Morbiditás és stresszténye zők a magyarországi orvosnők körében

Doktori tézisek

Győrffy Zsuzsa
Semmelweis Egyetem
Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola

Témavezető:	Prof. Dr. Kopp Mária egyetemi tanár
Hivatalos bírálók:	Prof. Dr. Keller Éva egyetemi tanár Dr. Molnár László kandidátus
Szigorlati Bizottság elnöke:	Prof. Dr. Tringer László egyetemi tanár
Szigorlati Bizottság tagjai:	Prof. Dr. Füredi János Dr. Pászthy Bea főorvos

Budapest
2009

Bevezetés

Az orvosokra kiemelten nagy társadalmi figyelem irányul. Ennek egyik megnyilvánulása az is, hogy igen bőséges az orvosi hivatásról, az orvosokról szóló szakirodalom. E szakirodalomnak rendkívül gazdag, de gyakran ellentmondásos eredményeket közlő részterülete az orvosok testi és lelki egészségi állapotával foglalkozik.

Több nemzetközi kutatás megerősítette, hogy az iskolázottsági szint és az egészség között szoros összefüggés mutatható ki, a magasabban kvalifikált emberek körében általában alacsonyabb mortalitási és morbiditási rátákkal lehet számolni. (Huisman 2005; Knesebeck és mtsai 2006) Kérdésként fogalmazódhat meg, hogy az orvosok és az orvosnők körében is megállják-e a helyüket ezek az állítások.

Számos, objektív paraméteren alapuló nemzetközi vizsgálat eredménye azt mutatja, hogy fizikailag az orvosok általában nem betegebbek, mint a lakosság többi része, sőt bizonyos betegségek előfordulása az orvosok körében ritkább. Több longitudinális vizsgálat megerősítette (Williams és mtsai 1971; Carpenter és mtsai 1997; Juel és mtsai 1999; Frank és mtsai 2001; Innos és mtsai 2002; Firth-Cozens 2007), hogy az orvosok és az orvosnők egészségmutatói nem térnek el jelentősen a lakossági adatokétól. Ugyanakkor a különböző pszichés problémák gyakoriságát és súlyosságát vizsgáló felmérések azt jelzik, hogy az orvosok a lelki egészség szempontjából veszélyeztetett csoportnak tekinthetők. Míg a lakosság egynegyedénél-egyötödénél, addig az orvosok harmadánál-felénél mutatható ki a lelki egészség valamilyen zavara. (Clarke és Singh 2004; Tyssen 2007; Firth-Cozens 2007) Schernhammer és munkatársai 2004-ben a szakirodalomban fellelhető vizsgálatok eredményeinek metaanalízisével megállapították, hogy a férfi orvosok körében közel másfélszer, az orvosnők körében több mint kétszer gyakoribb az öngyilkosság, mint az átlagnépességben. (Schernhammer és Colditz 2004)

Több, korábbi magyarországi vizsgálat megállapította, hogy az orvosok halandósága magasabb a megfelelő korcsoport halandóságához mérten.

(Balog 1978; Molnár és Mezey 1991; MÜTT 2003) A morbiditásra vonatkozó magyarországi vizsgálatok az átlaglakossággal és az egyéb értelmiségi foglalkozásúakkal összehasonlítva kimutatták, hogy a középkorú orvosok esetében kiemelkedően nagy számot mutat a krónikus betegségek előfordulása, és különösen jelentős az infarktus-halálozás mértéke. (Molnár és Mezey 1991) Hegedűs Katalin és munkatársai súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók vizsgálata alapján megállapították, hogy a súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók körében mind a testi-, mind a lelkiállapot tekintetében rosszabb mutatók jelentkeznek, mint a kontrollcsoportban. (Hegedűs és Riskó 2006) Rurik és Kalabay az 1979-ben végzett budapesti orvosegyetemi évfolyam tagjait vizsgálta meg az egészségmutatók és az egészségmagatartás tekintetében. (Rurik és Kalabay 2008) Vizsgálatukban kimutatták, hogy a megkérdezett orvosok egészségi állapotukat jobbnak minősítették kortársaikénál, bár jelentős hányaduk szenvedett magasvérnyomás-betegségtől, és igen jellemző volt körükben a dohányzás, valamint a sporttevékenység hiánya is.

Az orvosnők pszichés vulnerábilitását számos nemzetközi vizsgálat alátámasztja, míg a magyarországi vizsgálatok a szomatikus és pszichés érzékenységet egyaránt kimutatják. Nem találkoztunk azonban olyan, magyar populáción végzett kutatással, amely az orvosnők szomatikus és pszichés morbiditásának *háttértényezőit* helyezte volna a középpontba. Így az orvosnői morbiditás és kockázati tényezői közötti összefüggések vizsgálata különösen indokoltnak mutatkozott.

