárt tesz ki a munkastressz okozta problémák kezelése. Az Egyesült Államokban 550 millió munkanap veszik el évente a stressz okán (Hoel et al. 2001). Összességében ez azt jelenti, hogy a gazdasági veszteségek – a megbetegedésekből, balesetektől, hiányzásokból származóan – évi 150 millió dollár körül mozognak. Másként fogalmazva: ha egy dollárt költenek stressz-prevencióra, az 5 dollár megtakarítást jelent (McCain–Smith 1994).

A speciális stresszterhelés minden bizonnyal jelentős tényező az orvostársadalom egészségi- és pszichés mutatóinak alakulásában. Jelen tanulmányunk középpontjában annak vizsgálata áll, hogy milyen jellegű az egészségi- és pszichés mutatók, valamint a munkastressz és az ezzel összefüggő kiégés (burn-out) kapcsolata.

Minta és módszerek

A kiégés hosszú évek alatt alakul ki, kezdetben korai pszichés tünetekkel, majd a későbbiekben már a testi zavarok hívják fel a figyelmet a problémára. Jelen tanulmányunkban 57 orvossal végzett mélyinterjúkon alapuló kutatás eredményeit ismertetjük. A kvalitatív vizsgálat lehetőséget adott arra, hogy árnyalt és mélyreható képet kapjunk a problémával kapcsolatban. A kvalitatív vizsgálat során *a kiégés mérésére szolgáló legelterjedtebb nemzetközi mérőeszköz dimenzióinak segítségével mértük fel* a mintába került orvosok és orvosnők személyes megterheltségét (Maslach–Jackson 1981).

A kiégés kutatásában a máig legjelentősebb módszer leírása Christina Maslach nevéhez fűződik (Maslach–Jackson 1981). Maslach a kiégést többdimenziós jelenségként írta le: olyan tünet-együttesként, amelyben az emocionális kimerültség, a deperszonalizáció és a teljesítménycsökkenés egyszerre van jelen. Az emocionális kimerültség itt a fáradtságot, krónikus kimerültséget, álmatlanságot, megbetegedési hajlamot és az egyéb pszichoszomatikus panaszokat jelenti. A deperszonalizáció negatív, cinikus beállítottságot jelent mind a betegekkel (ügyfelekkel, kliensekkel, tanítványokkal, diákokkal), mind pedig a kollégákkal szemben, valamint a társadalmi kapcsolatok beszűkülését, a visszahúzódást is magában foglalja. A harmadik fontos faktor a teljesítmény csökkenése, a sikertelenség és a tehetetlenség megélése, az elismerések hiánya és a munkával való általános elégedetlenség. Munkánk előtanulmányul szolgál a magyar orvostársadalom kiégéssel kapcsolatos országos, reprezentatív vizsgálatához. A munkastressz tüneteit és a kiégés faktorait – a mélyinterjúk alapján kirajzolódó – következő csomópontok mentén vizsgáltuk:

- Teljesítményvesztés (munkával való általános elégedetlenség és okai)
- Szerepkonfliktus, mint rizikófaktor
- Időhiányból fakadó problémák (a feladatok ellátásának hiányosságai, fáradtság, alváshiány, a magánélet háttérbe szorulása)
- Financális tényezők hatása (pluszmunkák vállalása, háztartási, gyereknevelési segítség hiánya, gyakori ügyeletek)
- A munkahely, mint stresszkeltő tényező (rutinfeladatok, autonómia hiánya, vezetési stílus)
- Kollegialitás hiánya
- Cinizmus, a betegek tárgyként, munkadarabként való kezelése
- Megküzdés a kiégéssel

A minta leírása

A vizsgált mintába 57 fő került: 27 orvos és 30 orvosnő. Életkorukat tekintve 26 és 67 év közöttiek. (Átlag 47,86 év; szórás 9,13.)

1. táblázat**A minta életkori megoszlása**

Korcsoport	Férfi	Nő
26–35 év	3	2
36–45 év	6	9
46–55 év	9	15
56–67 év	9	4

A férfiak közül 11 fő a fővárosban dolgozik, 6 fő megyeszékhelyen, 6 fő városban és 5 fő községben. A nők esetében 19 fő dolgozik a fővárosban, 4 megyeszékhelyen, 4 fő városban és 3 fő községben. Hiányzik 1 fő Családi állapotot tekintve a mintába döntő arányban házasok (házastársukkal együtt élők!) kerültek: a férfiak közül 22 házas, míg a nők esetében 23. Az elváltak – 4 fő – és az özvegyek – 3 fő – között csak orvosnőket találunk. Az egyedülállók aránya viszont a férfiak között magasabb: 4 fő, míg a nők esetében 1 fő. Hiányzik 3 fő.

Gyerekszám tekintetében a következőképpen alakul a kép:

2. táblázat**A gyermekszám alakulása**

Gyermekek száma	Férfi	Nő
Nincsen gyermeke	6	3
1 gyermek	4	4
2 gyermek	8	13
3 vagy több gyermek	9	10

A vizsgált mintában – mind a férfiak, mind pedig a nők esetében – fele-fele arányban találunk alkalmazottakat és vállalkozókat. A férfiak közül 12 fő és a nők közül 11 közalkalmazottként dolgozik. Alkalmazott a férfiak közül 4 fő, a nők közül 2. Vállalkozóként dolgozik a férfiak esetében 10 fő, míg a nők esetében 15 fő. Hiányoznak emberek A férfiak közül klinikán dolgozik 3 fő, kórházban 11 fő, háziorvosként 11 fő és szakrendelőben 2 fő. A nők esetében klinikán 1 fő, kórházi munkahelyen 11 fő, háziorvosként 17 fő és szakrendelőben 4 fő dolgozik. 4 férfi és 1 nő hiányzik. A vizsgált minta szakági megoszlása a következő: felnőtt háziorvos 17, gyermek-háziorvos 10, belgyógyász 4, szemész 3, üzemorvos 3, pszichiáter 3, fül-, orr-, gégeész 4, bőrgyógyász 3, reumatológus 2, radiológus 3, aneszteziológus 2, szülész-nőgyógyász 1, fogorvos 1, traumatológus 1, tisztiorvos 1. Összesen 64 fő.

Eredmények

A kiégés a mélyinterjú kutatás esetelemzése alapján

Elsőként három mélyinterjú bemutatásával kívánjuk érzékeltetni, hogyan is jellemezhető a kiégés-szindróma az egészségügyi szakmákban. Az interjúkban kirajzolódó képek mintegy „iskolapéldái” a kiégés összetett tényezőinek. A munkahelyi légkör, a feladatok egyhangúsága, a betegekkel kapcsolatos ellenérzések, a pénzügyi- és időhiányból fakadó magánéleti problémák, valamint a testi tünetek markáns faktorokként jelentkeznek. A Maslach Burnout Inventory három csomópontja mentén rajzolódnak ki a tünetek: az emocionális kimerülés, a deperszonalizáció és a teljesítményvesztés kategóriáiban.

