

Magyar családorvosok egészségi állapotának, életmódjának vizsgálata

Mohos András dr.¹ ■ Varga Albert dr.¹ ■ Hargittay Csenge dr.²
Csatlós Dalma dr.² ■ Kalabay László dr.² ■ Torzsa Péter dr.²

¹Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Családorvosi Intézet és Rendelő, Szeged

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

Bevezetés: A családorvosok testi, lelki egészségi állapota hatással van a munkavégzésükre, a betegellátás minőségére, ezáltal a társadalom egészségmutatóira is. Az életmód pedig az egyik legjelentősebb, egészségi állapotot befolyásoló tényező.

Célkitűzés: A vizsgálat célja a magyar háziorvosok egészségi állapotának és az azt befolyásoló életmódtényezőknek a felmérése.

Módszer: Keresztmetszeti vizsgálat. Kvantitatív, papíralapú felmérés családorvosok körében (n = 569, életkor 54 ± 10 év, nők 42%).

Eredmények: A háziorvosok 61%-a túlsúlyos vagy elhízott, 88%-ának a vércukorszintje ≤5,5 mmol/l. A résztvevők 50%-a legalább heti rendszerességgel végez testmozgást, 20%-uk egyáltalán nem. A háziorvosok 13%-a dohányzik jelenleg, 5%-a tekinthető nagyivónak. Enyhe fokú depressziós tünetegyüttes 19%-uknál, közepes fokú 6%-uknál, súlyos fokú 5%-uknál fordult elő. A súlyos fokú kiégés mindkét nemben, mindhárom dimenzióban 18–39% volt.

Következtetés: A magyar háziorvosok általános egészségi állapota nem mondható jobbnak sem a hazai nem orvos populációénál, sem a külföldi orvoskollégáknál. A magyar háziorvosok dohányzási mutatói kedvezőbbek a lakossági adatoknál, míg az alkoholfogyasztás terén kedvezőtlenebb eredményeket kaptunk. Nemzetközi összehasonlításban, a káros szenvedélyek terén a hazai kollégák eredményei jónak tekinthetők. A depresszió és a kiégés gyakori előfordulása jelentős probléma a háziorvosok körében. Mentális egészségük monitorozása és gondozása a hatékony egészségügyi ellátórendszer kulcskérdése.

Orv Hetil. 2021; 162(12): 449–457.

Kulcsszavak: egészség, lelki egészség, családorvos, háziorvos, életmód

Examination of the health status and health behaviors of Hungarian family physicians

Introduction: General practitioners' somatic and mental health status have an impact on their work and the quality of care they provide and thus influence the health indicators of the society. Lifestyle is one of the most important influencing factors of health.

Objective: The study aims to assess the health status of Hungarian general practitioners and the lifestyle factors influencing it.

Method: Cross-sectional study. Quantitative, paper-based questionnaire among general practitioners (n = 569, age 54 ± 10 years, female 42%).

Results: 61% of family physicians are overweight or obese, 88% of them have blood glucose level ≤5.5 mmol/l. 50% of the participants do exercise at least once a week, 20% do not take any exercise at all. 13% currently smoke, 7% are considered heavy drinkers. Mild, moderate and severe depression symptoms occurred in 19%, 6% and 5% of them, respectively. A severe level of burnout syndrome was reported in 18–39% in both sexes, in all three dimensions.

Conclusion: The health status of Hungarian general practitioners is not better than that of the non-medical Hungarian population or than that of foreign colleagues. The smoking indicators of Hungarian doctors are more favorable than the Hungarian population data, while we obtained worse results in the field of alcohol consumption. In international comparison, the results of Hungarian colleagues in the field of smoking and alcohol consumption are good. The frequent occurrence of depression and burnout is a significant problem among family physicians. Monitoring and caring for their mental health is a key factor in the effective health care system.

Keywords: health, mental health, general practitioner, family physician, lifestyle

Mohos A, Varga A, Hargittay Cs, Csatlós D, Kalabay L, Torzsa P. [Examination of the health status and health behaviors of Hungarian family physicians]. Orv Hetil. 2021; 162(12): 449–457.

(Beérkezett: 2020. június 26.; elfogadva: 2020. augusztus 16.)

Rövidítések

BDI = (Beck Depression Inventory) Beck Depresszió Kérdőív; DSM = (diagnostic and statistical manual of mental disorders) mentális betegségek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve; ELEF = Európai lakossági egészségfelmérés; KSH = Központi Statisztikai Hivatal; MÁESZ = Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja; PRIME-MD = (primary care evaluation of mental disorders) a mentális zavarok alapellátásának értékelése; OECD = (Organisation for Economic Co-operation and Development) Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

Generációk ismerik és teszik fel a kérdést tréfásan orvos ismerősüknek: „Doktor úr, a maga szíve sose fáj?” Azt már kevesebben tudják, hogy ez a mondat Melchior doktor dalának nyitó mondata Huszka Jenő és Fischer Sándor Szabadság, szerelem című daljátékában, melyet Jókai Mór Politikai divatok című műve ihletett [1]. Talán a szerzők sem gondolták, hogy könnyed hangvételben ugyan, de milyen jelentős témát érintenek. Az egészségügy kifejezetten humán erőforrás-igényes ágazat, a benne dolgozók egészsége érték, amely közvetve kihatással van a komplett egészségügyi rendszer működésére, ezáltal a lakosság egészségi állapotára. Mindemellett az orvosok példaként szolgálnak a betegek számára, így az orvostársadalom megbetegedéseinek, egészségkárosító szokásainak közvetve jelentős hatásuk lehet az egész társadalomra [2].

Az alapellátás az egészségügy egyik alappillére. Számos tanulmány igazolja, hogy az erős alapellátással rendelkező egészségügyi rendszerek hatékonyabban és jellemzően gazdaságosabban működnek [3, 4]. Így érdemes az alapellátó rendszer gerincét adó házi orvosok egészségi állapotát külön is tanulmányozni, ám eddig kevés, célzottan rájuk vonatkozó kutatás történt hazánkban.

Az egészség dinamikusan változó állapot, így kiemelt jelentőségű azon tényezők ismerete, amelyek befolyásolhatják. Ezen tényezők bemutatására alkalmas az 1974-ben bemutatott *Lalonde*-modell, amely négy faktort azonosít, melyek eltérő mértékben befolyásolják az egészségi állapotot: genetikai-biológiai tényezők (27%), környezet (19%), életmód (43%), illetve egészségügyi ellátás (11%) [5]. A felsorolt arányszámok területenként és időszakonként eltérőek lehetnek, azonban a fentiek érvényességét igazolja az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2010. évi egészségfejlesztési stratégiájának modellje, amely szintén a felsorolt négy tényezőt veszi alapul [6]. A hazai egészségfelmérések is a helytelen táplálkozást, a mozgásszegény életmódot, a túlsúlyt, a dohányzást és a szeszesital-fogyasztást tartják számon fő egészséggrizikó-faktorként [7, 8].