Célkitűzések

1. Elemezni az orvosnők és más diplomás foglalkozásúak egészségi állapotában, testi és pszichés jóllétében megmutatkozó azonosságokat és különbségeket.

2. Feltárni az orvosnők egészségmutatóinak hátterében álló legfontosabb tényezőket.
3. Elemezni a munkamegterhelés, a kiégés és a szerepkonfliktus, valamint az egészségi állapot közötti lehetséges összefüggéseket.

Hipotézisek

1. Az orvosnők szomatikus és pszichés egészségmutatói, rizikómagatartása, valamint reprodukciós morbiditása kedvezőtlenebb képet mutat(nak), mint más diplomás szakmákban dolgozó nőké.
2. Hipotézisünk szerint a rosszabb szomatikus morbiditás hátterében az orvosnőket érő speciális stressztényezők állnak. Ezek egyrészt az orvosi hivatás jellegéből fakadnak (hosszú és kiszámíthatatlan munkaidő, változó műszakbeosztás, nagyfokú emocionális megterhelés, a kiégés-szindróma előfordulása), másrészt a foglalkozási és családi szerepek összeegyeztetésének nehézségéből.
3. Feltételezzük, hogy a vizsgálatban résztvevő orvosnők nagyobb hányada munkahelyi és családi szerepei ellátása közben szerepkonfliktust él át. Ez a szerepkonfliktus nagyobb mértékű, mint a nem egészségügyi diplomások esetében. Feltételezzük, hogy a szerepkonfliktus a szomatikus és pszichés morbiditásra ható jelentős stresszforrás. Feltételezzük, hogy a munkával kapcsolatos szerepek hangsúlyosabban befolyásolják a többi szerepet, mint amilyen mértékben a családi szerepek akadályozzák a munkahelyi szerepek ellátását.

Módszer

Keresztmetszeti kvantitatív és kvalitatív szociológiai vizsgálat. A vizsgálat érvényességét a kvantitatív és a kvalitatív adatgyűjtési technikák összekapcsolása növelte. (Léderer 2002; Bryman 2005)

A kvantitatív elemzés során egyrészt az orvosnői minta testi-lelki állapotára, munkavégzésére, szerepkonfliktusaira vonatkozó mutatóit hasonlítottuk egy reprezentatív diplomás lakossági kontrollcsoporthoz (N=818, Hungarostudy 2002), másrészt az orvosnői célcsoporton belül a testi-lelki morbiditás háttértényezőit elemeztük.

A kvalitatív vizsgálat során életútinterjúk segítségével a hivatás és a családi szerepek összehangolásának kérdését helyeztük a vizsgálat középpontjába.

Minta

A kvantitatív minta vizsgálati populációját a 2003-ban és 2004-ben lefolytatott felmérés szolgáltatta. (N=650) Mintaválasztási módszerül *véletlen kezdőpontú szisztematikus mintavételt* alkalmaztunk, amely a Magyar Orvosi Kamara (MOK) nyilvántartásából volt biztosítható. A kiválasztott minta 62,7%-a (N=408) adott értékelhető választ anonim, postai önkitöltős kérdőívünkre. Válaszadóink között nagyobb arányban voltak jelen az alapellátásban, illetve az üzemorvosi szakmákban dolgozók, így a kapott 408 fős mintát súlyoztuk a KSH és a MOK által megadott munkahelyi dimenziók alapján. Az orvosnői minta kontrollcsoportját a Hungarostudy 2002 országos lakossági felmérés diplomás női csoportja alkotta (N=818). Ezt a diplomás női csoportot *kor szerint illesztettük* az orvosnői mintához.

A kvalitatív vizsgálat során 2002 és 2006 között 110 orvosnővel készítettünk életútinterjút. A kvalitatív minta kvótás mintavétellel került

kiválasztásra: életkor, településtípus, munkahely-jelleg szerint arányosan alakítottuk ki vizsgálandó mintánkat.