„A cél elérése, a cél elérésének képessége csupán bennünk van, de természetesen ezt a külső körülmények jelentősen hátráltathatják. A jelenlegi munkámat nagymértékben gátolják kollégáim ellenségeskedései. Nem túl jó a kapcsolatom velük, nem beszéljük meg a problémákat. Érdekes ugyanakkor, hogy a betegek problémái viszont fárasztanak. Szinte már nem is tudok rájuk hangolódni. Rám telepednek sokszor a személyes gondjaik. Foglalkoztat a pálya elhagyásának gondolata. Főként a magasabb jövedelem reményében, másrészt a kórház bizonytalan sorsa és az elbocsátások miatt. Gyógyszerügyi ügynöki állásban gondolkodom. Sok évfolyamtársam hagyta el a pályát. Szinte mindig az anyagiak adták meg a döntéshez a fő lökést. Sokan azonban nem bírják az iramot, a túlterhelést, esetleg megromlott az egészségi állapotuk.

Számomra stresszkeltő a betegek türelmetlensége, illetve sok esetben a rosszsindulata. A munkatársak áskálódásáról nem is beszélve. Nagyon sokszor vagyok ingerlékeny és fáradt. Kevés időm marad a pihenésre. Nehéz előteremteni az ehhez szükséges anyagiakat. Ez csak plusz munkával lehetséges. Ha újra kezdeném, valószínűleg nem az orvosi pályát választanám.” (46 éves reumatológusnő)

„Amikor életemben a pályaválasztásra került a sor, két pálya jött számításba. Rajztanárom a Képzőművészeti Egyetemet javasolta számomra, ebben a szüleim nem támogattak. Így maradt a másik lehetőség, az orvosi pálya. Ez azért volt teljesen egyértelmű, mert apám is orvos volt. Tehát így meglehetősen nagy hatással volt rám. Nem mondható, hogy túl nagy lett volna a fantáziám.

1977 nyarán született meg első gyermekem, nem volt lehetőségem arra, hogy nyáron fejezzem be az egyetemet, ezért decemberben államvizsgáztam. 1978 januárjában kerültem első munkahelyemre. Ebben az időben az volt a szokás, hogy kijelölték, ki mit csinálhat. A budapestieket vidékre, a vidékieket Pestre küldték. Nehogy valaki oda kerüljön, ahová szeretett volna. Ekkor egy ismerősöm révén röntgen osztályra kerültem, majd pár hét múlva átküldtek a belgyógyászatra, mondván, erre úgyis nagy szükségem lesz. Ez volt az, amit a legkevésbé sem akartam. 4-5 hónap után a neurológiára kerültem, majd áthelyeztek egy másik belgyógyászati osztályra. Ez fordulópont

az életemben, ugyanis itt dicsérték meg először. Kezdték megszeretni az egészet, ekkor – munkám során először – éreztem biztatást, támogatást. Már-már otthon éreztem magam, amikor újra visszahelyeztek a röntgenre. Ezt nem bírtam sokáig, így amikor Veszprémben egy szemészeti állás megüresedett, rögtön odaköltöztünk. Ekkor még nem tudtam, hogy második gyermekemet várom. Elcseréltük a budapesti lakásunkat egy huszonöt négyzetméteres szolgálati lakásra.

Majd megint visszaraktak Budapestre az I. számú szemészeti klinikára, amiről borzalmas emlékeim vannak. Borzasztó ellenséges légkörbe kerültem, igazságtalan főnök mellé. A betegekkel nem tudtunk érdemben foglalkozni, szemet hordozó állványnak tekintettük az embereket. Az egyetem alatt nem készítettek fel arra, hogy hogyan kell bánni a haldoklókkal. Ez számomra rendkívül sok problémát okozott. Egyre több minden zavart: ha éjszakai ügyeletben felébresztettek, a nagy távolság a munkahelyem és a lakásom között, valamint az állandó pénztelenség. Amikor még dolgoztam, már akkor is a férjem keresetéből éltünk, mivel például egy órai éjszakai ügyelet által keresett pénz nem fedezte egy guriga wc-papír árát.

Azt hiszem, ekkor döntött el, hogy befejezem az orvosi pályát. 1989-ben fizetés nélküli szabadságra mentem. Ettől kezdve a gyermekeimet neveltem. A gyerekekkel szemben mindig restanciám volt: munka alatt állandó lelkiismeretfurdalást éreztem, amiért nem vagyok velük, otthon pedig amiatt, hogy a kórházban kellett volna a teendőimet még precízebben, pontosabban végrehajtanom. Végül is azzal, hogy főállású anya lettem, sok minden megoldódott.” (51 éves szemorvosnő)

„65 éves vagyok, és tisztiorvosként dolgozom, munkaköröm a munkaegészségügy területén van. Munkámban nem sok jó található, amiért dolgozom, az a jövedelem és a magány elkerülése. Tönkretett az elviselhetetlen bürokrácia, ami 1990 óta tendenciózusan nő. Egyre kevesebb türelmem van a papírmunkához és az üresjáratokhoz. Szakmai perspektívát ebben a munkakörben nemigen látok, pedig amikor idekerültem, még fiatal voltam. Eddigi életemmel úgy vagyok elégedett, mint az ember a fizetésével. Lehet sok, lehet kevés, de elég soha. Voltak szép pillanatok, de azt hiszem túl sok idő ment el a nyüglődésekkel. Az a kérdés, hogy melyikre emlékszünk többet...” (65 éves tisztiorvos)

„Kemény volt a múlt hét. Az egyik kedves betegem, Barbara – mellrákos, 41 éves –, akit minden tekintetben gyógyultnak tekintettem, felhívott, és nehéz légzésre panaszkodott. Két órával később tüdőembóliában meghalt. Két nappal később, Brian (Non-Hodgin lymphoma, 21 éves), a két éve teljesen panaszmentes betegem visszaesett. Ugyanazon a délutánon az egyik kollégám elmesélte, hogy fél évre szabadságra megy, mert szörnyen érzi magát a bőrében, mindenhez van kedve, csak a gyógyításhoz nem. (Hát mit mondjak, én sem érzem magam erőm teljében...) Másnap másfél órát töltöttem azzal, hogy egy betegemnek és a hozzátartozóinak elmagyarázzak mindent a tüdőrákkal és gyógyításával kapcsolatban. A beszélgetés végén a páciens elnézést kért, és azt mondta, hogy mégis inkább a Klinikát választja. Közben a

folyosón várakozók ingerültté és idegessé váltak, sokan el is mentek, nem bírták a hosszú várakozást.

Hála Istennek a következő reggelen kicsit később kellett bemennem, így volt időm elintézni a papírmunkát és az esedékes telefonjaimat. Aznap egy új beteget néztem meg, akinek az előző mammográfiája még tökéletes volt, de most 3 cm-es daganatot találtam. A radiológus kolléga történetesen az egyik legjobb barátom...