Az egészségügyi dolgozók, orvosok egészségi állapotával, életmódi szokásaival, az orvosi hivatás egészségére gyakorolt hatásával foglalkozó nemzetközi vizsgálatok alapján a fokozott munkahelyi stressz és a jelentős munkahelyi terhelés jelentős rizikófaktor. Az elhízás – mint

jelentős cardiovascularis rizikófaktor – a társadalom egészéhez hasonlóan az orvospopulációban is jelentős probléma. Az orvosok dohányzási szokásai jellemzően kedvezőbbek az általános társadalmi adatoknál, míg az alkoholfogyasztási szokások sok esetben kedvezőtlenebbek. További probléma, hogy az orvosok sok esetben nem fordítanak kellő figyelmet saját egészségi állapotukra, a megfelelő szűrési, gondozási tevékenységekben páciensként való részvételre [9–15].

A szomatikus betegségek mellett nem szabad elfeledkezi a kollégák lelki egészségéről, mentális állapotáról sem. Az egészségügyi ellátórendszerben elfoglalt speciális szerepük következtében (nagy számú orvos-beteg találkozás, jelentős fizikai, pszichés, mentális igénybevétel) a kiegészítő szempontjából, a depresszió, valamint a szorongásos kórképek kialakulása kapcsán az egyik legveszélyeztetettebb a házi orvoslás. A kiegészítő előfordulása az elmúlt évtizedekben folyamatosan növekszik, valamint igen korán jelentkeznek a gyógyítók pályafutása során [16–19]. Az egészségügyi dolgozók kiegészítése az ellátás valamennyi szereplőjére hatással van: amellet, hogy az orvosok, szakdolgozók egészségi állapotát közvetlenül befolyásolja, közvetve – az ellátás minőségén keresztül – a betegek gyógyulására, valamint elégedettségére is kihat, továbbá befolyásolja a munkakörnyezetet is. A kiegészítő szomatikus és mentális megbetegedésekhez vezethet. A kiegészítő szindrómában szenvedők körében gyakoribb a koffein- és az alkoholfüggőség, a dohányzás és a drogfogyasztás [20, 21]. Több tanulmány igazolja a kiegészítő negatív hatását a betegellátás minőségére mind az orvosok, mind a szakdolgozók szintjén [22, 23].

Vizsgálatunk célkitűzése

A magyar családorvosok egészségügyi állapotának felmérése, különös tekintettel az alábbi tényezők vizsgálatára:

- elhízás,
- vércukorszint,
- vérkoleszterinszint,
- vérnyomásmérési szokások, magasvérnyomás-betegség előfordulása,
- testmozgás,
- dohányzási szokások,
- alkoholfogyasztási szokások,
- depresszió,
- kiegészítő.

Módszer

A részt vevő családorvosok egészségi állapotának felmérése a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszékének munkatársai által összeállított kérdőív felhasználásával történt. A papíralapú kérdőíveket a házi orvosok számára a Tanszék által 2016. szeptember és 2019. március között szervezett, kötelező szinten tartó előadás-sorozatokon személyesen adtuk át. A válaszadás önkéntes alapon, anonim módon történt.

A kérdőív első részében a résztvevők demográfiai adataira (nem, életkor, családi állapot, a praxis adatai) kérdeztünk rá. A speciálisan a családorvosok számára összeállított kérdőív a továbbiakban 15 témakört vizsgált (testtömegindex; vérnyomás; vércukorszint; vérkoleszterinszint; krónikus betegség előfordulása; rendszeres gyógyszeresedés; depresszió; kiégés; az étellel való elégedettség; dohányzási szokások; alkoholfogyasztási szokások; testmozgás; alvási szokások; az obstruktív alvási apnoéhoz kapcsolódó ismeretek; az elhízáshoz mint betegséghez kapcsolódó ismeretek). Az adatok megadása önbevallás alapján történt, méréseket nem végeztünk, orvosi dokumentációt nem kértünk. A depresszió előfordulásának és mértékének mérésére a rövidített Beck Depresszió Kérdőívet (BDI) alkalmaztuk. Ennek segítségével a vizsgáló a felmérésben szereplő személy által adott válaszokat 1-től (egyáltalán nem jellemző) 4-ig (teljesen jellemző) tartó skálán pontozza külön-külön, majd az ezekből kapott összesített pontszám alapján a vizsgált egyénre jellemző depressziós állapot mértékét határozhatja meg (normál: 0–9 pont; enyhe: 10–18 pont; közepesen súlyos: 19–25 pont; súlyos: 26 pont feletti érték). A családorvosok közötti kiégés (burnout) előfordulásának arányát és fokát a Maslach Burnout Kérdőívvel mértük fel. A 22 állítást tartalmazó kérdőív a kiégés három dimenzióját vizsgálja: érzelmi kimerülés (9 állítás), deperszonalizáció (5 állítás), teljesítménycsökkenés (8 állítás). A résztvevők hétfokozatú Likert-skálán (0–6) értékelik, hogy milyen gyakran észlelik az egyes állításokat. Az egyes dimenziók összpontszámának harmadolásával három osztályt – alacsony, közepes és súlyos – alakítottak ki. Súlyos fokú emocionális kimerülésről 27 pont felett, deperszonalizációról 10 pont felett, teljesítménycsökkenésről 33 pont alatt beszélünk.

Felmérésünkben összesen 569, hazánkban praktizáló családorvos adatait dolgoztuk fel, a válaszadási arány 62% volt. A teljes mintában a férfiak aránya 58% volt. A felmérésben részt vevő családorvosok összesített átlagéletkora 54 ± 10 év volt. A nők átlagéletkora 53 ± 9 év, a férfiaké 55 ± 9 év volt. A kérdőívek statisztikai elemzését MS Excel 2007 (Microsoft Corporation, Redmond, WA, Amerikai Egyesült Államok) és SPSS 23.0 statisztikai elemzőprogram (IBM Corporation, Armonk, NY, Amerikai Egyesült Államok) segítségével végeztük.

A vizsgálatunkban részt vevő háziorvosok eredményeit két csoporttal hasonlítottuk össze. A teljes hazai népeséget reprezentáló lakossági felmérések eredményeivel, valamint más országokban tevékenykedő orvos-, háziorvos-kollégák eredményeivel. Az első csoporttal való összevetés az azonos kulturális, társadalmi közeg, a második csoporttal való a tevékenységük hasonló jellege, a hasonló munkahelyi hatások miatt érdekes. A hazai lakossággal való összehasonlítás során igyekeztünk minél frissebb, reprezentatív felmérések adatait, illetve nagy elemszámú publikációk adatait felhasználni. Ahol lehetőség adódott rá, ott a teljes lakosság mellett kiemelten a felsőfokú végzettséggel rendelkezőkkel végeztük az öss-

szehasonlítás. Munkánk során több, eltérő módszertannal és kérdéskörrel foglalkozó lakossági felmérés eredményeit is felhasználtuk:

- Statisztikai Tükör: Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017 [7].
- Egészségjelentés 2016: Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján [8].
- Társadalmi helyzetkép 2010 [24].
- „Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogram”-jának (MÁESZ) 2016. évi és 2010–2016 közötti összefoglaló adatai.
- A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok. (A 2019-ben végzett lakossági egészségfelmérés adatai még nem érhetőek el, 2020 őszén küldik el őket az Eurostatnak jóváhagyásra.)