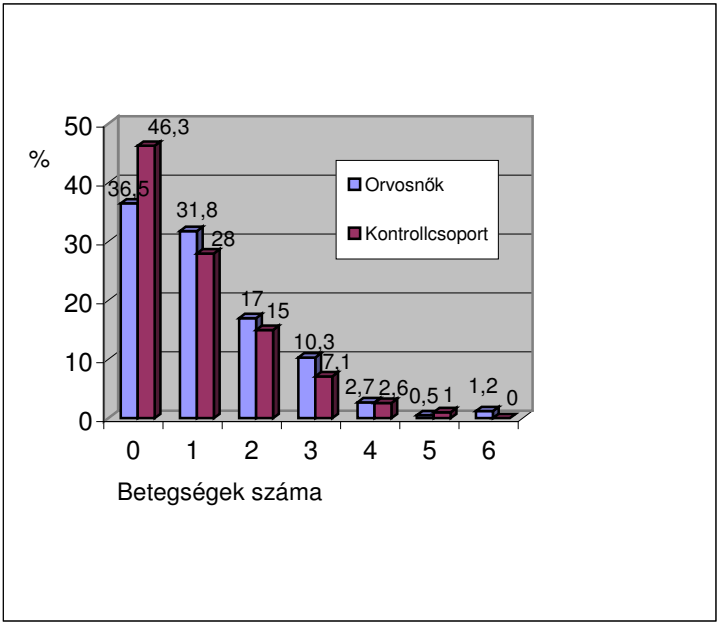
Eredmények

Az egészségi állapot vizsgálatakor megállapítottuk, hogy a vizsgált orvosnői csoportban a krónikus betegségek *gyakorisága magasabb*, az orvosnők körében ezek a megbetegedések *korábban* és *halmozottabban* jelentkeznek. Az orvosnők a daganatos megbetegedések, a magas vérnyomás, a szív- és érrendszeri megbetegedések, a fertőző betegségek, az asthma bronchiale, az egyéb légzőszervi megbetegedések, a gyomor- és nyombélfekély, a gyomor- és bélrendszeri betegségek, a szembetegségek és a nőgyógyászati betegségek terén mutattak többletet a diplomás kontrollcsoporthoz képest. Különösen erős szignifikáns eltéréseket tapasztaltunk a daganatos megbetegedések, a magas vérnyomás, a gyomorfekély, az izom- és csontrendszeri megbetegedések, továbbá a nőgyógyászati problémák esetében. A reprodukciós morbiditás esetében a kontrollcsoporttal való összevetés után azt találtuk, hogy az orvosnőknél a művi abortuszok, a spontán vetélések és a veszélyeztetett terhességek száma szignifikáns többletet mutat:

Művi abortuszok, spontán vetélés, veszélyeztetett terhesség	**Orvosnői minta (N=402)**	**Kontrollcsop. (N=794)**	**Szignifikanciaszint**
Művi abortuszok előfordulása	33,8 (134)	25,8 (204)	$\chi 2=48,634$ df=2, **p=0,000** és Cramer's V=0,209 p=0,000
Spontán vetélés	23,6 (96)	12,1 (96)	$\chi 2=11,270$ df=1, **p=0,001** és Cramer's V=0,097 p=0,001
Veszélyeztetett terhesség	23,8 (97)	13,2 (104)	$\chi 2=6,333$ df=1**, p=0,013** és Cramer's V=0,073 p=0,012

A korábban lefolytatott magyarországi vizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy az orvosok és az orvosnők esetében a krónikus megbetegedések már 40 éves kor előtt megjelennek. (Molnár és Mezey 1991) Kapott eredményeink alapján a cukorbetegségek, a szív-érrendszeri megbetegedések, a gyomorfekély és a nőgyógyászati betegségek a vizsgált orvosnői mintánál korábbi életkorban (34–43 életév) jelentek meg, mint a kontrollcsoport esetében. Különösen erős szignifikáns különbség mutatkozott a cukorbetegség, a gyomorfekély és a nőgyógyászati betegségek 34–43 éves kor közötti megjelenésében.

A krónikus megbetegedések halmozódásakor is szignifikáns eltérést találtunk a két vizsgált csoport között: az orvosnők körében a krónikus betegségek halmozódása nagyobb gyakoriságúnak mutatkozott.



Ugyanakkor megállapítható, hogy mindezen tényezők ellenére az orvosnők szubjektív egészségi állapotukat nagyobb arányban tartják jónak vagy nagyon jónak, mint a kontrollcsoport tagjai.

A szomatikus egészségmutatók után a mentális egészségi állapot alakulását tekintettük át. A Beck-féle depresszió-pontszámok alapján a vizsgált orvosnői mintában az enyhe és a közepes depresszió-pontszámok előfordulása gyakoribb volt a kontrollcsoporthoz viszonyítva. (χ2=792,330, df=4 p=0,000 és Cramer's V=0,264 p=0,000)

Az öngyilkossági gondolatok aránya – szignifikáns összefüggésben a depresszió-pontszámok alakulásával – közel kétszeres értéket mutatott az orvosnők körében, mint a kontrollcsoport esetében. (20,3% vs. 10,8%, χ2=11,548, df=3, p=0,009 és Cramer's V=0,205 p=0,000)

Megvizsgáltuk az alvás mennyiségét és az esetlegesen előforduló alvászavarok jelenlétét is mindkét minta esetében. Az alvásmennyiség tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között. Ugyanakkor az alvázavarok kérdését elemezve kimutattuk, hogy az orvosnőket szignifikánsan magasabb arányban jellemezte az alvászavar problémája. (32,5% vs 18%, χ2=21,702 df=1 p=0,000 és Cramer's V=0,422 p=0,000)

Vizsgálatunkban az alvázavarok erős szignifikáns összefüggést mutattak a krónikus megbetegedésekkel. A hagyományos rizikófaktorokkal (életkor, dohányzás, BMI > 25) való kontrollálás után a daganatos betegségek, a magas vérnyomás, a gyomorfekély és a nőgyógyászati betegségek legfontosabb prediktorainak az alvászavarok bizonyultak.

Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy az alvászavarok és korrelátumaik vizsgálata esetében az ok-okozati összefüggések iránya nehezen kimutatható; feltételezhető, hogy az alvászavarok és számos, nagy közegészségügyi problémát jelentő testi betegség között cirkuláris oksági kapcsolat van. Az alvászavar a testi tünetek fontos kockázati tényezője, negatívan befolyásolja a testi betegségek lefolyását, ugyanakkor a testi

betegségek előfordulása fokozza az alvászavar előfordulási valószínűségét. (Novák és mtsai 2006) Fontos továbbá azt is megállapítanunk, hogy az alvászavarok önmagukban is prediktorai lehetnek a megbetegedéseknek, de azáltal is hatnak, hogy az alvászavarok szignifikánsan több egészségkárosító szokással függnek össze (dohányzás, nyugtatófogyasztás).

A burn-out szindróma vizsgálata jelen kutatásunknak fontos részét képezte. Megállapítottuk, hogy az emocionális kimerülés esetében közepes (átlagértéke 19,069), az elszemélytelenedés (átlagértéke: 7,0206) és a teljesítményvesztés (átlagértéke: 28,7261) esetében alacsony a vizsgált orvosnőkre jellemző kimerültségi állapot. A kiégés szindróma elemzésekor megállapítható, hogy az orvosnők körében szignifikánsan nagyobb mértékben fordultak elő a munkavégzés során a megterhelő, feszült helyzetek, mint a kontrollcsoport tagjainál. (χ2=92,130, df=2, p=0,000 és Cramer's V=0,362, p=0,000)

Megvizsgáltuk továbbá a lehetséges protektív- és rizikófaktorok szerepét az orvosnők egészségi állapotának alakulásában. Az orvosnők kisebb mértékben dohányoznak, mint a kontrollcsoport tagjai. Míg az alkoholfogyasztás hasonlóan alakult az orvosnők és a kontrollcsoport esetében, a nyugtató és anxiolytikum fogyasztásból szignifikánsan az orvosnők vették ki nagyobb arányban a részüket. (6,9% vs. 4,2% χ2=7,125, df=1, p=0,009 és Cramer's V=0,077 p=0,008)

Ugyancsak jelentős eltérést találtunk a sporttevékenység, fizikai aktivitás tekintetében a vizsgált két csoport között: a megkérdezett orvosnők szignifikáns mértékben kevesebbet sportoltak. (60% vs. 76%, χ2=31,730, df=1, p=0,000 és Cramer's V=0,163 p=0,000, OR=2,082 CI=1,610-2,694)

Az orvosnők közel fele sem szűrővizsgálaton, sem orvosi/szakorvosi vizsgálaton nem vett részt kutatásunk évében. Megállapítható volt, hogy egészségügyi ismereteik ellenére az orvosnők jelentős hányada nem veszi igénybe a megelőző szűrővizsgálatok által nyújtott lehetőségeket. A szakorvosi segítség igénybevétele helyett ugyanakkor az önkezelés,

öngyógyszerezés jelensége körükben igen elterjedt: mintegy 70%-os arányban fordult elő a vizsgálat évében.

Megvizsgáltuk a munkamegterhelés jelentőségét a morbiditás alakulásában. Vizsgált orvosnőink szignifikánsan nagyobb arányban rendelkeztek több munkahellyel. Ugyancsak gyakoribb volt az orvosnők körében a több műszakos munkarend, a(z elsősorban az ügyeletek miatti) változó munkabeosztás. (45,4% vs. 5,8%, $\chi 2$=217,545, df=1, p=0,000 és Cramer's V=0,470 p=0,000) További jelentős különbséget jelentett a munkavégzés során egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés. (53,3% vs. 27%, $\chi 2$=77,365, df=1, p=0,000 és Cramer's V= 0,259 p=0,000, OR=3,07 2,3-3,96)

Fontos megállapításunk, hogy az egészségre káros anyagokkal való érintkezés szignifikáns kapcsolatot mutatott a legfontosabb krónikus megbetegedésekkel, és ez az összefüggés akkor is szignifikáns maradt, ha a hagyományos rizikótényezőkre kontrolláltuk eredményeinket.

