

SEMMELWEIS EGYETEM

DOKTORI ISKOLA

Ph.D. értekezések

2653.

SZÉL ZSUZSANNA

Mentális egészségtudomány

című program

Programvezető: Dr. Kovács József, egyetemi tanár

Témavezető: Dr. Gyórfy Zsuzsa, egyetemi docens

Kisebbségi stressz megjelenése és kiégés a magyarországi orvosok és orvostanhallgatók körében

Doktori értekezés

Dr. Szél Zsuzsanna

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Gyórfy Zsuzsa, Ph.D., egyetemi docens

Hivatalos bírálók: Dr. Farkas Kinga, egyetemi adjunktus

Dr. Hoyer Mária, főiskolai docens

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

Komplexvizsga-bizottság tagjai: Dr. habil. Füzesi Zsuzsa, DSc,
egyetemi tanár

Dr. Fülöp Emőke, Ph.D.,
egyetemi adjunktus

Budapest

2022.

Tartalom

Rövidítések jegyzéke	4
1. Bevezetés (irodalmi háttér)	5
1.I. Kisebbségek és egészség	6
1.I.1. A kisebbségek	6
1.I.2. A kisebbségi stressz elmélet	7
1.I.3. A kisebbségek egészsége, egészségügyi tapasztalatai és ellátása, kulturális kompetencia	13
1.II. Kisebbséghez tartozó hallgatókról és orvosokról általában	17
1.II.1. Kisebbséghez tartozó orvosok szerepe az ellátásban, multikulturális orvoslás	17
1.III. Az ellátók egészsége, a kiégés	18
2. Célkitűzések	21
3. Hipotézisek	22
4. Módszerek	23
4.I. Kvantitatív vizsgálati módszerek részletes leírása.....	23
4.I.1. Kérdőívek és jellemzőik	23
4.II. Kvalitatív vizsgálati módszer részletes leírása	33
4.II.1. Toborzás	33
4.II.2. A félig strukturált interjúról	34
4.II.3. Leíró tartalomelemzés	34
4.III. A vizsgálat során alkalmazott statisztikai módszerek leírása.....	35
4.III.1. Kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók vizsgálata	35
4.III.2. Az LMBT személyekkel kapcsolatos ismeretek és attitűdök vizsgálata	36
5. Eredmények	37
5.I. A kvantitatív vizsgálatok eredményei	37
5.I.1. Hallgatói vizsgálat	37
5.I.2. Orvos vizsgálat eredményei	52
5.I.3. Hallgatói attitűd vizsgálat	71
5.II. Kvalitatív vizsgálat eredményei	74
5.II.1. A kvalitatív vizsgálat és a vizsgálatban résztvevők általános jellemzői	74
5.II.2. Kisebbségi identitással rendelkező orvosok tapasztalatai Magyarországon (leíró tartalomelemzés)	75
6. Megbeszélés	81
6.I. A hallgatói vizsgálat megálapításai	81

6.I.1. A hallgatók egészsége és egészségmagatartása	81
6.I.2. Diszkrimináció és inkluzivitás észlelése a hallgatók körében	86
6.II. Az orvosvizsgálat vizsgálat megállapításai	88
6.II.1. Az orvosok egészsége és egészségmagatartása	88
6.II.2. Diverzitás, inkluzivitás, diszkrimináció észlelése az orvosok körében	93
6.III. A vizsgálat észlelt diszkriminációval kapcsolatos megállapításai	96
6.IV. LMBT személyekkel kapcsolatos attitűd vizsgálat megállapításai.....	99
6.V. A kvalitatív vizsgálat megállapításai	100
7. Következtetések.....	105
7.I. A vizsgálat limitációi és erősségei.....	108
7.I.1. A használt kvantitatív módszerek erősségei és korlátai	108
7.I.2. A kvalitatív módszerek kritikája/limitációi	111
8. Összefoglalás	112
9. Summary	113
Irodalomjegyzék.....	114
Ábrajegyzék.....	149
Saját publikációk jegyzéke.....	151
Köszönetnyilvánítás	152

Rövidítések jegyzéke

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

CIC – “categorization – identification – comparison”

DE – Debreceni Egyetem

ESKA – Egészségügyiek Szexuális Kisebbségek iránti Attitűdjei

LMB – leszbikus, meleg, biszexuális

LMBT – leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű

MBI –Maslach Burout Inventory (Maslach Kiegészítő kérdőív)

MHS – Modern Homonegativity Scale (Modern Homonegativitás Skála)

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

PSS – Percieved Stress Scale (Észlelt Stress Skála)

PTE – Pécsi Tudományegyetem

SE – Semmelweis Egyetem

SEKHQ – Sexual Education and Knowledge about Homosexuality Questionnaire (Szexuális Nevelés és Homoszexualitással Kapcsolatos Tudás)

SIT – Social identity theory (Társas Identitás Elmélet)

SZTE – Szegedi Tudományegyetem

1. Bevezetés (irodalmi háttér)

Az orvosok és orvostanhallgatók testi-lelki egészsége kiemelt fontosságú kérdés napjainkban. Mind a betegbiztonság, mind pedig az ellátórendszer fenntarthatósága és az ellátók támogatása szempontjából fontos az ellátásban résztvevő gyógyítók testi-lelki egészségének figyelemmel kísérése (1-5). A kiégés jelensége több ponton hatást gyakorol az ellátásra, mivel fokozza a pályaelhagyást és a betegség miatti távollétet az orvosok körében, együttjár a műhibák és posztoperatív fertőzések gyakoribb előfordulásával, csökkenti a betegelégedettséget és extra költségeket jelenthet az intézmény számára (6, 7).

Doktori kutatásom során olyan kérdésekkel foglalkoztam, amelyek mindeztidáig nem képezték az orvos és orvostanhallgató vizsgálatok részét Magyarországon: a kisebbségekhez tartozó orvosok és orvostanhallgatók által megélt többlétszorongással, és ennek mentális és fizikális egészségre gyakorolt hatásával (8-10). Az angol nyelvű szakirodalmi adatok alapján, bármely kisebbséghez tartozó orvos és orvostanhallgató nehézségekkel küzd szakmai élete során, amelyek jellemzően az elfogadás hiánya, a negatívabb szakmai megítélés, az előítéletek, az elszenvedett negatív diszkrimináció, a kirekesztettség, az izoláció, továbbá a támogató közeg hiánya, ahogy 2016-ban megjelent összefoglaló tanulmányunkban a szexuális kisebbséghez tartozó orvosok esetén látható (11-19). Mindezek következtében a magasabb arányú körökben a pályaelhagyás és az egyetemi lemorzsolódás (10, 20-25). A kisebbséghez tartozó orvosok és az orvosnők a szakirodalmi adatok szerint ugyanakkor kevésbé rendelkeznek előítéletekkel, szívesebben látják el elmaradt ellátásiterületeket, vagy választanak olyan szakirányokat, amelyek kevésbé népszerűek, ezáltal több szinten fontos szerepük lehet a hátrányos helyzetű betegek ellátásában (10, 26-29). Mindezek miatt fontosnak tartottam, hogy PhD kutatásom során a Magyarországon praktizáló orvoskollégák, valamint a négy magyarországi orvosegyetem hallgatói körében felmérést folytassak, melynek középpontjában a diszkrimináció észlelése, továbbá a hallgatók testi-lelki egészsége, stressz-terhelése, valamint az ellátórendszerrel és oktatással kapcsolatos tapasztalatai állnak, különös tekintettel a kisebbségi csoportokhoz tartozó hallgatókra és kollégákra. Az orvosok és orvostanhallgatók egészségével, valamint észlelt diszkriminációval foglalkozó kérdőív csomagok előkészítése során a kisebbségek egészségével és egészség-egyenlőtlenségekkel foglalkozó szakirodalom áttekintése megerősítést jelentett

számomra egy másik fontos terület, az egyes kisebbségekkel kapcsolatos ellátói attitűdök – mint fontos egészség-egyenlőtlenséget fenntartó tényezők – vizsgálatának jelentőségében (30-37).

A kisebbségek szakmai életével és tanulmányaival egyre több kutatás foglalkozik, amelyek többsége a foglalkoztatottságot, a beilleszkedést, valamint a szakmai előmenetelt és teljesítményt vizsgálja, kevés tanulmány foglalkozik ténylegesen a mentális egészség kérdésével (15, 19, 22, 38-49). Így mind Magyarországon, mind nemzetközileg továbbra is kevés információ áll rendelkezésünkre a kisebbségekhez tartozó egyetemi hallgatók és munkavállalók tényleges tapasztalataival, élethelyzetével és egészségével kapcsolatban. A kisebbséghez tartozó segítők vizsgálata az elmúlt években vált jelentőssé a nemzetközi szakirodalomban, a kisebbségek egészségügyi különbségeinek megoldása, az ellátás belső különbségek csökkentése és a multikulturális egészségügy kérdése kapcsán. Tudomásom szerint Magyarországon jelen PhD értekezés az első, amely kisebbséghez tartozó hallgatók és orvosok mentális egészségével és kiégésével foglalkozik.

A dolgozat első részében szeretném áttekinteni azokat az elméleti és fogalmi kereteket (kisebbségi stressz, szociális reprezentáció elmélet, társas identitást, kulturális kompetencia) valamint korábbi ismeretanyagokat, amelyek a kisebbséghez tartozó hallgatók és gyógyítók kiégésének és mentális egészségének vizsgálatához nélkülözhetetlenek.

1.I. Kisebbségek és egészség

1.I.1. A kisebbségek

A kisebbségi csoportok vizsgálata során elsődleges definiálnunk, hogy miként határozzuk meg a kisebbségeket, mint csoportot. A kisebbségi identitások különböző identitásképző elemek mentén jöhetnek létre, mint a nem, a nemi identitás, a szexuális orientáció, az etnikai hovatartozás, a vallásosság, valamint a kulturális és nyelvi különbségek (50, 51). A kisebbségek nem feltétlenül képviselnek számbeli kisebbséget, a helyzetük a domináns és nem domináns csoportok közötti hatalmi egyenlőtlenségből adódik, melynek során gazdasági, politikai, társadalmi vagy egyéb területen az egyik csoport alárendelt pozícióba helyezi a másikat, nyílt vagy rejtett befolyásolást, diszkriminációt, elnyomást, kizsákmányolást alkalmazva (52, 53). A kisebbségek tekinthetők olyan alcsoportoknak, amelyek valamilyen tulajdonság vagy csoportidentitás képző tényező miatt különböznek

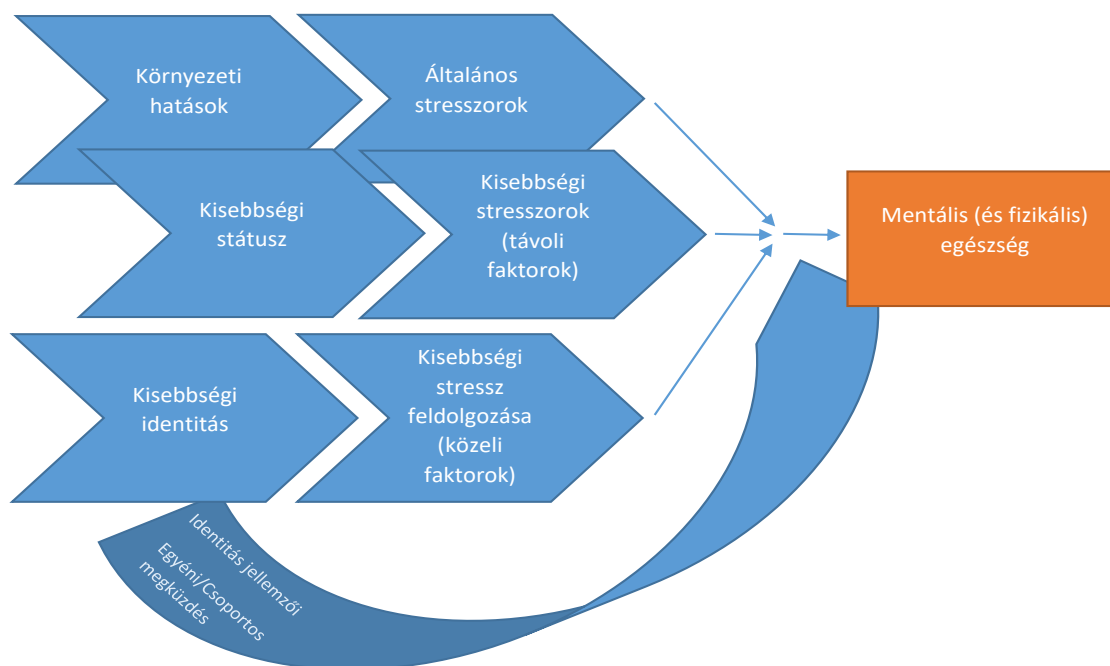
a domináns csoporttól. Ezek a különbségek gyakran lehetnek egészen észrevehetetlenek külső szemlélő részére, ugyanakkor lényeges identitásképző elem az egyén számára és észrevétlen ám átható befolyással van a külvilággal való kapcsolatára és közvetve testi-lelki jóllétére (9, 52, 54).

1.I.2. A kisebbségi stressz elmélet

A kisebbségek testi-lelki jóllétében megmutatkozó különbségek egy részét Meyer a kisebbségi stresszel magyarázza, amely egy idült, társadalmi alapon létrejövő többletszorongás, ami a stigmatizált csoportokat érinti, de a domináns csoportot nem (9). Meyer a következőképpen definiálja: „the excess stress to which individuals from stigmatized social categories are exposed as a result of their social, often a minority, position” (9), vagyis olyan többletstressz, amelynek a megbélyegzett társadalmi kategóriákhoz tartozó egyének társadalmi, gyakran kisebbségi helyzetük következtében kitéttek.

A meyeri kisebbségi stressz modellben a stresszorok egy kontinuumon elhelyezkedve jelennek meg hasonlóan Folkman - Lazarus stressz modelljéhez (9, 55). Meyer elméletében közeli, vagyis proximális és távoli, vagy disztális faktorokat különböztet meg (9). A távoli faktorok közé sorolja a tapasztalt előítéleteket, az átélt diszkriminációt, vagy a gyűlöletbűncselekményeket és közeli stresszornak tekinti például az elutasítástól való félelmet, az internalizált negatív társadalmi attitűdöket, valamint szexuális és nemi kisebbségek esetén a csoportidentitás – orientációs vagy nemi identitás - eltitkolásából adódó szorongást (9).

A lenti ábrán (1. ábra) is látható, hogy a kisebbségi stressz megjelenésében fontos szerepet játszik a társas-társadalmi környezet, amelyet Meyer a kategorizáció, a csoportközi folyamatok, valamint a társasidentitás szociálpszichológiai fogalmai mentén tárgyal (9).



1. ábra -A meyeri kisebbségi stressz modell (saját szerkesztésű ábra)

A kisebbségi identitás miatt megtapasztalt többletstresszt kiváltó faktorok jelenléte fenyegetést jelent és folyamatos “alarm reakciót” eredményez, a Cannon féle stressz-reakció fizikai hatásaival és a Selye-féle általános adaptációs szindróma következményeivel (9). A csoportközi helyzetekben észlelt stigma és észlelt fenyegetés állandó éberséget követel a kisebbséghez tartozóktól, tehát a domináns kultúra képviselővel folytatott interakciók során folyamatos alarm reakciót jelent számukra (56). A mindennapos mikroagressziók és a kisebbségi stressz, mint krónikus distressz ezáltal hatással van a kisebbséghez tartozó személyek testi-lelki egészségére (9, 57-60).

Az identitások jellemzően egymással párhuzamosan vannak jelen és paralel hatnak az egyén tapasztalataira, többes kisebbségi csoportidentitás esetén a tapasztalatok ebben az átfedésben jönnek létre, ahol „kettő vagy több egyenlőtlenségi dimenzió metszi egymást”, ezt a jelenséget a szakirodalom az interszekcionalitásként, vagy metszet szemléletként írja le (61-64). Az átfedő, egymásra ható identitáselemek többféleképpen is befolyásolhatják az egyén tapasztalatait, valamint kisebbségi helyzetéből adódó többletszorongásával való megküzdését. Egyes tanulmányok kiemelik, hogy a többes kisebbségi identitás védőfaktoroként jelenik meg, mivel amennyiben az egyik (pl. etnikai hovatartozás, vagy vallásosság) kapcsán az egyén képessé vált biztonságos, támogató társas közegben pozitív megküzdési stratégiák kialakítására, az támogathatja a másik kisebbségi identitás (pl. szexuális orientáció) kapcsán csoportközi helyzetekben átélt

negatív eseményekkel való megküzdést (65-68). Más tanulmányok pedig éppen ellenkezőleg, azt emelik ki, hogy az egyes identitások mentén az egyén több csoportidentitása kapcsán is elutasítást élhet meg, így például etnikai/vallási kisebbségek elutasító attitűdje a szexuális kisebbségekkel és a szexuális kisebbségek körében megjelenő rasszizmus vagy antiszemitizmus/izlamofóbia és ennek eredményeként az egyén egyik csoporthoz közeledve sem tapasztal támogatást valamely identitását illetően, ami tovább fokozhatja az egyén elszigeteltségét, ezáltal negatív hatással lehet az egészségi állapotára és teljesítményére (52, 63, 69-72).

A távoli faktorok közé tartozó előítéletek a mindennapi életünk részei, olyan reprezentációk, egyszerűsített mentális képek vagy benyomások, amelyek egyes csoportokra, helyzetekre vagy személyekre vonatkoznak és azokat meghatározott jellemzőkkel vagy tulajdonságokkal ruházzák fel, míg a diszkrimináció olyan megkülönböztető bánásmód, amely pozitív, vagy negatív cselekmény vagy magatartás képében jelentkezik és egy csoportra vagy annak valamely tagjára irányul (53). Az előítéletek általi kategorizáció a világban való tájékozódást segíti (73), továbbá a csoportközi hatalmi különbségek fenntartását és a saját csoportidentitás védelmét szolgálja (74). A csoportokra vagy személyekre vonatkozó értékelések (előítéletek), lehetnek nyíltak, vagyis jól láthatóak és burkoltak vagy láthatatlanok (53, 73). Szintén távoli faktornak tekinti Meyer a stigmatizációt, a negatívan megítélt csoporthoz tartozás fokozott stresszel jár, csökkenti az önelfogadást és az integráció érzését, elidegenedéshez vezet, továbbá fokozza az egyén elutasítástól való félelmét, így hatással van a teljesítményre, valamint a mentális és fizikális egészségre (74, 75). A stigmatizáció elkerülése céljából az egyén gyakran igyekszik titkolni vagy elrejteni a stigmatizált tulajdonságot vagy csoporthoz tartozást (76-78).

A közeli faktorok közé sorolhatóak az elutasítástól való félelem, az internalizált negatív attitűdők. Az elutasítástól való félelem a külvilág közvetített érték és normarendszerének való nem megfelelésből adódik, amennyiben a csoport, amihez az egyén tartozik társadalmi stigmákkal terhelt (9). Az internalizált negatív attitűdők, mint a társadalom által közvetített, a csoportra vonatkozó értékek és sztereotípiák belső konfliktust okozhatnak a kisebbségi csoportok tagjai számára (9). A belsővé tett negatív attitűdők csökkent önértékeléshez vezetnek, a társas kapcsolatok megromlását eredményezhetik, rosszabb önbecsülést és maladaptív coping kialakulásához vezethetnek (79). A társadalmi

értékek és attitűdök internalizálása Mereish szerint függ a személy csoportazonosulásától, valamint szociális, kognitív és mentális folyamataitól (58, 79).

A fenti hatásokkal együtt fontos megemlíteni a sztereotípiák fenyegetettségét is: a félelmet, hogy a csoportunkkal szembeni negatív sztereotípiákat viselkedésünkkel visszaigazoljuk, hiszen hatással van a kisebbséghez tartozó személy teljesítményére számos tanulmány szerint (71, 74, 80, 81). A sztereotípiák fenyegetettség ellen védelmet jelenthet, ha a helyzetben olyan csoportidentitást helyez fókuszba a személy, amely pozitív előítéletekkel társul az adott helyzetben, valamint a pozitív szerepmoდეllek (mentorok) jelenléte (71, 80-82).

Az észlelt diszkrimináció, valamint a többségi és kisebbségi csoportok közötti hatalmi különbségek a kisebbségi csoporthoz tartozókban szégyenérzetet, alkalmatlanságérzetet alakít ki, és tovább növeli a hatalmi különbséget, ezzel negatívan befolyásolva a társas kapcsolataikat és fokozva a izolációjukat (79, 83). Mindezek hatására egyéni megküzdés szintjén a kisebbséghez tartozó személyek - amennyiben ez lehetséges - gyakran a csoportidentitás eltitkolását választják, ami további mentális terhet jelent számukra és tovább fokozza elszigeteltségüket (79, 84).

A kisebbségi stressz távoli/disztális faktorainak jobb megértése szempontjából fontos a szociális reprezentáció elmélet, a szociális/társas identitás elmélet, illetve az identitásfolyamat elmélet ismerete, mivel maga Meyer is szociálpszichológiai "környezeti" hatásokból eredezteti a kisebbségeket érintő többlet szorongás forrását (9).

1.1.2.a. Szociális reprezentáció elmélet

A szociális reprezentáció elmélet fontos alapja az identitás társas és társadalmi keretben történő értelmezésének. A szociális reprezentáció konstruktivista elméleti alapokon kialakított kerete feltételezi, hogy a jelenségek csak tágabb kontextusuk ismeretében leírhatók és értelmezhetők, így segít értelmezni a kulturális (csoportközi) különbségek kialakulását és szerepét.

A szociális reprezentáció tudásalkotó folyamata négy funkciót lát el: (1) informatív funkciója segít értelmezni a világot, (2) irányító funkciója segít eligazodni a hétköznapi élet szokásaiban, (3) identitás funkciója lehetőséget nyújt a csoportkohézió megteremtésére, míg (4) magyarázó funkciója támogatja az értelmezést és jelentés tulajdonítást (74, 85). Struktúráját tekintve rendelkezik egy informatív maggal és az azt körülvevő periférikus rendszerrel (86). Az informatív mag konszenzuálisnak, törtélmileg

gyökerezően normatívnak tekinthető, amely stabilizálja és megszabja a reprezentáció tartalmát, valamint meghatározza a lehetséges kapcsolatokat és értelmezéseket, míg a periférikus rendszer ad teret a változatosságnak és pontosításnak (86). A különböző társadalmakban különböző normatív keretrendszerek, kollektív reprezentációk jönnek létre, amelyek nem leválaszthatók az egyén pszichológiai folyamatairól (86). A szociális reprezentáció elmélet szerint a közvetített domináns reprezentációk fontosak az egyén identitása szempontjából, hiszen meghatározzák az egyén csoportazonosulásának lehetőségét, minőségét, illetve a csoportokhoz tartozó társadalmi pozíciókat, továbbá kialakítja az a társas és társadalmi környezetet, amelyre a Meyer hivatkozik a kisebbségi stressz elmélet során (9, 86).

Szociális/társas identitás elmélet

Az identitás fogalma számos értelmezési keretben meghatározható, összetett fogalom, ily módon beszélhetünk – egymástól sok esetben nem elválasztható - személyes és társas identitásról. Meyer a kisebbségi stressz teória megalkotásakor az identitás társas voltát emeli ki, Tajfel-re és Turner-re hivatkozik munkájában.

A társas identitás elmélete szerint a csoporthoz tartozásunk identitásunk kialakításának fontos eleme, amely érzelmi és értékrendbeli jelentőségekkel jár (74, 87). A társadalmi környezetünk rendszerezését Tajfel a szociális kategorizáció (CIC) fogalmával írja le, miszerint az emberek mind magukat, mind környezetüket kategorizálják és ezen kategóriák (pl. csoporttagságok) segítségével értelmezik (87). A CIC (categorization – identification – comparison) modellbe ágyazva Turner és Tajfel megalkották a társas identitás elméletet (social identity theory: SIT), amely a társas kategorizáció, társas identifikáció/azonosság tudat, a társas összehasonlításon felül integrálja a csoportmegkülönböztetést is (88). A SIT alkalmazásával folyamatosan konstruáljuk és újrakonstruáljuk szociális identitásunkat, amely folyamat célja, hogy a másoktól – lehetőleg – pozitív megkülönböztetést adó csoport identitásunkat fenntartsuk. A csoport (és csoporttagság) érzelmi minősítése és legitimitása a külvilág felől érkezik, társadalmi szinten meghatározott, vagyis kontextuális (74). A társadalom vagy a társas környezet által negatívnak észlelt csoporthoz tartozás hatással van az egyén teljesítményére, önértékelésére, illetve egészségi állapotára (73, 74). A negatívan megítélt csoportok esetén (pl. afroamerikaiak, romák, melegek), a többségi társadalommal szemben a depresszió nem az egyéni önértékeléssel mutatott összefüggést, hanem a csoport kollektív

önértékelésével. Ezért fontos, hogy – ahogy Meyer is – ne individuális, hanem interperszonális, társas szinten vizsgáljuk a kisebbségek helyzetét, megküzdését és egészségi állapotát (9, 74).