A nemzetközi adatokat nyilvánosan elérhető adatbázisokból (például OECD-adatbázis), valamint releváns publikációkból szereztük.

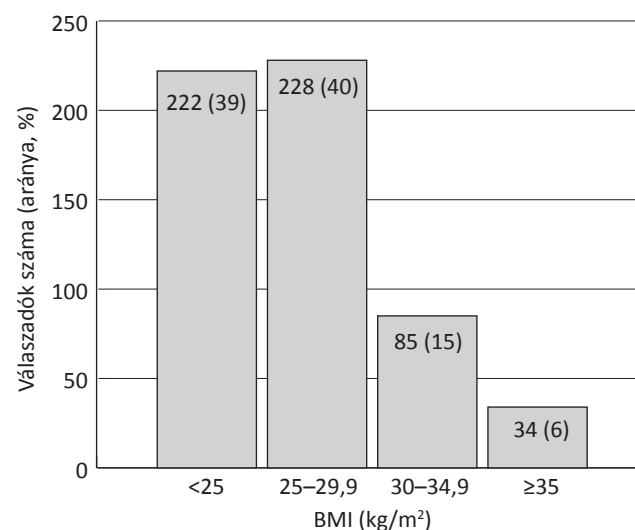
Eredmények

A megkérdezett háziorvosok ($n = 569$) 39%-a normál testtömegű, 40%-a túlsúlyos, 15%-a elhízott, 6%-a pedig kórosan elhízott volt (1. ábra).

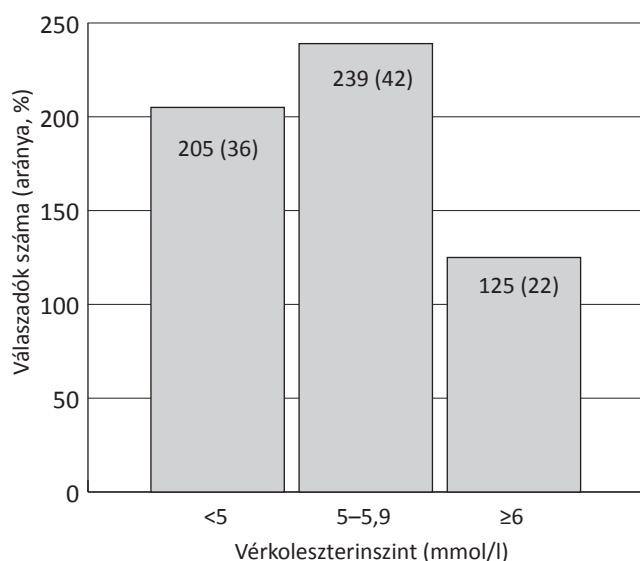
A háziorvosok ($n = 569$) 36%-ának koleszterinszintje volt a normáltartományban, 42%-ának 5 és 5,9 mmol/l között volt, míg 22%-ának 6 mmol/l felett (2. ábra).

Az éhomi vércukorszint a vizsgálatban részt vevő családorvosok ($n = 569$) 88%-ánál $\leq 5,5$ mmol/l volt, 9%-ánál 5,6 és 6,9 mmol/liter közötti, 3%-ánál pedig elérte vagy meghaladta a 7 mmol/litert (3. ábra).

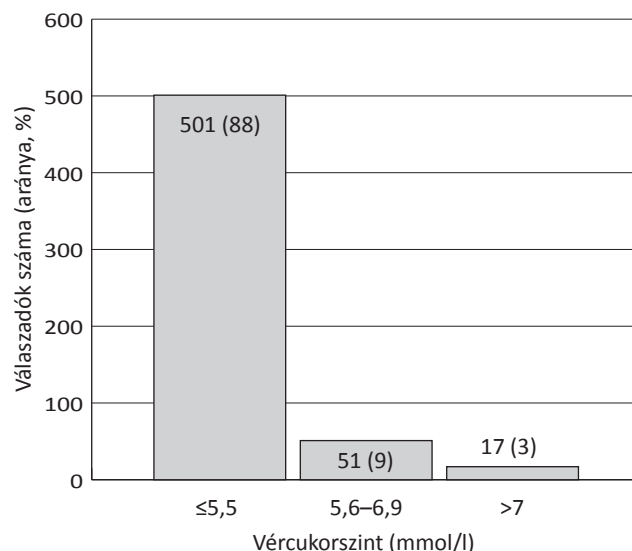
A válaszadók ($n = 569$) 65%-a legalább havonta, 25%-uk legalább fél évente megméri a vérnyomását. 7% több mint egy éve nem mérte a vérnyomását, további 3%



1. ábra | A háziorvosok testtömegindex (BMI) szerinti megoszlása ($n = 569$)



2. ábra | A háziorvosok vérkoleszterinszintje (n = 569)



3. ábra | A háziorvosok éhomi vércukorszintje (n = 569)

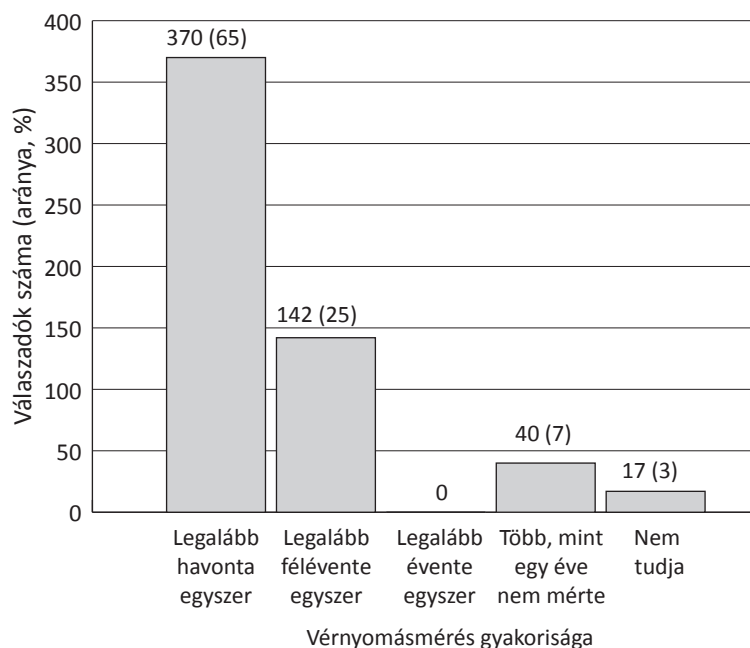
pedig egyáltalán nem tudja az utolsó mérés időpontját. A családorvosok válaszai alapján 94%-uk vérnyomása 140/90 Hgmm alatt volt, míg 6% esetén a systolés és a diastolés vérnyomásértékek közül legalább az egyik meghaladta a 140 Hgmm-es, illetve 90 Hgmm-es normálértéket (4. ábra).