Ismerős mindez? Egy kis ízelítő magam és kollégáim mindennapjaiból. Kemény hét volt a múlt heti, de nem kirívó. A gyakorló onkológusnak ilyen minden hete. Persze nem mondhatom, hogy nincsenek örömteli pillanatok. Itt van Harry, aki nyugdíjas éveire az ország másik végébe költözött, a minap hívott fel, elűjságolta, hogy új onkológust talált, és változatlanul jók a leletei. Christy, aki kis híján belehalt a leukémiába, képet küldött nekem örökbe fogadott kisfiáról. Számos tanítványom fordul hozzám tanácsért, és sok szeretetet kapok gyógyult betegeimtől és családjuktól. És végül tegnap az egyik betegem utolsó óráján mellette voltam....." (Whippen et al. 1991)

A szerepkonfliktus, mint rizikófaktor

Az orvosi hivatás általánosságban a hosszú munkaidővel, az állandó készenléttel és az élet személyes területeinek háttérbe szorításával jellemezhető. A múltban a legtöbb orvosnőnek választania kellett, hogy a családi életet vagy az orvosi hivatást választja-e (Gjerberg 2003). Ma Magyarországon – a világ többi országához hasonlóan – az orvostársadalom átalakulóban van. Hazánkban az orvosi hivatást gyakorlók fele nő, és az orvostanhallgatók 53 százaléka úgyszintén (*Nők és férfiak...* 2002). Nagy kihívást jelent tehát az, hogy hogyan lehet a családi életet és a hivatást sikeresen összeegyeztetni. Világszerte jellemző ugyanakkor, hogy bár egyre növekvő számban vannak jelen a nők az orvosi pályán, számuk meglehetősen alulreprezentált mind az egészségügyi hierarchia magas presztízsű pozícióiban, mind pedig a magas presztízsű szakmáiban (Gjerberg 2002; Kvaerner et al. 1999).

Az orvostársadalom több mint felét tehát nők adják. Mint minden szakma esetében, a női munkavállalás térhódítása megmutatta, hogy a női szerepek jelentősen kibővültek, ugyanakkor a férfiak szerepvállalása a háztartási teendők és a gyereknevelés terén kevésbé változtak (Tóth 1995).

Mivel a szerepek egyidejű ellátása megnövekedett terheket jelent, gyakran felmerülő kérdés a szerepkonfliktus problémája. Ezen elméleti megközelítés szerint a különböző szerepek (feleség, anya, orvos) az életút bizonyos szakaszaiban állandó ütközésbe kerülnek, jelentős feszültséget és túlterheltséget keltve. Nem hagyható figyelmen kívül, hogy az egészségi állapot alakulásának kérdésében az orvosnők talán még a férfi orvosokhoz képest is veszélyeztetettebb helyzetben vannak. Az okok feltehetően a szerepkonfliktus problémájára vezethetők vissza (Györffy–Ádám 2003).

A nemzetközi szakirodalom egyöntetű álláspontja szerint a munkával kapcsolatos stresszorok és az egészségi állapot között szoros összefüggés figyelhető meg. Kimutatható ugyanis, hogy a hosszú munkaidő és a nagyfokú érzelmi és fizikai megterhelés

a nők esetében gyakrabban vezet coronária-megbetegedésekhez valamint myocardialis infarktushoz (Haynes-Feinleib 1980; Haynes et al. 1984; Theorell 1991).

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

Mint a fentiekben láthattuk, az egészségügyben dolgozók fizikai és emocionális megterhelése óriási. A munkastressz mértéke szignifikáns többletet mutat a többi ágazatban dolgozókéhoz viszonyítva (Wall et al. 1997). A fizikai és pszichikai megterhelés, a hivatás és a családi szerepek összeegyeztethetősége, továbbá a pénzügyi nehézségek egymást erősítő faktorokként hatnak. A szerepkonfliktus, a szerepfeszültség és a „szereptúlterheltség” egyaránt indikátorai lehetnek a pszichés és szomatikus problémáknak.

A gyermekes orvosnőknek hatalmas terhet jelent családi és foglalkozási szerepeik szimultán ellátása, és ez a feszültség gyakran vezet frusztrációhoz és kimerültséghez. Az orvosi hivatás gyakorlása meglehetősen nehéz feladat elé állítja a nőket, több alkalommal is választani kénytelenek, hogy szakmai pályafutásukat vagy családjukat helyezték előtérbe.

Más szakmáktól eltérő terhet ró az orvosokra az ügyelet. Az ügyelet vállalása sok esetben összefüggésben van a mindennapos pénzügyi problémákkal is (Molnár-Feith 2000). Az egészségügyben dolgozók stresszterhelésének vizsgálatakor kiemelt szerepet kap a többműszakos (sok esetben 24 órás igénybevétellel járó), illetve a több színterű munkavállalás. Ez a fajta megterhelés különböző fizikai és pszichikai problémák indikátorává válhat, amellet, hogy a többműszakos munkavégzés a társas kapcsolatok és a családi élet szervezését is megnehezíti (Pikó-Piczil 2000). Mindezek a faktorok fokozottan sújtják a nőket, hiszen a munka és a családi szerepek összeegyeztetésének terhével együtt élettanilag is nehezebben tolerálják a biológiai ritmus átrendeződését (Escriba-Agüir et al. 1993).

A munka és a családi élet alakulásának, a szerepkonfliktus lehetséges feloldásának mintegy közös fordulópontja a munkahelyváltás. Ez a munkahelyváltás sok esetben jelent szakváltást és „munkahely-típus” váltást is (kórház, rendelőintézet, háziorvosi praxis). Mintánkról határozottan állítható, hogy a családi életben bekövetkezett változások (gyerekszülés, kisgyerekek gondozása, gyereknevelés) szoros korrelációt mutatnak a fent említett fordulópont bekövetkeztével. Interjúalanyaink megemlítik, hogy gyerekeik születése után nem kívántak teljes munkaidőben dolgozni, nem akartak éjszakai ügyeleket vállalni. Ugyanakkor a munkahelyváltást szakmailag sokan negatívan élték meg. A kompromisszum tehát nem jelent feltétlenül elégedettséget a munkával. Állításunkat alátámasztják egyéb nemzetközi vizsgálatok is, amelyek úgy találták, hogy a családost, gyermekes orvosnők munkájukkal kevésbé elégedettek, mint az egyedülállók, a gyermektelen párokban élők, és mint a férfi orvosok (Cujec B et al. 2000).

Vizsgálatunk eredményei egybevágóak a szakirodalom azon feltevésével, hogy az átlag feletti elkötelezettséget és felkészültséget kívánó foglalkozásokban dolgozó nők gyakrabban elváltak, özvegyek vagy különélők. Ugyancsak igaz, hogy a legtöbb esetben gyermektelenek. (Nagy 2001)

„Vidéki nagyvárosba költöztünk, ahol a nagymama élt. Állást kaptam a belgyógyászatban. Itt osztályos orvosként dolgoztam, hat ügyelettel. Ez maximumisan lestrapált, a családom számára használhatatlanná váltam. Ekkor már felmerült bennem, hogy az anyai és a családi teendőket háttérbe szorítva érdemes-e csak a munkámra koncentrálni. Ekkor harmadszorra is terhes lettem, de a szakvizsgával kapcsolatos feladatok megghiúsították a gyermek vállalását. Ebben a szakmában nem vállalható ugyanis, hogy ismét évekig tartó GYES-re menjek, ráadásul éppen a szakvizsga előtt.