A kontextus (társas, társadalmi környezet), amelyben a csoportazonosulás létrejön, meghatározza, az egyén identitásának alakulását. Amennyiben a pozitív identitásra törekvés akadályozott, identitás fenyegetettség jön létre, amely mind egyéni, mind pedig társas szinten konfliktust okoz, az egyén a konfliktus feloldására és az egyensúly helyreállítására törekszik (84). Az egyéni mobilitás esetén a konfliktus feloldására az egyén a csoport szimbolikus vagy tényleges elhagyásával reagálhat (74). A csoporttagság szimbolikus feladása, vagy pszichés eltávolodás a dezidentifikáció, amely megjelenhet a csoporttagságra utaló jelek és szimbólumok elrejtéseként, csoportközi helyzetben a csoport kritizálásaként és leértékeléseként, továbbá úgy, hogy az egyén különleges csoporttagként definiálja magát, akire nem jellemzőek az csoportra általában vonatkoztatott vonások (74). A másik út, a csoport fizikális elhagyása, a disszociáció, ennek alkalmazása során a csoporttól az egyén ténylegesen eltávolodik, izolálódik (74, 84). Az izoláció ugyanakkor áldozatokkal is jár: lemond a csoporttagok támogatásáról, annak lehetőségéről, hogy csoportja társadalmi helyzetén változtasson, továbbá elszenvedi azt a fájdalmas és szorongató tapasztalatot, hogy csoporttagsága eltitkolása érdekében elviseli a külső csoport által saját csoportját érő leértékelést, illetve előítéleteket (74, 84).

Identitásfolyamat elmélet

Breakwell a szociálisidentitás-elméletet összeköti a szociálisreprezentáció-elmélettel megalkotva az identitásfolyamat elméletet (IPT), amely magába foglalja az új identitáselemek beillesztését célzó asszimilációt, a kialakított új struktúrához való akkomodációt, valamint az új és korábbi identitáselemek jelentést adó értékelését is (85, 89, 90). Breakwell szerint az identitás diffúz és közvetlen módon nem hozzáférhető, csak akkor vizsgálható, amikor fenyegetve van (84). Breakwell megfogalmazását a fenyegetésről Petriglieri az alábbi módon idézi (91): „Any thought, feeling, action or experience that challenges the individual’s personal or social identity is a threat.” Az identitás-fenyegetettségéről akkor beszélhetünk, ha az egyén pozitív identitásra törekvése gátolt, vagyis nem lehetséges egyes identitáselemek asszimilációja és akkomodációja, esetleg azok nem szolgálják az identitás folytonosságát, az egyén egyediségét és önbecsülését (84, 85, 89). Ez a fenyegetés lehet külső vagy belső, hosszútávú, vagy

rövidtávú, illetve stabil vagy instabil (84, 89). Az identitást érintő fenyegetés, illetve az azzal való megküzdés történhet intrapszichés, interperszonális és intergroup szinten (74, 84, 89). Az intrapszichés megküzdés a fenyegetettséggel belső passzív feldolgozást jelent, amelynek során kognitív feldolgozási folyamatok alkalmazásával érzelmi és értékek mentén kísérel meg az egyén az identitását ért fenyegetést feldolgozni, például fantáziálással, vagy a fenyegetettség tagadásával/torzításával (84, 89, 90). A személyközi vagy interperszonális megküzdés a személy másokkal való kapcsolódását érinti, tehát az egyén az interperszonális interakciók szabályozásával igyekszik felvenni a harcot a fenyegetéssel. Breakwell négy stratégiát sorol az interperszonális megküzdési módok közé: a behódolást, az izolációt, a passing-ot, illetve a negativizmust (84, 92). A csoportközi, intergroup megküzdés alkalmazásával az egyén a csoport társadalomban elfoglalt helyét és a csoportról alkotott társadalmi reprezentációkat célozza meg, illetve próbálja pozitív irányba befolyásolni csoportja megítélését, ilyenek a támogatócsoportok, illetve a csoportos akciók, például a demonstráció (74, 92).

1.I.3. A kisebbségek egészsége, egészségügyi tapasztalatai és ellátása, kulturális kompetencia

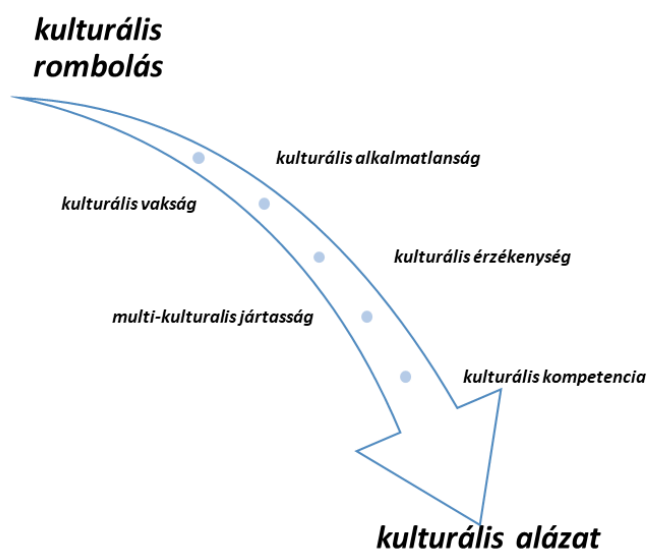
1.I.3.a. A kisebbségek egészsége

A kisebbségek számos mindennapi helyzetben és az ellátórendszerben is gyakran találkoznak előítéletekkel és diszkriminációval, amely hatással van egészségi állapotukra (75, 93-99). A megkülönböztetéstől vagy elutasítástól való félelmük gyakran befolyásolja őket az ellátórendszer igénybevételével kapcsolatban (94, 97-102). Az LMBTQ személyek mentális és fizikális állapota sok tanulmány szerint általában rosszabbnak tekinthető a heteroszexuális populációnál (103), valamint az etnikai kisebbségek - őslakos indiánok, latin-amerikaiak, ázsiaiak, afroamerikaiak, romák - esetén is magasabb a mentális betegségek (depresszió, szorongásos zavarok) jelenléte, az öngyilkosság rizikója, valamint egyes fizikális megbetegedések (pl: metabolikus szindróma, stroke, CVD, asthma, COPD, diabétesz) előfordulása a többségi populációnál tapasztaltnál (104-113). A kisebbségek körében gyakoribb a maladaptív megküzdési stratégiák, mint alkohol- és kábítószer használat, dohányzás előfordulása, ami összefügghet a mindennapi életük során átélt diszkriminációval (95, 103, 114-117). A magasabb arányban előforduló egészségkárosító magatartások tovább veszélyeztetik a kisebbségek egészségi állapotát (8, 94, 97, 118-120). Tapasztalhatók csoportkülönbségek az ellátás terén például COPD,

reproduktív egészség, fájdalomcsillapítás, emlőtumor terápia, valamint thrombolysis kapcsán (121-131). Egy tanulmány szerint az ellátásbeli különbségek összefüggésbe hozhatók az ellátó nemével és etnikai hovatartozásával - nők és kisebbséghez tartozó ellátók inkább gyógyszerelik fekete és női betegeiket (132). Azok az ellátók, akik speciális képzésben részesülnek, vagy több tudással rendelkeznek a szexuális és nemi kisebbségeket érintő témákban jobb attitűdöt mutatnak az irányukba, továbbá kompetensebbek és inkluzívabbak az ellátás során, ami a kulturális kompetencia kívánatosságát hangsúlyozza (30, 32, 37, 133-136).

1.1.3.b. Kulturális kompetencia

A kulturális kompetencia, a multikulturalis jártasság modeljének tekinthető, célja, hogy felhívja a figyelmet a kulturális sokszínűség és különbözőségek értékeire, a társadalmi csoporttagságok, a társadalmi osztályok, az értékrendszerek, a hiedelmek, és az attitűdök heterogenitására, valamint a különféle szokások, értékek és a hiedelemrendszerek jelentőségére és a tiszteletben tartásuk fontosságára (42, 137-142). Az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentése érdekében elengedhetetlen a kulturálisan kompetens egészségügyi rendszer létrehozása, amely érzékeny az eltérő csoportok és igényeire, amelyben a szakemberek befogadó és támogató módon nyújtanak ellátást a kulturálisan diverz populáció számára. A modern kulturális kompetencia modellek szerint a kulturális kompetencia fejlődését és szintjeit kontinuumként ábrázolhatjuk (2. ábra) (143-145), amelyen előlre haladva egyre érzékenyebbnek és kompetensebbnek tekinthető a rendszer vagy az egyén.



2. ábra - Kulturális kompetencia modellek összegzése (saját összegzésű ábra)

A kulturális kompetencia legalacsonyabb szintje ezen skálák szerint a **kulturális rombolás**, ami voltaképpen a kompetencia hiányát jelenti. Ezen a szinten az egyén vagy a rendszer más kultúrákat alacsonyabbrendűnek tekint és tagadja, hogy a kulturális különbségeket az egyenlőség és méltányosság érdekében szükséges lenne figyelembe venni. Ide tartozik az másik üldözése, az eltérő kultúra megjelenésének és megélésének tiltása, valamint kényszerített asszimiláció. A következő szint a **kulturális alkalmatlanság**, amelynek során egy személy vagy rendszer bár rendelkezik rálátással és ismeretekkel a kulturális különbözőségeket illetően, mégis ignorálja, vagy vitatja azokat, megjelenési formája a rasszizmus, az előítéletesség és a sztereotipizálás. A harmadik, és a modellben középső szintje a modellnek a **kulturális vakság**, ezen a szinten az egyén vagy rendszer bár kifejezetten ellenzi a felsőbbrendűséget, nem mutat érzékenységek a különböző kultúrák vagy csoportok eltérő igényeinek elismerésére. Meggyőződése, hogy a kultúrák vagy csoportok között nincsenek eltérések, hogy minden ember egyforma és minden igény vagy szükséglet ugyanazon eszközökkel megcélozható és kielégíthető. A kulturális vakság figyelmen kívül hagyja a kultúrák és csoportok közötti társadalmi és hatalmi különbségeket, ami gyakran áldozat hibáztatásához vezet. A **kulturális érzékenység** megvalósulásakor az egyén vagy rendszer árnyaltan érti és tiszteletben tartja a kulturális, hiedelem- és értékrendbeli különbségeket, észleli a különböző csoportokat érő diszkriminatív jelenségeket és erőfeszítéseket tesz a helyzet jobbítására, megoldására, ugyanakkor tudattalan előítéletekkel rendelkezik, amelyek akadályozzák a kulturális kompetencia megvalósulását. A **multikulturalis jártasság** szintjén a **kulturálisan kompetens** rendszer és/vagy személy tiszteletben tartja a különbségeket, állandó figyelemmel kíséri saját hiedelmeit és normáit, önkritikát gyakorol a - tudatos és tudattalan – feltételezései és előítéletei kapcsán. A kulturálisan kompetens egyén széleskörű ismeretekkel rendelkezik a különböző csoportokról és képes a különböző kultúrák/csoportok képviselőjét ellátni, látja és tiszteletben tartja a kultúrák/csoportok közötti különbségeket, a sokféleségre értékékként tekint, és tiszteletteljesen viszonyul különféle kulturális csoportok képviselőihez, szerepük fontos az érzékenyítés szempontjából, valamint mivel a környezetük számára példaképként szolgálnak. A kulturális kompetencia megköveteli az ismeretek és képességek folyamatos fejlesztését az egyes kisebbségek legjobb megértése és ellátása érdekében.

Számos kritika fogalmazódott meg a kulturális kompetencia modellekkel kapcsolatban az elmúlt években, amelyek szerint a kulturális kompetencia kívánatos szintje a **kulturális alázat** elérésekor valósul meg (141, 146, 147). Kulturális alázat gyakorlása esetén az egyén, túl azon, hogy tudatában van a kulturális különbségeknek és igyekszik folyton rálátni saját tudattalan sztereotípiáira, elismeri a hatalmi egyenlőtlenségeket és elfogadja saját korlátait és határait a másik tapasztalatainak megértésével összefüggésben. A csoport vagy kultúra képviselőit saját csoportjuk vagy kultúrájuk igazi szakértőinek tekinti és hajlandóságot mutat arra, hogy tanuljon a másik csoport vagy kultúra képviselőitől. A kulturális alázat gyakorlása egy egész életen át tartó folyamatot jelent, amelynek célja az önismeret folyamatos fejlesztése, a saját csoporttal és kultúrával kapcsolatos elfogultságok észlelése, valamint a másikkal kapcsolatos tudattalan előítéletek és sztereotípiák csökkentése (42). A kulturális alázat alkalmazása azt jelenti, hogy valóban képesek vagyunk kapcsolódni egy másik személyhez, elfogadjuk és tiszteletben tartjuk a miénktől különböző kultúrákat, értékrendeket, meggyőződéseket, szokásokat és viselkedéseket (141).

1.1.3.c. Sztereotípiák és előítéletek, attitűdök szerepe a betegellátásban

Az egyetemi oktatásban az előítéletek, sztereotípiák, vagy diszkriminatív jelenségek sokszor nem direkt módon, hanem implicit, vagy rejtett módon, az úgynevezett rejtett tanterv részeként jelennek meg és komoly hatást gyakorolnak a képzésben résztvevők attitűdjére (33, 98, 148, 149). A képzés során az oktatók és klinikusok nonverbális kommunikációjukkal és szerepmodellként - gyakran szándéktalanul és akaratlanul - normákat, értékeket és viselkedésmintákat adnak át, amelyek rejtett kurrikulum képében az orvosi szocializáció fontos részévé válnak (150, 151). Számos tanulmány foglalkozik ezekkel a rejtett tantervbe épített kulturális üzenetekkel, amelyek észrevétlenül épülnek be a hallgatók értékrendjébe, megágyazva az előítéleteknek, stigmatizációnak, diszkriminációnak, ezzel újratereztve az egyenlőtlenségeket (152-155).

Előítéletek és sztereotípiák rendelkeznek implicit, tudattalan vagy automatikus és explicit, kontrollált, vagy tudatos aspektusokkal egyaránt (156). Az implicit rassz preferencia és ennek megfelelő előítéletek már kora gyermekkorban, körülbelül hároméves korra kialakulnak (157-159). Ellátóként a későbbiekben ezen kulturális sztereotípiák tudattalan módon, gyakran akaratlan és önkéntelen befolyásolják az döntéshozatalt, így fenntartva a különböző kisebbségeket érintő egészségügyi és

ellátásbeli különbségeket (33, 132, 160). Az orvosvizsgálatok az implicit előítéletek és saját csoport preferencia erős jelenlétét találták számos amerikai vizsgálat során (121, 160-162). Az implicit előítéletek jelenléte és a saját-csoport preferencia gyakran együtt jár domináns kommunikációs stílussal, alacsonyabb beteg elégedettséggel, vagy rosszabbnak ítélt orvos-beteg együttműködéssel (36, 163, 164).

1.II. Kisebbséghez tartozó hallgatókról és orvosokról általában

A kisebbséghez tartozó hallgatók és orvosok jelenléte és mindennapi tapasztalatai számos vizsgálat tárgyául szolgáltak az elmúlt közel 30 évben, az ellátók diverzitásának növelése kritikus kérdés a nemzetközi szakirodalomban már az 1990-es évek óta (22, 25, 165, 166). A vizsgálatok szerint a kisebbséghez tartozó hallgatók és orvosok gyakran találkoznak a stigmatizációval, a mindennapos nyílt vagy burkolt elutasítással, a negatív megkülönböztetéssel, a kompetenciáik megkérdőjelezésével, valamint a példaképek vagy mentorok hiányával pályafutásuk során, egészen a felvételi procedúrától kezdődően (12, 18, 25, 46, 148, 167-172). A kisebbségi csoporthoz tartozó hallgatók körében magasabb a tanulmányokkal való csúszás, a pályaelhagyás, valamint az egyetemi tanulmányaik során történő lemorzsolódás (10, 70, 173, 174). A fentiekén túl, a kisebbséghez tartozó orvostanhallgatók és orvosok gyakran érkeznek hátrányosabb körülmények közül, így sokszor rosszabb a társas támogatottságuk mind családi, mind intézményi szinten (70, 170, 175-177).

1.II.1. Kisebbséghez tartozó orvosok szerepe az ellátásban, multikulturális orvoslás

A szakirodalmi adatok szerint a kisebbséghez tartozó orvosok fontos szereplői lehetnek az egészségügyi egyenlőtlenségek megoldásában és az egészségügyben résztvevők érzékenyítésében (26, 178, 179). Jellemző, hogy a valamely kisebbséghez tartozó orvosok szívesebben látnak el kisebbséghez tartozó betegeket (23, 27-29, 40), gyakrabban szorulnak kevésbé fejlett területekre (pl. vidékre), vagy vállalnak munkát hátrányos helyzetű személyekkel (26, 180, 181).

Az egyetemi diverzitás fontos a kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók számára, de van, hogy kritikusabban ítélik meg vagy elégedetlenebbek annak megvalósulásával az oktatási intézményben (171, 182). A valamilyen kisebbséget képviselő, diplomás gyógyítók hatással lehetnek a kisebbséghez tartozó medikusok és hallgatók egészségére, hiszen pozitív szerepmódként támogathatják szakmai személyiségük kialakítását (148, 183). Számos vizsgálat kiemeli az oktatók, orvosok,

mint mentorok és szerepmo­del­lek jelentősé­gét az orvostanhall­ga­tók – kiemelten a kisebbséghez tar­to­zó hall­ga­tók – szakmai szemé­lyiség­fej­lő­dé­se­ben (170, 171, 179, 184). Lénye­ges, szem­pont a női orvosok és a kisebbséghez tar­to­zó gyó­gyí­tók tá­mo­ga­tá­sa mel­lett, hogy a szakirodalom alap­ján a rassz és nem konkordáns ellátás, a betegek elégedettsége, compliance szem­pont­já­ból hatékonyabb ellátáshoz vezethet (181, 185-187). A kisebbségi csoport­hoz tar­to­zás a kul­tu­rá­lis sa­játos­ságok, kompetenciák ismerete és elsajátítása miatt előnyt jelenthet a kisebbséghez tar­to­zó ellátók és hall­ga­tók szá­má­ra, amikor kisebbséghez tar­to­zó bete­geket látnak el: a szokások, a nyelv, a mindennapi problémák és nehézségek ismerete segíthet számukra jobban megérteni és megnyugtatni a bete­geket, ami önmagában is pozitív hatással van az orvos-beteg kapcsolatra (168, 171, 188).

A többségi orvostanhall­ga­tók és orvoskollégák, egyéb egészségügyi dolgozók (ápolók, beteghordók, asszisztensek) szá­má­ra pedig lénye­ges lehet a szerepük az interkul­tu­rá­lis érzékenysé­g nö­ve­lé­se­ben, ismereteinek, attitűdjének formálásában ezáltal az inkluzívabb ellátás kialakításában, fontos ugyanakkor, hogy ez egyszerre jelent lehetőség és nagy teher a kisebbséghez tar­to­zó orvosoknak és hall­ga­tóknak (21, 46, 171, 174).

A multikul­tu­rá­lis és inkluzív közeg kialakítását éppen ezért nem várhatjuk, csak az érintett kisebbségek jelenlevő képviselőitől, fontos az egyetemek, az ellátórendszer, és az orvos közösségek (orvosi kamara illetve formális vagy informális orvoscsoportok) aktív hozzájárulása a diverzitás előremozdításához és az ellátással kapcsolatos különbségek felszámolásához (138, 189, 190).

1.III. Az ellátók egészsége, a kiégés

A kiégés - amely képes beszédként éppen a kialvó lángra utal és melyet számos nyelv "burn out"-ként átvett - az 1970-es évek óta rengetek szakirodalmi cikk alap­já­ul szolgál felhívva a figyelmet a munkastressz és az azzal való megküzdés jelentőségére (191). A kiégés számos régről ismert, szakmát érintő, globális jelenségnek tekinthető, amely napjainkra a közbeszéd részévé vált (191, 192). A jelenséget magát egyrésztől szociális, másrészt egészségi problémának tekintik, például számos országban orvosi diagnózisként került értelmezésre (191)

A hall­ga­tókat érintő kiégés Kafry és munkatársa (193) szerint olyan állapot, amelyben a hall­ga­tók körében jellemzővé válik a tanulmányaik iránti érdeklődés csökkenése, a tanulmányokkal kapcsolatos motivációk hiánya és a kimerültség. Míg Maslach és

Jackson szerint a kiégés „olyan krónikus emocionális megterhelés, stressz nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek” (2, 194). A kiégés és stresszterhelés, amely az orvosokat és orvostanhallgatókat érinti képzésük során, napjainkban több vizsgálat középpontját képezi (6, 195). A képzés alatt megjelenő jelentős stresszterhelés egy fontos provokáló tényezője lehet a későbbiekben kialakuló kiégés szindrómának a hallgatók esetén is. A hallgatói kiégéssel összefüggésben az egyetemi követelmények és környezet, mint külső okok, valamint az egyénre jellemző személyiségtényezők, mint belső okok, illetve a fentnevezett hatótényezők kölcsönhatásai egyaránt fontos szerepet játszanak a hallgatói kiégés kialakulásában (196). Külső oknak tekinthetőek a konstans időnyomás, a mennyiségében és komplexitásában is hatalmas tananyag, a vizsgákkal kapcsolatos stressz, a tanulmányok ideje alatt jelenlévő anyagi bizonytalanság, valamint a múlandósággal, halállal, emberi szenvedéssel való gyakori szembesülés okozta érzelmi megterhelés (197-200). A hallgatók számára komoly terhet jelenthet továbbá az egyetemről való kimaradás, illetve a kibukás félelme is (201, 202). A belső okként tekintett személyiségtényezők, valamint a kiégés összefüggésének vizsgálata során az önbizalom, kompetenciaérzés, a kontroll, a szorongás és a neuroticizmus faktorai esetében található összefüggést a korábbi vizsgálatok szerint (203-206).

2018-as metaanalízisükben Erschens és munkatársai 7-72% közötti kiégési gyakoriságot mértek hallgatók körében, amely függött a vizsgált országtól, a használt mérőeszköztől, valamint módszertani kérdésektől is (195). A hallgatók körében előforduló kiégés gyakoriságát tekintve nincs általánosan jellemző adat, a különböző vizsgálatok során a hallgatók körülbelül fele-egyharmada tűnik érintettnek lenni, ugyanakkor az egyetemi karok közötti összehasonlító vizsgálat a kiégés magasabb arányú előfordulását találta az orvosi karon (207-211). Az orvosi egyetemi képzés során a rossz bánásmód, vagy bántalmazás magas arányban megjelenik a különböző vizsgálatok és összefüggést mutat a kiégéssel (177, 197, 208, 212). A szakirodalomban „bántalmazott gyerek szindrómaként” hivatkoznak az orvosi egyetemek hallgatóinak megszegyenyítésével, állandó kritizálásával, leértékelésével, semmibevételével, büntetésével, értéktelennek titulálásával, megfélemlítésével járó egyetemi környezetre (213, 214).

Az orvosi kiégés gyakorisága egy 2018-as metaanalízis 1991 és 2018 között 0% és 80.5% közötti volt (215). Magyarországon Győrffy Zs. és munkatársai 2015-ben készült reprezentatív vizsgálatában érzelmi kimerülés alkálán az orvosok 23,5 - 27,1%-a, deperszonalizáció alkálán a 19-23,7%-uk, teljesítménycsökkenés tekintve pedig a gyógyítók 26,1 - 39,7%-a került legalább közepes rizikójú övezetbe (2).

Az orvosok kiégése a hivatástudat csökkenésén és a pályaelhagyás nagyobb gyakoriságán túl, mentális és fizikális egészségre is hatást gyakorol, mivel potenciózza szerhasználatot és dohányzást, megnöveli a cardiovascularis és diabetes rizikót, fokozza a terméketlenség, a PTSD és az öngyilkosság előfordulását, továbbá önértékelési zavart okozhat, így összességében magasabb halálozási rizikót eredményezhet (6, 7). A vizsgálatok során a kiégés összefüggést mutatott egyéb testi és lelki egészségi tényezőkkel, mint a depresszió, a krónikus fáradtság, a rosszabb önbecsült egészség, továbbá a szív- érrendszeri, vagy gasztrointesztinális panaszok jelenléte (196, 210, 216-220). A betegek számára az ellátók kiégése magában hordozza a műhibák és szövődmények fokozott előfordulását, a rosszabb minőségű ellátást, a hosszabb gyógyulási időt, és negatív irányba befolyásolja az ellátással kapcsolatos elégedettséget (6). A kiégés jelenléte az egészségügyi ellátórendszert rendszerszinten is érinti, hiszen csökkenti a termelékenységet, a pályaelhagyók miatt fokozza az orvoshiányt, továbbá a gyakoribb orvosi műhibák és a fokozott munkából való kiesés által megnöveli az ellátás költségeit (6, 7).

Bár jelentős ismeretanyaggal rendelkezünk az orvosok és orvostanhallgatók körében megjelenő kiégéssel kapcsolatosan, mégis a kisebbségekre és speciális csoportokra, így az etnikai vagy nemzeti kisebbségekre, szexuális és nemi kisebbségekre vonatkozó adataink hiányosak és ellentmondásosak (194, 202, 210, 211, 221, 222).