Aktív testmozgást a válaszadók (n = 500) 20%-a egyáltalán nem, 30%-uk kevesebb mint heti egy alkalommal, 22%-uk hetente egyszer, 28%-uk pedig hetente többször is végez (5. ábra).

A családorvosok (n = 556) 58%-a sohasem dohányzott; 29%-uk korábban dohányzott, de mára már leszokott, 13%-uk pedig ma is aktív dohányos (6. ábra).

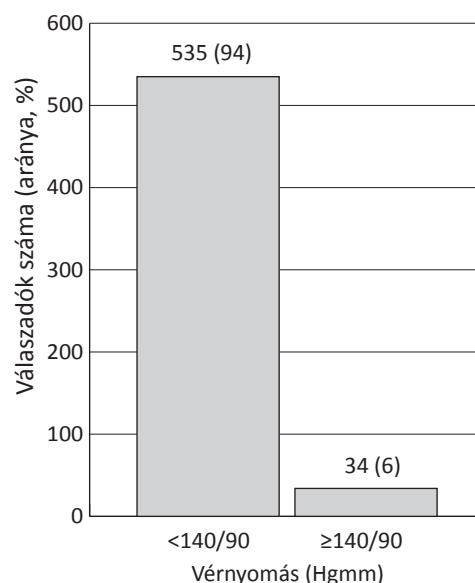
Alkoholt a háziorvosok (n = 434) 16,5%-a hetente négy vagy annál is több alkalommal, 20%-uk hetente két-három alkalommal, 21,5%-uk havonta kétszer–négyyszer, 29%-uk havonta egyszer vagy még annál is ritkábban, 13%-uk pedig sohasem fogyaszt. A válaszadók (n = 372) 78%-a hetente 8 egységnyinél kevesebb alkoholt fogyaszt, 14%-uk 8,1–15 egység alkoholt iszik, 3%-uk heti alkohol-

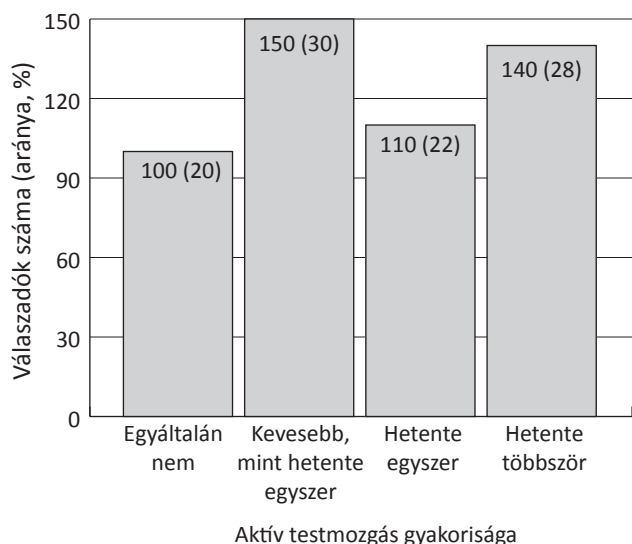
Milyen gyakran méri a vérnyomását?



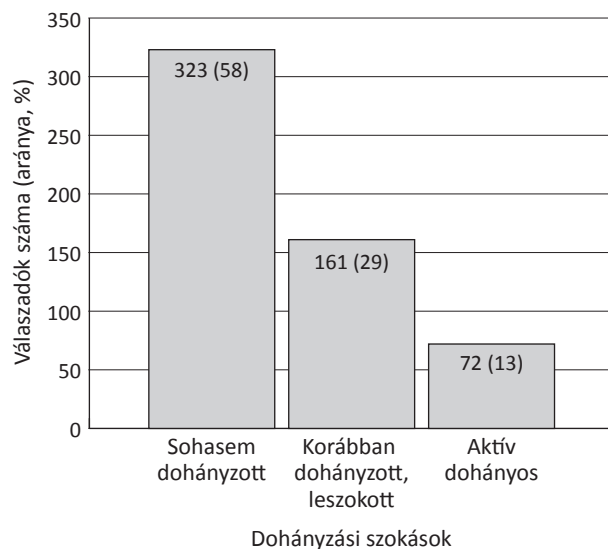
4. ábra | A háziorvosok vérnyomásmérési szokásai (n = 569)

Mennyi volt a vérnyomása az utolsó mérés alkalmával?





5. ábra | Az aktív testmozgás gyakorisága a házi orvosok körében (n = 500)



6. ábra | A házi orvosok dohányzási szokásai (n = 556)

fogyasztása pedig 15,1–21 egységnyire rúg. A családorvosok 5%-a 21 egységnél több alkoholt fogyaszt heti rendszerességgel, vagyis nagyívónak tekinthető (7. ábra).

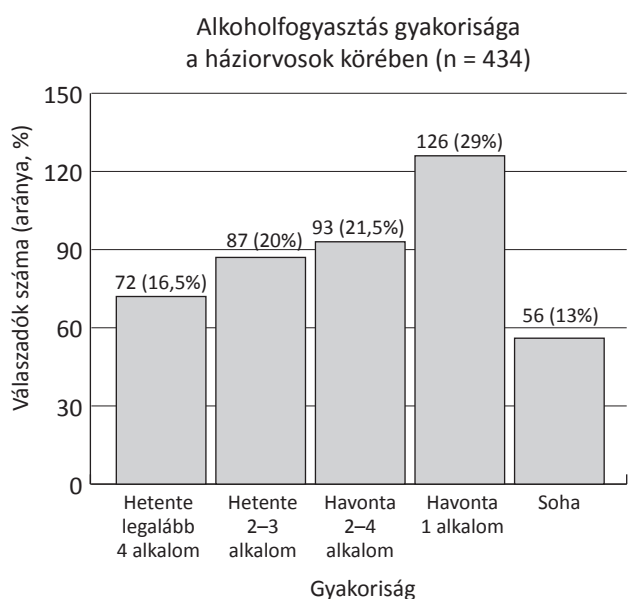
A felmérésben szereplő családorvosok körében (n = 417) az enyhe fokú depressziós tünetegyüttes (BDI: 10–18 pont) 19%-ban jelentkezett, a közepes fokú depressziós tünetegyüttes (BDI: 19–25 pont) 6%-uknál, míg a súlyos fokú depressziós tünetegyüttes (BDI: ≥26 pont) 5%-uk esetében volt kimutatható (8. ábra).