A kvantitatív kutatás során megkérdezett orvosnők szignifikánsan nagyobb mértékben számoltak be szerepkonfliktusról, mint a diplomás kontrollcsoport tagjai. (42,8% vs. 27,1%, $\chi 2$=143,630, df=3, p=0,000 és Cramer's V=0,451 p=0,000) A szerepkonfliktus hátterében az ügyeletek nagy száma, a napi 8 óránál több munkavégzés, a kiégés emocionális kimerülés faktora, illetve a gyerekek száma állt. Adataink ugyanakkor azt mutatták, hogy az orvosnői mintában – a munka speciális nehézségei dacára – magasabb a vállalt gyerekek száma. A hagyományos rizikótényezőkkel való kontrollálás után a szerepkonfliktus a nőgyógyászati problémák és a művi abortuszok fontos magyarázó tényezőjének bizonyult.

A kvalitatív kutatás tartalomelemzése során sok szemponttal gazdagodott az orvosnői szerepkonfliktus problematikája. Az interjúkból kirajzolódott a szerepkonfliktus hangsúlyos jelenléte, iránya (család *versus* munkahely) és megjelenésének legkritikusabb időszaka is. Mindezek alapján elmondható, hogy számos tekintetben az életút fordulópontját jelentette a gyermekvállalás: hatása mind a hivatásra, mind pedig a családi

életre nézve alapvető volt. A munka és a családi kötelezettségek összehangolása – a rövid szülési szabadság ellenére – igen jelentős kihívást jelentett, sok esetben maga után vonva a munkahely- és/vagy a szakváltás szükségességét. A szerepkonfliktust felerősítette a házastárs hasonló hivatásválasztása is: speciális stresszterhet jelentett az ügyeleti/éjszakai munkák összehangolása. A különböző szerepekben való szimultán megfelelés azok számára volt sikeresen kivitelezhető, aki jelentős családi segítséget kaptak.

Megbeszélés

Vizsgálatunkban kimutattuk, hogy az orvosnők körében az egyes krónikus betegségek prevalenciája magasabb, mint más diplomás foglalkozásúak esetében. Fontos megállapításunk továbbá, hogy egyes krónikus megbetegedések korábbi életkorban jelennek meg, valamint a krónikus megbetegedések halmozódása szignifikánsan magasabb az orvosnői csoportban. A vizsgált orvosnők körében az önkezelés, az öngyógyszerezés és a szűrővizsgálatokon való nem megfelelő részvétel is jellemző.

Megállapítottuk, hogy a munkamegterhelés tekintetében az orvosnői csoport kedvezőtlenebb képet mutatott. Mind a munkahelyek számában, mind a változó munkabeosztásban, mind pedig az egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezésben szignifikáns eltérés jelentkezett a két csoport között. Szignifikánsan nagyobb arányú szerepkonfliktusról számolt be továbbá az orvosnői csoport. A kvantitatív és a kvalitatív vizsgálat eredményeinek együttes értelmezése az mutatja, hogy a megkérdezett orvosnők a gyermekvállalás, valamint a kisgyermek-gondozás és -nevelés szempontjában kitüntetett időszakban (24 és 40 éves koruk között) láttak el a legnagyobb arányban éjszakai munkát, túlmunkát, és vállaltak mellékállást. Mindez azt mutatja, hogy a szerepkonfliktus kialakulásának

legveszélyeztetettebb időszaka a fiatal életkor. Kutatásunk eredményei szerint az orvosnők körében előforduló egyes reprodukciós zavarok egyértelműen összefüggtek a munkahelyi és családi életben megjelenő konfliktusok mértékével.

Fontos megállapítanunk, hogy a munkamegterhelés és a munkastressz legfontosabb tényezői (hosszú munkaidő, több munkahely, illetve változó műszakbeosztás, valamint a kiégés emocionális kimerülés komponense) önmagukban nem mutattak szignifikáns kapcsolatot a krónikus megbetegedésekkel. A munkamegterhelés és a munkastressz fenti összetevői azonban az alvászavarok és a szerepkonfliktus fontos háttértényezőiként rajzolódtak ki. Feltételezető, hogy mind az alvászavarok, mind pedig a szerepkonfliktusok az emocionális és fizikális stressz közvetítőiként vállaltak kulcsszerepet a krónikus megbetegedések gyakoriságának alakulásában.

Összefoglalva: a magas orvosnői morbiditás mögött eredményeink szerint három tényező hatásmechanizmusa figyelhető meg – az egészségre ártalmas anyagokkal való érintkezés, az alvászavarok megléte és a szerepkonfliktus problémája. E három tényező többváltozós modellben való elemzése azt mutatta, hogy hatásuk a hagyományos kockázati tényezők mellett jelentős további magyarázó tényezőként jelentkezett. Mindezek az eredmények kiindulópontként szolgálhatnak az orvosnői morbiditás problémájának további beható vizsgálataihoz.