A belgyógyász szakvizsga utáni időszakra nyilvánvalóvá vált, hogy munkám a család számára nemcsak plusz terheket jelent, de a befektetett energia ellenére anyagi bázist sem biztosít. Férjem volt családuk fenntartója, rá már a „hobbi” miatt nem lehetett további terheket hárítani. Ezért kénytelen voltam váltani, olyan munkát keresni, ahol sokkal kevesebb az ügyelet, bár ezt a debreceni munkahelyemet szerettem. Kénytelen voltam rájönni, hogy akár mennyire érdekel is ez a munka, ezt nem tudom a családdal összeegyeztetni. Így került sor arra, hogy egy – a többi kolléga körében meglehetősen népszerűtlen – belgyógyász konziliáriusi állást pályáztam meg. Én lettem az, aki naponta 4 órában műtétes osztályokra adtam konzíliumokat, a másik négy órában pedig a szakrendelőben dolgoztam. Tehát én voltam az, akit ide-oda lehetett tologatni. Havonta több ügyeletet kellett vállalnom, munkafeltételeim egyáltalán nem voltak egyértelműek.

A belgyógyászatban a légkör is elviselhetetlen volt. A kórház súlyos anyagi gondokkal küszködött, és ez rányomta bélyegét a betegellátásra is. Az osztály vezetői, ahelyett, hogy, a betegellátás biztonsága érdekében is a dolgozók munkafeltételei mellé álltak volna, a vezetés nyomását inkább a beosztottakra hárították. Ez számtalan nyílt és hallgatólagos feszültséget teremtett az osztályon, ami a mindennapi munkára rányomta a bélyegét. A feszültség miatt nem akartam a betegeket hátrányos helyzetbe hozni, csak alkalmazkodtam és alkalmazkodtam, igyekeztem erőmet megfeszítve a munkára koncentrálni. Végül is nem sikerült. Ekkor jelentkezett hipertóniám; vérnyomásom állandóan 170 körül volt. Nem tudtam aludni, akkor sem, amikor lehetett volna. Állandóan idegeskedtem, nemcsak a kórházban, otthon is türelmetlen voltam a gyerekekkel.

Egészségem, munkakedvem és nem utolsósorban a családi béke árán nem akartam maradni. A városban maradtam, háziorként helyezkedtem el. Az, hogy a körülmények stresszeltek, mi sem bizonyítja jobban, hogy egészségügyi problémáim megszűntek.” (38 éves háziorkosnő)

„Mindkét terhességemből való visszatérésem után úgy éreztem, hogy kezdőként kezelnek, amint pedig kérdés volt, szememre vetették, hogy nem vagyok kezdő. Kiestem az előtte megszokott munkaritmusból, nehezen tudtam alkalmazkodni. Amint valamelyik gyerekem beteg lett – ami két kisgyereknél bizony előfordul – megbízhatatlanná váltam úgy az orvosok, mint a nővérek szemében. Ez is közrejátszott abban, hogy úgy döntöttem, üzemorként folytatom tovább a munkámat. Amíg azt csináltam, amit igazán szerettem, addig felőrölte az életemet a harc a kórházban a különböző orvosokkal és

nővérekkel, a harc a családban, hogy ki maradjon otthon, ha betegek a gyerekek. Úgy érzem, a hivatás és a munka ma már újra együtt van, ez a munkám – az üzemorvoslás – is van olyan hasznos, mint az effektív gyógyító tevékenység.” (47 éves üzemorvosnő)

„Az X kórházban 10 évet dolgoztam, körülbelül két év megszakítással. Ez alatt három gyermekem született. Az első gyermekem születése után meghalt, a második rá egy évre született, a harmadikat pedig 15 hónappal később hoztam a világra. A gyerekeket korán bölcsődébe, óvodába járatam, hogy a munkámat el tudjam látni. Mindketten sokat betegeskedtek, különösen a nagyobb, ezért állandóan frusztrált voltam. Ha másra hagytam őket, hogy a munkámból ne hiányozzak, azért, ha velük voltam, hogy beteg gyerekeimet gondozzam, akkor a kollégákkal szemben éreztem lelkiismeretfurdalást, hogy helyettem kell többet ügyelniük, amikor nekik is van családjuk, s amúgy is sokat dolgoznak. Azt hiszem, ekkor kezdődött a magasvérnyomás-betegségem. 10 év után a férjem is megunta, hogy alig vagyok otthon, s azt mondta, válasszak: vagy a kórház vagy a házasságunk. Neki lett elege a mindig fáradt feleségből, a munkája melletti állandó gyereknevelésből. Akkor nehezen, de otthagytam a kórházat, úgy éreztem, igaza van, ez nem élet. Ezután egy évig otthon maradtam, felkészültem az üzemorvosi szakvizsgára, majd levizsgáztam. Egy héten háromszor üzemorvosként dolgoztam egy kiadónál. Ezután megüresedett egy körzeti orvosi állás, így kikerültem körzetbe. Jelenlegi munkámat úgy tudom szervezni, hogy csak 4 napot dolgozom a héten. Péntekre sikerült helyettest találnom, így jut idő a sportra, a továbbképzésekre, az angoltanulásra és a gitározásra...” (52 éves háziorvosnő)

Az alábbi eset példa arra, hogy férfiak körében is előfordulhat szerepkonfliktus.

„Az egyetem hat éve alatt intenzív osztályon dolgoztam ápolóként. Az egyetem elvégzése után belgyógyászatban szerettem volna elhelyezkedni. Időközben azonban nagyon jó barátságba kerültem a kórház akkori igazgatójával, akitől a baleseti sebészet tudományát tanulhattam meg. Nem bántam meg, hogy végül a sebészetet választottam, mert úgy gondoltam, hogy ez a gyógyítás leglátványosabb és egyik leghálásabb formája.

Időközben családot alapítottam, megszülettek a gyermekeim. Ekkor jelentősen megváltozott az életem, lényegesen több időt szerettem volna a családommal tölteni, amit a 24 órás ügyeletek sora és a rengeteg rám váró operáció jelentősen megnehezített. Általában késő este értem haza, és sokszor csak bezuhanam az ágyba, különben nem bírtam volna másnap a tempót. Lassan azt is észre kellettennem, hogy a pótlékokkal együtt is csak 7000 forint körüli fizetésem igen komoly megszorításokra kötelezi a családomat. Rám, mint egyedüli családfenntartóra rendkívül nagy nyomás nehezedett. Lassan azt is beláttam, hogy a szakvizsga letétele után egy-két évvel már nem a kihívásokkal, hanem a darálással kellett szembenéznem. Minden reggel fáradtan, rosszkedvűen mentem dolgozni. A kollegialitás hiánya és az állandó rivalizálás megnehezítette a mindennapjaimat. Egy alkalommal a műtőszoba ablakán kinézve a kórházból távozó feleségemet és kisfiamat lát-

tam, tudtam, meghozták a szokásos csomagomat: 10 dkg. párizsit, 4 zsömlét és egy doboz cigarettát. Szörnyű érzés volt ez a kiszolgáltatott helyzet. Még csak nem is találkozhattam velük. Ekkor döntöttem el, hogy felhagyok a kórházi orvoslással.

Hosszas keresgélés után, találtam egy háziorvosi praxist. Nagyon jó volt, hogy megváltoztak a munkakörülményeim: lett saját, jól felszerelt rendelőm, közvetlenebbé vált a kapcsolatom a betegekkel, és nem utolsósorban egyik napról a másikra négyzseresére nőtt a fizetésem. A legnagyobb boldogságot az jelentette, hogy sokkal több időt tölthettem a családommal és a gyerekneveléssel, ami nagyon sok feszültséget oldott fel bennem.” (52 éves háziorvos)

Időhiány, pénzhiány – mint kulcsfontosságú tényezők

Mint azt az előzőekben kimutattuk, a nagyfokú fizikai megterhelés, illetve a tartós kimerültségi állapotok is hozzájárulnak az orvosok pszichés problémáihoz. A munka és a pihenés arányának szabályozása alól az orvosi szakma általában kivétel (Weinger-Ebden 2002). Az egészségügyi szakmák legtöbbszörében hétfévenként, ünnepek alatt, délután és este egyaránt helyt kell állni. Külön energiát emészt fel a ritmusingadozás is, illetve az, hogy az egészségügy néhány ágazatában (elsősorban a kórházi ügyeleti rendszert tekintve) az orvosok és az ápolónők a törvényben előírtnál jóval többet dolgoznak.