Nem találtunk szignifikáns különbséget a kiegészítő szempontjából a két nem között. Közepes fokú emocionális kimerülés a férfi családorvosok (n = 200) 22%-ánál, a női családorvosok (n = 288) 18%-ánál fordult elő, míg súlyos fokú emocionális kimerülés a vizsgálatban a két nemnél 23%, illetve 27% volt. Közepes fokú deperszonalizáció a

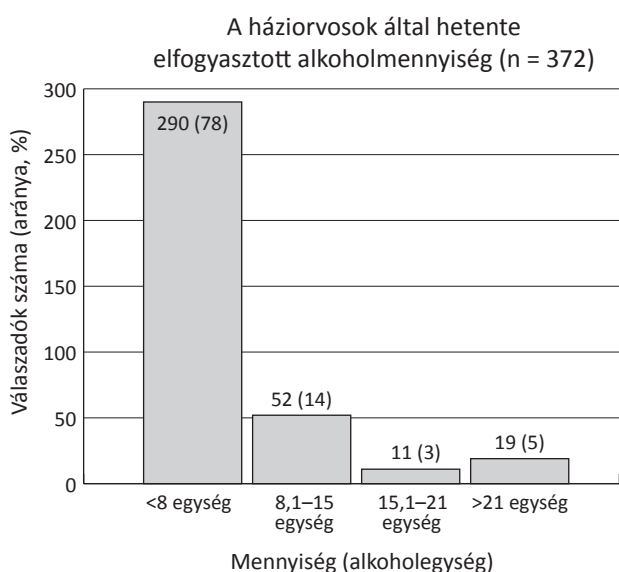
férfi családorvosok 15%-ánál, a női családorvosok 9%-ánál volt regisztrálható, míg súlyos fokú deperszonalizáció a férfiak 23%-ánál és a nők 18%-ánál. Közepes fokú munkahelyi teljesítménycsökkenést a férfi válaszadók 13%-ánál és az orvosnők 23%-ánál találtunk. Súlyos fokú teljesítménycsökkenés a férfi házi orvosok 39%-ánál és a női házi orvosok 32%-ánál volt diagnosztizálható (1. táblázat).

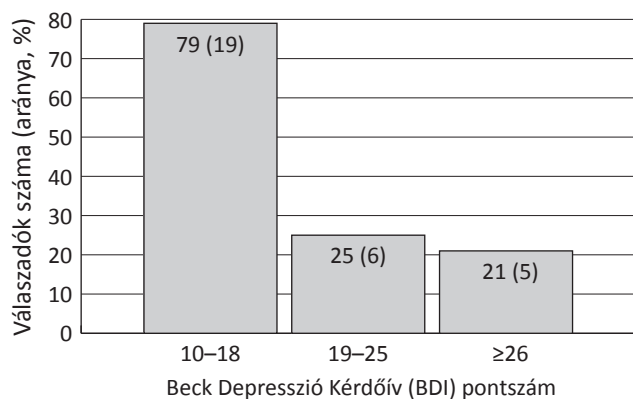
Megbeszélés

Az egészség nem pusztán egészségügyi kérdés, számos olyan tényező is befolyásolja, amelyre az egyén is befolyással van. A kockázati tényezőkkel magyarázható egészségveszteség túlnyomó része (79%) összefügg a



7. ábra | A házi orvosok alkoholfogyasztási szokása





8. ábra | Depressziós tünetek előfordulása a háziorvosok körében (n = 417)

1. táblázat | A kiégés egyes dimenzióinak előfordulása

A kiégés dimenziója	A kiégés foka	Férfi % [n]	Nő % [n]	Összesen % [n]
Emocionális kimerülés	Alacsony	55 [110]	55 [158]	55 [268]
	Közepes	22 [44]	18 [52]	20 [98]
	Súlyos	23 [46]	27 [78]	25 [122]
Deperszonalizáció	Alacsony	62 [124]	73 [210]	68 [332]
	Közepes	15 [30]	9 [26]	12 [59]
	Súlyos	23 [46]	18 [52]	20 [98]
Teljesítménycsökkenés	Alacsony	48 [96]	45 [130]	46 [224]
	Közepes	13 [26]	23 [66]	20 [98]
	Súlyos	39 [78]	32 [92]	34 [166]

n = 488 fő, férfi: 200 fő, nő: 288 fő

viselkedéssel, ezért fontos a népegészségügyi tervezés során az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló beavatkozások előtérbe helyezése [8]. Az életmód szerepe, a táplálkozási, mozgási szokások, a káros szenvedélyek, a munkahelyi körülmények, valamint az alvási szokások is kiemelt jelentőséggel bírnak az egészségi állapot kapcsán.

Az elhízás mint önálló kórkép – valamint több, jelentős mortalitással járó betegség (cardiovascularis, dagados betegségek) rizikófaktoraként – jelentős népegészségügyi problémát jelent. Önbevallás alapján, a vizsgálatunkban részt vevő háziorvosok alig több mint egyharmadának a testtömegindexe található a normáltartományban (1. ábra). A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) felmérése szerint 2017-ben a 15 év feletti magyar lakosság több mint egyharmada volt túlsúlyos, közel egyötödö elhízott, az együttes arány 55,5% volt [7]. Ez az adat lényegében megfelel a vizsgálatunkban találtaknak. A túlsúly kialakulását jelentősen befolyásolja a társadalmi-gazdasági helyzet. A KSH egy korábbi felmérése alapján a felsőfokú végzettségűek körében a legalább túlsúlyosak aránya 45% [24]. Ezek alapján a hasonló végzettségű csoporttal összehasonlítva a részt vevő házior-

vosok között gyakoribb volt a túlsúly és az elhízás előfordulása. Nemzetközi összehasonlításban szintén kedvezőtlen a kép. A vizsgálatban részt vevők körében gyakoribb volt a túlsúly és az elhízás előfordulása, mint külföldi kollégáinknál. A brit orvosok 29,1%-a túlsúlyos, 19,5%-a elhízott [9]. Katalán orvosok körében 31,7% volt a túlsúly, 4,8% az elhízás előfordulási aránya [10]. Az Amerikai Egyesült Államokban a kardiológusok, valamint kanadai orvosok körében egyaránt 8% volt az elhízás előfordulási gyakorisága [25, 26].

A háziorvosok mintegy ötöde válaszolta, hogy utolsó mérése alkalmával magasabb volt a koleszterinszintje, mint 6 mmol/l, 64%-uknak 5 mmol/l feletti a koleszterinértéke. A lakosság körében a MÁESZ keretében végzett szűrővizsgálatok során nőknél 31,6%-ban, férfiaknál 40,8%-ban fordult elő 5,2 mmol/l feletti koleszterinérték [27]. Ezek alapján kijelenthető, hogy a háziorvosok körében feltehetőleg nem alacsonyabb a lipoprotein-anyagcsere betegségeinek prevalenciája, mint a nem háziorvos populációban. Olasz kardiológusok 35%-ánál fordult elő magas koleszterinszint [11]. Egy friss kutatás szerint kínai orvosok 13,6%-ának volt emelkedett a koleszterinszintje [12]. Brit orvosok körében a dyslipidaemiák előfordulása 14,4% volt, ami a kínai adatokhoz hasonlóan kedvezőbb a mi eredményeinknél [9].