Idézett irodalom:

Balog J (1978): A magyarországi orvosok halálozása az 1960-1964 években. Népegészségügy, 59: 250-259.

Bryman A (2005): A kvalitatív és a kvantitatív módszerek összekapcsolása. In: Letenyei L (szerk.): Településkutatás szöveggyűjtemény. Budapest, Ráció Kiadó, 371-393.

Carpenter LM, Swerdlow AJ, Fear NT (1997): Mortality of doctors in different specialities: Findings from cohort of 20000 NHS hospital consultants. Occupational and Enviromental Medicine, 54 (6): pp. 388-395.

Clarke D, Singh R (2004): Life events, stress appraisals and hospital doctors' mental health. New Zealand Medical Journal, 117 (1204): 8.

Firth-Cozens J (2007): Improving the health of psychiatrist. Advances in Psychiatrist Treatment, 13 (3): pp. 161-168.

Frank E, Biola H, Burnett CA (2000): Mortality rates and causes among U.S. physicians. American Journal of Preventive Medicine, 19 (3): pp. 155-159.

Hegedűs K, Riskó Á (2006): Súlyos betegekkel foglalkozó egészségügyi dolgozók testi- és lelkiállapota. In: Kopp M, Kovács M (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis, Budapest, 302-313.

Huisman M (2005): Educational inequalities in cause specific mortality in middle aged and older men and women in eight Western European populations. Lancet, 365: 493-500.

Innos K, Rahu K, Baburin A, Rahu M (2002): Cancer incidence and cause-specific mortality in male and female physicians: A cohort study in Estonia. Scandinavian Journal of Public Health, 30 (2): pp.133-140.

Juel K, Mosbech J, Hansen ES (1999): Mortality and causes among Danish medical doctors 1973-1992. International Journal of Epidemiology, 28 (83): pp.456-460.

Knesebeck O, Verde PE, Dragano N (2006): Education and health in 22 European countries. Soc Sci Med, 63: 1344-1351.

Léderer P (2002): A társadalomtudományi mérés természetéről. In: Léderer P: A szociológus, a módszerei, meg a szövege. Budapest, Új Mandátum, 38-47.

Molnár L, Mezey M (1991): Az orvosok megbetegedéséről és halandóságáról. I-III. Lege Artis Medicinae, (8): 524-528., (9-10): 640-644, (11): 966-970.

MÜTT 2003: Magyar Üzemegészségügyi Tudományos Társaság Kongresszusa, Hazay B, Kővágó I, Grónai É (2003): A burn-out szindróma foglalkozás-egészségügyi kockázatai. OMFI-vizsgálat, 2002.

Novák M, Dunai A, Mucsi I (2006): Az alvászavarok hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács M (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis, Budapest, 532-536.

Rurik I, Kalabay L (2008): Morbidity, demography, life style and self-perceived health of Hungarian medical doctors 25 years after graduation. Medical Science Monitor, 14(1): pp.1-8.

Schernhammer ES, Colditz GA (2004): Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (meta-analysis). American Journal of Psychiatry, 161 (12): pp. 2295-2302.

Tyssen R (2007): Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. Industrial Health, 45 (5): pp. 599-610.

Williams SV, Munford RS, Colton T, Murphy DA, Poskanzer DC (1971): Mortality among physicians: A cohort study. Journal of Chronic Diseases, 24 (6): pp. 393-401.

A témában megjelent saját publikációk:

Cikkek

Győrffy Zs, Ádám Sz, Kopp M (2009): Morbiditás és háttértényezői a magyarországi orvosnők körében. Lege Artis Medicinae, in press.

László K, **Győrffy Zs,** Ádám Sz, Csoboth Cs, Kopp M (2008): Work-related stress factors and menstrual pain: a nation-wide representative survey. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 29 (2): 133–138**.**

Ádám, Sz., **Győrffy, Zs.,** Susánszky, É. (2008). Physician burnout in Hungary: a potential role for work-family conflict. Journal of Health Psychology**, (**13) 847-856.

Ádám Sz**, Győrffy Zs,** Harmatta J, Túry F, Kopp M, Szényei, G (2008): A magyarországi pszichiáterek egészségi állapota. Psychiatria Hungarica, in press.

László K, **Győrffy Zs,** Salavecz Gy, Ádám Sz, Kopp M (2007): Munkahelyi stressztényezők kapcsolata a fájdalmas menstruációval. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika 8 (3): 229-239.

Ádám Sz, **Győrffy Zs,** Kopp M (2007): A nők helyzete a tudományos pályán: kihívások és lehetőségek. Magyar Tudomány, 2007. február.