Magyarországon 2001-ben az állampolgári jogok országgyűlési biztosa megállapította: a jogszabályok a kórházi orvosok ügyeleti szolgálata és annak díjazása tekintetében hátrányosak az orvosokra nézve. Súlyos probléma tapasztalható például a háziorvosok ügyeleti szolgáltatásával kapcsolatban: a készenléti és az összevont ügyeleti rendszerben dolgozó háziorvosok túlmunkával töltött ideje olyan magas, ami már komoly egészségügyi kockázatot jelent. A Magyar Orvosi Kamara számításai szerint egyébként egy 30-35 évig dolgozó orvos szolgálati ideje az ügyeletekkel együtt ötven év munkavégzésnek felel meg (HVG 2001).

Az orvosi szakma legtöbb területére jellemző, hogy a napi és a heti munka előzetesen csak részben tervezhető meg. Ez a tényező jelentősen növeli a munkából adódó megterhelést. Sokan lemondanak munkájuk strukturálásáról, aminek következményeként a munkájuk „tervezi meg” mindennapjaikat. A személyes igények háttérbe szorúlnak, növelve az egyénre nehezedő pszichés nyomást, illetve a munkahelyen való „túlzott lelki kifáradás” ellehetetleníti családi, rokoni és baráti kapcsolatokat.

A szakirodalom adatai szerint azok az orvosok különösen veszélyeztetettek, akik fiatalok és tapasztalatlanok, sok éjszakai és hétvégi ügyeletük van, és nagyszámú súlyos állapotú beteggel dolgoznak. Ugyancsak fiatal orvosokat vizsgálva azt találták, hogy a kiégés, a mentális problémák és a depresszió különösen azoknál jelentkezik, akik a legempathikusabb viselkedést tanúsítják betegeikkel szemben (Firth-Cozens 1987). Az orvosok körében megjelenő mentális zavarok megjelenése sok esetben esik egybe a pályakezdés stresszel teli időszakával (Firth-Cozens 1997; Hsu–Marshall 1997). Ugyanakkor a fiatal orvosok veszélyeztetettségét növeli az a tényező, hogy munkahelyi és munkájuk feletti kontrolljuk viszonylag alacsony. Már a korai egészségpszichológiai vizsgálatok kimutatták, hogy szoros kapcsolat fedezhető fel a kardiovaszkuláris

megbetegedések és halálozások, valamint az alacsony munkahelyi kontroll között (Karasek et al. 1981).

Fontos kérdés továbbá az is, hogy a fiatal orvosok különleges veszélyeztetettsége mennyiben tulajdonítható a munka okozta megterhelések következményeinek, és milyen mértékben függvénye az egyéni életeményeknek, a személyiségjegyeknek és a szociális támogatásoknak. Mint azt a nemzetközi vizsgálatok is kimutatták (Tyssen 2001a), a fiatal orvosok körében jelentkező mentális problémák speciális kockázati tényezői a következők: korábbi mentális zavarok, párkapcsolat hiánya, ún. neurózisra hajlamosító személyiségvonások, nagyfokú szubjektív stresszézés az orvoscézés ideje alatt, valamint gyengébb diagnosztikai képességek. A munkastresszel való megküzdésben kulcsszerepű lehet a stressz szubjektív megélése, átélése. Feltételezhető, hogy a pályakezdés nehézségei és sok esetben a családalapítás terhei, valamint a finansziális problémák mintegy egymást erősítő faktorokként hatnak.

„A munkám egyik legstresszkeltőbb tényezője az időhiány. A munkámban állandó szinte az az érzés, hogy nem érek a végére, nem tudok megfelelően teljesíteni. Nem tudok mások és a saját elvárásaimnak megfelelni. Hiszen teendő mindig van, és mindig lehetne jobban, alaposabban csinálni. Mindemellett persze a magánéletre, barátokra, alvásra jutó idő mennyisége is frusztráló. Az alváshiány különösen megnehezíti a mindennapjaimat. Ebben komoly szerepet játszik a havi 4-5 ügyelet. Ez terheli az ügyelet napját és az azt követőt is. Ez pedig, ha jobban utánagondolunk, végül is minden harmadik napot érint egy hónapban.

Úgy gondolom, hogy ahhoz, hogy egy kórházi osztály jól tudjon működni, csapatmunkára van szükség. Hát ez nálunk nem így van. Fiatal orvosként a legtöbb nehézségem a nővérekkel akad. Annak ellenére, hogy elismerem munkájukat, sőt tisztában vagyok azzal, hogy szakmai tapasztalatuk jóval nagyobb, mint az enyém, állandóak a súrlódások. Nagyon feszült a helyzet. Többek között az említett okokból mára elsődleges kérdéssé vált számomra, hogy hogyan tovább. Orvosként, vagy valami egészen másba kellene kezdeni. Ha csak a saját egyetemi csoportomat nézem, a 15 főből hárman rögtön elmentek szülni, másik hárman a PhD. képzésbe kapcsolódtak be, egy ember külföldre ment, ketten gyógyszerceghez, így a rezidensképzésben mindössze hatan kapcsolódtak be azonnal, ez kevesebb, mit a csoport fele.” (29 éves reumatológus orvosnő)

„Az orvosi egyetem elvégzése óta ugyanazon az osztályon dolgozom. 1998 óta mint főorvos. Anyagi megfontolásból van hetente két órában magánrendelése is.

A férjem szintén orvos, ráadásul szintén ügyeletet adó osztályon dolgozik. Két gyermekünk van, akik mostanra már elég önállóak, de volt néhány nagyon nehéz év kisebb korukban. Amikor ügyeletes voltam, gyakran éjjel is előfordult, hogy a férjemet behívták, és a kicsi gyerekeink egyedül maradtak otthon. Eleinte volt egy nagyon megbízható segítségünk, aki bármikor ébreszthető és elhívható volt, hogy nálunk aludjon a gyerekekkel, de később ő ezt egészségügyi okokból nem tudta vállalni. Sajnos nem találtunk helyette megbízható segítséget. A mai napig emlékszem a gyerekek első egyedül töl-

tött éjszakájára. A férjemet éjjel szüléshez hívták be, és a lányom – aki hét éves volt ekkor – egyedül maradt otthon négy éves öccsével.