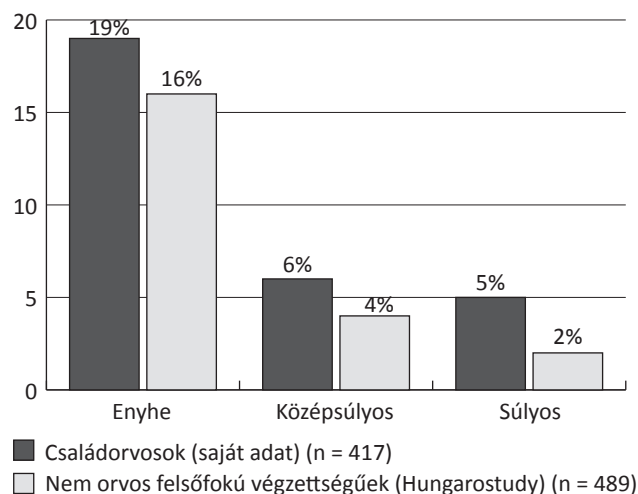
A cukorbetegség hazai prevalenciája 9,3% a 20–79 éves korosztályban [28]. Vizsgálatunkban az éhomi vércukorszint a családorvosok 12%-ánál haladta meg a normáltartományt, 9%-uk esetén kóros éhomi vércukorszintről beszélhetünk. A regisztrált betegségek és a mért eredmények között egyértelmű párhuzam ebben az esetben sem húzható, ám a szénhidrát-anyagcsere rendellenességeinek előfordulása feltehetőleg nem ritkább a vizsgált háziorvosok körében, mint az átlagpopulációban. Olasz kardiológusok körében a cukorbetegség előfordulása 3,2%, míg brit kollégáik között 3,5% volt [9, 11] – ezek az adatok kedvezőbbek a felmérésünk adatainál.

A dohányzás hazánkban és az egész világon egyaránt az egyik legjelentősebb népegészségügyi probléma és a legfőbb megelőzhető haláloki tényező. A WHO becslése szerint a dohányzás miatt évente körülbelül hatmillióan veszítik életüket világszerte [29]. Az Európai Unióban országunk a napi dohányosok arányát tekintve az elsők között van [30]. A dohányzás a magyar lakosság egészségveszteségének 14%-áért volt okolható [8]. Felmérésünkben kisebb arányban voltak az aktívan dohányzó családorvosok, mint a teljes hazai populációban (13% vs. 29%), míg a dohányzást már abbahagyók aránya magasabb volt (29% vs. 19%), azaz a háziorvosok dohányzási szokásaival kapcsolatos adatok kedvezőbbek az átlagpopulációénál [31]. Nemzetközi vizsgálatok alapján Európa legnagyobb részén az átlagpopulációhoz képest a háziorvosok lényegesen kisebb hányada dohányzik. A dohányzó orvosok aránya Észtországban 6,7%, Lengyelországban 7,8%, Szaúd-Arábiában 16,1% volt [13, 32, 33]. Egy korábbi összefoglaló tanulmányban, a legtöbb

országban a dohányzó orvosok aránya 12–40% között volt [34]. Azaz a magyar házi orvosok dohányzási rátája nemzetközi összehasonlításban is kedvező.

Az alkohol világszerte az egyik legnépszerűbb élvezeti cikk, túlzott fogyasztása azonban az egyik legjelentősebb egészségromboló magatartásforma, negatív szociális és társadalmi hatásokkal. Magyarországon különösen komoly probléma a túlzott alkoholfogyasztás: az OECD felmérése alapján a 11,1 liter/fő/év elfogyasztott alkohommennyiséggel 2016-ban a kilencedik legnagyobb alkoholfogyasztó ország voltunk [35]. A témával foglalkozó felmérések kapcsán figyelembe kell venni, hogy az önbevallásos adatok, tekintettel a téma érzékeny voltára, vélhetően alábecsülik a valódi értékeket. Vizsgálatunkban is megfigyelhető, hogy az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdésekre adott válaszok száma mintegy 20%-kal alacsonyabb volt. Az ELEF 2014 adatai szerint a magyar lakosság mintegy 5%-a számított nagyívónak. Vizsgálatunkban a válaszadók 5%-a tekinthető nagyívónak. A részt vevő házi orvosok 13%-a absztinens, azaz saját bevallása szerint egyáltalán nem szokott alkoholtartalmú italokat inni, míg a lakosság esetén ez az arány körülbelül 25% [31]. Megállapítható, hogy a vizsgálatban részt vevő házi orvosok körében az alkoholfogyasztás gyakorisága sajnálatos módon meghaladja az átlagpopuláció egyébként sem csekély fogyasztását. Egy brit felmérésben a válaszadók 53%-a fogyasztott legalább hetente két alkalommal alkoholt, 27%-a fogyasztott egy alkalommal háromnál több egység alkoholt, és 5%-a volt tekinthető alkoholfüggőnek; a dán orvosok közel 19%-ánál fordultak elő fokozott rizikót jelentő alkoholfogyasztási szokások [14, 36]. Azaz nemzetközi összehasonlításban nem tekinthetők rossznak a hazai adatok. Feltételezhető, hogy a házi orvosi hivatás önálló rizikótényező lehet a túlzott alkoholfogyasztás tekintetében.

A kezeletlen depresszió és szövődményei jelentős egészségügyi, szociális és társadalmi terhet jelentenek [37]. Hazai vizsgálatokban a depresszív kórképeknek (major depressziós epizód; dysthymia; minor depresszió) a PRIME-MD/DSM-IV. alapján meghatározott prevalenciája 12–37%, önmagában a major depresszió prevalenciája 4–14% [36, 37]. A részt vevő házi orvosok 30%-ánál fordultak elő depressziós tünetek, 5%-uknál súlyos depressziós tünetegyüttes. Ezek az arányok meghaladják az ELEF 2014 során talált lakossági előfordulást (26% és 3,5%) [31]. A felmérésben szereplő családorvosok körében az enyhe fokú (19% vs. 16%), a közepes fokú (6% vs. 4%) és a súlyos fokú (5% vs. 2%) depressziós tünetegyüttes egyaránt szignifikánsan ($p < 0,05$) gyakoribb volt, mint a 2002. évi Hungarostudy-felmérésben szereplő, nem orvos, felsőfokú végzettséggel rendelkező lakosok körében ($n = 417$) (9. ábra). A súlyos fokú depressziós tünetegyüttesnek a magyar családorvosok közötti gyakoribb előfordulása kihatással van az egészségügyi ellátásra, és emiatt fontos lenne a pszichés problémákkal küzdő családorvosok szűrése, számukra kialakított autogén tréningek szervezése [38].