Ádám Sz, **Győrffy Zs,** Csoboth Cs (2006): Kiégés (burnout) szindróma az orvosi hivatásban. Hippocrates, VIII/2: 113-117.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Csoboth Cs, Kopp M (2005): Az öngyilkossági gondolatok előfordulása és pszichoszociális háttértényezői az orvostársadalomban. Psychiatria Hungarica, 20 (5): 370-379.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Kopp M (2005): A magyarországi orvostársadalom egészségi állapota – országos reprezentatív minta alapján. Orvosi Hetilap, 146. évfolyam 26. szám (2005. június 26.): 1383-1393.

Győrffy Zs, Ádám Sz (2004): Az egészségi állapot, a munka-stressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. Szociológiai Szemle, 2004/3. (11. évf.): 107-128.

Győrffy Zs, Ádám Sz (2004): Az orvosnői hivatás magatartástudományi vizsgálata. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 5 (1): 27-53.

Győrffy Zs, Lőrincz J, Ádám Sz, Kopp M (2004): A művi abortuszok alakulásának pszichoszociális háttértényezői országos reprezentatív minta alapján. Lege Artis Medicinae, 14(7): 412-419.

Győrffy Zs, Mészáros E, Ádám Sz, Kopp M (2004): Az egészségügyben dolgozó nők gyermekvállalással és terhességgel kapcsolatos mutatói országos reprezentatív minta alapján. Mentálhigiéné és Pszichoszomatika, 5 (4): 321-333.

Győrffy Zs, Ádám Sz (2003): Szerepkonfliktusok az orvosnői hivatásban. Lege Artis Medicinae, 13(2): 159-164.

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2003): Orvosnők az anyaságról. Esély, 2003/3: 86-92.

Idézhető absztraktok

Neculai K, Salavecz Gy, Ádám Sz**, Győrffy Z**s, Szabó Sz, Kopp M (2007): Effort-reward imbalance and menstrual pain: results from the Hungarostudy Epidemiological Panel 2006. 3rd Cell Stress Society International Congress on Stress Responses in Biology and Medicine and 2nd International Congress of Stress Research, Budapest, Hungary, 23-26 August 2007.

Ádám Sz, **Győrffy Zs,** Neculai K, Balog P, Martos T, Kopp M (2007): High prevalence of work-family conflict in the Hungarian population: potential stressors and consequences. 3rd Cell Stress Society International Congress on Stress Responses in Biology and Medicine and 2nd International Congress of Stress Research, Budapest, Hungary, 23-26 August 2007.

Ádám Sz, **Győrffy Zs**, Susánszky É (2007): High prevalence of work-family conflict among female physicians: lack of individual and organisational support as potential antecedents. 27th European Conference on Psychosomatic Research, 21th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Maastricht, Netherlands, 15-18 August 2007.

Ádám Sz, **Győrffy Zs,** Harmatta J, Túry F, Szényei G (2007): A hazai pszichiáterek életminősége – hátrányban vannak-e a nők? Magyar Pszichiátriai Társaság XIV. Vándorgyűlése, Miskolc, 2007. január.

Túry F, Szényei G, Harmatta J, Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2007): A hazai pszichiáterek életminősége – testi egészség és a pszichoszomatikus zavarok. Magyar Pszichiátriai Társaság XIV. Vándorgyűlése, Miskolc, 2007. január.

Ádám Sz**, Győrffy Zs,** Susanszky É (2007): Associations between work-family conflict and lack of support among physicians. Psychology and Health, 1: 212.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Kopp, M (2006): The physician's profession in Hungary: High prevalence of psychiatric and somatic morbidity. Psychology and Health, 21: 61.

Neculai K, **Győrffy Zs**, Ádám Sz, Kopp M (2006): Work-related correlates of menstrual pain in Hungarian women: a national representative survey. 26th European Conference on Psychosomatic Research, Cavtat/Dubrovnik, Croatia, September 27 – 30 2006.

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2006): High prevalence of work-family conflict among female physicians in Hungary: sources and adverse health outcomes, 26th European Conference on Psychosomatic Research, Cavtat/Dubrovnik, Croatia, September 27 – 30, 2006.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Kopp M (2006): The physician's profession in Hungary: High prevalence of psychiatric and somatic morbidity, 20th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Warsaw, Poland, 30 Aug – 2 Sept 2006.

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2006): Burnout among Hungarian female and male physicians: prevalence and potential precursors, 20th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Warsaw, Poland, 30 Aug – 2 Sept 2006.

Ádám Sz, **Győrffy Zs**, Csoboth Cs (2006): Burnout szindróma az orvosi hivatásban, Magyar Pszichiátriai Társaság XIII. Vándorgyűlése, Budapest, 2006. február.

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2006): Burnout among Hungarian female and male physicians: prevalence and potential precursors. Psychology and Health, 21: 10.

Neculai K, **Győrffy Zs,** Ádám Sz, Kopp M (2006): Work-related correlates of menstrual pain in Hungarian women: a national representative survey. Journal of Psychosomatic Research, 61: 3.