A szakmai fejlődésemnek, a szakmában való elmélyülésemnek akadálya volt a segítség hiánya. Nem tudtam annyit foglalkozni a szemézzel, mint amennyit szerettem volna. Például a szakvizsgám előtti időben sokszor ültek az autóban a lányom és a férjem, mert ha otthon maradtak, a kislányom nem hagyott tanulni a másik szobában sem, hangosan hívogatott. Másfél éves volt akkor. Kicsit több fizetés mellett jutott volna pénz háztartási, gyerekevelési segítségre.” (47 éves szemészorvosnő)

„Jelenlegi munkámra az elmúlt évek nehézségei bizony rányomták a bélyegüket. Monotonnak, egyhangúnak érzem a mindennapjaimat. A körülmények mindenképpen rendezést, javítást igényelnének. Elsősorban a szűkös anyagi lehetőségekre gondolok. Ezek még a kifogástalan betegellátást is megnehezítik.

Munkám az utóbbi években kifejezetten megterhelővé vált számomra. Szinte soha semmi időm nem jut magamra és az otthoni tennivalókra. Szívesen venném azt is, ha például a hétközi ügyelet után hazamehetnék, nem beszélve a hétvégi betegellátásról. Persze az ügyeletek után járna egy szabadnap, de valójában ezt szinte lehetetlen kivenni. Nincsenek meg a feltételei, hogy például saját pihenésünkre vagy művelődésünkre fordítsak időt. Inkább az elmaradt otthoni teendőkre és a gyerekekkel való foglalkozásra szánom ezt az időt.

Az életemet munka nélkül nem tudnám elképzelni, de meggyőződése, hogy egészségtelenül túlterhelt a kórházi orvosi társadalom. Ezzel a munkával akkor foglalkoznék igazán szívesen, ha lényegesen többet keresnék, és így több idő maradhatna a nekem fontos egyéb dolgaimra.

Sokkal könnyebb helyzetünk lenne, ha tisztességes fizetést kapnánk, és ha elmehetnénk rész munkaidőbe dolgozni, amíg a gyerekek életkora ezt igényli. A pályát az én koromban már nagyon nehéz elhagyni, de ha néhány évvel fiatalabb volnék, biztosan vállalkoznék rá.” (46 éves belgyógyásznő)

„Most, hogy még elég messze vagyok a nyugdíjkorhatártól, nagyon sokszor eszembe jut, de jó lenne egy kicsit pihenni, néha olyan jó lenne, ha nem kéne mindennap dolgozni járni. Sokszor elviselhetetlenül fáradtnak érzem magam. Tudom, ha elmegyek nyugdíjba, akkor sem lesz meg a lehetőségem arra, hogy ne dolgozzak. Pénzt ugyanis muszáj keresni.

A mai világban nem valószínű, hogy valakinek nincsen meg az anyagi háttere, hogy többet legyen otthon a családjával, és a munkáját esetleg csak rész munkaidőben végezze. Én így tenném, ha tehetném. Körülbelül három vagy négy napot dolgoznék egy héten, de inkább csak háromat. Mindig csak délelőtt mennék be, ez különösen télen lenne jó. Nyáron mindenképpen a mostaninál hosszabb szabadságra mennék, hogy milyen hosszú, az attól is függne, hogy mennyire fáradtam el abban az évben. Ha nagyon kimerültem, akkor akár két hónapot is kivennék.” (55 éves fogorvosnő)

Sikeres megküzdés a mindennapi stresszel és a kiégéssel

„Egy kis faluból származom, ezért úgy indultam neki az orvosinak, hogy csak azért is megmutatom a világnak, hogy mire vagyok képes. Harmadév körül már sejtettem, de biztosan csak az ötödév körül tudtam, hogy pszichiáter szeretnék lenni. Egy dunántúli nagyvárosba mentem, az állásom mellé saját garzonlakást kaptam, bár a fizetésem máshol magasabb lett volna. Friss diplomával a kezemben az első munkanapokban elég megrázó élményekben volt részem. Rá kellett jönnöm, hogy hiába vagyok okos elméletből, ez a gyakorlatban semmit nem jelent. A gyakorlat teljesen más, mint az elmélet. A legalapvetőbb dolgokat sem tudtam, hogy egy betegnek nem 3 db., hanem 10 db gyógyszert kell beadni, holott az egyetemen azt tanultuk, hogy ez már halálos adag. Le kellett ereszkednem úgymond az ápolónőkhöz, sokszor kellett tanácsot kérnem tőlük. Ez engem alapvetően nem bántott, de az, hogy egy ápolónő ugyanannyit keresett, mit én, az már igen. Az ügyeletek bizonytalansága, az egyedüllét, az, hogy csak magamra számíthatok, nagyon nagy terhet jelentett.

Jelenleg huszonhat éve dolgozom orvosként. Négy éve úgy éreztem, belefáradtam, levegőre van szükségem, nem bírom tovább. Ekkor nyílt lehetőségem arra, hogy az egyik kolléganőmmel megvásároljunk egy belvárosi ingatlant. Rendelőt hoztunk létre. Ettől kezdve azzal foglalkoztam, foglalkozom, amivel csak akarok. Annyit dolgozom, amennyit akarok. Egy héten általában négy napot dolgozom: két nap délelőttönként, két nap délután. Jól jönnek a mindig szabad péntek: ekkor regenerálódok a legjobban, egyedül vagyok otthon, zenét hallgatok, mosok, főzök, takarítok, kiürítem az agyamat.

Ritkán vannak sürgős esetek is, de szerencsére nem ez a jellemző. Én döntöttem el, hogy mivel foglalkozom, azzal, amihez a legjobban értek. Sikertelen megőriznem szakmai kapcsolataimat.

Ami az egyik legnagyobb értékem a jelenlegi munkavégzésemben, az a szabadság. Annyi van, amennyire éppen szükségem van. Általában öt hét nyáron, egy hét karácsonykor és egy hét tavasszal. Szerintem minden orvosnak ennyire lenne szüksége. Sok olyan kollégám van, aki egyáltalán nem tudja kivenni az esedékes szabadságot.” (50 éves pszichiáternő)

„A fokozott leterheltség és a stressz leküzdésére saját kondíciójavító programom van: a megterhelő helyzetek után jól jön egy hosszú séta, otthon komolyzene hallgatás és egy finom vacsora.” (48 éves gyermek háziornő)

Számtalan eset bebizonyította azt is, hogy nem kötelező kiégni. A jelenség alapos megismerése után lehetőség nyílik a burn-out prevenciójára és intervenciójára. A munkahely szerepe ezekben a folyamatokban meghatározó jelentőségű. A munka, hivatás fontosságának tudatosításában, az autonómia kialakításában, a szakmai fejlődés lehetőségének megadásában a munkahely támogató funkciója mintegy védő faktorként működhet. Különös jelentőségű az eset-, illetve stábmegbeszélés, a szakmai továbbképzés, a szupervízió. Intézményes segítség lehet továbbá a hasonló profilú munkák közti munka-csere: más jellegű munka végzése, esetlegesen eltérő munkabe-

osztás, a munkatársak kicserélődése, vagy akár a különböző képzéseken való részvétel egyaránt jó hatással lehet a fásultság, a közöny elkerülésére. A szakmai továbbképzések a munkát érdekesebbé és motiváltabbá tehetik, az új ismeretek és az elmélet átültetése a gyakorlatba ismét új kihívásokkal gazdagíthatja a napi rutint.

Nem utolsó szempont továbbá az sem, hogyan alakul a segítők munkán kívüli élete. A kikapcsolódás kulcsfontosságú: nem elhanyagolható, hogy kinek mennyi szabadidő jut, ki mennyi szabadságot tud kivenni évente, és azt aktívan el tudja-e tölteni. A segítő foglalkozásuk személyiségét a mindennapi munka emocionálisan kimeríti, így az sem mindegy, hogyan alakul a társas kapcsolatrendszer, milyen a társas támogatás észlelt mértéke és annak feszültségoldó ereje.