2. Célkitűzések

Dolgozatom célkitűzése tágabb értelemben a kisebbségi csoportokhoz tartozók vizsgálata az orvoscépzésben és az ellátórendszerben. Ezen belül is egyrészt az LMBT közösséggel kapcsolatos ismeretek és attitűdök vizsgálata az orvostanhallgatók körében, másrészt a kisebbségekhez tartozó orvosok és orvostanhallgatók egészségi állapotának felmérése, tapasztalatainak megismerése, az általuk érzékelt legfontosabb stresszorok meghatározása, megküzdési stratégiák megismerése, az észlelt-diszkrimináció vizsgálata, továbbá a lehetséges megoldások körvonalazása mind az orvoscépzést, mind az ellátórendszert érintően. Célkitűzéseim tehát:

- 1) Felmérni a kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók mentális egészségmutatóit.
- 2) Megvizsgálni milyen tényezők befolyásolhatják a hallgatók és gyakorló orvosok körében megjelenő kiégést, nagy figyelmet fordítva a kisebbséghez tartozókra, mint egy korábban Magyarországon még nem vizsgált csoportra.
- 3) Elemezni és összevetni a magyar orvosegyetemek általános orvosi karainak magyar nyelvű programján tanuló hallgatók, valamint gyakorló orvoskollégák észlelt diszkriminációval kapcsolatos eredményeit a 2015 évi Eurobarometer Magyarországra és Európára vonatkozó adataival (223).
- 4) Kvalitatív módszerrel (félig-strukturált interjúk tartalomelemzése) vizsgálni a kisebbséghez tartozó orvosok tapasztalatait és megküzdési stratégiáit.
- 5) Adatot gyűjteni és ismeretet szerezni a magyarországi orvoscépzésben résztvevők LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdjéről általában.
- 6) Megvizsgálni milyen jellemzőikkel mutat összefüggést attitűdjük, összevetni adatainkat a külföldi orvostanhallgatói attitűdvizsgálatokkal.
- 7) Kidolgozni egy speciális LMBT személyekkel kapcsolatos ismeretet és attitűdöt mérő kérdőívet kifejezetten az egészségügyben résztvevők (dolgozók és hallgatók) részére.

3. Hipotézisek

- 1) A kisebbséghez tartozó hallgatók és gyakorló orvosok (a) rosszabb mentális egészséggel jellemezhetőek, (b) nagyobb arányban érinti őket a kiégés, (c) a fokozott stressz miatt, rosszabb az egészségmagatartásuk, (d) gyakrabban éri őket diszkrimináció.
- 2) A magyarországi orvosok és hallgatók (a) a reprezentatív magyar mintával hasonlatos eredményeket mutatnak észlelt diszkriminációval kapcsolatban, (b) amely eredmények a teljes európai uniós adatoknál kevésbé súlyosnak értékelik a diszkrimináció jelenségét és (c) a teljes európai uniós adatoknál inkább vélekednek előítéletesen az egyes kisebbségekkel szemben.
- 3) A kisebbséghez tartozó orvosok munkahelyükön és tanulmányaik során kisebbségi identitásukat elrejtik, eltitkolják.
- 4) A magyarországi orvostudományban résztvevő hallgatók LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdje összefüggést mutat egyes személyes jellemzőikkel (pl. nem, életkor, politikai beállítódás, vallásosság).
- 5) Az LMBT személyekkel kapcsolatos ismeretek és attitűdök különbséget mutatnak a kulturális értékek miatt eltérő helyen szocializálódó – külföldi és magyar – orvostanhallgatók között.

4. Módszerek

Kutatómunkám során kvalitatív és kvantitatív módszereket használtam, önjellemző kérdőívcsomagot vettem fel orvostanhallgatók és orvosok körében, továbbá félig strukturált interjút vettem fel magyarországi orvosokkal.

4.I. Kvantitatív vizsgálati módszerek részletes leírása

A vizsgálat kvantitatív részeként papír alapú, valamint online önkitöltős anonim kérdőívvel történt adatfelvétel. Az egyes vizsgálatok módszertani sajátosságait az alábbiakban ismertetem.

4.I.1. Kérdőívek és jellemzőik

4.I.1.a. Orvostanhallgatói vizsgálat

A magyarországi orvosegyetemek tanulmányi hivatalaival együttműködve a magyar nyelvű program hallgatói Neptun és ETR üzenetben kapták meg online, anonim, önkitöltős kérdőívemet, 2 kiküldés alkalmával: 2016 novemberében és 2017 februárjában. A kérdőív a 2016/17-es tanévben aktív hallgatói jogvisztonnal rendelkező 5984 magyar nyelvű orvosképzésben résztvevő hallgatónak került kiküldésre, a kétszeri kiküldést követően 530 fő döntött a kérdőív kitöltése mellett, amely 8,8%-os válaszadási arányt jelent.

Az általános demográfiai adatokra vonatkozó kérdések a társadalmi nemre, szexuális orientációra, lakhely régiójára és típusára, kisebbségi csoporttagságra, valamint a hallgató tanulmányaival kapcsolatos adataira: intézményre és évfolyamra kérdeztek rá. Az életmóddal kapcsolatosan a dohányzásra, alkohol- és pszichofarmakon-használatra vonatkozó kérdéseket tartalmazott a kérdőív.

A kiküldött online kérdőív részét képezték az alábbi pszichometriai skálák standardizált magyar nyelvű változatai: pszichoszomatikus-stresszel kapcsolatos fizikai tünetek kérdőív (PHQ-15), Connor-Davidson reziliencia kérdőív (10 tételes) (CD-RISC), WHO Jól-lét kérdőív (5 tételes) (WB5), Észlelt stressz kérdőív (10 tételes) (PSS), Zimet-féle Multidimenzionális Társas Támogatottság Skála (MSPSS), Maslach Burnout Inventory - Hallgatói kiegészítő kérdőív (MBI-SS), Hallgatói stresszel kapcsolatos kérdések, Spielberger féle szorongásmérő kérdőív (STAI).

A hallgatói kiegészítő mérésére a Maslach-féle kiegészítő kérdőív hallgatói változatát használtam. A 15 tételben, három alszkálán (érzelmi kimerülés, deperszonalizáció,

teljesítménycsökkenés), minden kérdésnél 7 fokozatú likert skálán (0-6) méri az oktatás során kialakuló érzelmi kimerülést, a tanulmányokkal kapcsolatos távolságtartó-, cinikus hozzáállást és a hallgatóban létrejövő teljesítmény- és hatékonyság-csökkenést, így összességében a hallgató tanulmányaival kapcsolatos kiégését. A kérdőív kiértékelése során a nemzetközi szakirodalomra, valamint a kérdőív magyar nyelvű adaptációjára támaszkodva az alsókálákra vonatkozóan 3 övezetet hoztam létre: alacsony, közepes és magas (215). A hallgatók a kiégés érzelmi kimerülés alskáláján 15 pont alatt alacsony, 26 pont felett magas övezetbe kerültek, a deperszonalizáció alskála esetén a középső övezet határai 5 és 10 pont, míg a személyes hatékonyság alsó övezete 16 pontig terjed, felső övezete 25 ponttal kezdődik Hazag és munkatársai által publikált adatok szerint (224).

A kiégés kategorikus értelmezésének leggyakoribb alkalmazása alapján a magas kiégés rizikó a deperszonalizáció vagy az érzelmi kimerülés alskálán a felső övezetbe kerülést jelenti (224, 225). A hallgatói kérdőívek értékelésekor ez alapján magas kiégés rizikójú csoportba soroltam azokat a hallgatókat, akik az Érzelmi kimerülés alskálán legalább 26, valamint a Deperszonalizáció alskálán legalább 10 pontot értek el. A teljes MBI-SS skála belső megbízhatósági értéke (Cronbach-alfa) a vizsgálat során 0,89 volt, míg az alskálák esetén a Cronbach-alfa az alábbiak szerint alakult: érzelmi kimerülés: 0,84; cinizmus: 0,86; hatékonyság/teljesítmény csökkenése: 0,83.

A hallgatók körében a legjellemzőbb pszichoszomatikus testi tünetek megjelenését PHQ-15 kérdőívvel mértem (226, 227). A kitöltő 3 fokozatú likert skálán, az elmúlt egy hónapra visszatekintve jellemzi az adott tünet előfordulását, valamint azt, hogy mennyire volt az adott tünet zavaró számára (0 - nem fordult elő, egyáltalán nem zavart, 1 - előfordult és kissé zavart, 2 - előfordult és nagyon zavart). Az összpontszám alapján 4 kategória kerül kialakításra, amelyek a tünetek súlyosságát és intenzitását jellemzik: 0–4 pont - nincs tünet, 5–9 pont - alacsony, 10–14 pont - közepes és 15 pont felett - magas. A kérdőív Cronbach-alfa értéke a hallgató mintán 0.81 volt.

A reziliencia mérésére a Connor-Davidson reziliencia kérdőívet használtam, a kérdőív 10 itemből áll, a válaszadók 5 fokú Likert-skálán (0 - egyáltalán nem igaz; 4 - szinte mindig igaz) választják ki, mennyire jellemző rájuk az adott állítás(228). A kérdőívben elérhető pontszámok 0–40 közötti tartományba esnek, a magasabb pontérték magasabb rezilienciát jelent. A kérdőív Cronbach-alfa értéke a hallgatói mintán: 0,82.

A WHO Jóllét Kérdőív (WBI-5) magyar változatát használtam az általános közérzet / jóllét mérésére a vizsgálatok során (229, 230). A kérdéssor öt tételt tartalmaz és az elmúlt két hétre vonatkozó általános közérzet jellemzőit méri (nyugalom, vidámság, éberség) négyfokú Likert skálán (egyáltalán nem jellemző / alig jellemző / jellemző / teljesen jellemző). A magasabb elért összpontszám pozitívabb, kedvezőbb pszichológiai állapotot jelöl. A WB5 kérdőívre jellemző megbízhatósági mutató 0,88 volt a hallgatói vizsgálat során.

Az észlelt stressz mérésére az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale PSS) kérdőívet használtam (231, 232). A 10 tételből álló kérdőívben, 5 fokú Likert-skálán a kitöltő azt jellemzi, hogy az elmúlt hónapban saját megítélése szerint milyen stresszhelyzetre jellemző gondolatok és érzések voltak jelen az életében. A megfordítandó tételek átkódolását követően az összesített pontszámot kiszámítva következtetni lehet a kitöltő által az elmúlt hónapban megélt általános stressz mértékére. A vizsgálat során a hallgatói mintán a PSS-10 Cronbach-alfa értéke: 0,89; a négy teteles rövid verzió belső megbízhatósága 0,79 volt.

Zimet-féle multidimenziós társas támogatás skála alkalmazásával mértem az orvostanhallgatók társas támogatását (233, 234). A válaszadó 12 kérdés 7 fokozatú likert skálán (1-nem jellemző, 7 – nagyon jellemző) történő kitöltésével jellemezheti társas támogatását. A kérdőív 3 alskálára osztható: Egyéb fontos személy (1, 2, 5, 10 kérdés), Család (3, 4, 8, 11 kérdés), Barátok (6, 7, 9, 12 kérdés). A teljes skálára jellemző pontszám az egyes tételeken elért pontok összege osztva 12-vel, az egyes alskálák pontszáma az adott kérdéseken elért pontok összeadását követően 4-gyel történő osztással meghatározható. Az értékelés során 3 övezet került kialakításra a szakirodalmi adatok alapján: az 1-2.9 pont közötti pontszám alacsony társas támogatást, a 3-5 között közepes, az 5.1-7 közötti magas társas támogatást jelent. A skála Cronbach-alfa értéke az egyes alskálákon a következő: barátok: 0,94 család: 0,90 egyéb: 0,95; a teljes skálát 0,90 belső megbízhatóság jellemzi.

A szorongás mérésére a State-Trait Inventory magyar változatát alkalmaztam (235). Az aktuális (state) szorongást mérő kérdőív rész 20 kérdést tartalmaz, amelyek kitöltésekor arra kell válaszolni, hogy „Éppen most hogyan érzi magát” a kitöltő. 4 fokozatú likert skálán (1 – egyáltalán nem, 4 – nagyon/teljesen) összesen 20-80 pont elérhető a kitöltés során. A kérdőív második része úgynevezett vonás (trait) szorongást mér, tehát, hogy a

válaszadó mennyire hajlamos a szorongásra. Ez a rész szintén 20 itemből áll, a kitöltő arra a kérdésre válaszol, hogy „általában hogyan érzi magát”, itt is 4 fokú skálán kell meghatároznia, hogy általában jellemző-e rá az adott kijelentés (1 – soha, 4- mindig). A skála vonásszorongást mérő részén szintén 20-80 pont szerezhető. A kérdőív 1, 2, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20, 21, 26, 27, 30, 33, 36 és 39-es tételei fordított tételek. A magasabb elért pontszám fokozottabb szorongást jelent mind a két alskálán. A teljes 40 tételű verzió belső megbízhatóság az állapot szorongás skála esetén 0,95, a vonás szorongás skála esetén 0,92 volt a hallgatói mintán.

A hallgatói kérdőív életmódra vonatkozó kérdéseket (dohányzás, alkohol, altató, nyugtató, teljesítményfokozó használat), az orvosegyetemi évek alatt tapasztalt speciális stresszforrásokra vonatkozó kérdéseket (boncolással kapcsolatos stresszforrások kérdőív), külföldi munkavállalási szándékkal kapcsolatos kérdéseket is tartalmazott.

Az online kérdőív részét képezte egy a boncolással összefüggő élményekkel kapcsolatos 19 kérdéses kérdőív is, amelyek közül első három a boncolással kapcsolatos tapasztalatokra, további tizenhét darab, 5 fokú Likert-skála típusú kérdés pedig a boncolással, mint speciális faktorról kapcsolatos hallgatói megküzdésre vonatkozott (236). A boncolásra vonatkozó kérdőív rész faktoranalízis alapján három alskálát alkalmaz: 5 kérdés a test objektumként történő kezelését (Tárgyasítás alskála), általános kognitív attitűdöt (Kognitív alskála) vizsgáló alskála, végül az érzelmekkel való megbirkózást méri (Érzelmi alskála). Az alskálák Cronbach alfa értékei 0.67-0.72 között voltak. A kérdéssor fordított elemek is tartalmaz (pl: “Lehetőleg nem nézek a halott arcára, szemébe.”, vagy “Boncoláskor nem tudok a holttestre úgy gondolni, mintha bábu lenne.”).

A kérdőívcsomag tartalmazta továbbá az Eurobarometer kisebbségi státuszra és észlelt diszkriminációra vonatkozó alábbi kérdéseit (237):

„A diszkrimináció következő típusainál kérem, mondja meg, hogy Ön szerint nagymértékben elterjedt, eléggé elterjedt, eléggé ritka vagy nagyon ritka jelenségről van szó Magyarországon.” (4 fokozatú Likert skála)

„Amikor Magyarországon egy munkahely felvételre keres valakit, és két egyenlő képességekkel és végzettséggel rendelkező személy közül választhat, Ön szerint a következő lista elemei közül melyek azok a kritériumok, amelyek hátrányt jelenthetnek a jelöltek számára?” (Válaszlehetőségek: a jelölt neve, a jelölt lakcíme, a beszédmód, a

jelölt tájszólása, akcentusa, a jelölt bőrszíne, etnikai származása, a jelölt szexuális beállítottsága (leszbikus, meleg vagy biszexuális), a jelölt neme (férfi vagy nő), a jelölt nemi identitása (transznemű, transzszexuális), a jelölt életkora, ha 55 év feletti, A jelölt életkora, ha 30 év alatti. A jelölt fogyatékosága, a vallásos meggyőződés kifejezése (pld. vallásos jel szembetűnő használata). A jelölt megjelenése (öltözködése vagy előadásmódja), a jelölt általános fizikai megjelenése (alkat, súly, arc, stb.), Egyéb, Egyik sem)

„Függetlenül attól, hogy Ön éppen dolgozik vagy sem, kérem, mondja meg egy 1-től 10-ig terjedő skálán, hogy mennyire érezné kényelmesen magát, ha egyik munkahelyi kollégája az alábbi csoportok valamelyikéhez tartozna?” (10 fokú Likert skála)

„Ön szerint eleget tesznek a sokszínűség elősegítéséért az Ön egyetemén az alábbiakat illetően?” (4+1 fokú Likert skála: egyáltalán nem, nem igazán, bizonyos mértékig, igen nagyon, nem szükséges tenni érte)

„Az elmúlt 12 hónapban Ön személy szerint érzett-e hátrányos megkülönböztetést vagy zaklatást az alábbiak közül egy vagy több ok miatt?” (Etnikai hovatartozás, Neme (férfi / nő), Szexuális beállítottság (meleg, lesbikus vagy biszexuális), 30 év alatti életkor, Vallási vagy hitbéli meggyőződés, Fogyatékoság, Nemi identitás (transznemű vagy transzszexuális), Egyéb ok miatt, Nem éreztem hátrányos megkülönböztetést). Az észlelt diszkriminációra vonatkozóan a válaszok alapján dichotóm változót hoztam létre: „igen, érzett” – „nem, nem érzett”.

„Ön szerint eleget tesznek a sokszínűség elősegítéséért az Ön egyetemén az alábbiakat illetően?” (4+1 fokú Likert skála: egyáltalán nem, nem igazán, bizonyos mértékig, igen nagyon, nem szükséges tenni érte)

„Ahol él, úgy véli, hogy a következők bármelyikéhez tartozik? Kérem, jelölje azokat, amelyek jellemzők.” (egy etnikai kisebbséghez, egy vallási kisebbséghez, egy nemzetiségi kisebbséghez, egy szexuális kisebbséghez (például meleg, lesbikus, biszexuális, queer), Egy gender kisebbséghez (transznemű, transzszexuális), egy fogyatékos kisebbséghez, Bármilyen más stigmatizált csoporthoz (pld. elhízott, tartós betegségben vagy mentális betegségben szenvedő), Egyéb kisebbséghez, Nem tartozom kisebbséghez).

Az adatfeldolgozás során kisebbséghez tartozónak tekintettem azokat a hallgatókat, akik jelezték, hogy valamely felsorolt kisebbség tagjaként gondolnak magukra, adott esetben

egy hallgató több kisebbségi csoporthoz tartozást is jelezhetett. Ide soroltam azokat a többségi társadalmi normáktól eltérő csoportokat is, akik a szociális kategorizáció és a társas identitáselmélet szerint konstruált szociális/társas identitásukban normatív elvárásoknak nem felelnek meg, így együtt kell élniük annak kockázatával, hogy társadalmi identitásuk miatt elutasítják, leértékelik, vagy negatív sztereotípiákon keresztül ítélik meg őket, amely ütközik a valahová tartozás alapvető igényével, ezáltal komoly mentális terhet ró az érintettekre. A kérdőívek feldolgozása során szexuális kisebbségek közé soroltam azokat a hallgatókat, akik a szexuális orientációjukat tekintve heteroszexuálistól eltérő orientációt jeleztek és a kisebbségi hovatartozás kérdésnél szexuális kisebbséghez tartozást jelöltek, de nem soroltam ebbe a csoportba azokat a személyeket, akik heteroszexuálistól eltérő szexuális orientációt adtak meg, de nem tartják magukat szexuális kisebbséghez tartozónak.

4.1.1.b. Orvosvizsgálat

A kérdőívet a Magyar Orvosi Kamara együttműködésével, két alkalommal kamarai hírlevél csatolmányaként juttattam el az orvosvizsgálat során a lehetséges válaszadókhoz (N=39.132 fő), a kiküldés időpontjai 2017. novemberben és 2018. januárban voltak, a második kiküldést követően 269 fő válaszadó küldte vissza a kérdőívet. Az orvosvizsgálat során hasonlóan a hallgatói vizsgálatához standardizált magyar nyelvű kérdőíveket használtam.

Az általános demográfiai adatokra vonatkozó kérdések életkorra, a társadalmi nemre, szexuális orientációra, lakhely régiójára és típusára, a diplomaszerezés helyére, jelenlegi munkahelyre vonatkozó adatokra (beosztás/munka típusa, munkaórák száma). A kérdőív az orvosok esetén is tartalmazott egészségmagatartással kapcsolatos elemeket: az alkohol, cigaretta és pszichofarmakon használat mellett az alvással kapcsolatos elégettséget vizsgálta.

Az orvosok körében használt online kérdőív az alábbi pszichometriai skálák standardizált magyar nyelvű változatát tartalmazta: pszichoszomatikus-stresszel kapcsolatos fizikai tünetek kérdőív (PHQ-15), Connor-Davidson reziliencia kérdőív (10 tétel) (CD-RISC), Észlelt stressz kérdőív (4 tétel) (PSS), Zimet-féle Multidimenzionális Társas Támogatottság Skála (MSPSS), Maslach Burnout Inventory - Maslach Kiegészítő Leltár humán szolgáltató szektor számára (MBI-HSS), Spielberger féle szorongásmérő kérdőív (STAI-R), Siegrist-féle Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság kérdőív.

A kiegészítés vizsgálata során 22 tételes MBI-HSS felső övezeteinek alsó határértékei: Érzelmi kimerülés alskálán 27, Deperszonalizáció alskálán 10, Teljesítménycsökkenés alskálán 33 (2, 238), a felső övezetbe kerülést jelenti a szakirodalom szerint, ha a kitöltő az érzelmi kimerülés vagy a deperszonalizáció alskálákon (a) mind két alskála esetén közepes övezetbe, (b) az egyik fenti alskálán magas a másikban alacsony, vagy közepes övezetbe került, valamint, ha (c) mind a két alskálán magas övezetbe kerül (239). A nemzetközi ajánlások alapján a 40 tételes szorongás skála helyett egy 11 tételes rövidített verzió is használható, amelyben a vonásszorongást 5 tétel, az állapotszorongást 6 tétel méri, a rövidített skála alfái a hallgatói vizsgálatunkban a következőképpen alakultak: állapot: 0,90; vonás: 0,72. Mivel a hallgatói vizsgálatban a vonás-szorongás skála nem adott hozzá érdemben a vizsgálat eredményeihez, így az orvos-vizsgálatban – hasonlóan több külföldi vizsgálathoz – csak az állapotszorongást mérő alskálát használtam (240-242). Az orvos vizsgálat során a Cronbach alfa értékek a következők szerint alakultak: PHQ-15 (0,78), CD-RISC (0,80), PSS4 (0,57), MSPSS (0,94), MBI-HSS (0,89), STAI-R állapotszorongás alskálája 0,72 Cronbach alfát mutatott. A társas támogatás alskáláinak alfa értékei: család 0,90; barátok 0,89; fontos egyéb 0,94. A kiegészítés egyes alskáláinak: cinizmus 0,91; teljesítménycsökkenés 0,77; deperszonalizáció 0,80.

Mivel a fentnevezett standardizált kérdőívek a korábbi fejezetben részletesen bemutatásra kerültek, itt csak a Siegrist-féle Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság kérdőív részletesebb ismertetésére térünk ki.

A rövidített Erőfeszítés–Jutalom Egyensúlytalanság kérdőív Salavecz és munkatársai által került magyar adaptálásra. A kérdőív a munkahelyi stressz mérésére használható hányadost eredményez, amely korábbi vizsgálatok során a kiegészítéssel összefüggést mutatott (243). A kérdőív rövidített, magyar-nyelvű változatának jutalom skálája 6 kérdésből áll és a munkahelyen jelenlévő elismerésre, biztonság érzésére, és anyagi jutalmazásra vonatkozó kérdéseket tartalmaz. A válaszadók 5 fokozatú Likert skálán az alábbi válaszok közül választhatnak („0. Nem jellemző 1. Jellemző, de ez egyáltalán nem zavar 2. Jellemző, és ez kissé zavar 3. Jellemző, és ez zavar 4. Jellemző, és ez nagyon zavar”). A kérdőív ezen részén elérhető minimum pontszám 6, maximum pontszám 30.

A kérdőív erőfeszítés skála része 3 kérdésből áll, hasonlóan a jutalom skálához, itt is 5 fokozatú Likert skála áll a válaszadó rendelkezésére, ennél a skálánál az alábbi válaszlehetőségekkel: 0. Jellemző 1. Nem jellemző, de ez egyáltalán nem zavar 2. Nem

jellemző, és ez kissé zavar 3. Nem jellemző, és ez zavar 4. Nem jellemző, és ez nagyon zavar), az összpontszám az erőfeszítésre vonatkozó kérdőív során 3-15 között alakulhat. A jutalom skálán elért alacsonyabb pontszám kevesebb jutalmat jelez, az erőfeszítés skála esetén elért alacsonyabb pontszám kevesebb észlelt erőfeszítést takar. Siegrist féle Erőfeszítés és Jutalom egyenlőtlenség model alapját két skála összesített pontszámának hányadosaként kapott érték használható a munkahelyen észlelt stressz jellemzésére, mivel az adott munkahelyre vonatkozó magas erőfeszítés, amely alacsony jutalmazással jár, fokozza a munkával kapcsolatos stresszt (244). A kérdőív harmadik, túlvállalásra vonatkozó dimenzióját jelen vizsgálatban nem használtam, ez a kérdőív rész kifejezetten a személy munkahelyi helyzetekben megnyilvánuló egyéni jellemzőit vizsgálja és jelen vizsgálatban az extrinzik modell alapján vizsgáltam a munkahelyen megjelenő stresszt. Az orvos vizsgálatban használt kérdéssor tartalmazta továbbá az Eurobarometer hallgatói vizsgálatban is használt kérdéseit, valamint a Központi Statisztikai Hivatal – Munkahelyi Diszkriminációval kapcsolatos kérdőív következő kérdéseit (245):

„Érte-e valaha az alábbi élethelyzetekben hátrányos megkülönböztetés az említett okok miatt: álláskeresésnél? (Kérem, jelölje meg mindet, ami Önre jellemző)” (származása miatt, iskolai végzettsége miatt, egészségi állapota miatt, neme miatt, nemi identitása miatt, életkora miatt, családi körülményei (pl. kisgyerek) miatt, szexuális orientációja miatt, egyéb okból)

Érte-e valaha az alábbi élethelyzetekben hátrányos megkülönböztetés az említett okok miatt: álláskeresésnél?