9. ábra | A depresszió előfordulása a családorvosok és a nem orvos felsőfokú végzettségűek körében ($p < 0,05$)

Az egészségügyi dolgozók kiégését befolyásoló potenciális faktorokat feloszthatjuk belső, az egyénhez köthető, valamint külső, az egyéntől független, a munkakörülményekkel kapcsolatos elemekre. A személyiség és a nem kiégésben játszott szerepét számos vizsgálat elemezte [39–41]. A válaszadó házi orvosokat, különösen a férfi kollégákat (férfi: 39% vs. nő: 32%) a teljesítménycsökkenés érintette a leginkább, több mint egyharmaduknál jelent meg súlyos fokban. A közepes, illetve súlyos fokú deperszonalizáció szintén nagyobb mértékben érintette a férfi válaszadókat, míg a súlyos fokú emocionális kimerülés a házi orvosnőkre jellemző inkább. Mindhárom dimenzióban igen gyakori a legalább közepes fokú (32–54%) kiégés mértéke. Egy 2008. évi, 12 országra kiterjedő összehasonlító vizsgálat alapján a súlyos fokú érzelmi kimerülés előfordulása 43% (15–68%) volt, súlyos deperszonalizáció 35%-ban (12–73%), súlyos fokú teljesítménycsökkenés 32%-ban (12–93%) fordult elő. A kutatásban Magyarország is részt vett, a következő hazai eredmények születtek: érzelmi kimerülés: 36,8%, deperszonalizáció: 35,6%, teljesítménycsökkenés: 26,4% [16]. A magyar házi orvosok kiégésszintje felmérésünk alapján hasonló az Európa más országaiban mért adatokhoz, azonban a hazánkban praktizáló családorvosok főleg a súlyos fokú teljesítménycsökkenéssel és a külföldi kollégáikhoz képest kedvező súlyos fokú deperszonalizációs adatokkal tűnnek ki az összehasonlításból. A legfrissebb hazai, reprezentatív, orvosok körében végzett felmérés alapján szintén a súlyos fokú teljesítménycsökkenés fordult elő a legnagyobb arányban (42%) [16, 41–47] (2. táblázat). A hazai házi orvosokra jellemző nagyfokú teljesítménycsökkenés legfőképpen azért adhat okot aggodalomra, mivel jelentős negatív hatással van a betegellátás színvonalára.

A kiégés prevalenciájának csökkentése a házi orvosok körében nem pusztán a kollégák mentálhigiénés védelme érdekében kiemelt jelentőségű, hanem közvetett mó-

2. táblázat | A súlyos fokú kiégés prevalenciájának nemzetközi összehasonlítása a házi orvosok körében [16, 41–47]

	Súlyos fokú emocionális kimerülés	Súlyos fokú deperszonalizáció	Súlyos fokú teljesítménycsökkenés
Saját vizsgálat	25%	20%	34%
EGPRN-átlag, 2008	43%	35%	32%
Magyar családorvosok, 2008	36,8%	35,6%	26,4%
Magyar orvosok, 2018	23,2%	18,1%	42%
Francia családorvosok	24%	27,3%	13,3%
Német családorvosok	34,1%	29%	21,5%
Szerb családorvosok	29,7%	25,7%	37,8%
Kínai családorvosok	24,8%	6,2%	34%

EGPRN = Európai Házi Orvosi Kutatói Hálózat

don, a betegellátás színvonalának növelése révén, össz-társadalmi érdek.

A rendszeres testmozgás kedvező hatással van az egészségi állapotra, a kiégés megelőzésében, kezelésében és a rehabilitáció során egyaránt komoly szerepe van. A WHO ajánlása alapján az egészségre gyakorolt kedvező hatások eléréséhez legalább heti 150 perc mérsékelt vagy 75 perc intenzív testmozgás, vagy a kettő ezzel egyenértékű kombinációja, valamint heti két napon legalább 10 percig tartó izomerősítő testmozgás szükséges [48]. A vizsgálatban részt vevő házi orvosok alig több mint egynegyede sportol hetente többször, míg egyötödük egyáltalán nem vagy csak nagyon ritkán végez aktív testmozgást. A nemek tekintetében nem találtunk érdemi eltérést. Egy hazai reprezentatív felmérés alapján csupán minden nyolcadik magyar végzett az aktuális WHO-ajánlásnak megfelelő testmozgást, és a férfiakra a nőknél nagyobb fizikai aktivitás volt jellemző. A jónak ítélt jövedelmi helyzet kedvezőbb a rendszeres fizikai aktivitás szempontjából [31]. A vizsgálatban részt vevő házi orvosok a lakossági átlagnál nagyobb hangsúlyt fektetnek a rendszeres testmozgásra. A brit orvosok mintegy fele végez rendszeres testmozgást, ír kollégáik egyötöde végez rendszeres aktív sporttevékenységet, míg közel egynegyedik inaktív. A brazil házi orvosok 47%-ára jellemző a mérsékelt intenzitású fizikai aktivitás [9, 15, 49].

Következtetés

Napjaink jelentős kihívása a magas színvonalú, mindenki számára elérhető alapellátás biztosítása. Ehhez megfelelő számú, jól felkészített, motivált és jó egészségi állapotú házi orvosra van szükség. Ez a jelenlegi kollégák megtartásával, valamint – vonzó perspektíva biztosítása révén – az újabb generációk házi orvosi pálya felé történő vonzásával valósítható meg. Ennek része a házi orvosok megfelelő testi, lelki, szellemi egészségének megőrzése, gondozása. A házi orvosok az egészségügyi ellátórendszer „tartópillérei”, így komplex egészségvédelmük nemcsak személyes, de társadalmi érdek is.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

Szerzői munkamegosztás: M. A., T. P.: A téma felvetése, a cikk megírásának kezdeményezése. M. A., V. A., H. Cs., Cs. D., K. L., T. P.: A kézirat elkészítése. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Sas G. Doctor, does your heart ever hurt? [Doktor Úr, a maga szíve sose fáj?] Elitmed.hu, 2013. Available from: http://www.elitmed.hu/ilam/placebo_kulonszam/doktor_ur_a_maga_szive_sose_faj_11743/ [accessed: November 12, 2018]. [Hungarian]
- [2] Györfly Z, Molnár R, Somorjai N. Health status and well-being of health care workers in Hungary: a literature review. [Gyógyítók helyzete és egészsége – a magyarországi vizsgálatok szakirodalmi áttekintése.] Mentálhig Psychosom. 2012; 13: 107–126. [Hungarian]
- [3] Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, et al. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. Health Aff. 2013; 32: 686–694.
- [4] Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012; 26(Suppl 1): 20–26.
- [5] Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Government of Canada, Ottawa, 1974.
- [6] Healthy People 2010 Final Review. National Center for Health Statistics, Hyattsville, MD, 2012.
- [7] Statistical Mirror: Hungarian Central Statistical Office. Health status and health behavior, 2016–2017. [Statistikai Tükör: Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017.] Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2018. [Hungarian]
- [8] Varsányi P, Vitrai J. (eds.) National Health Promotion Institute. Health Report 2016. Informations to identify the target areas for public health interventions based on analysis of non-communicable diseases and health behavior indicators. [Egészségjelentés 2016: Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján.] Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2017. [Hungarian]
- [9] Mittal TK, Cleghorn CL, Cade JE, et al. A cross-sectional survey of cardiovascular health and lifestyle habits of hospital staff in the UK: do we look after ourselves? Eur J Prev Card. 2018; 25: 543–550.
- [10] Pardo A, McKenna J, Mitjans A, et al. Physical activity level and lifestyle-related risk factors from Catalan physicians. J Phys Act Health 2014; 11: 922–929.
- [11] Faggiano P, Temporelli PL, Zito G, et al. Cardiovascular risk profile and lifestyle habits in a cohort of Italian cardiologists. Results of the SOCRATES survey (Survey on cardiac risk profile and lifestyle habits in a cohort of Italian cardiologists). [Profilo di rischio cardiovascolare e stili di vita in una coorte di cardiologi Italiani. Risultati della survey SOCRATES.] Monaldi Arch Chest Dis. 2013; 80: 118–125. [Italian]
- [12] Hou L, Jin X, Ma J, et al. Perception and self-management of hypertension in Chinese cardiologists (CCHS): a multicenter, large-scale cross-sectional study. BMJ Open 2019; 9: e029249.
- [13] Raag M, Pärna K. Cigarette smoking and smoking-attributable diseases among Estonian physicians: a cross-sectional study. BMC Public Health 2018; 18: 194.