A megelőzési és megoldási lehetőségek száma tehát – mint láthatjuk – igen széles spektrumú. A legideálisabbnak tűnő alternatíva azonban még távol van a magyar segítő foglalkozásuk számára. Nyugat-Európa számos országában ugyanis bevett gyakorlat, hogy a humán területen dolgozó szakemberek hétévente egy szabad, ám fizetéssel járó évet kapnak. Ez az időszak a teljes fizikai, mentális, emocionális regenerálódásra, feltöltődésre szolgálhat. Amíg ez a munkaszervezeti megoldás hazánkban még várat magára, célravezető lehet a fenti módszerek alkalmazása.

Összegzés

Tanulmányunkban arra tettünk kísérletet, hogy empirikus kutatás tükrében vizsgáljuk meg a magyar orvosokat és orvosnőket érő speciális stresszterhelés összetevőit, valamint a kiégés jelenségét. Alapvető kérdésünk az volt, hogy mely motívumok állhatnak a munkastressz és az ebből fakadó kiégés háttérében, valamint megvizsgáltuk a kiégéssel, hivatásbeli stresszel való megküzdés útjait.

Kapott eredményeink azt mutatják, hogy az egészségügyi dolgozók – jelen vizsgálatban az orvosok – stresszterhelése speciális, eltérő más diplomás, értelmiségi szakmákban dolgozókhoz képest. A nemzetközi szakirodalommal összhangban a következőket állapíthatjuk meg:

A munkastressz összetevői három markánsan kirajzolódó faktor köré csoportosulnak: az *orvosi hivatásból eredő speciális stressz* (fizikai és emocionális megterhelés, melynek faktorai az alábbiak: felelősség, gyakori krízishelyzetek, diagnosztikai nehézségek, sikertelen kezelés, betegek halála, hosszú és kiszámíthatatlan munkaidő, pénzügyi nehézségek (Sonneck 1982, McCue JD 1982, Wall et al 1997). A munkastressz következő nagy hatással bíró összetevője a *munkaszervezet jellegéből* fakad. Az interjúk tanúsága szerint döntő tényező a rossz kommunikáció, a nem körülhatárolt feladatok, a kollégákkal való kooperáció hiánya és az idősebb kollégák támogatásának hiánya (Guglielmi et al 1998). A harmadik kiemelten fontos tényező pedig a *munkavégzés feletti kontroll* (Ramirez et al. 1996; Agius et al. 1996; Cooper 1989) illetve a munkahelyi kontroll tényezője: a munkabeosztás feletti kontroll, az ellátandó betegek száma, a feladatok feletti kontroll.

Vizsgált mintánk felét orvosnők alkotják. Esetükben a hivatás gyakorlásának a fentiekben ismertetett stresszkelő tényezőin túl még a szerepkonfliktus is meghatározó jelentőségű. Tanulmányunkban szerepkonfliktus alatt a szerepek összeegyeztetéséből

fakadó észlelt nehézséget értettük, míg szerepakkumulációnak a különböző szerepek összeegyeztetéséből fakadó előnyöket tekintettük.

Eredményeink azt mutatják, hogy a szerepek közötti szimultán egyeztetés nagy akadályokba ütközik, a szerepkonfliktus megoldása a legtöbb esetben a munka jellegének radikális megváltoztatása. A kompromisszum ugyanakkor nem jelent feltétlenül elégedettséget a munkával. A mélyinterjúkból kirajzolódó kép alapján az is világossá vált, hogy az orvosnői szerepkonfliktusok leglátványosabb ütközőterülete a gyermekszülés, gyermeknevelés időszaka.

A mélyinterjú vizsgálat jó lehetőséget biztosított arra, hogy a kiégés háttértényezőit és rizikófaktorait megvizsgáljuk. A kiégés és a munkastressz kapcsolata a kutatás során nyilvánvalóvá vált: az emocionális kimerülés, a deperszonalizáció és a teljesítményvesztés egyaránt meghatározó tényezőnek bizonyult. A mélyinterjúk tanúsága szerint a kiégés megnyilvánult szomatikus panaszokban: magas vérnyomás kialakulásában, alvászavarokban, vitális kimerültségi állapotban. Jellemző volt továbbá a betegekkel való kapcsolat megromlása, a kommunikáció sok esetben akadályokba ütközött. Kiemelkedő jelentőségű tényezőnek bizonyult a kollégákkal való kooperáció hiánya, a team-munkában jelentkező problémák jelenléte. A fiatal orvosok különös veszélyeztetettségét növelte az egészségügyi szakszemélyzettel – pl. a nővérekkel – való nem megfelelő viszony. További fontos tényező volt a hivatás és a család közti egyensúlykeresés feszültségkeltő hatása, a szociális támogatás hiánya, valamint a munkával (feladatokkal, munkakörülményekkel) való általános elégedetlenség.

Vizsgálatunk kiindulási alapként szolgálhat további hasonló jellegű kutatások folytatásához. A mélyinterjúk elemzése lehetőséget adott, hogy a munkastressz és a kiégés problémájáról árnyalt és mélyreható képet kapjunk, mely nagymértékben elősegítheti további kvantitatív vizsgálatok folytatását. Célul tűzzük ki, hogy egy országos, széleskörű adatfelvétel keretében mérjük fel a magyarországi orvostársadalom egészségi állapotát és kiégettségi mutatóit, összehasonlítva a korábbi hazai és nemzetközi kutatásokkal.

Irodalom

- Agius, R.M.–Blenkin, H.–Deary, I.J. et al. (1996): Survey of Perceived Stress and Work Demands of Consultant Doctors. *Journal of Occup. Environ. Med.*, 53: 217–224.
- Arnetz, B.B.–Hörte, L.G.–Hedberg, A.–Theorell, T.–Allander, E.–Malker, H. (1987): Suicide Patterns among Physicians Related to Other Academics as well as to the General Population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75: 139–143.
- Axelsson, G.–Rylander, R.–Molin, I. (1989): Outcome of Pregnancy in Relation to Irregular and Inconvenient Work Schedules. *Br. J. Ind. Med.*, 46: 393–398.
- Ádám Sz.–Györfy Zs. (2003): Orvosnők az anyaságról. *Esély*, 3: 86–92.
- Boxer, P.A.–Burnett, C.–Swanson, N. (1995): Suicide and Occupation: a Review of the Literature. *Journal of Occup. Environ. Med.*, 37: 442–452.
- Brooke, D.–Edwards, G.–Taylor, C. (1991): Addiction and Occupational Hazard: 144 Doctors with Drug and Alcohol Problems. *British Journal of Addiction*, 86: 1011–1016.