(származása miatt, iskolai végzettsége miatt, egészségi állapota miatt, neme miatt, nemi identitása miatt, életkora miatt, családi körülményei (pl. kisgyerek) miatt, szexuális orientációja miatt, egyéb okból).

Érte-e valaha az alábbi élethelyzetekben hátrányos megkülönböztetés az említett okok miatt: leépítésnél / elbocsátásnál?

(származása miatt, iskolai végzettsége miatt, egészségi állapota miatt, neme miatt, nemi identitása miatt, életkora miatt, családi körülményei (pl. kisgyerek) miatt, szexuális orientációja miatt, egyéb okból).”

4.1.1.c. Attitűd vizsgálat

A Semmelweis Egyetem Népegészségtani Intézetével együttműködésben vettünk fel LMBT személyekkel kapcsolatos ismereteket és attitűdöket vizsgáló kérdőívet. A

vizsgálat során papír-ceruza módszerrel történt adatfelvétel a négy magyar orvosegyetem elsőéves és negyedéves magyar programon tanuló hallgatóival [SE (n=376); PTE-ÁOK (n=198); DE-ÁOK (n=74); SZTE-ÁOK (n=97)], a Semmelweis Egyetem angol programján tanuló negyedéves hallgatókkal (n=82), a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán tanuló ápoló elsőéves hallgatóival (n=41), továbbá az ELTE Bárczi Gusztáv Gyógyypedagógiai Karán tanuló első- és másodéves hallgatóival (n=66) valamint az ELTE Társadalomtudományi Karán tanuló első- és másodéves hallgatóival (n=81), kényelmi mintavételt alkalmazva.

A kérdőív a demográfiai adatokra vonatkozó kérdéseken kívül LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdöt és tudást mérő skálákat tartalmazott. A demográfiai adatok kapcsán a születési évre, társadalmi nemre, a jelenleg látogatott egyetem nevére, évfolyamra, a politikai beállítottságra (liberális, inkább liberális, inkább konzervatív, konzervatív), a vallásosságra (Nagyon vallásosnak tartom magam, Vallásosnak tartom magam Inkább nem tartom magam vallásosnak, Egyáltalán nem tartom magam vallásosnak), a vallásgyakorlásra (Vallásomat rendszeresen gyakorlom, A fontosabb egyházi-ünnepeket megtartom, Vallásos vagyok a magam módján, Nem gyakorolom a vallásomat), a szexuális orientációra, valamint a pályaválasztási motivációkra kérdeztünk rá. A kérdőív tartalmazott továbbá LMBT személyekkel való ismeretségre vonatkozó kérdést is (Személyes ismeretségi körödben van LMBT (leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű) személy? (több válasz is megjelölhető) Nem; Igen, közeli családtag; Igen, távoli családtag; Igen, közeli ismerős Igen, távoli ismerős).

Az attitűdök vizsgálatához egy régi típusú és egy modern homonegativitás kérdőívet használtunk: Gregory Herek 3 kérdésből álló, rövidített, régi típusú homonegativitást mérő kérdőív rövidített változatát, valamint Morrisons és Morrisons Modern Homonegativitás Skála magyar adaptációját (246).

A régi típusú homonegativitást mérő kérdőív az alábbi állításokkal való egyetértéssel méri a meleg személyekkel szembeni negativitást: „Szerintem a homoszexuális férfiak undorítóak.”, „A férfi homoszexualitás a férfi szexualitás természetes kifejeződése.” és „Két férfi közötti szexuális együttlét egyszerűen helytelen.”. A kitöltő 5 pontos likert skálán jelöli, mennyire ért egyet az egyes állításokkal. A Morrisons-ék féle modern típusú homonegativitás kérdőív, az előbbinél kevésbé kemény állításokat tartalmaz (“Sok meleg különleges előjogok megszerzésére használja a szexuális orientációját.”, “A melegeknek

még mindig küzdeniük kell az egyenlő jogokért.”, valamint “Nevetséges az a gondolat, hogy egyetemi alapképzésen lehessen homoszexualitással és leszbikusussággal kapcsolatos tanulmányokat folytatni és ebből diplomát szerezni.”), jobban fókuszálva az emberek LMBT személyekkel kapcsolatos mindennapi tapasztalataira, hétköznapi, vagy aktuális politikai és társadalmi kérdésekre. A Modern Homonegativitás Skála esetén szintén 5 pontos likert skálán jelölheti a kitöltő az egyes tételekkel való egyetértését. A két skálát Török és munkatársai adaptálták magyar nyelvre 2016-ban (247).

Kérdőívünk tartalmazta a „Sex Education and Knowledge about Homosexuality Questionnaire”, szexualitással és homoszexualitással kapcsolatos tudást mérő kérdőív magyar nyelvre adaptált módosított változatát (135). A kérdőív adaptációja során Beaton kultúraközi adaptációs útmutatóját alkalmaztuk (248). A kérdőívet kutatócsoportunk – amelyen két szociológus, valamint három orvosból állt - módosította az adaptáció során. A teljes kérdéssorból elsőként kiválasztottuk azokat a kérdéseket, amelyek LMBT személyekre vonatkoztak és tudományosan igazolható, tényszerű adatokhoz köthetőek. A kiválasztott kérdéseket előbb két anyanyelvi beszélővel magyar nyelvre fordítottuk, majd visszafordítottuk angol nyelvre. A kérdőív 14 igaz-hamis állításból áll, amelyek LMBT személyekkel kapcsolatos ismeretanyagot mérnek, például: “A meleg férfiak gyakrabban válnak erőszakos bűncselekmények áldozataivá, mint az átlag népesség.”, “Meleg férfiak és leszbikus nők körében nagyobb gyakorisággal fordul elő szorongás és depresszió, mint a heteroszexuális férfiak és nők között.” és „Mai magyar jogszabályok lehetővé teszik, hogy az orvos lelkiismereti okból megtagadja homoszexuális vagy transznemű beteg ellátását, annak identitása miatt.”.

A fentiek mellett a kérdéscsomag tartalmazta saját készítésű kérdőívünk az ESKA (Egészségügyi Szexuális Kisebbségek iránti Attitűdjei) kérdéseit. Az ESKA az egészségügyi személyzet, elsősorban orvosok és orvostanhallgatók szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatos attitűdjének mérésére kialakított kérdőív. Olyan állításokat tartalmaz, amik kifejezetten orvos-beteg helyzetekben előforduló, LMBTQ személyekkel kapcsolatos implicit vagy explicit előítéletre vonatkoznak (Kellemetlenül érezném magam, ha a nőnemű betegemről kiderülne, korábban pénisz-eltávolító műtéten esett át.”, „Kellemetlen lenne számomra egy homoszexuális beteg teljes fizikális vizsgálatát elvégezni.”, „Helytelennek tartanám, hogy orvosi segítséget nyújtsak leszbikus pároknak mesterséges megtermékenyítési programban.”). A kérdőív kialakítása során LMBTQ

személyekkel kapcsolatos helyzeteket, állításokat gyűjtöttünk a nemzetközi szakirodalmi adatok alapján(8, 79, 120, 249-253). A kérdőívet két hallgatókból álló fókusz csoporttal megvitattuk (N=16 és N=18), majd a módosított kérdéseket egy pilot felvétel alkalmával (N=80) a kérdéssor statisztikai jellemzőit is megvizsgáltuk.

4.II. Kvalitatív vizsgálati módszer részletes leírása

A vizsgálat utolsó szakaszában kvalitatív módszert alkalmaztam, hogy mélyebb betekintést nyerjek a fenyegetett identitással rendelkező orvosok ön- és hivatásképeről, valamint megküzdési stratégiáikról, továbbá legyen lehetőségem a kérdőíves adatfelvételek során felmerült kérdések árnyalására.

4.II.1. Toborzás

Az interjúalanyok toborzása a vizsgálat kvalitatív részéhez a kérdőívek kiküldése során, valamint 2018 ősztől – 2020 nyaráig formális és informális orvosi és orvostanhallgatói közösségekben, csoportokban hólabda módszerrel történt. Az interjúalanyok toborzása során 38 fő jelezte, hogy szívesen részt venne kvalitatív vizsgálatban, közülük 11 fő jelezte, hogy valamely kisebbség tagjának gondolja magát, 5 fő a Semmelweis Egyetemen, 2 fő a Debreceni Egyetemen, 2 fő Szegedi Tudománygyetemen, 1 fő Pécsi Tudománygyetemen és 1 fő külföldön szerezte a diplomáját. A 11 főnek 2 alkalommal meghívót küldtem email-ben az interjú időpontjának egyeztetése céljából. A személyes interjúk 2019.03-2020.06 között kerültek lebonyolításra az email-es egyeztetés során megbeszélte, az interjúalanyoknak megfelelő helyszínen és időpontban (n=10). A kvalitatív kutatások minta elemszámára vonatkozóan az összefoglaló tanulmányokban nincs egységes ajánlás, ugyanakkor kiemelik, hogy az interjúk során szerzett új szempontok és információk telítettsége fontos indikátor lehet (254-256), így az alacsony elemszám ellenére is kvalitatív szempontból kielégítő az adatfelvétel.

A kvalitatív vizsgálat során félig strukturált interjúk készültek, orvosokkal, akik valamely tulajdonságuk miatt kisebbségi csoporthoz tartozóként gondolnak magukra. A kvalitatív vizsgálat fókuszában elsősorban a szakmai és egyetemi továbbá az ellátórendszerrel és oktatással kapcsolatos tapasztalatok, a pályaválasztással és hivatással összefüggő személyes motivációk, a fenyegetett identitással való megküzdés, a társas támogatás, az észlelt diszkrimináció, valamint az interjúalanyok lehetséges megoldási stratégiái álltak. Az interjúk anyagát az átírást követően QDA Miner programmal vizsgáltam. Az átírás a párbeszédelemzésben használt átírási konvenciók szerint történt (257).

4.II.2. A félig strukturált interjúról

A kvalitatív adatfelvétel félig strukturált interjú módszerrel történt. A félig strukturáltsága abban rejlik, hogy bizonyos témaköröket rögzítetten körbejár, ugyanakkor hagy teret az interjúalanynek arra, hogy saját témákat is behozzon, azokról kötetlenül beszéljen. Rugalmas módszer, amelyben az interjú céljai bár meghatározottak, az interjú alany számára mégis biztosított ezek módosításának szabadsága. Komplexitása lehetőséget biztosít arra, hogy az egyes témákkal kapcsolatosan kialakított tapasztalatok és vélemények mellett a résztvevő személyes megélése, identitása, szubjektuma megjelenjen az interjú térben.

Az adatfelvétel a pályaválasztás, a családi kapcsolatok, az egyetemi tapasztalatok, a láthatóság, munkahelyi tapasztalatok és munkahelyi kapcsolatok, továbbá a jövőkép illetve karrier témaköreit járta körbe, a 3. számú mellékletben látható kérdések támogatásával.

4.II.3. Leíró tartalomelemzés

A kvalitatív adatfeldolgozás során a Berelsoni definíciót használtam a tartalomelemző eljárás elméleti vezérfonalának, ami a tartalomelemzést a „kommunikáció manifeszt tartalmának objektív, szisztematikus és kvantitatív leírására szolgáló kutatási technika”-ként határozza meg (258).

A kvalitatív vizsgálat alkalmazásával szerettem volna mélyebb belátást nyerni abba, miből adódhatott a kvantitatív vizsgálatok során az orvostanhallgatók és orvosok közötti jelentős különbség a kisebbséghez tartozók jelenlétét, illetve hiányát tekintve. A grounded theory, vagy „lehorgonyzott elmélet”, mint cirkuláris adatfeldolgozást alkalmazó, az interjúk szövegéhez újra és újra visszatérő, az interjúk tartalmához horgonyzott absztrakt elméletet felderítő eszköz, mint módszertani keret megfelelő választásnak tűnt az orvosok viselkedésében tapasztalt különbség háttérében rejlő jelenségek megragadására (259-261).

Az interjúk elemzéséhez használt tartalomelemzés alkalmas módszer arra, hogy egységes és jól általánosítható struktúrába rendezze az egyes interjúkban megjelenő tartalmakat, szem előtt tartva, hogy tartalomelemzés a kontextustól nem független módszer, így az adatfelvétel és adatfeldolgozás során fontos a tágabb környezet és a kutató szerepének tudatosítása.

A szövegrészeket a „lehorgonyzott elmélet”, mint módszer alapelvét és szemléletét alkalmazva elemeztem az interjúk feldolgozása során: (1) első lépésben az interjúk

többszörös átolvasását követően nyílt kódolás alkalmazásával az interjúalanyok által használt legfontosabbnak tartott kifejezéseket és tartalmakat kigyűjtöttem, (2) majd ezek alapján kidolgoztam a használt kategóriarendszert, (3) amit az interjúk újraolvasása során az interjúkban megjelenő tapasztalatok és jelenségek jelölésére használtam, (4) az újraolvasás során, valamint az újabb interjúk felvétele során az alkalmazott kategóriarendszer tovább bővült. A kvalitatív adatfelvétel és adatfeldolgozás megbízhatóságának fokozása érdekében a kódolás során háromszögezést alkalmaztam, továbbá a teljes adatfeldolgozási eljárás során pontos dokumentációt készítettem megjegyzésekkel, kutatói reflexiókkal, amelyeket időről időre megvitattam kvalitatív kutatási módszertanban jártas szenior kutatókkal.

Az összesített témalistához tartozó minden elemet beillesztettem egy kialakított fő kategóriába, az egyes szövegegységeket külön vizsgálatnak vettem alá. Az adatfeldolgozás következő lépésében a megjelenő mintázatok hasonlóságait és különbségeit vizsgáltam a félig strukturált interjúk egyes főbb pontjait illetően, a kialakított kategóriák köré rendezve, hogy az interjúalanyok tapasztalatait és észleléseit összefogóan jellemezzem.

4.III. A vizsgálat során alkalmazott statisztikai módszerek leírása

Az adatfeldolgozás minden adatfelvételt követően SPSS 22.0 szoftverrel készült. A megbízhatósági kritériumnak 95%-os szignifikancia szintet tekintettem a statisztikai próbák során ($p < 0.05$).

4.III.1. Kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók vizsgálata

A hallgatói kérdőív adatainak feldolgozás előtt az adatokat 3 dimenzió mentén (nem, egyetem és évfolyam) súlyoztam az egyetemek által szolgáltatott hallgatói létszámok alapján. A leíró statisztikai elemzéshez az átlag, a szórás és a gyakoriság jellemzőket vizsgáltam. Kategorialis változók esetén az összefüggések vizsgálatára khi négyzet próbát végeztem a hatásméret kifejezésére szolgáló Cramer's V mutatóval. A folytonosnak tekintett változók esetén minden vizsgálat során végeztem normalitásvizsgálatot. A normalitásvizsgálatok eredményeit figyelembe véve a hallgatói és az attitűdvizsgálat esetén a magas mintaelemszámok miatt a centrális határeloszlás tételre támaszkodva paraméteresvizsgálatok elvégzése mellett döntöttem. Az orvosvizsgálat esetén ugyanakkor az alacsonyabb elemszámok következtében

nemparaméteres tesztekkel használtam a csoportok összehasonlítása során. Így a kategorikus és folytonos változók közötti kapcsolat jellemzésére paraméteres vizsgálatok alkalmazásakor t-tesztet és ANOVA-t, nemparaméteres vizsgálatok esetén Mann-Whitney U-teszt, Kruskal-Wallis próbát alkalmaztam. Míg a folytonos változók közötti összefüggés vizsgálata esetén a hallgatói és az attitűd vizsgálat során Pearson korrelációs, az orvosvizsgálat során pedig Spearman-féle rangkorrelációs együtthatók meghatározását választottam. A korrelációs együtthatók értelmezése során erősnek tekintettem Cohen ajánlása alapján a 0,50 érték feletti kapcsolatokat (262).

A vizsgált változók kapcsolatát folytonos, normális eloszlást mutató függő változó esetén lineáris regresszió elemzéssel vizsgáltam a hallgatói mintán. A függő változó (kiégés összpontszám) valamint a magyarázó változók (Nem, évfolyam, kisebbséghez tartozás, észlelt diszkrimináció, továbbá a releváns pszichometriai skálák: észlelt stressz, vonás-és állapotszorongás, társastámogatás, reziliencia) kapcsolatát az egyváltozós vizsgálat során t-teszttel és Pearson korrelációval vizsgáltam. A lineáris regressziós modellbe csak az egyváltozós vizsgálat során 0.05 szignifikancia szinten szignifikáns összefüggést mutató változók kerültek be. A többváltozós lineáris regressziós modellt regressziós koefficiens (standardizált B), korrigált R^2 a segítségével jellemeztem.

4.III.2. Az LMBT személyekkel kapcsolatos ismeretek és attitűdök vizsgálata

Az attitűddel és LMBT személyekkel kapcsolatos tudással összefüggésben gyűjtött adatainkat ANOVA és Pearson korreláció vizsgálatokkal hasonlítottuk össze életkor, nem, valamint a lakóhely, világnézet, vallásosság és vallásos viselkedés, valamint az LMBT ismerős jelenléte szerint. A harmadik lépésben az adatokat lineáris regresszióval vizsgáltuk. A regressziós modellbe bevontuk a nemet, világnézetet, vallásosságot és LMBT ismerős jelenlétét.

A kutatásom során diszkriminancia analízist használtam arra, hogy alacsony mérési szintű függő változót magas mérési szintű független változók segítségével jellemezzek, tehát a minták különböző csoportjait valamilyen vizsgált jellemzők mentén szétválasszam és azonosítsam azt, mennyire különböztetik meg a kvantitatív változóink az egyes csoportokat. Ezzel jellemezve/meghatározva a független változók - az LMBT személyekkel kapcsolatos tudást és attitűdöt jellemző skálák eredményinek - relatív fontosságát a csoportok szétválasztásának szempontjából – az esetemben egyetemi programra vonatkozóan.

5. Eredmények

5.I. A kvantitatív vizsgálatok eredményei

5.I.1. Hallgatói vizsgálat

5.I.1.a. A minta általános jellemzői

A hallgatói kérdőívet a tanulmányi osztályok általi kétszeri kiküldést követően 530 fő töltötte ki, amely 529 értékelhető kérdőívet eredményezett. A válaszadók átlagéletkora 22 év (SD=2,5). A kitöltők 61,3%-a nő (324 fő), 204 fő (38,5%) férfi, míg 2 hallgató „egyéb” kategóriát adott meg nemi identitásként. A válaszadók 89,1%-a heteroszexuális, 58 fő heteroszexuálistól eltérő orientációt jelölt. A hallgatók közül 39,3%-a Semmelweis Egyetemen tanul, 18,7%-uk a Pécsi Tudományegyetem, 21,4%-uk a Szegedi Tudományegyetem és 20,5%-uk a Debreceni Egyetemen hallgatója. Évfolyam szerint a kitöltőket két csoportba soroltam, azt alapul véve, hogy jelenleg melyik szakaszában vannak az orvosképzésnek: I.-III. évfolyam hallgatói képezték az egyik csoportot (preklinikum) és a IV.-VI. évfolyam a másik csoportot (klinikum). A kitöltők és egyes hallgatói csoportok demográfiai adatait az 1. táblázat tartalmazza részleteiben.

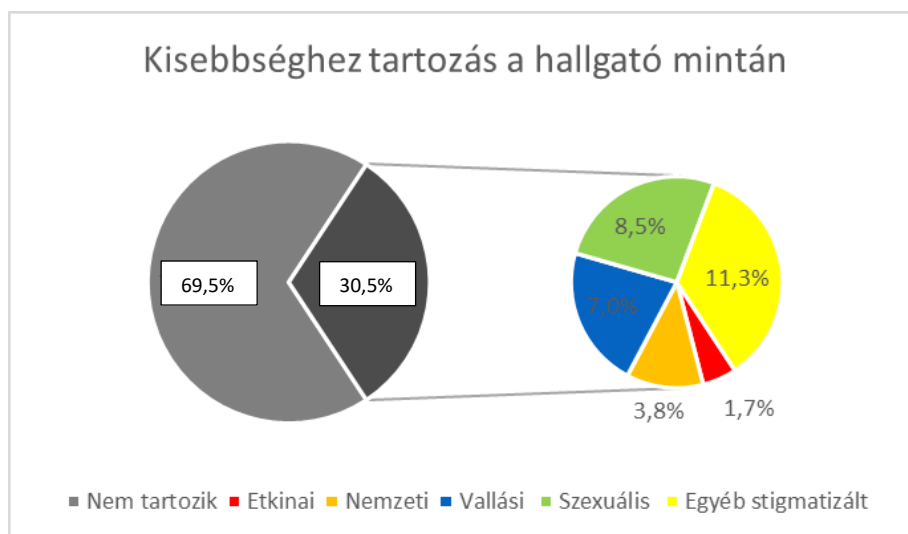
1. táblázat – A hallgatói minta demográfiai adatai

		Teljes minta		Nem		Kisebbs. tartozás		Szexuális orientáció		Évfolyam csoport	
		Nő	Férfi	Igen	Nem	Hetero- szex.	LMB	Prekl.	Klin.		
Nem	Férfi	38,5% (204)		34,6% (54)	26,8% (100)	28,1% (133)	37,5% (21)	26,9% (81)	32,0% (73)		
	Nő	61,3% (324)		64,7% (101)	73,2% (273)	71,9% (340)	60,7% (34)	72,8% (219)	68,0% (155)		
Orien- táció	Hetero- szex.	89,1% (471)	91,0% (295)	86,4% (176)	69,2% (108)	97,9% (365)		89,0% (268)	89,9% (205)		
	LMB	10,9% (58)	9,0% (29)	13,6% (28)	30,8% (48)	2,1% (8)		11,0% (33)	10,1% (23)		
Kisebbs. tartozás	Nem	69,5% (368)	72,4% (235)	65,1% (132)			77,2% (365)	14,3% (8)	72,4% (218)	68,0% (155)	
	Igen	30,5% (162)	27,6% (90)	34,9% (71)			22,8% (108)	85,7% (48)	27,6% (83)	32,0% (73)	
Észlelt diszkr.	Igen	45,5% (288)	53,9% (175)	31,8% (65)	64,7% (101)	40,8% (152)	46,1% (218)	62,5% (35)	47,8% (144)	47,8% (109)	
Évfoly.	I.-III.	53,6% (287)	55,8% (181)	50,0% (102)	67,3% (105)	58,4% (218)	56,7% (268)	58,9% (33)			
	IV.-VI.	46,1% (245)	44,2% (143)	50,0% (102)	30,8% (48)	41,6% (155)	43,3% (205)	41,1% (23)			
Lakhely	Főváros	24,8% (131)	22,4% (73)	28,1% (57)	25,0% (39)	28,4% (106)	27,1% (128)	30,4% (17)	24,3% (73)	31,6% (72)	
	Megye- sz.	28,5% (151)	30,1% (98)	26,1% (53)	21,8% (34)	27,6% (103)	26,6% (126)	19,6% (11)	26,2% (79)	25,4% (58)	

Intézmény	Város	32,2% (170)	34,5% (112)	28,6% (58)	37,2% (58)	30,0% (112)	31,7% (150)	35,7% (20)	35,2% (106)	28,1% (64)
	Falu, község, tanya	14,6% (77)	13,0% (42)	17,3% (35)	16,0% (25)	13,9% (52)	14,6% (69)	14,3% (8)	14,3% (43)	14,9% (34)
	DE	20,5% (109)	21,0% (68)	19,9% (41)	16,1% (25)	14,5% (54)	15,2% (72)	12,5% (7)	16,9% (51)	12,3% (28)
	PTE	18,7% (99)	18,6% (60)	19,0% (39)	17,3% (27)	18,2% (68)	17,3% (82)	23,2% (13)	22,9% (69)	11,4% (26)
	SE	39,3% (208)	37,5% (122)	42,0% (85)	45,5% (71)	46,4% (173)	40,5% (219)	44,6% (25)	40,5% (122)	53,5% (122)
	SZTE	21,4% (113)	23,0% (75)	19,1% (39)	21,2% (33)	20,9% (78)	21,1% (100)	19,6% (11)	19,6% (59)	22,8% (52)

Vastag betűvel szedve a szignifikáns eredmények. Hatásméret a szövegben.

A kitöltők majdnem egyharmada (30,5%, 162 fő) saját bevallása szerint az alábbi kisebbségek valamelyikéhez tartozónak érzi magát. A hallgatók 1,7%-a etnikai, 3,8%-a nemzeti 7%-a vallási, 8,5%-a szexuális és 11,3%-a egyéb stigmatizált csoporthoz (pl.: mentális beteg, túlsúlyos, fogyatékkal élő) tartozást jelzett (3. ábra). A kisebbséghez tartozásra vonatkozó kérdés többszörös választást tett lehetővé, így az egyes válaszadók párhuzamosan több kisebbségi csoporthoz tartozást is jelezhettek, ami a válaszadók 3,3%-ára volt jellemző.