Ádám Sz, **Győrffy** Zs (2006): High prevalence of work-family conflict among female physicians in Hungary: Sources and adverse health outcomes. Journal of Psychosomatic Research, 61: 3.

Ádám Sz, **Győrffy Zs**, Kopp M (2005): Az öngyilkossági gondolatok prevalenciája és pszichoszociális háttértényezőik az orvostársadalom körében. Magyar Pszichiátriai Társaság XII. Vándorgyűlése, Budapest, 2005. január.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Kopp, M (2004): Assessment of maternal reproductive morbidity among female physicians in Hungary. Psychology and Health, 19: 71.

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2004): Role conflict among female physicians in Hungary: causes, effects and coping strategies. Psychology and Health, 19: 8.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Kopp M (2004): High Prevalence of Reproductive Morbidity Among Female Healthcare Professionals in Hungary: Results from a Nationwide Representative Survey. Satellite of the 8th International Congress of Behavioural Medicine, Mainz – Budapest, Germany – Hungary, 25-28 August 2004.

Ádám Sz, **Győrffy Zs,** Kopp M (2004): High Morbidity and Inattentive Health Behaviours among Hungarian Physicians: A Cause of High Mortality? Satellite of the 8th International Congress of Behavioural Medicine, Mainz – Budapest, Germany – Hungary, 25-28 August 2004.

Győrffy Zs, Ádám Sz (2004): Assessment of Maternal Reproductive Morbidity among Female Physicians in Hungary. 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Helsinki, Finland, 21-24 June 2004.

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2004): Role Conflict among Female Physicians in Hungary: Causes, Effects and Coping Strategies. 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Helsinki, Finland, 21-24 June 2004.

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2004): A szerepkonfliktus patogenetikai tényezői és következményei a magyar orvosnők körében, Magyar Pszichiátriai Társaság XI. Vándorgyűlése, Szeged, 2004. január.

Győrffy Zs, Ádám Sz (2003): Women in Medicine: A Pilot Study Exploring Pregnancy Complications and Outcomes Among Female Physicians in Hungary. 17th Conference of the European Health Psychology Society, Kos, Greece, 24-27 September 2003.

Győrffy Zs, Ádám Sz (2003): „Az orvosnők korán halnak?" A család, a hivatás és az egészségi állapot összefüggései a magyarországi orvosnők körében. Magyar Pszichiátriai Társaság X. Vándorgyűlése, Sopron, 2003. január

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2003): Licence to die early: a pilot study exploring role conflict amongst female physicians in Hungary. 8th European Congress of Psychology, Vienna 6-11 July 2003.

Ádám Sz, **Győrffy Zs** (2003): Orvosnők az anyaságról. IV. Magatartástudományi napok, Pécs 2003. június.

Könyvfejezetek

Győrffy Zs, László K, Ádám Sz & Kopp M. (2008): Equity in Reproductive Health in Central and Eastern Europe: The Hungarian Experience. In: Equity in Access to Health Promotion, Treatment and Care for European Women, University Press, Kassel, in press.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Harmatta J, Túry F, Szényei G (2008): Pszichiáternők életminősége és egészségi állapota. In: Kopp M (szerk.): Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest, 356-365.

Kopp M, **Győrffy Zs,** Ádám Sz (2008): A magasabb végzettségű nők hátrányos helyzete – miért nem születhetnek meg a kívánt gyermekek? In: Kopp M (szerk.): Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest. 250-254.

Ádám Sz, **Győrffy Zs**, László K (2008): A családi és munkahelyi szerepek közötti konfliktus és a pszichés jól-lét mutatók kapcsolata. In: Kopp M (szerk.): Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest, 260-266.

László K, **Győrffy Zs**, Salavecz Gy, Ádám Sz (2008): Munkahelyi stresszt ényezők és a fájdalmas menstruáció. In: Kopp M (szerk.): Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban. Semmelweis Kiadó, Budapest 328-355.

Győrffy Zs, Ádám Sz, Pilling J (2006): Az orvosok testi és lelki egészségi állapota. In: Szántó Zs, Susánszky É (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest, 105-117.

Győrffy Zs, Ádám Sz (2006): Az életminőség alakulása az orvosnői hivatásban. In: Kopp M, Kovács M (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 314-324.

Győrffy Zs, Lőrincz J, Ádám Sz, Kopp M (2006): Gyermekvállalás, magzatvesztés és életminőség. In: Kopp M, Kovács M (szerk.): A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 263-273.

Ádám Sz, László K, **Győrffy Zs** (2006): A deviáns viselkedés. In: Szántó Zs, Susánszky É (szerk.): Orvosi szociológia. Semmelweis Kiadó, Budapest, 55-73.