- Cooper, C.L.–Rout, U.–Faragher, B. (1989): Mental Health, Job Satisfaction and Job Stress among General Practitioners. *Br. Med. J.*, 298: 366–370.
- Cujec, B. et al. (2000): Career and Parenting Satisfaction among Medical Students, Residents and Physician Teachers at Canadian Medical School. *Canadian Medical Association Journal*, March 7: 162.
- Escriba-Agüir, V.–Perz-Hoyos, S.–Bolumar, F. (1993): Effect of Work Organisation on the Mental Health of Nursing Staff. *Journal of Nursing Management*, 1: 3–8.
- Fekete S. (1991): Segítő foglalkozások kockázatai – Helfer szindróma és a burnout jelenség. *Psychiatria Hungarica*, 1(1): 17–29.
- Flaherty, J.–Richman, J. (2003): Substance Use and Addiction among Medical Students, Residents and Physicians. *Psychiatric Clinics of North America*, 16: 189–197.
- Firth-Cozens, J. (1987): Emotional Distress in Junior House-Officers. *Br. Med. J.*, 265: 533–536.
- Firth-Cozens, J. (1989): Depression in Doctors. In Robertson, M.–Kantona, E. eds.: *Depression and Physical Illness*. New York, 95–111.
- Firth-Cozens, J. (2003): Doctors, their Wellbeing, and their Stress. *Br. Med. J.*, 326: 670–671.
- Gjerberg, E. (2002): Gender Similarities in Doctors Preferences and Gender in Final Specialisation. *Social Sciences & Medicine*, 54: 591–605.
- Gjerberg, E. (2003): Women Doctors in Norway: the Challenging Balance between Career and Family Life. *Social Science & Medicine*, 57: 1327–1341.
- Guglielmi, R.S.–Tatrow, K. (1998): Occupational Stress, Burnout and health in Teachers. *Review of Educational Research*, 1: 61–99.
- Gundersen, L. (2001): Physician Burnout. *Ann. Intern. Med.*, 135: 145–148.
- Györfy Zs.–Ádám Sz. (2003): Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. *Lege Artis Medicinæ*, 13(2): 159–164.
- Haynes, S.G.–Feinleib, M. (1980): Women Work and Coronary Disease: Prospective Findings from the Framingham Heart Study. *American Journal of Public Health*, 70: 133–141.
- Haynes S.G.–Eaker, E.D.–Feinleib, M. (1984): The Effect of Employment Family and Job Stress on Coronary Heart Disease Patterns in Women. In. Gold, E. ed.: *The Changing Risk of Disease in Women*. Lexington, MA: Health and Co.
- Hoel, H.–Sparks, K.–Cooper, C.L. (2001): The Cost of Violence/Stress at Work and the Benefits of a Violence/Stress Free Working Environment. Report Commissioned by International Labour Organisation (ILO) Online:
www.ilo.org/public/english/protection/safework6whpwb/econo/costs.pdf
- Hsu, K.–Marshall, V. (1997): Prevalence of Depression and Distress in a Large Sample of Canadian Residents, Interns and Physicians. *Psychiatr. Clin. N. A.*, 144: 1561–1566.

- HVG 2001. augusztus 8. Infante-Rivard, C.–David, M.–Gauthier, R.–Rivard, G.E. (1993): Pregnancy Loss and Work Schedule during Pregnancy. *Epidemiology*, 4: 73–75.
- Karasek, J.–Baker, D.–Marxer, F. et al. (1981): Job Decision Latitude, Job Demands and Cardiovascular Disease: A Prospective Study of Swedish Men. *American Journal of Public Health*, 71: 694–705.
- Kvaerner, K.J.–Aasland, O.G.–Botten, G.S. (1999): Female Medical Leadership: Cross Sectional Study. *British Medical Journal*, 318: 91–94.
- Linzer, M. and Society of General Internal Medicine Career Satisfaction Study Group (2001): Predicting and Preventing Physicians Burnout: Results from the United States and the Netherlands. *American Journal of Medicine*, 111(2): 170–175.
- Maslach, C.–Jackson, S.E. (1981): The Measurement of Experienced Burnout. *J. Occup. Beh.*, 2: 99–113.
- McCain, N.L.–Smith, J.C. (1994): Stress and Coping in the Context of Psychoneuroimmunology: a Holistic Framework for Nursing Practice and Research. *Archives of Psychiatric Nursing*, 8: 221–227.
- McCue, J.D. (1982): The Effect of Stress on Physicians and their Medical Practice. *N Engl J Med*, 306: 458–463.
- Molnár L.–Mezey M. (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I.–III. *Lege Artis Medicinae*, 1(8): 524–528.; (9–10): 640–644; (11): 966–970.
- Molnár R.–Feith H. (2000): Szerepkonfliktusok megnyilvánulásai orvosnők körében. *Lege Artis Medicinae*, 10(10): 810–815.
- Nagy B. (2001): Női menedzserek. Budapest: Aula.
- Nők és férfiak Magyarországon* (2002). Budapest: Szociális és Családügyi Minisztérium.
- Olkinoura, M.–Asp, S.–Juntuen, J.–Kauttu, K.–Strid, L. et al (1990): Stress Symptoms, Burnout and Suicidal Thoughts in Finnish Physicians. *Soc. Psychiatry and Psychiatr. Epidemiol*, 25: 81–86.
- Pikó B. (2002): *Egészségyszociológia*. Budapest: Új Mandátum.
- Pikó B.–Piczil M. (2000): „És rajtunk ki segít?”
www.szochalo.hu/esely/esely2000pico01ny.htm
- Ramirez, A.J.–Graham, J.–Richards, M.A. et al.: Mental Health of Hospital Consultants 1996: Effect of Stress and Satisfaction at Work. *Lancet*, 338: 724–728.
- Rucinski, J.–Cybulska, E. (1993): Az orvosok mentális zavarai. *Psychiatria Hungarica*, 1993. február, 8(1): 49–60.
- Simon, W. (1986): Suicide among Physicians: Prevention and Postvention. *Crisis*, 7(1): 1–13.
- Sonneck, G. (1982): Orvosok öngyilkossága és kiégettsége. *Szenvedélybetegségek*, 2(1): 28–31.

- Theorell, T. (1991): On Cardiovascular Health in Women: Results from Epidemiological and Psychological Studies in Sweden. In. Frankenheuser, M.–Lundberg, U.–Chesney, M. eds: *Women, Work and Health*. New York: Plenum Press, 187–204.
- Tóth O. (1995): Attitűdváltozások a női munkavállalás megítélésében. *Szociológiai Szemle*, 1: 71–86.
- Tyssen, R.–Vaglum, P.–Gronvold, T.–Ekeberg, O. (2001a): Factors in Medical School that Predict Postgraduate Mental Health Problems in Needs of Treatment. A Nationwide and Longitudinal Study. *Medical Education*, 35: 110–120.
- Tyssen, R.–Vaglum, P.–Gronvold, T.–Ekeberg, O. (2001b): Suicidal Ideation among Medical Students and Young Physicians: a Nationwide and Prospective Study of Prevalence and Predictors. *Journal of Affective Disorders*, 64: 69–79.
- Wall–Bolden–Borill–Carter–Golya–Hardy et al. (1997): Minor Psychiatric Disorders in NHS Trust Staff: Occupational and Gender Difference. *British Journal of Psychiatry*, 171: 519–523.
- Weinger, M.–Ebden, P. (2002): Sleep Deprivation and Clinical Performance. *JAMA*, 287: 955–958.
- Whippen, D.A.–Canellos, G.P. (1991): Burnout Syndrome in the Practice of Oncology: Results of Random Survey of 1,000 Oncologist. *Journal of Clinical Oncology*, 9: 1916–1921.