3. ábra - Kisebbséghez tartozás a hallgatói mintán (263)

5.1.1.b. Hallgatói egészség és egészségmagatartás jellemzői (266)

A hallgatók 8,9%-a (47 fő) rendszeresen, 10,7% (56 fő) alkalmanként dohányzik, 12,4%-uk (66 fő) fogyaszt legalább heti gyakorisággal alkoholt és 20,5%-uk jelezte, hogy legalább hetente használ valamilyen pszichofarmakont (109 fő) (2. táblázat).

2. táblázat - A hallgatói egészségmagatartás jellemzői

	Teljes minta	Nem		Kisebbséghez tartozás		Szexuális orientáció		Évfolyam csoport		
		Nő	Férfi	Igen	Nem	Hetero -szex.	LMB	Prekl.	Klin	
Pszichofarmakon (heti)	20,5% (109)	24,1% (78)	14,8% (30)	28,4% (46)	17,1% (63)	19,9% (94)	25,9% (15)	20,1% (57)	21,1% (52)	
Alkohol (heti)	12,4% (66)	7,8% (25)	19,8% (40)	16,1% (26)	10,6% (39)	11,9% (56)	17,2% (10)	10,6% (30)	14,7% (36)	
Dohányzás	rendszer.	8,9% (47)	5,9% (20)	13,4% (27)	13,7% (22)	6,8% (25)	8,1% (38)	15,5% (9)	8,8% (25)	9,0% (22)
	alk.	10,7% (56)	10,8% (35)	10,5% (21)	13,7% (22)	9,2% (30)	9,6% (45)	19,0% (11)	12,4% (35)	8,6% (21)

Vastag betűvel szedve a szignifikáns eredmények. Hatásméret a szövegben.

Az általános jóllétet (WHO wellbeing 5) mérő skálán a hallgatók 7,44 pontot értek el átlagosan (SD=3,18). Az észlelt stressz kérdőíven (PSS) 20,24 pont (SD=6,34), a kiégés kérdőíven a hallgatók átlagpontszáma 39,56 (SD=16,74) pont volt. A reziliencia kérdőíven a hallgatók átlag 28,08 (SD=6,32) pontot értek el, a multi-dimenzionális társas támogatás skála átlaga 5,76 (SD=1,18) pont volt. A STAI vonásszorongás alskálán a hallgatók 45,24 (SD=12,92), az állapotszorongás alskálán pedig 46,31 (SD=10,35) pontot értek el átlagosan (3. és 4. táblázat).

3. táblázat - Pszichometriai skálán jellemzői a hallgatói mintán I.

	Kor min-max (ME)	Jóllét	STAI állapot	STAI vonás	Reziliencia	Észlelt stressz	PHQ	
Teljes minta	18-34 (22)	7,42 (3,18)	44,84 (12,91)	45,90 (10,35)	28,08 (6,23)	20,24 (6,34)	9,45 (5,39)	
n	529	519	513	505	525	511	415	
Nem	Férfi	19-34 (23)	7,8** (3,19)	42,25** (11,80)	43,43** (9,99)	28,41 (5,98)	18,88** (5,91)	6,99** (4,95)
	n	204	198	199	191	203	198	102
	Nő	18-33 (22)	7,22** (3,15)	46,51** (13,33)	47,42** (10,30)	27,84 (6,38)	21,11** (6,47)	10,26** (5,29)
n	325	320	313	313	321	312	313	
Kisebbs. Tartozik	Igen	19-34 (22)	6,98* (3,11)	46,52* (13,38)	47,60* (10,36)	26,58** (6,87)	21,86** (6,04)	10,38* (5,80)
	n	162	159	154	155	160	153	129
	Nem	18-32 (22)	7,64* (3,18)	44,12* (12,66)	45,15* (10,27)	28,73** (5,82)	19,55** (6,35)	9,04* (5,15)
n	368	360	359	350	365	358	286	
Évf.	Prekl.	18-30 (21)	6,96* (3,00)	46,54** (13,16)	47,24** (10,20)	27,89 (6,10)	21,15** (6,23)	10,02* (5,78)
	n	284	278	275	271	282	274	231

Klin.	21-34	8,00*	42,87**	44,35**	28,29	19,19**	8,75*
	(24)	(3,29)	(12,36)	(10,32)	(6,38)	(6,32)	(4,78)
n	245	241	238	233	243	237	185

T próba; *p≤0,05; **p≤0,001

4. táblázat - Pszichometriai skálán jellemzői a hallgatói mintán II.

	Kiegész	Kiegész	Kiegész	Kiegész	Társas	Egyéb	Család	Barát
	ÉK	DP	HK	HK	tám.			
	Átlag							
Teljes minta	39,56 (16,74)	18,34 (6,77)	11,01 (7,51)	10,21 (6,49)	5,67 (1,81)	5,80 (1,74)	5,61 (1,50)	5,88 (1,37)
n	529	529	529	529	529	529	529	529
Nem								
Férfi	39,44 (16,12)	17,65 (6,59)	11,64 (7,47)	10,15 (6,17)	5,51** (12,28)	5,42** (1,88)	5,38** (1,42)	5,74 (1,42)
n	204	204	204	204	204	204	204	204
Nő	39,61 (17,21)	18,77 (6,86)	10,61 (7,52)	10,23 (6,69)	5,92** (1,09)	6,04** (1,61)	5,76** (1,44)	5,97 (1,34)
n	325	325	325	325	325	325	325	325
Kisebbs. Tartozik								
Igen	43,96* (16,71)	19,89* (6,30)	15,54* (7,27)	11,52* (6,71)	5,38* (1,34)	5,45* (2,10)	5,06* (1,67)	5,64* (1,58)
n	162	162	162	162	162	162	162	162
Nem	37,62* (16,40)	17,65* (6,86)	10,34* (7,51)	9,63* (6,31)	5,93* (1,06)	5,96* (1,59)	5,86* (1,35)	5,93* (1,26)
n	368	368	368	368	368	368	368	368
Évf.								
Prekl.	39,07* (16,82)	19,01* (6,605)	9,67* (7,40)	10,39 (6,40)	5,78 (1,15)	5,83 (1,69)	5,65 (1,49)	5,83 (1,38)
n	284	284	284	284	284	284	284	284
Klin.	40,13 (16,66)	17,56* (6,89)	12,56* (7,33)	10,00 (6,59)	5,76 (1,22)	5,76 (1,81)	5,57 (1,51)	5,94 (1,37)
n	245	245	245	245	245	245	245	245

T próba; *p≤0,05; **p≤0,001

A kategorikus változóvá alakított pszichometriai jellemzőket tekintve a hallgatók 60.7% (321 fő) magas kiégés övezetbe került (kiégés felső övezetébe sorolódtak azok a hallgatók a szakirodalom alapján, akik a deperszonalizáció vagy az érzelmi kimerülés alskálán a felső övezetbe kerültek). A pszichoszomatikus tüneteket tekintve a hallgatók 14,2%-a (75 fő) minimális, 29,8%-a (158 fő) alacsony, 21,1%-a (112 fő) közepes és 13,3%-a (70 fő) magas kategóriába sorolódott a tünetek intenzitását és gyakoriságát mérő skálán. A hallgatók 2,9%-a (16 fő) alacsony társas támogatást jelzett, 22,1% közepes (117 fő), ugyanakkor többségük (74,9% - 396 fő) magas társas támogatással rendelkezik (5. táblázat).

A normalitásvizsgálat eredménye alapján a hallgatói vizsgálat során a pszichometriai skálák eredményei sem a teljes mintán sem az almintákon nem jellemezhetőek normális eloszlással, ugyanakkor, mivel a hallgatói vizsgálat során a szexuális orientáción alapuló csoportbontást kivéve, minden alcsoportnál megvalósult a 100 feletti elemszám, így a centrális határeloszlás tételre támaszkodva paraméteresvizsgálatokat alkalmaztam.

5. táblázat - Hallgatók kiégésrizikója, pszichoszomatikus tünetek súlyossága és társas támogatása övezetek szerint

		Teljes Nem		Kisebbséghez tartozás		Szexuális orientáció		Évfolyam		
		minta	Nő	Férfi	Igen	Nem	Hetero	LMB	Prekl.	Klin.
Kiégés rizikó	Magas	60,7%	59,6%	62,3%	69,6%	56,9%	59,7%	69,0%	56,3%	65,9%
	(321)	(193)	(127)	(112)	(209)	(281)	(40)	(160)	(162)	
PHQ	0-4 pont	14,2%	12,5%	36,3%	14,7%	19,5%	18,3%	15,4%	18,6%	17,8%
	(75)	(39)	(37)	(19)	(56)	(69)	(6)	(43)	(33)	
	5-9 pont	29,8%	37,4%	39,2%	38,7%	36,4%	37,1%	46,2%	33,8%	43,2%
	(158)	(117)	(40)	(47)	(111)	(140)	(18)	(78)	(80)	
	10-14 pont	21,1%	20,7%	15,7%	25,6%	27,5%	28,1%	15,4%	26,4%	27,6%
(112)	(96)	(16)	(33)	(79)	(106)	(6)	(61)	(51)		
	15≤ pont	13,3%	19,5%	8,8%	23,3%	14,3%	16,4%	23,1%	21,2%	11,4%
	(70)	(61)	(9)	(30)	(41)	(62)	(9)	(49)	(21)	
Társas Tám.	0-3 pont	2,9%	1,8%	4,9%	6,8%	1,3%	2,8%	3,4%	2,5%	3,7%
	(16)	(6)	(10)	(11)	(5)	(13)	(2)	(7)	(9)	
	3,01-5pont	22,1%	19,4%	26,6%	28,0%	19,6%	20,0%	39,7%	22,5%	21,5%
(117)	(63)	(54)	(45)	(72)	(94)	(23)	(64)	(53)		
	5,01 pont	74,9%	78,8%	68,5%	65,2%	79,2%	77,2%	56,9%	75,0%	74,8%
(396)	(256)	(140)	(105)	(291)	(364)	(33)	(213)	(184)		

Chi-négyzet próbák szignifikáns eredményei vastag betűvel. Hatáserősségek a szövegben jelölve.

A női hallgatók a t-próbák eredménye alapján szignifikánsan magasabb átlagokkal jellemezhetőek el a pszichoszomatikus tünetskála (10,26 vs. 6,99), az állapot- (46,51 vs. 42,25) és vonásszorongást (47,42 vs. 43,43) mérő skála, továbbá az észlelt stresszt mérő kérdőív esetén (21,11 vs. 18,89) férfi hallgatótársaikkal összehasonlítva, ugyanakkor szignifikánsan alacsonyabb pontszám jellemezte őket az általános jóllét terén (7,22 vs. 7,80) (3. és 4. táblázat). A multi-dimenzionális társas támogatás skálán női hallgatók magasabb átlagpontszámot értek el (5,92 vs. 5,51). A mérőeszköz alszállait tekintve ez a

különbség a család (5,76 vs. 5,38), valamint az egyéb fontos személy (6,04 v. 5,42) részéről érkező támogatás esetén bizonyult szignifikánsan különbözőnek, a barátok részéről érkező támogatás esetén nem volt különbség (5,96 vs. 5,74). A kiégést mérő skálán elhagyagolható különbség mutatkozott csak a férfi és női hallgatók között (39,44 vs. 39,61) (3. és 4. táblázat).

A női válaszadók szignifikánsan inkább - majdnem kétszer inkább - sorolódtak pszichoszomatikus tünetek intenzitását és gyakoriságát tekintve magas (30,7% /96 fő/ vs. 15,7% /16 fő/) és nagyon magas (19,5% /61 fő/ vs. 8,8% /9 fő/) kategóriába összehasonlítva férfi hallgatótatásaikkal (CramersV= 0,292; $p \leq 0,001$) (5. táblázat).

A női hallgatók majdnem egynegyede (24,1%) használ valamilyen pszichofarmakont, szemben a férfi hallgatókkal, ahol ez 14,8%-ra volt jellemző (CramersV=0,112; $p \leq 0,01$). Ellenben a férfi hallgatók szignifikánsan inkább jeleztek heti rendszerességű alkoholfogyasztást (19,7% vs. 7,7%; CramersV=0,177; $p \leq 0,001$), valamint dohánytermékek napiszintű használatát (13,3% vs. 6,2%; CramersV=0,122; $p \leq 0,05$) (2. táblázat).

A preklinikai képzés időszakában járó hallgatók szignifikánsan magasabb észlelt stressz (21,15 vs. 19,19), valamint vonás és állapotszorongás átlag pontszámmal rendelkeztek és magasabb volt az átlag pontszámuk a pszichoszomatikus tüneteket mérő skálán (10,02 vs. 8,75) mint a felsőbbéves hallgatótársaik (3. és 4. táblázat). A preklinikai hallgatók kiégés tekintetében alacsonyabb pontszámot értek el a deperszonalizáció alskálán (9,67 vs. 12,56), de magasabb volt pontszámuk az érzelmi kimerülés (19,01 vs. 17,56) alskálán, összességében kisebb arányban kerültek magas kiégési övezetbe (56,3% vs. 65,9%; CramersV=0,097; $p \leq 0,05$) (5. táblázat). A társas támogatást tekintve nem volt különbség az évfolyamcsoportok között, sem a teljes skálát, sem az egyes alskálákat tekintve, évfolyamcsoporttól függetlenül 5,6-5,9 között alakult a pontszám az egyes skálákon (4. táblázat). A preklinikum csoport hallgatói inkább sorolódtak nagyon magas kategóriába a PHQ pszichoszomatikus tüneteket tekintve, mint felsőbbéves hallgatótársaik (21,2%, 49 fő vs. 11,4%, 21 fő; $p < 0,05$; Cramers'V=0,143). Rezilienciára vonatkozóan a preklinikai csoportban 27,9, míg a klinikai csoportban 28,1 pont volt az átlagpontszám, így ebben sem mutatkozott eltérés a két csoport között (3. táblázat).

A képzési időszak szerint kialakított évfolyam csoportok között nem volt különbség alkohol, pszichofarmakon használat, valamint dohányzás terén, továbbá a kisebbségi

csoporthoz tartozás, a nemi megoszlás és az észlelt diszkrimináció sem mutatott különbséget.

5.I.1.c. Kisebbséghez tartozó hallgatók tapasztalatai, egészsége és kiégése

Ahogy ezt már a módszerek fejezetben korábban is tárgyaltam, az adatfeldolgozás során azokat a hallgatókat, akik azt jelezték, hogy az alábbi kisebbségek - etnikai, vallási nemzetiségi, szexuális, gender, fogyatékkal élő, bármilyen más stigmatizált csoporthoz tartozó, vagy egyéb kisebbség - tagjaként gondolnak magukra, kisebbséghez tartozónak tekintetem. A válaszadók 30,5%-a jelezte, hogy valamilyen kisebbséghez tartozik (162 fő). A férfi hallgatók 35,0%-a, míg a női hallgatók 27,7%-a jelezte, hogy valamilyen kisebbséghez tartozik (1. táblázat). A női hallgatókat inkább érte diszkrimináció az elmúlt 12 hónapban, a női válaszadók több mint fele (54,8% /175 fő/), míg a férfi válaszadók egyharmada (31,9% /65 fő/) jelezte, hogy hátrányos megkülönböztetés érte az elmúlt év során (CramersV=0,215; $p \leq 0,001$). A női hallgatók csupán egytizede (9,0% /29 fő/), míg a férfi 13,7%-a (28 fő) jelölt heteroszexuálistól eltérő szexuális orientációt. Az összes válaszadó 45,5%-a (241 fő) jelezte, hogy érte valamilyen hátrányos megkülönböztetés az elmúlt év során.

A pszichometriai skálákon elért eredményeiket tekintve - ahogyan ez a 3. és 4. táblázatban részletesen látható - a kisebbséghez tartozó hallgatók jellemzően minden skálán rosszabb értékekkel voltak jellemezhetők, többségi társadalomhoz tartozó társaikkal összehasonlítva, és ezek a különbségek csak az állapot szorongás terén nem bizonyultak szignifikánsnak.

A kisebbséghez tartozó hallgatók szignifikánsan inkább kerültek összességében magas kiégési övezetbe a kategóriák kialakítását követően (69,6% vs. 56,8%; CramersV=0,120; $p \leq 0,01$) (5. táblázat). Magasabb százalékban jelezték, hogy heti rendszerességgel használnak alkoholt (16,1% vs. 10,6%; CramersV=0,077, $p=0,075$) vagy pszichofarmakont (28,4% vs. 17,1%; CramersV=0,129; $p \leq 0,01$), továbbá szignifikánsan gyakrabban (CramersV=0,136; $p \leq 0,01$) jellemezi őket mind rendszeres (13,7% vs. 6,8%) vagy alkalmi (13,7% vs. 9,2%) dohányzás (2. táblázat). Társas támogatás tekintetében magasabb százalékban kerültek az alacsony és közepes övezetbe (6,8% és 28,0% vs. 1,4% és 19,6%) (5. táblázat). A többségi társadalomhoz tartozó hallgatókkal összehasonlítva a kisebbségi hallgatók jóval gyakrabban tapasztaltak hátrányos megkülönböztetést az elmúlt év során (63,0% vs. 37,8%; CramersV=0,233; $p \leq 0,001$) (1. táblázat).

A szakirodalom sok esetben tesz különbséget látható és láthatatlan kisebbségek között. A szexuális kisebbségek közé soroltam azokat a hallgatókat, akik a szexuális orientációjukat tekintve heteroszexuálistól eltérő orientációt adtak meg (például: meleg, biszexuális, leszbikus, homoszexuális, egyéb, komplikált), és a kisebbségi hovatartozás kérdésnél szexuális kisebbséghez tartozást jelöltek. Nem soroltam ebbe a csoportba azokat a személyeket, akik heteroszexuálistól eltérő szexuális orientációt adtak meg, de nem tartják magukat szexuális kisebbséghez tartozónak.

6. táblázat - A szexuális orientáció alapú különbségek vizsgálata a hallgatói mintán (Mann-Whitney teszt)

	Kiegész	Kiegész ÉK	Kiegész DP	Kiegész HCS	Észlelt stressz	STAI állapot	STAI vonás
Mann-Whitney u	12918,5 **	13571,5	12944,0 *	13859,0	13241,5	14825,5	11622,5
Z	-2,457	-1,932	-2,439	-1,701	-1,172	-0,330	-1,802
N	577	577	577	577	554	560	551
Hatásméret	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01
	Rezili- encia	PHQ	Jóllét	Társas támogatás	Egyéb	Család	Barát
Mann-Whitney u	14571,0	9136,5	13680,5	11463,5 **	12708,0 *	11244,0 **	13837,0
Z	-0,986	-0,250	-1,457	-3,637	-2,777	-3,845	-1,764
N	571	469	567	577	577	577	577
Hatásméret	0,00	0,00	0,00	0,02	0,01	0,03	0,01

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

A Mann-Whitney próba alapján a nem heteroszexuális hallgatók magasabb pontszámot értek el a kiegésző összpontszámát és a deperszonalizációt tekintve, valamint a család és az egyéb személy részéről érkező társas támogatás és a társas támogatás összességét tekintve. A többi változó esetén nem mutatkozott szignifikáns különbség a csoportok között (6.táblázat). A heteroszexuális hallgatók 59,7%-val (281 fő) szemben a nem heteroszexuális orientációval rendelkezők 69,0%-a (40 fő) került magas kiegésző rizikóval jellemezhető csoportba, bár a különbség nem volt szignifikáns. Társas támogatást tekintve a nem heteroszexuális hallgatók kevésbé élveznek magas szociális támogatást, többségi társadalomhoz tartozó társaikkal összevetve (56,9% vs 77,3%; Cramer's V = 0,151; $p \leq 0,05$) (5. táblázat). Egészségmagatartást tekintve a szexuális kisebbségekre általánosan kedvezőtlenebb magatartás volt jellemző: bár az alkohol és fogyasztás pszichofarmakon használat nem mutatott szignifikáns különbséget, a dohányzók aránya magasabb körökben (15,5% és 19,0% vs. 8,1% és 9,6%; Cramer's V = 0,133; $p \leq 0,05$). A fentiekén kívül a nem heteroszexuális hallgatók a kérdőívre adott válaszaik alapján

inkább tapasztaltak diszkriminációt az elmúlt 12 hónapban (60,3% /35 fő/ vs. 43,6% /218 fő/; Cramer's V= 0,105; $p \leq 0,05$).

5.1.1.d. Kiegész jellemzői és összefüggései a hallgatói mintán

A kiegész tekintetében a hallgatók (n=529) átlag 39,56 pontot értek el (SD=16,74). Övezetek kialakítását követően azt láthatjuk, hogy a válaszadók több mint fele (60,7%; 321 fő) a kiegész felső övezetébe került (kiegés felső övezetébe sorolódtak azok a hallgatók a szakirodalom alapján, akik a deperszonalizáció vagy az érzelmi kimerülés alkálán a felső övezetbe kerültek)(224).

7. táblázat - A kiegész skála összefüggései a pszichometriai skálákkal a hallgatói mintán (Pearson korreláció)

		Kor	STAI Állapot	STAI Vonás	Reziliencia	PHQ	Társas támogatás	Észlelt stressz
Kiegész	Pearson korr.	0,182**	0,485**	0,557**	-0,506**	0,334**	-0,330**	0,617**
	n	529	513	505	525	415	529	511
Kor	Pearson korr.	1	0,000	-0,006	-0,063	0,028	-0,109*	0,022
	n	529	513	505	525	415	529	511
Állapot szorongás	Pearson korr.		1	0,742**	-0,399**	0,575**	-0,344**	0,715**
	n		513	492	509	405	513	496
Vonás szorongás	Pearson korr.			1	-0,613**	0,576**	-,377**	0,839**
	n			505	501	401	505	487
Reziliencia	Pearson korr.				1	-	,368**	-0,543**
	n				525	411	525	508
PHQ	Pearson korr.					1	-,197**	0,540**
	n					415	415	401
Társas támogatás	Pearson korr.						1	-0,318**
	N						529	511
Észlelt stressz	Pearson korr.							1
	n							511

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

A kiegész összefüggését vizsgálva a demográfiai adatokkal, a kisebbséghez tartozás és az észlelt diszkrimináció igen, míg a nem és az évfolyam nem mutattak összefüggést a kiegészel (8. táblázat). A releváns folytonos változókat tekintve az észlelt stressz (0,617), a vonás- (0,557) és állapotszorongás (0,485) pozitív, a reziliencia (-0,506) negatív szignifikáns korrelációt mutatott a kiegészel (7.táblázat). A kiegész korrelációja szignifikáns, ám alacsony szintű (0,2-0,4) volt továbbá a pszichoszomatikus tüneteket mérő skála pontszámával, a társas támogatással és az életkorral. Az alacsony Pearson-féle együttható miatt a pszichoszomatikus tüneteket mérő skála, a társas támogatás és az életkor nem került bevonásra a többváltozós modellbe.

A lineáris regressziós model Nagelkerke R-négyzet értéke 0.393 volt, a modellbe bevont független változók hatása a kimeneti változó értékének alakulásának 39.3%-át magyarázza. A többváltozós modellben szignifikáns maradt az állapotszorongás, a reziliencia, továbbá az észlelt stressz és a kisebbséghez tartozás (8. táblázat).