- [14] Medisauskaitė A, Kamau C. Does occupational distress raise the risk of alcohol use, binge-eating, ill health and sleep problems among medical doctors? A UK cross-sectional study. *BMJ Open* 2019; 9: e027362.
- [15] O’Keeffe A, Hayes B, Prihodova L. “Do as we say, not as we do?” The lifestyle behaviours of hospital doctors working in Ireland: a national cross-sectional study. *BMC Public Health* 2019; 19: 179.
- [16] Soler JK, Yaman H, Esteva M, et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Fam Pract.* 2008; 25: 245–265.
- [17] West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* 2018; 283: 516–529.
- [18] Peckham C. Physician burnout: it just keeps getting worse. Burnout and happiness in physicians: 2013 vs 2015. *Medscape Fam Med.* January 26, 2015. Available from: https://www.medscape.com/viewarticle/838437_print [accessed: January 29, 2020].
- [19] Rodrigues H, Cobucci R, Oliveira A, et al. Burnout syndrome among medical residents: a systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2018; 13: e0206840.
- [20] Fernandes LS, Nitsche MJ, Godoy I. Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. *Cien Saude Colet.* 2018; 23: 203–214.
- [21] McCain RS, McKinley N, Dempster M, et al. A study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. *Postgrad Med J.* 2018; 94: 43–47.
- [22] Tyssen R. What is the level of burnout that impairs functioning? *J Int Med.* 2018; 283: 594–596.
- [23] Dewa CS, Loong D, Bonato S, et al. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open* 2017; 7: e015141.
- [24] Hungarian Central Statistical Office. Social situation outlook 2010. [Társadalmi helyzetkép 2010.] Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2011. [Hungarian]
- [25] Abuissa H, Lavie C, Spertus J, et al. Personal health habits of American cardiologists. *Am J Cardiol.* 2006; 97: 1093–1096.
- [26] Frank E, Segura C. Health practices of Canadian physicians. *Can Fam Phys.* 2009; 55: 810–811.e7.
- [27] Kiss I, Barna I, Daiki T, et al. Results of the comprehensive health screening of Hungary (MÁESZ) in 2016 and comparative results of 2010–2016. [„Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogram”-jának (MÁESZ) 2016. évi és 2010–2016 közötti összefoglaló adatai. Prevenció, kockázatfelmérés és egészségmegőrzés – a szűrővizsgálatok jelentősége és haszna.] *Lege Artis Med.* 2017; 27: 25–30. [Hungarian]
- [28] IDF Diabetes Atlas. 9th edition 2019. International Diabetes Federation, Brussels, 2020.
- [29] WHO global report on trends in tobacco smoking 2000–2025. WHO Press, Geneva, 2015.
- [30] Neuberger M. Tobacco control: prevention and cessation in Europe. *MEMO* 2019; 12: 156–161.
- [31] Hungarian Central Statistical Office. Results of the European Public Health Survey in 2014. Summary data. [A 2014-ben végrehajtott Európai lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok.] Központi Statisztikai Hivatal, Budapest, 2018. [Hungarian]
- [32] Jankowski M, Kaleta D, Zgliczyński WS, et al. Cigarette and e-cigarette use and smoking cessation practices among physicians in Poland. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16: 3595.
- [33] Al-Hagabani MA, Khan MS, Al-Hazmi AM, et al. Smoking behavior of primary care physicians and its effect on their smoking counseling practice. *J Family Med Prim Care* 2020; 9: 1053–1057.
- [34] Smith DR, Leggat PA. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974–2004. *BMC Public Health* 2007; 7: 115.
- [35] OECD Data. Alcohol consumption. Available from <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm> [accessed: June 2, 2020].
- [36] Pedersen AF, Sørensen JK, Bruun NH, et al. Risky alcohol use in Danish physicians: associated with alexithymia and burnout? *Drug Alcohol Depend.* 2016; 160: 119–126.
- [37] Torzsa P, Hargittay Cs, Kalabay L. The importance of anxiety and depression in family practice. [A szorongás és a depresszió jelentősége a családorvosi gyakorlatban.] *Neuropsychopharmacol Hung.* 2017; 19: 137–146. [Hungarian]
- [38] Rihmer Z, Gonda X, Eöry A, et al. Screening of depression in primary care in Hungary and its importance in suicide prevention. [A depresszió szűrése az alapellátásban Magyarországon és ennek jelentősége az öngyilkosság megelőzésében.] *Psychiatr Hung.* 2012; 27: 224–232. [Hungarian]
- [39] Gyórfy Zs, Dweik D, Girasek E. Workload, mental health and burnout indicators among female physicians. *Hum Resour Health* 2016; 14: 12.
- [40] Gyórfy Zs, Ádám S. Changes of health status, work stress and burnout in the medical profession. [Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban.] *Szociol Szle.* 2004; 11(3): 107–127. [Hungarian]
- [41] Ádám Sz, Torzsa P, Gyórfy Zs, et al. Frequent high-level burnout among general practitioners and residents. [Gyakori a magas fokú kiégés a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében.] *Orv Hetil.* 2009; 150: 317–323. [Hungarian]
- [42] Gyórfy Zs, Girasek E. Burnout among Hungarian physicians. Who are the most at risk? [Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek?] *Orv Hetil.* 2015; 156: 564–570. [Hungarian]
- [43] Picquendar G, Guedon A, Moulinet F, et al. Influence of medical shortage on GP burnout: a cross-sectional study. *Fam Pract.* 2019; 36: 291–296.
- [44] Dreher A, Theune M, Kersting C, et al. Prevalence of burnout among German general practitioners: comparison of physicians working in solo and group practices. *PLoS ONE* 2019; 14: e0211223.
- [45] Stanetic KD, Savic SM, Racic M. The prevalence of stress and burnout syndrome in hospital doctors and family physicians. *Med Pregl.* 2016; 69: 356–365.
- [46] Gan Y, Jiang H, Li L, et al. Prevalence of burnout and associated factors among general practitioners in Hubei, China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2019; 19: 1607.
- [47] Gyórfy Zs. Burnout and resilience among Hungarian physicians. [Kiégés és reziliencia (rugalmas ellenállás) a magyarországi orvosok körében.] *Orv Hetil.* 2018; 160: 112–119. [Hungarian]
- [48] Global recommendations on physical activity for health. WHO Press, Geneva, 2010.
- [49] Hidalgo KD, Mielke GI, Parra DC, et al. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. *BMC Public Health* 2016; 16: 1114.

(Mohos András dr.,
Szeged, Székely sor 13/A, 6726
e-mail: mohosandris@gmail.com)