8. táblázat - Kiegészre vonatkozó regressziós vizsgálat eredményei a hallgatói mintán
Kiegészre vonatkozó lineáris regressziós modell jellemzői

Magyarázó változók		Egyváltozós modell		Regressziós modell		
		Átlag (szórás)	T érték / pearsonkorr.	P-érték	Béta (b)	P-érték
Nem	Nő	39.61 (17.21)	-0,115	0,91	Nem került a modelbe	
	Férfi	39.44 (16.02)				
Évfolyam	Preklinikum	39.06 (16.82)	-0,726	0,468	Nem került a modelbe	
	Klinikum	40.13 (16.66)				
Észlelt diszkrimináció	Igen	42.74 (16.35)	-4,042	<0,001	Nem került a modelbe	
	Nem	36.91 (16.62)				
Kisebbséghez tartozás	Igen	43.96 (16.71)	-4,035	<0,001	0,078 (2,82)	<0,05
	Nem	37.63 (16.40)				
Észlelt stressz	Alacsony	31.06 (14.28)	-14,38	<0,001	0,264 (9,01)	<0,001
	Magas	48.99 (13.86)				
Vonás-szorongás			0,555	<0,001	Nem került a modelbe	
Állapotszorongás			0,485	<0,001	0,207 (0,272)	<0,001
Reziliencia			-0,508	<0,001	-0,290 (-0,781)	<0,001
Társas támogatás			-0,340	<0,001	Nem került a modelbe	

5.1.1.e. Az Eurobarométer kérdőív diszkriminációra vonatkozó kérdéseivel kapcsolatos eredmények

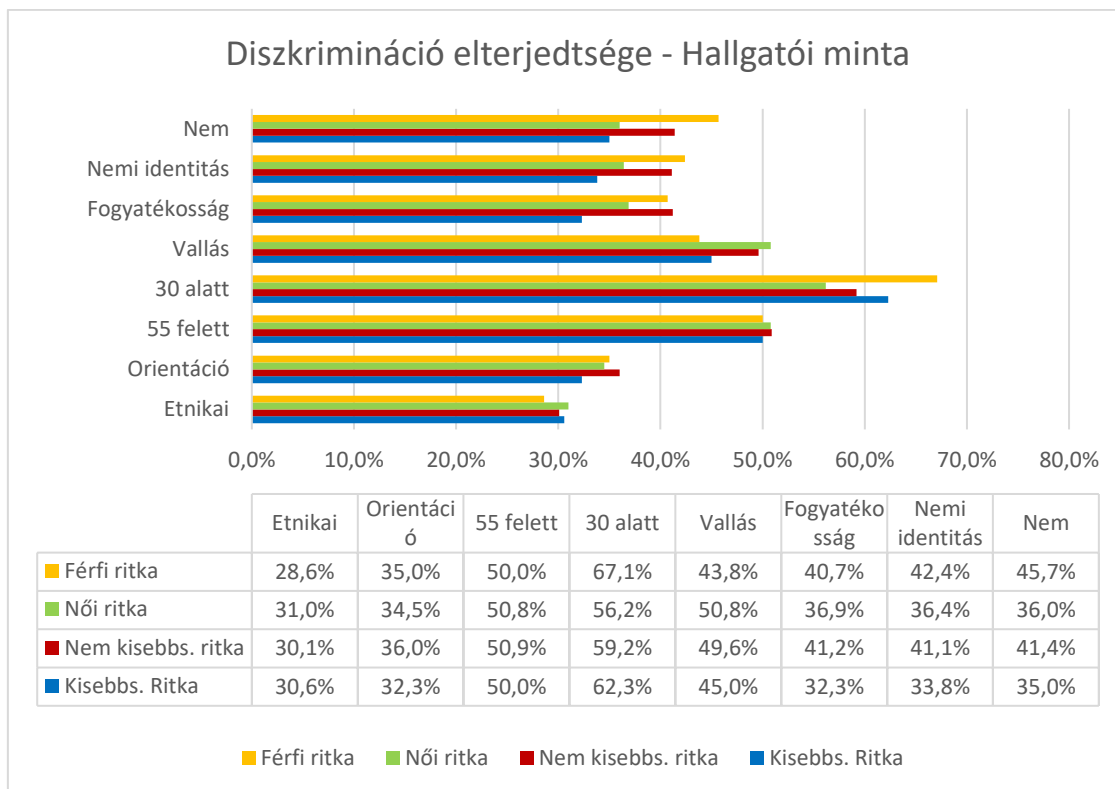
A hallgatókat kérdeztem arról, hogy környezetükben vannak-e az egyes kisebbségi csoportokhoz tartozó személyek, a rokonaik, vagy barátaik között. A válaszadók többsége

legalább a barátaik között találkozik nemzeti, etnikai, szexuális vagy vallási kisebbséghez tartozó személyekkel (9. táblázat). A válaszaik alapján a legkevésbé transznemű személyekkel kerülnek kapcsolatba, 90,40% -uk nem ismer transznemű személyt (7. táblázat).

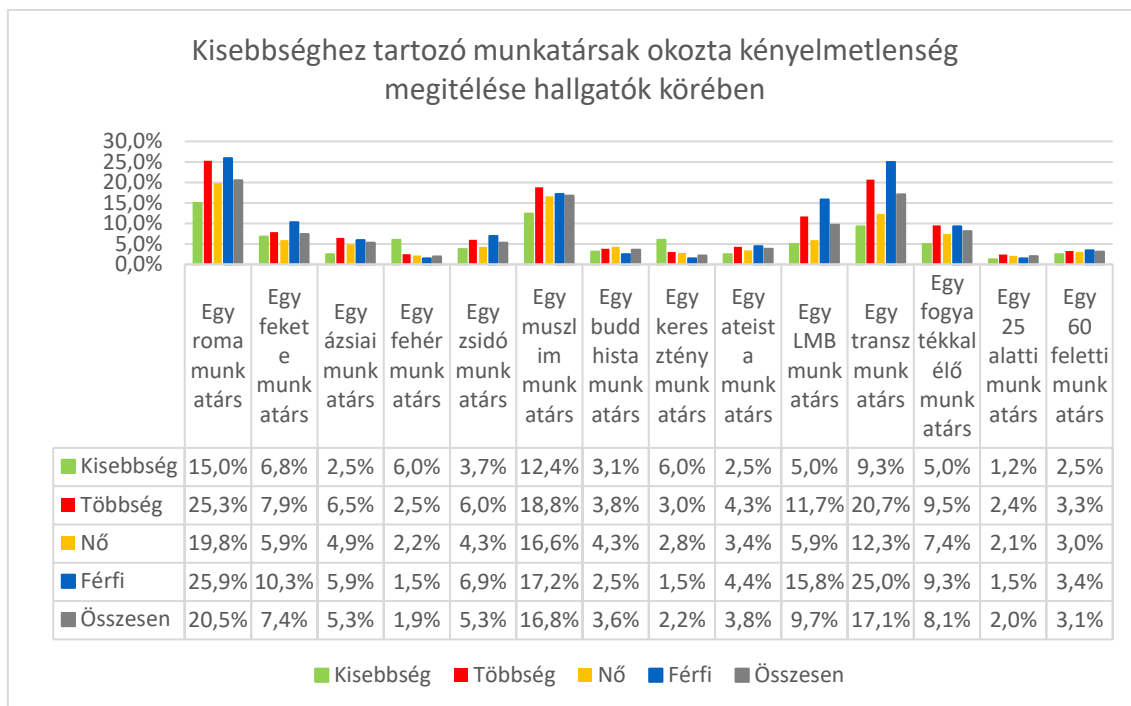
9. táblázat - Hallgató válaszadók hány %-a ismer kisebbséghez tartozó személyeket

	% (n)
Nemzeti kisebbséghez tartozó	80,7% (427 fő)
Etnikai kisebbséghez tartozó	73,3% (388 fő)
Transznemű személy	10,2% (54 fő)
Meleg/leszbikus személy	84,7% (448 fő)
Vallási kisebbséghez tartozó	88,1% (466 fő)
Egyéb stigmatizált csoport tagja	53,9% (285 fő)

Az adatfeldolgozás során vizsgáltam az összefüggést a válaszadó kisebbségi státusza, valamint neme és a diszkrimináció elterjedtségének megítélése között. A hallgatók kisebbségi csoportához tartozása a khi négyzet próba során nem mutatott összefüggést a diszkrimináció elterjedtségének megítélésével (4. ábra). A válaszadó neme és a diszkrimináció elterjedtségének megítélésének összefüggését vizsgálva azt találtam, hogy a „30 év alatti életkor” (Nő: 56,2% Férfi: 67,1%; $p = 0,020$; Cramer's $V = 0.108$) és a „nem (férfi/nő)” (Nő: 36,0% Férfi: 45,7%; $p = 0,028$; Cramer's $V = 0.097$) alapján történő megkülönböztetés esetén szignifikáns volt a különbség a nemek között. A nők gyakoribbnak tartják a 30 év alattiakkal és a nőekkel szembeni diszkrimináció jelenségét, mint férfi társaik (4. ábra).



4. ábra - A diszkrimináció elterjedtsége kisebbséghez tartozás alapján a hallgatói mintán A válaszadók számára (n=529 fő) roma (20,5%), muszlim (16,8%), transznemű (17,1%) vagy meleg/leszbikus (9,7%) munkatársak jelentenék a legnagyobb kényelmetlenséget, míg a fehér (1,9%), a 25 év alatti (2,1%), a keresztény (2,2%) munkatársak a legkevesebbet. A kisebbséghez tartozó hallgatóknak kevésbé okozna kényelmetlenséget együtt dolgozni roma (15,0% vs. 25,3%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V = 0.174$), muszlim (12,4% vs. 18,8%; $p = 0,022$; Cramer's $V = 0.120$); lesbikus, meleg, biszexuális (5,0% vs. 11,7%; $p = 0,047$; Cramer's $V = 0.108$), valamint transzszexuális (9,3% vs. 20,7%; $p = 0,002$; Cramer's $V = 0.153$) kollégával szemben többségi társadalomhoz tartozó társaikkal (5. ábra). Hasonlóképpen, a női hallgatóknak férfi társaikkal összevetve kevésbé okozta kényelmetlenséget szexuális kisebbséghez tartozó (15,8% vs. 5,9%; $p \leq 0.001$; Cramer's $V = 0.170$) valamint transzszexuális (25,0% vs. 12,3%; $p \leq 0.001$; Cramer's $V = 0.202$) munkatársakkal együtt dolgozni (4. ábra).



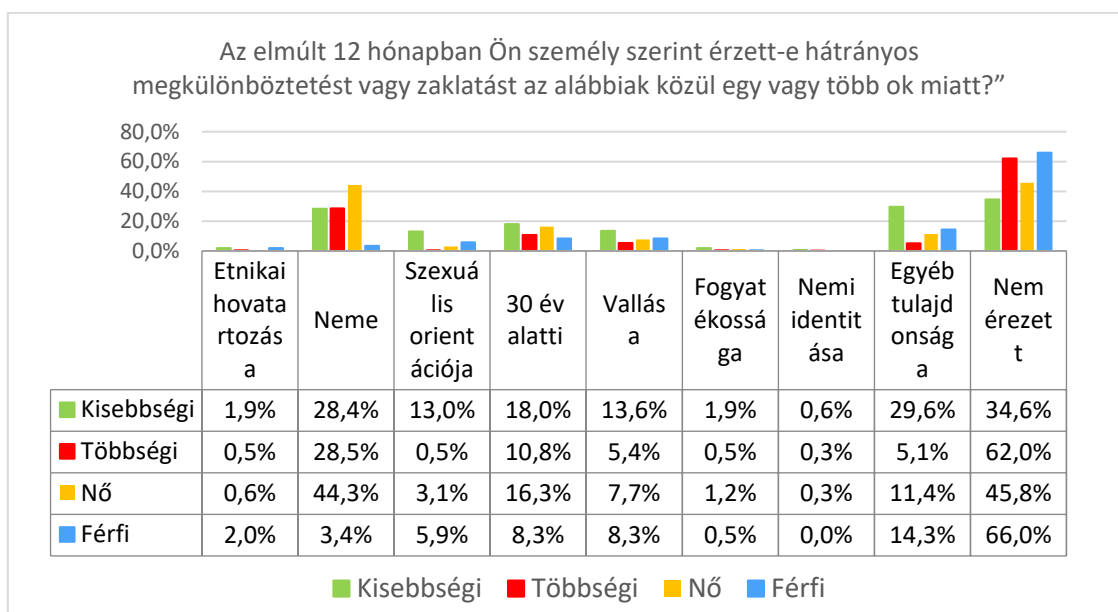
5. ábra - Kisebbséghez tartozó munkatársak megítélése a hallgatók szerint

A munkakereső állásinterjún történő hátrányos megítélése szempontjából inkább találták jelentős jellemzőnek a kisebbséghez tartozók a jelölt nevét (24,7% vs. 12,2%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V = 0,157$), lakcímét (15,4% vs. 5,4%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V = 0,166$), beszédmódját (73,3% vs 57,9%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V = 0,147$), szexuális orientációját (56,2% vs 42,5%; $p = 0,004$; Cramer's $V = 0,126$), transz identitását (64,8% vs. 52,7%; $p = 0,010$; Cramer's $V = 0,112$), fogyatékoságát (86,4% vs 78,0%; $p = 0,024$; Cramer's $V = 0,098$), testalkatát (74,5% vs 59,3%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V = 0,145$) vagy egyéb tulajdonságait (9,9% vs 4,3%; $p = 0,014$; Cramer's $V = 0,107$), mint többségi társadalomhoz tartozó társaik.

A női válaszadók szemben férfi társaikkal nagyobb arányban gondolták, hogy az életkor – 30 év alatti (15,2% vs 22,5%; $p = 0,041$, Cramer's $V = 0,089$) és 50 év feletti (60,3% vs. 68,8%; $p = 0,045$, Cramer's $V = 0,082$) kor egyaránt – és a nem (50,7% vs. 69,2%; $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,185$) hátrányos megkülönböztető tényezők lehetnek egy állásinterjún.

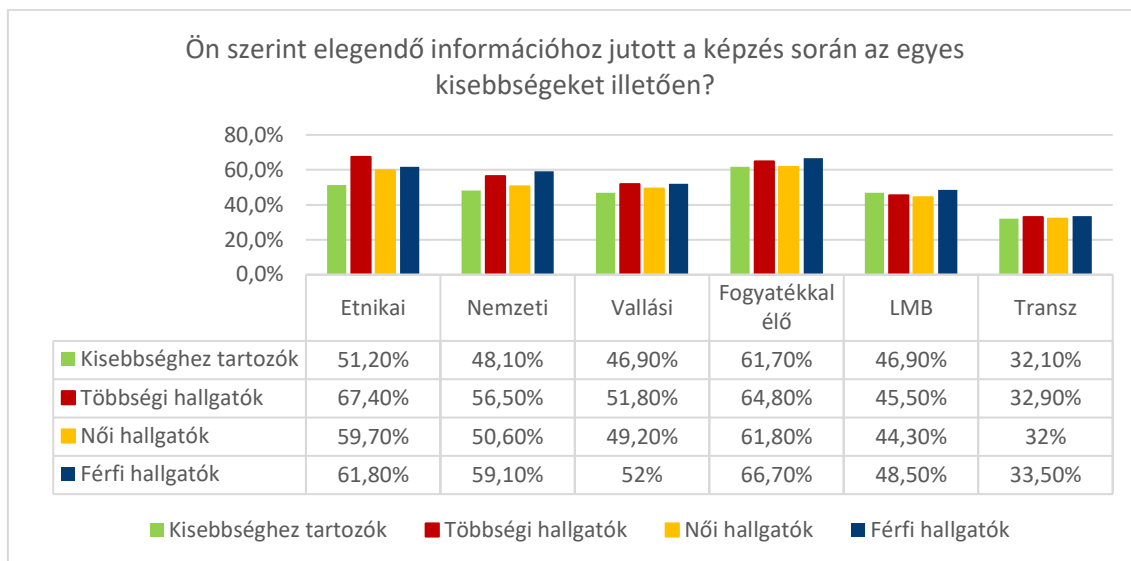
A kisebbséghez tartozók (63,0% vs. 37,8%; $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,233$) hallgatók és a női nemet (53,8% vs. 31,9% $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,215$) jelölő hallgatók inkább tapasztaltak a kérdőívben megadott tulajdonságokkal (etnikai hovatartozás, nem életkor, orientáció, nemi identitás, vallás, fogyatékoság vagy egyéb tulajdonság) összefüggő diszkriminációt az elmúlt 12 hónapban, összevetve férfi és a többségi társadalomhoz

tartozó társaikkal. A kisebbséghez tartozó hallgatók a nem kivételével minden tulajdonság esetén magasabb arányban tapasztaltak diszkriminációt az elmúlt évben (6. ábra). Szignifikáns különbség a kisebbséghez és a többségi társadalomhoz tartozó hallgatók között az orientáció (13,0% vs. 0,5%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V=0,281$), a 30 év alatti életkor (18,0% vs. 20,8%; $p=0,024$; Cramer's $V=0,098$), a vallás (13,6% vs. 5,4%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V=0,139$) és az "egyéb tulajdonság" (29,6% vs. 5,1%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V=0,339$) esetén mutatkozott. A többségi társadalomhoz tartozók nagyobb arányban jelezték, hogy nem éreztek negatív megkülönböztetést vagy zaklatást az elmúlt 12 hónapban (34,6% vs. 62,0%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V=0,253$).



6. ábra - Az elmúlt 12 hónapban érzett negatív megkülönböztetés kisebbséghez tartozás és nem szerint a hallgatói mintán

A női nemet jelölő hallgatók nagyobb arányban tapasztaltak bevallásuk szerint nem alapú (44,3% vs 3,4% $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,440$) és életkor alapú (16,3% vs. 8,3%; $p = 0,008$ Cramer's $V = 0,115$) hátrányos megkülönböztetést az elmúlt évben, míg a férfi hallgatók szignifikánsan nagyobb arányban jelezték, hogy nem tapasztaltak (45,8% vs. 66,0%; $p < 0,001$; Cramer's $V = 0,197$) diszkriminációt az elmúlt 12 hónapban.

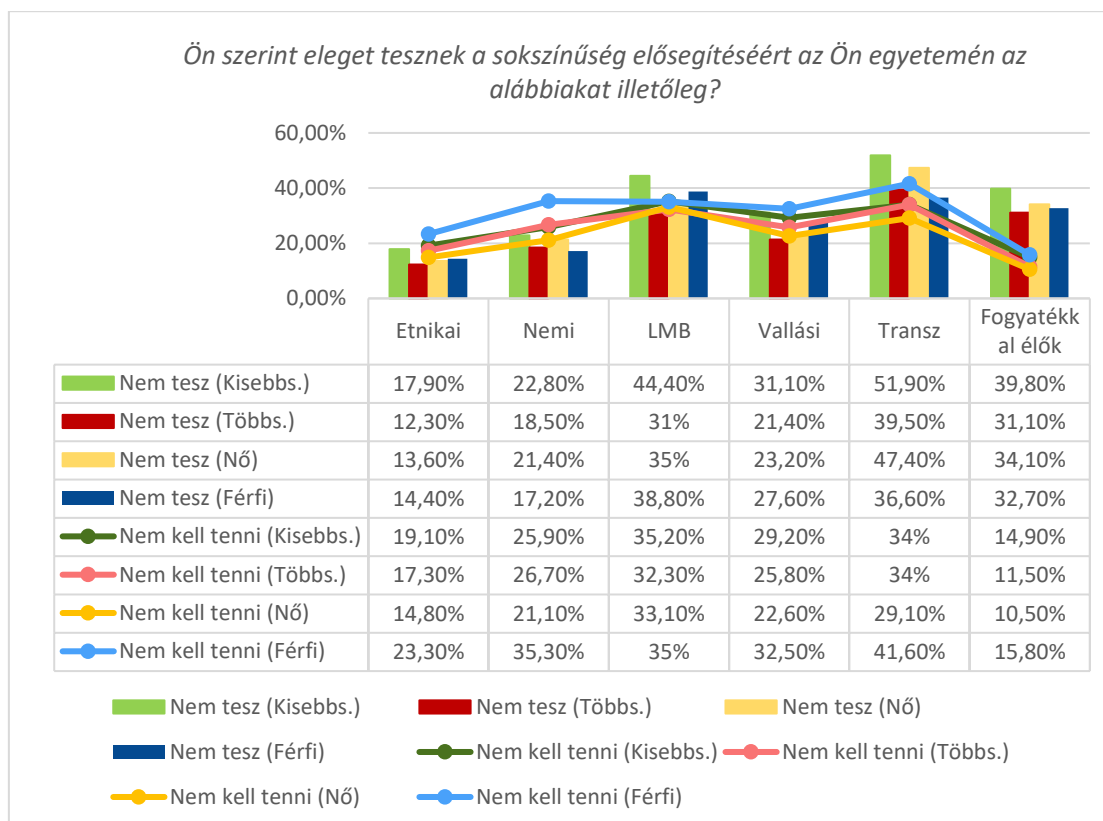


7. ábra - Az egyetemen kapott információk elégségeségének megítélése a hallgatók szerint

A mintán khi négyzet próbával vizsgáltam az összefüggést a kisebbségekkel kapcsolatos egyetemen szerzett információ elégségeségének megítélése és a hallgatók neme vagy kisebbségi identitása között. Csak az etnikai kisebbségekkel kapcsolatos információk elégségeségének megítélése mutatott összefüggést a kisebbségi csoporthoz tartozással, a kisebbséghez tartozó orvostanhallgatók kevésbé gondolták, hogy elégséges információhoz jutottak az egyetemen az etnikai kisebbségekkel (67,4% vs. 51,2%; $p \leq 0,005$ Cramer's $V = 0,127$) kapcsolatosan (7. ábra).

A sokszínűség egyetemeken általi támogatásának megítélésével kapcsolatosan a valamilyen kisebbséghez tartozók nagyobb arányban jelezték, hogy az egyetemen nem tesznek eleget a sokszínűség elősegítéséért a szexuális (44,4% vs. 31,0%; $p \leq 0,001$ Cramer's $V = 0,172$), a vallási (31,4% vs. 21,4%; $p \leq 0,05$; Cramer's $V = 0,128$) kisebbségek, a transzneműek (51,9% vs. 39,5%; $p \leq 0,005$; Cramer's $V = 0,148$) és a fogyatékkal élők esetén (39,8% vs. 31,1%; $p \leq 0,05$ Cramer's $V = 0,111$) (8. ábra). A női hallgatók a kisebbségekhez hasonlóan kevésbé ítélik elégségesnek az egyetem sokszínűséget elősegítő erőfeszítéseit a nemi egyenlőség (21,4% vs. 17,2%; $p \leq 0,001$; Cramer's $V = 0,157$) és a transzneműek (47,4% vs. 36,6%; $p \leq 0,01$; Cramer's $V = 0,132$) támogatása esetén, míg a férfi hallgatók nagyobb arányban jelezték, hogy véleményük szerint a vallási kisebbségek (23,2% vs. 27,6%; $p \leq 0,05$ Cramer's $V = 0,141$) továbbá a szexuális kisebbségek (35,0% vs. 38,8%; $p \leq 0,01$; Cramer's $V = 0,133$) segítségével nem tesz eleget az egyetem (8. ábra).

Mindazonáltal a férfi kitöltők szignifikánsan nagyobb arányban gondolták úgy, hogy nem szükséges az egyetemnek erőfeszítéseket tenni a sokszínűség elősegítéséért a nemi egyenlőség (35,3% vs. 21,1%; $p \leq 0,05$; Cramer's $V=0,157$), valamint vallási (32,5% vs. 22,6 %; $p \leq 0,01$; Cramer's $V=0,141$), az etnikai (23,3% vs. 14,8%; $p \leq 0,05$, Cramer's $V=0,111$), továbbá a transz (41,6% vs. 29,1%; $p \leq 0,01$; Cramer's $V=0,132$) kisebbségek esetén (10. ábra).



8. ábra - Az egyetemek erőfeszítésének megítélése a sokszínűség elősegítésével kapcsolatosan

5.I.2. Orvos vizsgálat eredményei

5.I.2.a. A minta általános jellemzői

Orvosvizsgálatomhoz kapcsolódó kérdőívet a Magyar Orvosi Kamara együttműködésével juttatuk el a potenciális válaszadókhöz. A KSH adatai szerint 2017-ben a dolgozó orvosok száma 39 132 fő volt (264). Magyarországon orvosi állást vállalni csak Kamarai regisztráció és Működési Nyilvántartásba vételt követően lehetséges, így a fenti 39 132 fő képezi a mintavételi alapsokaságot. A kérdőív két alkalommal került elküldésre a Magyar Orvosi Kamara hír levelének csatolmányaként 2017. novemberben és 2018. januárban. A második kiküldést követően 269 fő válaszadó volt. A kitöltők átlag életkora 53,3 év (SD=13,6), a legfiatalabb válaszadó 26 éves, a legidősebb 82 éves. A

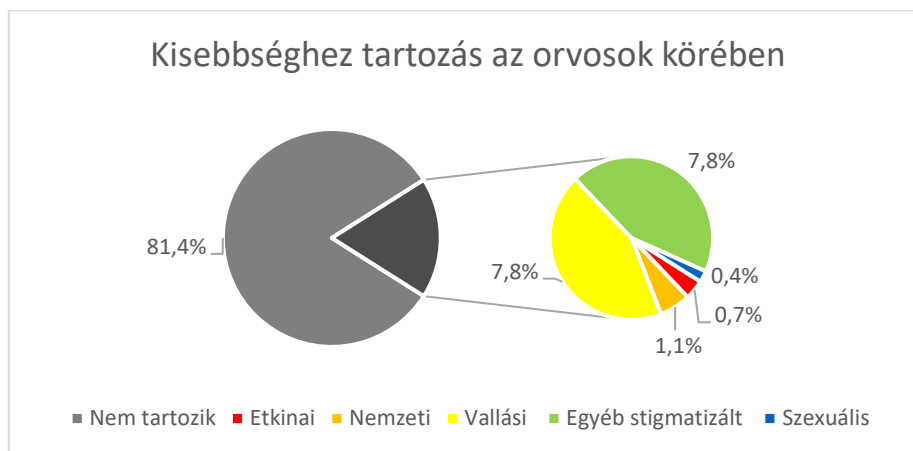
válaszadókat életkoruk alapján 10 évenkénti bontásban korcsoportokra osztottam (10. táblázat). A kitöltők 62,1%-a nő (167 fő), 37,5% férfi (101 fő). Az orvos-vizsgálat során a nemre vonatkozóan „egyéb” kategóriát egyetlen kitöltő sem adott nemi identitásaként. A válaszadók 98,1%-a heteroszexuális, csupán 5 fő jelölt heteroszexuálistól eltérő orientációt. A válaszadó orvosok közül 42.5% a Semmelweis Egyetemen, 16.4%-uk a Pécsi Tudományegyetem, 18.3%-uk a Szegei Tudományegyetem és 16.0%-uk a Debreceni Egyetemen, 6,7%-uk külföldön szerezte diplomáját.

10. táblázat - Az orvos minta demográfiai adatai

		Teljes minta (n=269)		Nem			Beosztás			Kisebbséghez tartozás	
		Férfi	Nő	rezi-dens	szak-orvos	nem válaszolt	Igen	Nem			
Nem n (%)	férfi	37,5% (101)	-	-	20% (4)	37,9% (96)	42,1% (24)	32,6% (15)	38,4% (84)		
	nő	62,1% (167)	-	-	80% (16)	61,5% (112)	57,9% (33)	67,4% (31)	61,2% (134)		
Beosztás n (%)	rezidens	7,4% (20)	4% (4)	9,6% (16)	0	0		4,3% (2)	8,2% (18)		
	szako.	67,7% (182)	68,3% (69)	67,2% (112)	-	-		60,9% (28)	69,4% (152)		
	csak vállalkozó	1,1% (3)	2% (2)	0,6% (1)	-	-		2,2% (1)	0,9% (2)		
	kutató/oktató	2,6% (7)	2% (2)	3% (5)	-	-		4,3% (2)	2,3% (5)		
Kisebbs. tartozás n (%)	Igen	17,1% (46)	14,9% (15)	18,6% (31)	10,0% (2)	15,4% (28)	22,8% (13)	-	-		
	Nem	81,4% (219)	83,2% (84)	80,2% (134)	90,0% (18)	83,5% (152)	73,7% (42)	-	-		
Kor-csop. n (%)	<30	5,9% (16)	1% (1)	9,0% (15)	70,0% (14)	0,5% (1)	1,8% (1)	-	6,4% (14)		
	31-40	13,4% (36)	13,9% (14)	13,2% (22)	25,0% (5)	16,5% (30)	0	2,2% (1)	13,2% (29)		
	41-50	17,1% (46)	13,9% (14)	19,2% (32)	5% (1)	21,4% (39)	8,8% (5)	15,2% (7)	18,3% (40)		
	51-60	24,9% (67)	21,8% (22)	26,3% (44)	-	27,5% (50)	29,8% (17)	13% (6)	23,7% (52)		
	61-70	24,5% (66)	25,7% (26)	24,0% (40)	-	21,4% (39)	35,1% (20)	32,6% (15)	24,2% (53)		
	71<	8,6% (23)	15,8% (16)	4,2% (7)	-	7,7% (14)	14,0% (8)	28,3% (13)	7,8% (17)		

Beosztásukat tekintve a válaszadók nagytöbbsége (67,6%) szakorvos, 7,4%-uk rezidens, 3,7%-uk vállalkozó (3fő) vagy kutató/oktató (7 fő). A beosztásra vonatkozó kérdésre a kitöltők egyötöde (21,2%, 57 fő) nem válaszolt. A kérdőívet kitöltő orvosok 17,4%-a

jelezte (46 fő), hogy valamely kisebbségi csoporthoz tartozik, az egyes kisebbségi csoportok közötti százalékos megoszlás a következő ábrán látható (11. ábra):



9. ábra – Kisebbségek megoszlása az orvos mintán

Az orvostanhallgatókkal összehasonlítva az orvosok körében magasabb arányban jelentek meg a vallási (21 fő) és egyéb kisebbségek (21 fő), míg alacsonyabb előfordulás jellemezte a szexuális (2 fő) és etnikai (3 fő) kisebbségeket.

5.1.2.b. Az orvosi minta egészség és egészségmagatartás jellemzői

Az orvosok körében magasnak mutatkozott a dohányzás, a pszichofarmakon használat és az alkohol heti rendszerességű fogyasztásának előfordulása. A válaszadók majdnem háromnegyede a kérdőív kitöltésének pillanatában rendszeresen dohányzott (74,0%), 10,8%-uk használ legalább heti rendszerességgel valamilyen altatót, nyugatót, vagy egyéb pszichofarmakont, valamint több mint egy negyedük (26,4%) fogyasztott heti rendszerességgel alkoholt.

11. táblázat - Az orvos minta egészségmagatartás jellemzői

		Nem		Beosztás			Kisebbséghez tartozás		
		Teljes minta n (%)	Férfi n (%)	Nő n (%)	rezid. n (%)	szako. n (%)	nem vál. n (%)	Igen n (%)	Nem n (%)
Dohányzás	alk.	11,5% (31)	8,9 % (9)	13,2% (22)	10% (2)	12,1% (22)	8,8% (5)	6,5% (3)	14,2% (25)
	rends.	74,0% (199)	69,3 % (70)	76,6% (128)	75% (15)	76,4% (139)	68,4% (39)	73,9% (34)	74,0% (162)
Pszichof. (heti)		10,8% (29)	9,9% (10)	11,4% (19)	0	10,4% (19)	15,8% (9)	15,2% (7)	9,6% (21)
Alkohol (heti)		26,4% (71)	37,6% (38)	19,8% (33)	15% (3)	26,4% (48)	31,6% (18)	30,5% (14)	26,0% (57)

Vastag betűvel szedve a szignifikáns eredmények. Hatásméret a szövegben.

Az orvos válaszadók a rezilienciát mérő kérdőíven 39,09 (SD=5,37) pontot értek el. A multidimenzionális társas támogatás skálán a minta átlaga 5,01 (SD=1,45) pont volt, az egyes dimenzióit tekintve a család jelentett leginkább (5,33; SD=1,51) és a barátok jelentették a legkevésbé (4,80; SD=1,45) társas támogatást az orvosok számára (12. táblázat).

A négy itemes észlelt stressz kérdőív átlag pontszáma 5,88 (SD=2,56), a Siegers Erőfeszítés-Jutalom hányados minimum értéke 0, maximum értéke 1,33 átlaga 0,40 volt. A Spielberger szorongást mérő kérdőív állapotszorongást mérő alskáláján az átlag 15,67 pont volt (SD= 4,02) (12. táblázat).

12. táblázat - Pszichometriai skálán jellemzői a teljes orvos mintán

<i>Kor</i>	<i>min.- max. (átlag)</i>	M (SD)	<i>n</i>	Medián		M (SD)	<i>n</i>	MEDIÁN
		26-82 (53,39)	254					
						Kiegész alskálák		
PHQ 15		7,15 (4,72)	173	6,00	Érzeli kimerülés	19,61 (12,62)	247	18,00
Siegers erőfesz./ jutalom		0,40 (0,28)	243	0,36	Deperszo- nalizáció	6,78 (6,31)	252	5,00
Rezili- encia		39,09 (5,37)	201	40,00	Hatékony- ság csökk.	19,65 (8,44)	248	20,00
Állapot szorongás		15,67 (4,02)	259	15,00		Társas támogatás alskálák		
Észlelt stressz		5,88 (2,56)	258	6,00	Család	5,33 (1,51)	258	5,75
Kiegész		45,85 (21,22)	232	43,00	Egyéb szem.	4,90 (1,80)	259	5,25
Társas tám.		5,01 (1,45)	253	5,33	Barát	4,80 (1,45)	257	5,00

Az orvosok kiegészre vonatkozó átlag pontszáma 45,85 (SD=21,22) volt. A kiegészre vonatkozó eredményeket a feldolgozás során az orvosok esetén is kategorikus változóra kódoltam át, a hallgatói vizsgálathoz hasonlóan. Magas kiegész rizikónak tekintettem, ha az érzelmi kimerülés vagy a deperszonalizáció alskálákon mind két alskála esetén közepes övezetbe, az egyik fenti alskálán magas a másikban alacsony, vagy közepes övezetbe került, valamint, ha mind a két alskálán magas övezetbe került, ez alapján a

kiégés felső övezetébe 95 kitöltő (35,3%), míg a pszichoszomatikus tüneteket mérő skálán az orvosok több mint fele (56,1%) került (13. táblázat).

13. táblázat - Az orvosok kiégésrizikója, pszichoszomatikus tünetek súlyossága és társas támogatása övezetek szerint

	Nem		Beosztás			Kisebbs. tartozás		
	Férfi	Nő	rezi- dens	szako. nem	vál.	Igen	Nem	
PHQ	1-4 pont	1% (1)	3,0% (5-9)	0	3,3% (6)	0	0	2,7% (6)
	5-9 pont	43,6% (44)	29,3% (49)	10,0% (2)	37,4% (68)	40,4% (23)	37% (17)	34,7% (76)
	10-14 pont	49,5% (50)	60,5% (101)	65,0% (13)	55,5% (101)	52,6% (30)	58,7% (27)	56,2% (123)
	15 pont felett	1% (1)	3,6% (6)	10,5% (3)	2,2% (4)	0	0	3,2% (7)
Kiégés magas	27,7% (28)	39,5% (66)	89,5% (15)	34,1% (62)	26,3% (15)	47,8% (22)	33,3% (73)	
Társas támogatás	ala- csony	12,9% (13)	7,8% (13)	0	9,9% (15)	12,3% (7)	10,9% (5)	9,6% (21)
	mode- rált	27,7% (28)	31,7% (53)	25,0% (5)	32,4% (59)	22,8% (13)	30,4% (14)	30,1% (66)
	magas	50,5% (51)	52,1% (87)	60% (12)	51,1% (93)	54,4% (31)	47,8% (22)	53,0% (116)

Vastag betűvel szedve a szignifikáns eredmények. Hatásméret a szövegben.

A pszichoszomatikus tünetek előfordulását tekintve a a végtagi vagy ízületi fájdalom (23%, 62 fő), derék és hátfájás 20,1% 54 fő) és a fáradtság és energiahány (18,2%, 49 fő) jelentek meg leghangúlyosabban, mint nagyon zavaró tünetek, ezzel szemben az ájulás-érzés és elgyengülés (1,9%, 5 fő), a nehézlégzés és légszomj (3,0%, 8 fő), a szexuális együttléttel kapcsolatos fájdalom és probléma (4,5%, 12 fő), továbbá a mellkasi fájdalom (5,2%, 14 fő) jelenléte jellemezte és zavarta legkevésbé a válaszadó orvosokat. Az egyes pszichometriai skálák, demográfiai adatok, valamint rizikóviselkedésre adott válaszok alapján összehasonlításokat végeztem az orvos-vizsgálat során a nemi hovatartozás, az életkori csoportok, valamint a munka típusa szerint.

A normalitási próbák eredménye alapján az orvosvizsgálat során a pszichometriai skálák eredményei sem a teljes mintán sem az almintákon nem mutattak normális eloszlást, ezért a vizsgálat során U próbát és bináris logisztikus regressziót használtam.

Összehasonlítva a női és férfi válaszadókat a pszichometriai skálák eredményeit tekintve az volt látható, hogy a női nemet jelölő orvosokat szignifikánsan magasabb átlagpontszám jellemezte a pszichoszomatikus tüneteket mérő skála – ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a férfi válaszadók részéről nagyon alacsony volt a válaszadási ráta a kérdőív ezen részére, ahogyan az a táblázatban is látható, összesen 24,5%-uk válaszolt a PHQ kérdéseire. A férfi válaszadókra magasabb erőfeszítés és jutalom hányados volt jellemző, míg nőnemű kollégáik szignifikánsan magasabb pontot értek el a kiégés érzelmi kimerülés alskálája, valamint az észlelt stressz és az állapotszorongás esetén. Magasabb pontszám jellemezte a női válaszadókat a kiégés deperszonalizáció alskálája, valamint a kiégés összpontszám esetén is, de a különbségek nem voltak szignifikánsak (14.táblázat).

14. táblázat - A pszichometriai skálák jellemzőinek különbségei nemek szerint az orvosok körében

	<i>Férfi</i>			<i>Nő</i>			Mann-whitney u-teszt	
	<i>M (SD)</i>	<i>median</i>	<i>n</i>	<i>M (SD)</i>	<i>median</i>	<i>n</i>	<i>U-érték</i>	<i>Z</i>
<i>Kor Min-Max (M)</i>	26-82 (54)		93	26-79 (51)	51,00	103		
<i>PHQ 15</i>	3,88 (2,20)	6,00	25	7,74 (4,81)	7,00	147	857,00**	-4,273
<i>Siegers erőfesz./ jutalom</i>	0,43 (0,30)	0,36	86	0,36 (0,25)	0,31	156	5155,50*	-2,980
<i>Rezili-encia</i>	39,00 (5,49)	40,00	73	39,13 (5,35)	40,00	127	4587,50	-0,122
<i>Állapot szorongás</i>	14,83 (3,84)	15,00	98	16,14 (4,03)	16,00	160	6409,00*	-2,468
<i>Észlelt stressz</i>	5,47 (2,42)	6,00	96	6,14 (2,63)	6,00	161	6586,50*	-1,997
<i>Kiégés</i>	43,10 (20,33)	38,00	84	47,34 (21,68)	46,00	147	5430,00	-1,523
<i>Érzeli kimerülés</i>	16,62 (12,06)	14,00	90	21,24 (12,65)	20,50	156	5459,50*	-2,904
<i>Deperszo-nalizáció</i>	6,37 (5,92)	5,00	94	7,00 (6,54)	5,00	157	7057,00	-0,580

Hatékony-ság csökk.	19,78 (8,46)	20,00	91	19,62 (8,54)	20,00	156	7087,50	-0,019
Társas tám.	4,91 (1,58)	5,33	93	5,06 (1,37)	5,33	159	7143,50	-0,448
Család	5,24 (1,65)	5,75	95	5,38 (1,43)	5,75	162	7481,50	-0,372
Egyéb szem.	4,80 (1,80)	5,00	97	4,94 (1,81)	5,25	161	7383,50	-0,735
Barát	4,72 (1,81)	5,13	94	4,85 (1,64)	5,00	162	7421,50	-0,338

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

A pszichometriai skáláknál használatos övezetek és csoportok kialakítását követően szignifikáns különbség jelentkezett a nemek között az erőfeszítés-jutalom hányadost tekintve: a női orvosok 1,9%-a, míg a férfi társaik 7% ért el 1 pont feletti erőfeszítés-jutalom hányadost, tehát a férfiak inkább érezték erőfeszítéseiket jutalmazva, mint nőtársaik. Ez az eredmény is összefüggésben lehet azzal, hogy a női orvosok magasabb arányban kerültek az érzelmi kimerülés alskála magas övezetébe (32,1% vs. 17,8%, Cramer's $V=0,175$; $p < 0,05$), valamint az összesített kiégés magas övezetébe (43,7% vs. 31,5%, Cramer's $V=0,121$; $p < 0,07$), bár utóbbi különbség csak tendencia szintűnek mutatkozott. A többi változó tekintetében nem volt szignifikáns különbség. A női orvosok azt jelezték, hogy inkább dohányoznak (77,5% vs. 89,8%; Cramer's $V=0,193$; $p < 0,01$), valamint inkább érte őket diszkrimináció az elmúlt év során (29,3% vs. 13,9%; Cramer's $V=0,177$, $p < 0,01$). A férfi orvosok körében gyakoribb volt a heti rendszerességű alkoholfogyasztás (37,6% vs. 19,8%; Cramer's $V=0,189$, $p \leq 0,05$) (11. táblázat).

A kialakított korcsoportok vonatkozásában a pszichometriai kérdőívek esetén a kiégés, az erőfeszítés jutalom hányados, valamint az erőfeszítések alskála esetén volt a csoportokra jellemző átlagok között szignifikáns különbség (15. táblázat). A kategorikus változók vizsgálata esetén a kiégés, továbbá deperszonalizáció és érzelmi kimerülés alskálái esetén volt a korcsoportok vonatkozásában szignifikáns összefüggés (13. táblázat). A válaszadóink körében a fiatalabb orvosok magasabb észlelt stressz illetve állapotszorongást jelöltek, továbbá kevésbé érezték erőfeszítéseiket eredményesnek. Az erőfeszítés-jutalom hányados azt mutatta, hogy inkább aránytalanságot tapasztalnak erőfeszítéseik jutalmazása terén. Az idősebb, 60 év feletti orvosokkal összehasonlítva a 41 év alatti korcsoport magasabb kiégés átlagpontszámmal, valamint a kiégés deperszonalizáció és érzelmi kimerülés alskáláin elért magas átlagpontszámmal

Barát	Egyéb szem.	Család	Társas tám.
5,07	5,16	5,23	5,15
5,13	5,63	6,00	5,33
14	14	14	14
4,48	5,26	5,50	5,24
5,13	5,63	6,00	5,46
36	36	36	36
5,27	5,10	5,31	5,29
5,88	5,75	5,75	5,67
44	44	44	44
4,48	4,72	5,24	4,78
4,75	4,75	5,50	5,00
65	67	67	65
4,60	4,81	5,26	4,89
5,00	5,25	5,75	5,33
64	65	65	64
4,47	4,23	5,31	4,69
4,75	4,88	5,50	4,71
19	20	18	18
8,336	4,948	0,701	5,806

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; PHQ – pszichoszomatikus tünetek skála, ÉK – érzelmi kimerülés HCS-hatékonyosság csökkenés; DP-deperszonalizáció;

A vállalkozó és a kutató csoportok alacsony mintaelemszáma miatt a rezidensek és a szakorvosok közötti összehasonlítás tekinthető relevánsnak. E két csoport összehasonlításában az látszott, hogy a rezidensek a Maslach kiégés skála - minden alkálaja eredményei szerint - inkább kitettek a kiégésnek, továbbá a rezidens orvosok magasabb észlelt stressz és pszichoszomatikus tünetek skála pontszámmal, ellenben alacsonyabb erőfeszítés és jutalom hányadossal voltak jellemezhetőek (16. táblázat). Kiegyezés szempontjából magas kiegyezési övezetbe került a rezidensek 89,5%-a (17 fő), a szakorvosok 37,6%-a (62 fő) ($p < 0,001$; Cramer's V=0,344) (13. táblázat).

16. táblázat - A pszichometriai skálák jellemzőinek különbségei beosztás szerint az orvosok körében

	PHQ	Kor min.-max.	Rezidens	Szakorvos	Csak vállalkozó	Kutató/kutató	Kruskal-Wallis Próbha
Siegers erőfesz./jutalom	M (SD)	M (SD)	Medián	Medián	Medián	M (SD)	
	n	n		n	n	n	
0,26 (0,26)	10,07 (5,18)	26-42 (30)					
0,22	8,50	20					
20	14	20					
0,40 (0,28)	6,81 (4,80)	30-78 (53)					
0,33	6,00						
171	123	173					
0,55		64-68 (66)					
0,55	8,00						
2	1	3					
0,38		37-79 (60)					
0,37	13,00						
5	5	7					
7,88	12,64*						

<i>Barát</i>	<i>Egyéb szem.</i>	<i>Család</i>	<i>Társas tám.</i>	<i>HCS</i>	<i>DP</i>	<i>ÉK</i>	<i>Kiegész</i>	<i>Észlelt stressz</i>	<i>Állapot szorongás</i>	<i>Reziliencia</i>
5,14 (1,48)	5,39 (1,63)	5,31 (1,49)	5,28 (1,13)	24,79 (7,24)	13,74 (5,81)	29,47 (8,30)	68,00 (14,68)	8,06 (2,56)	17,52 (4,60)	36,62 (6,25)
4,88	5,75	6,00	5,38	26,00	13,00	28,00	70,00	8,00	18,00	38,00
18	18	18	18	19	19	19	19	18	19	13
4,69 (1,71)	4,86 (1,79)	5,27 (1,51)	4,95 (2,53)	18,89 (7,52)	6,53 (6,08)	19,19 (12,74)	44,50 (20,88)	5,72 (2,52)	15,50 (4,08)	39,05 (5,17)
5,00	5,25	5,63	5,33	19,00	5,00	16,00	42,00	6,00	15,00	40,00
177	178	178	175	171	173	170	161	179	179	143
3,17	4,92	5,42	4,50	17,67	6,67	16,00	40,33	11,00	18,00	39,33
2,50	5,50	6,75	4,92	21,00	2,00	9,00	32,00	7,00	18,00	44,00
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4,75	4,85	5,50	5,03	21,33	8,00	13,80	36,80	10,60	17,20	43,33
4,75	4,75	5,75	4,67	22,00	5,50	16,00	47,00	7,00	17,00	40,00
5	5	5	5	6	6	5	5	5	3	5
2,430	1,500	0,344	0,468	9,995 *	20,927 ***	15,653 **	22,365 ***	12,984 *	7,003	4,935

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$; PHQ – pszichoszomatikus tünetek skála, ÉK – érzelmi kimerülés HCS-hatékonyság csökkenés; DP-deperszonalizáció;

5.1.2.c. Kisebbséghez tartozó orvosok kiegészése és egészsége

A kisebbséghez tartozó orvosok (46 fő, 17,1%) demográfiai jellemzőiket tekintve nem különböztek többségi társadalomhoz tartozó kollégáiktól. Kétharmaduk (67,4%) női, egyharmaduk férfi (32,6%) kategóriába sorolta magát (10. táblázat). Az életkori csoportokat tekintve is hasonló arányokban képviseltették magukat, mint ahogyan a teljes mintán volt jellemző: többségük az 51-60 és a 61-70 év közöttiek csoportjába tartozott

(33.3% és 28.9%), 15.6%-uk a 31-40 év közötti, 13.3%-uk a 41 és 50 év közötti, 2.2%-uk 30 év alatti, valamint 6.8%-uk 71 év feletti korcsoportból került ki. Átlagéletkoruk 54,5 év volt (SD=12.7); 60,9%-uk szakorvosként dolgozik, 28,3 százalékuk nem válaszolt a munka típusára vonatkozó kérdésre. 83,9%uk (40 fő) dohányzik, 73,9 százalék rendszeresen. Az alkoholfogyasztás és a pszichofarmakon használat némileg magasabb volt a körükben (alkohol 32,6% vs. 26,1%; pszichofarmakon: 9,7 % vs. 16,3%), de a különbség nem volt szignifikáns. A válaszadók 39,1%-a jelezte, hogy érte valamilyen okból diszkrimináció az elmúlt 12 hónapban (11. táblázat).

A pszichometriai eszközökön szignifikánsan magasabb állapotszorongás jellemezte őket az állapotszorongás tekintetében, míg szignifikánsan alacsonyabb rezilienciát és családtól érkező társas támogatást mutattak (17.táblázat). A többi skálát tekintve a különbségek nem mutatkoztak szignifikánsnak, de jellemzően alacsonyabb átlagpontszám volt tapasztalható az erőfeszítés-jutalom hányadost, társas támogatás átlagpontszámot és a barátok, valamint egyéb fontos személy alskálákat tekintve, emellett magasabb átlagpontszámot értek el a pszichoszomatikus tünetek előfordulását mérő skálán, az észlelt stresszt tekintve, továbbá kiegészít mérő skálán – és minden egyes alskáláján (17. táblázat).

17. táblázat - A pszichometriai skálák jellemzőinek különbségei kisebbséghez tartozás szerint az orvos mintán

	<i>Nem tartozik</i>			<i>Kisebbség</i>			Mann-whitney u-teszt	
	M (SD)	<i>medián</i>	<i>n</i>	M (SD)	<i>medián</i>	<i>n</i>	U	Z
<i>Kor (min-max)</i>	26-82 (53)		142	28-79 (55)		45	0	0
<i>PHQ 15</i>	7,13 (4,82)	6,00	216	7,40 (4,26)	7,00	30	1986,500	-0,581
<i>Siegers erőfesz./jutalom</i>	0,40 (0,29)	0,33	189	0,39 (0,23)	0,40	42	4199,000	-0,053
<i>Reziliencia</i>	39,58 (5,35)	40,00	215	36,63 (4,94)	37,00	33	1837,500 *	-3,027
<i>Állapotszorongás</i>	15,43 (3,86)	15,00	212	16,95 (4,59)	16,00	43	3831,000 *	-1,778
<i>Észlelt stressz</i>	5,80 (2,60)	6,00	208	6,27 (2,44)	7,00	44	4085,000	-1,306
<i>Kiegészítés</i>	45,15 (21,51)	40,00	167	48,95 (19,82)	37,00	43	4199,000	-0,053

<i>Érzeli kimerülés</i>	19,48 (12,49)	17,00	208	20,26 (13,37)	18,00	43	4256,000	-0,305
<i>Deperszo- nalizáció</i>	6,51 (6,34)	5,00	203	8,07 (6,05)	7,00	44	3705,000 *	-1,989
<i>Hatékony- ság csökk.</i>	19,21 (8,24)	19,00	212	21,62 (9,10)	21,00	45	3872,500	-1,598
<i>Társas tám.</i>	5,06 (1,44)	4,42	204	4,79 (1,52)	5,25	43	4066,000	-0,937
<i>Család</i>	5,42 (1,49)	6,00	213	4,93 (1,63)	5,13	44	3827,500 *	-1,878
<i>Egyéb szem.</i>	4,92 (1,80)	5,25	212	4,78 (1,88)	5,13	44	4508,500	-0,397
<i>Barát</i>	4,82 (1,74)	5,00	201	4,75 (1,55)	5,25	43	4339,500	-0,497

* $p \leq 0,05$

A kategorikus változóként tekintett mentális egészségre vonatkozó változók khi-négyzet próbával történő vizsgálata során nem volt szignifikáns különbség a kisebbséghez tartozó válaszadók és többségi társadalomhoz tartozó kollégáik között. Egyedül a kiégés magas övezetében tartozás esetén mutatkozott tendenciaszerű különbség ($p=0,08$): a kisebbségi orvosok több mint fele (51,2%), míg a többségi kitöltők kicsit több mint egyharmada (36,9%) került magas kiégés övezetbe (13. táblázat).

A pszichoszomatikus tünetskálán a kisebbséghez tartozó orvosok az alacsony (5-9 pont) és a közepes (9-14 pont) kategóriákba kerültek, 38,6%-uk az előbbi, 61,4%-uk az utóbbi csoportba. A tüneteket tekintve leginkább végtagi vagy ízületi fájdalmat (13 fő), a fáradtságot és energiahányt (8 fő), a fejfájást (8 fő), a derék- vagy hátfájást (8 fő) és alvással kapcsolatos problémákat (8 fő) jelezték a leggyakrabban nagyon zavaró tünetként, míg a nehézlégzés, légszomj (35 fő), a szexuális együttlét során jelentkező fájdalom vagy probléma (34 fő), valamint az ájulás-érzés, elgyengülés (33 fő) tüneteit jelezték legtöbbször nem megjelenő tünetként.

5.1.2.d. Kiégés vizsgálata a teljes orvos mintán

Az orvosok kiégésre vonatkozó átlag pontszáma 45,9 (SD=21,2) volt (12. táblázat). A kiégést bináris logisztikus regresszióval vizsgálva, folytonos változóként a reziliencia, az állapot szorongás, az észlelt stressz, a társas támogatás, a Siegers féle erőfeszítés-jutalom hányados, valamint kategorikus változóként a nem, a beosztás, a kisebbségi csoporthoz tartozás és a korcsoportok változók lépésenként történő beléptetése (step forward) mellett az észlelt stressz, a Siegers féle erőfeszítés-jutalom hányados, valamint a beosztás

kerültek a végső modellbe, amely összességében szignifikánsnak bizonyult ($p=0,028$). A végső modellben a társastámogatás, a reziliencia, a nem, a kisebbséghez tartozás, a beosztás a nem volt szignifikáns a magasabb kiégés rizikó szempontjából, ugyanakkor, akik magasabb észlelt stressz pontszámot értek el, vagy alacsonyabb erőfeszítés-jutalom hányadossal rendelkezett nagyobb eséllyel került a kiégés felső övezetébe (18. táblázat). A regressziós model Nagelkerke R-négyzet értéke 0,58 volt.

18. táblázat - Kiegésre vonatkozó bináris regressziós vizsgálat eredményei az orvos mintán

	<i>B</i>	<i>Sig.</i>	<i>Exp(B)</i>	<i>95% C.I. (Exp(B))</i>	
<i>Siegers erőfeszítés/jutalom</i>	-4,533	0,000**	0,011	0,001	0,114
<i>Reziliencia</i>	-0,066	0,246	,936	0,837	1,047
<i>Észlelt stressz</i>	0,362	0,012*	1,436	1,083	1,904
<i>Társas támogatás</i>	0,189	0,319	1,209	0,832	1,755
<i>Életkor</i>	-0,031	0,208	,969	0,924	1,017
<i>Nem</i>	0,288	0,584	1,333	0,477	3,729
<i>Munka (rezidens)</i>		0,502			
<i>Munka (szakorvos)</i>	23,983	1,000	$2,60 \times 10^{10}$	0,000	.
<i>Munka (vállalkozó)</i>	21,305	1,000	$1,79 \times 10^9$	0,000	.
<i>Munka (kutató/oktató)</i>	0,863	1,000	2,370	0,000	.
<i>Kisebbséghez tartozik</i>	-0,542	0,423	0,582	0,155	2,188
<i>Constant</i>	-18,732	1,000	0,000		

Bevont változók: Siegers erőfeszítés/jutalom, Reziliencia összpont, Észlelt stressz összpont, Társas támogatás összpont, Életkor, Nem, Munka típusa, Kisebbséghez tartozás
* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$

5.1.2.e. Az Eurobarométer kérdőív diszkriminációra vonatkozó kérdéseivel kapcsolatos eredmények az orvos mintán

A kérdőívet kitöltő orvosok többsége személyesen ismer valamilyen kisebbségi csoporthoz tartozó személyt (19. táblázat).

19. táblázat - Az orvos válaszadók hány %-a ismer kisebbséghez tartozó személyeket

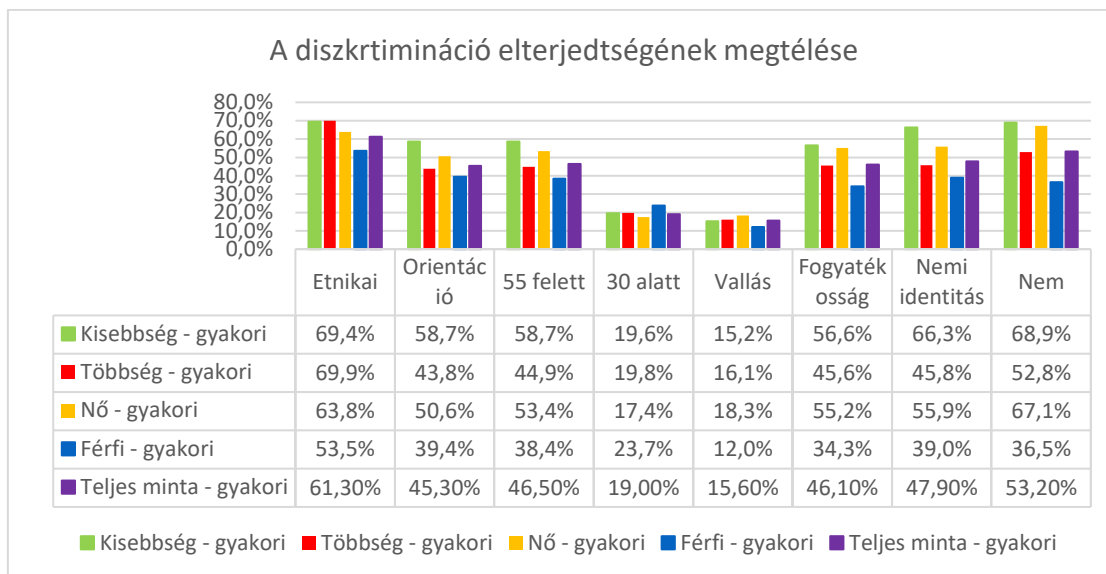
	% (n)
Nemzeti kisebbséghez tartozó	48,0% (132 fő)
Etnikai kisebbséghez tartozó	60,9% (168 fő)
Transznemű személy	5,1% (14 fő)
Meleg/leszbikus/biszexuális	39,2% (108 fő)
Vallási kisebbséghez tartozó	53,3% (147 fő)
Egyéb stigmatizált csoport tagja	18,4% (51 fő)
Nincsenek	16,6% (46 fő)

Körükben is legkevesebben (14 fő, 5,1%) transznemű ismerőssel, barátal vagy rokonnal rendelkeznek; míg a hallgatói minta 10%-a (54 fő) jelezte, hogy ismer transz* személyt.

Összességében az orvosok legnagyobb arányban etnikai (60,9%), vallási (53,3%) és nemzeti (48,0%) kisebbséghez tartozó rokonok, barátok és ismerősök jelenlétéről számoltak be (11. táblázat).

Az orvosok szerint az egyes kisebbségi csoportokkal szembeni előítéletesség és diszkrimináció leginkább az etnikai kisebbségekkel (61,7%) és a nőekkel (53,2%) kapcsolatosan gyakori jelenség, legkevésbé a vallási kisebbségekkel (19,0%), valamint a 30 év alattiakkal (15,6%) szemben jellemző. Az észlelt diszkrimináció méréséhez a hallgatói vizsgálathoz hasonlóan khi-négyzet próbával vizsgáltam a kapcsolatot a válaszadó kisebbségi csoporthoz tartozás és a diszkrimináció elterjedtségének megítélése között. A statisztikai adatok alapján ezek a változók nem mutattak összefüggést egymással, vagyis a diszkrimináció elterjedtségének megítélése nem függ a kisebbségi csoporthoz tartozástól az orvosi mintán, csak a nemi identitással összefüggő diszkrimináció esetén (12. ábra). A kisebbséghez tartozó válaszadók inkább gyakorinak - 10-7 pontközötti válaszokat adtak a 10-es skálán - gondolták a nemi identitással kapcsolatosan megjelenő diszkrimináció előfordulását, szemben többségi társadalomhoz tartozó válaszadókkal (66,3% vs. 45,8%; $p < 0,05$; Cramer's $V = 0,160$).

A nemi hovatartozás alapján a válaszadó neme és az egyes kisebbségi csoportokkal szemben megjelenő diszkrimináció elterjedtségének megítélése szignifikáns különbséget mutatott a 30 év alatti életkorral kapcsolatos negatív megkülönböztetést leszámítva minden esetben (10. ábra). Tehát a nők – a férfiakkal összevetve - nagyobb arányban érzik úgy, hogy nőket (36,5% vs 67,1%; $p \leq 0,001$, Cramer's $V = 0,355$), szexuális (39,4% vs. 50,6%; $p < 0,05$, Cramer's $V = 0,176$) és nemi (39,0% vs. 55,9%; $p \leq 0,001$, Cramer's $V = 0,236$) kisebbségeket, vallási kisebbségeket (12,0% vs. 18,3%; $p \leq 0,001$, Cramer's $V = 0,272$), etnikai kisebbségeket (53,5% vs. 63,8%; $p \leq 0,05$, Cramer's $V = 0,188$), fogyatékkal élőket (34,3% vs. 55,2%; $p \leq 0,001$, Cramer's $V = 0,287$), valamint 55 év felettieket (38,4% vs 53,4%; $p \leq 0,001$, Cramer's $V = 0,238$) gyakrabban ér negatív megkülönböztetés.

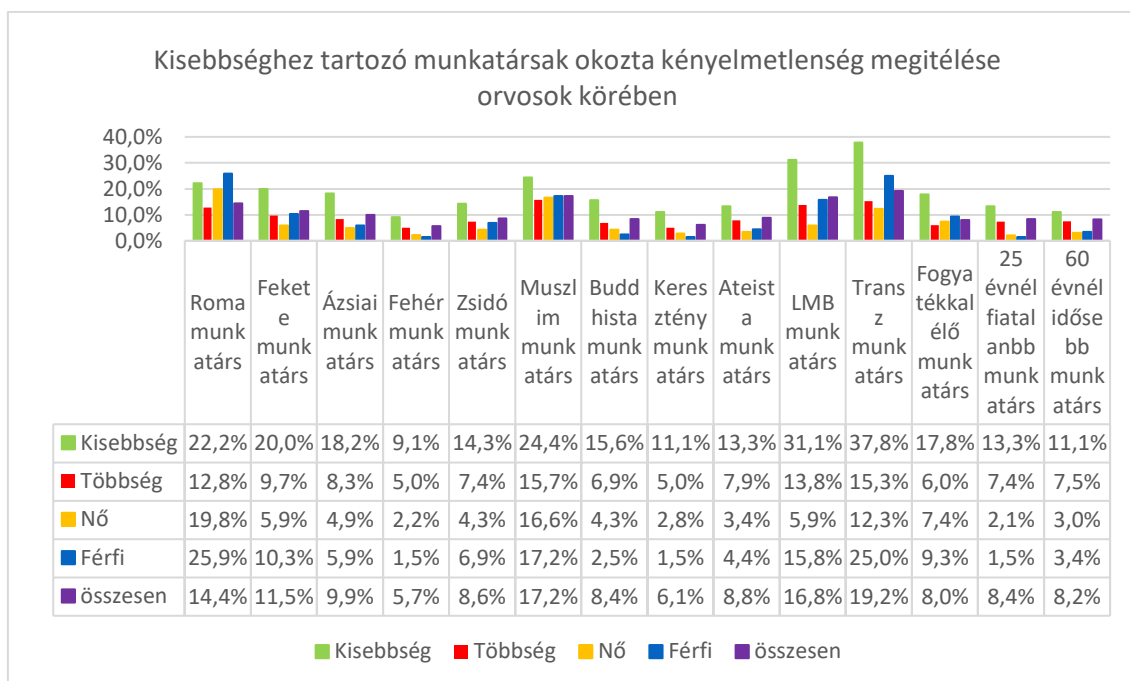


10. ábra - A diszkrimináció elterjedtségének megtétele az orvos mintán

Az orvos válaszadók a kisebbségi csoportokhoz tartozó munkatársak esetén a transznemű (19,2%), muszlim (17,2%), szexuális kisebbséghez tartozó (leszbikus, biszexuális, meleg) (16,8%) vagy roma (14,4%) munkatársakkal éreznék leginkább kényelmetlenül magukat. A fehér (5,7%), keresztény (6,1%) munkatársak okoznák a válaszadók számára a legkevesebb kényelmetlenséget.

A hallgatói vizsgálathoz hasonlóan az orvos válaszadók körében is vizsgáltam, hogy mutatkozik-e összefüggés az egyes kisebbségi csoporthoz tartozó munkatársakkal való közös munka kényelmetlenségének megtétele és a válaszadók neme, illetve kisebbségi csoporthoz tartozása között.

A magukat kisebbséghez tartozóként meghatározó orvos kitöltők szignifikánsan inkább éreznék megterhelőnek a roma (22,2% vs.12,8%; Cramer'sV=0,161 $p \leq 0,05$), LMB (16,8% vs. 13,8%; Cramer'sV=0,179; $p \leq 0,05$), transz (37,8% vs. 15,3%; Cramer'sV=0,244 $p \leq 0,001$), fogyatékkal élő (17,8% vs. 6,0% Cramer'sV=0,167; $p \leq 0,05$) munkatársakkal való közös munkát, ugyanakkor kevésbé kényelmetlennek ítélik egy ateista (8,8% vs. 7,9%; Cramer'sV=1,61 $p \leq 0,05$) kollégával való együtt dolgozást többségi társadalomhoz tartozó válaszadókkal összevetve (11. ábra).



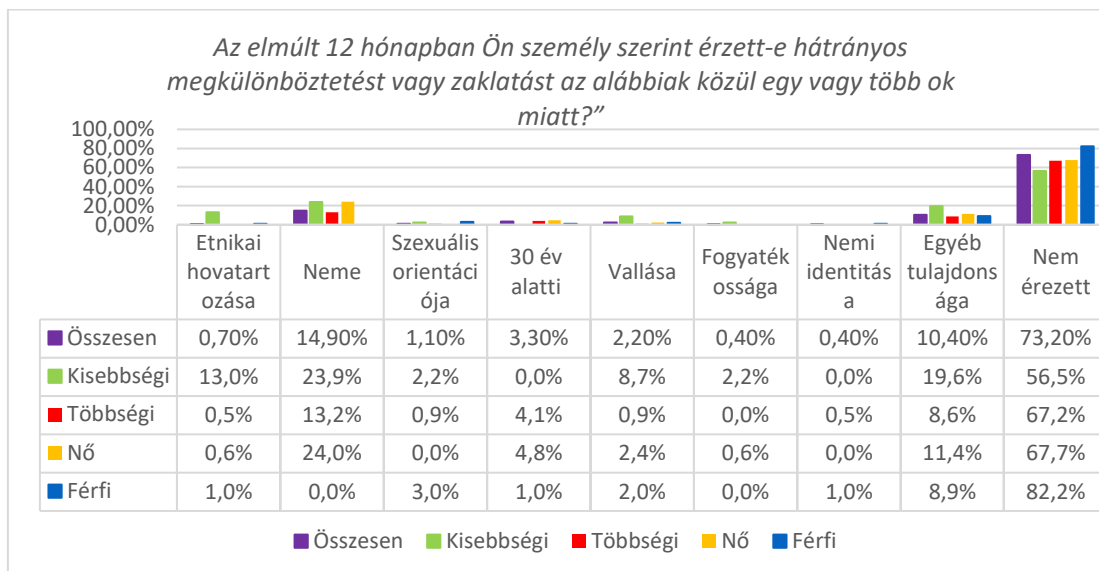
11. ábra - Kisebbséghez tartozó munkatársak megítélése kisebbséghez tartozó (K) és a többségi (T) orvosok szerint

A nem és a kisebbséghez tartozó munkatárs okozta kényelmetlenség összefüggésének vizsgálata során az mutatkozott, hogy a női orvosok kevésbé ítélik kényelmetlennek egyes etnikai, vallási, vagy egyéb kisebbséggel való közös munkát: így a szexuális kisebbséghez tartozó (14,7% vs. 21,0%; $p \leq 0,05$; Cramer's $V = 0,151$), afroamerikai (7,4% vs. 18,0%; $p \leq 0,05$; Cramer's $V = 0,167$), ázsia (6,2% vs. 16,0%; $p \leq 0,05$; Cramer's $V = 0,163$), zsidó (5,0% vs. %; $p \leq 0,05$; Cramer's $V = 0,170$), muszlim (12,9% vs. 24,5%; $p \leq 0,05$; Cramer's $V = 0,150$) transzszexuális (15,4% vs. 25,5%; $p \leq 0,05$; Cramer's $V = 0,150$), vagy fogyatékkal élő (6,8% vs. 10,0%; $p \leq 0,05$; Cramer's $V = 0,174$) munkatársakkal is kevesebb kényelmetlenséget jelent számukra együtt dolgozni (11. ábra).

Szemben a hallgatói vizsgálat eredményeivel az orvos válaszadóink az állásinterjún történő hátrányos megkülönböztetés szempontjából kevésbé jelentős volt a különbség az egyes tulajdonságok megítélésében a kisebbséghez és a többségi társadalomhoz tartozó orvosok körében, és jelentősebbnek mutatkoztak a nemi különbségek. A női orvosok nagyobb arányban érzik a fontos hátrányos megkülönböztető tényezőnek egy állásinterjún az állásra jelentkező egyes személyes adottságait és jellemzőit (az öltözetet, testalkatot, vagy bőrszint, tájszólást, a fogyatékossgot, az idősebb életkort, a nemet), valamint egyes kisebbségi csoporthoz tartozását (a transzneműséget, a szexuális

kisebbséghez tartozást). Míg a férfi válaszadók szerint, a nőekkel összehasonlítva inkább szolgálhat hátrányos megkülönböztetés alapjául a jelölt neve, vagy címe egy állásra jelentkezéskor. A kisebbséghez tartozó orvosok válasza alapján a személyes tulajdonságoknak, mint bőrszín, életkor, beszéd, név szignifikánsan gyakrabban jelenthet alapot hátrányos megkülönböztetésre egy munkahelyi felvétel esetén.

Az elmúlt 12 hónapban orvos válaszadók közel egynegyede (23,4%) tapasztalt hátrányos megkülönböztetést valamely tulajdonsága, vagy csoportidentitása miatt az elmúlt év során. A kisebbséghez tartozó orvosok és a női válaszadók inkább jeleztek az 12 hónap folyamán tapasztalt hátrányos megkülönböztetést. A női orvosok egyharmada (29,3% vs. 13,9%; Cramer's V =0,177; $p \leq 0,05$) a kisebbséghez tartozó orvosok közel 40%-a (39,1% vs. 20,5%; Cramer's V=0,165; $p \leq 0,05$) tapasztalt diszkriminációt a megadott tulajdonságok miatt az elmúlt évben (12. ábra).



12. ábra - Az elmúlt 12 hónapban érzett negatív megkülönböztetés kisebbséghez tartozás és nem szerint az orvos mintán

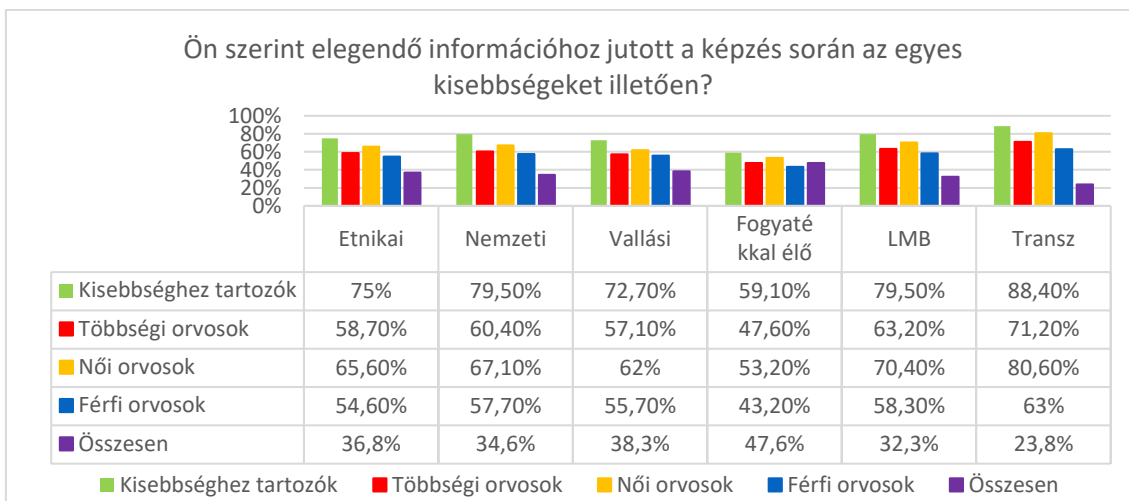
Az orvosok körében is jelentős különbség mutatkozott a nemi alapú diszkrimináció tekintetében a férfiak és a nők között: a női orvosok 24,0% jelezte, hogy tapasztalt az elmúlt 12 hónapban diszkriminációt neme miatt, míg ezt egyetlen férfi orvos sem jelezte ($p \leq 0,001$; Cramer's V=0,326). A KSH által használt a munkaerőpiacon tapasztalt hátrányos megkülönböztetésre vonatkozó kérdéseikre adott válaszaik alapján a női orvosok szignifikánsan inkább tapasztaltak álláskereső kapcsán hátrányos megkülönböztetést nemük (28,1% vs. 0%; Cramer's V=0,359; $p \leq 0,001$), családi állapotuk (gyermek) kapcsán (18,0% vs. 1,0%; Cramer's V=0,257; $p \leq 0,001$), míg a férfi

válaszadók szignifikánsan inkább jelezték, hogy nem érte őket negatív diszkrimináció ilyen helyzetben (79,7% vs. 55,2%; Cramer's $V=0,247$; $p\leq 0,001$).

Az tapasztalt diszkrimináció részletes vizsgálata, a megkülönböztetés alapjául szolgáló egyes tulajdonságok, vagy csoportidentitások kapcsolatának vizsgálata a kisebbségi csoporthoz tartozással az orvos vizsgálatban nem szolgált releváns adatokkal, mivel az egyes tulajdonságok kapcsán az elemszám igen alacsonynak bizonyult mind az Eurobarometer, mind a Központi Statisztikai Hivatal hátrányos megkülönböztetésre vonatkozó kérdései során.

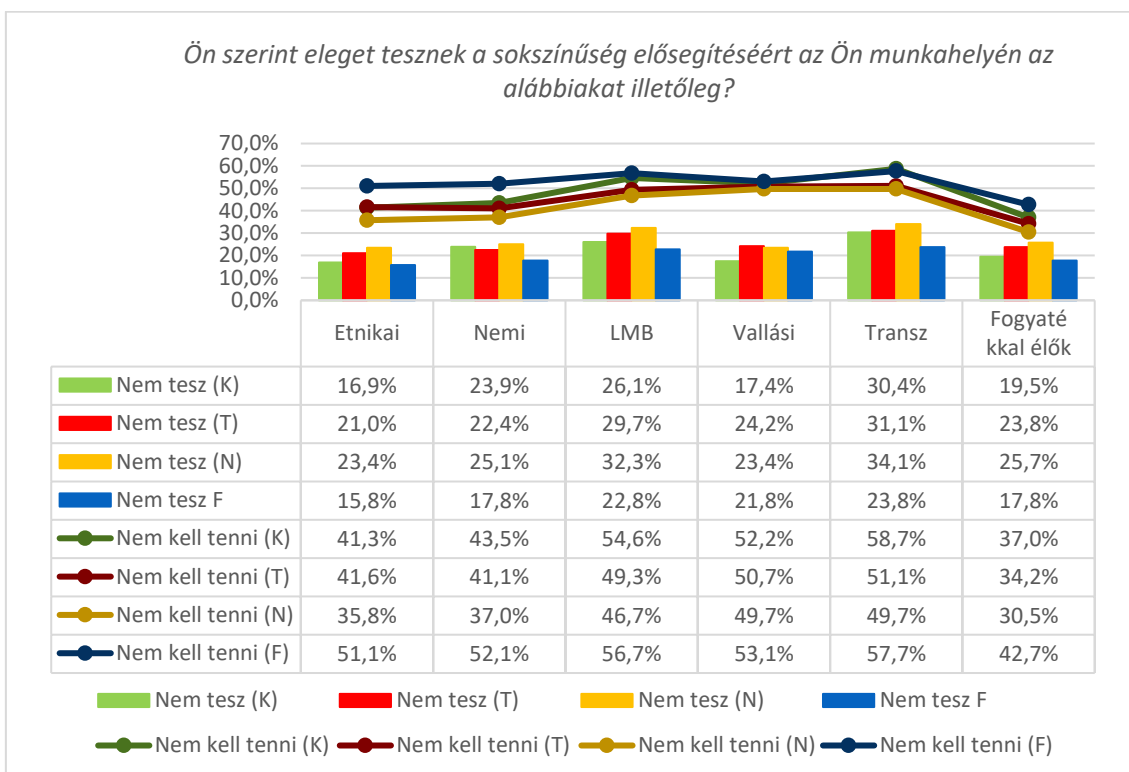
A kutatás során vizsgáltam, mennyire érzik elégségesnek az egyetemen elsajátított ismereteiket az orvosok az egyes kisebbségi csoportokkal kapcsolatosan. A válaszadók majdnem fele (49,5%) elégségesnek érzi a fogyatékkal előkkel kapcsolatosan egyetemen kapott információkat, de kevesebb, mint egynegyedük (23,8%) érzi úgy, hogy elégséges információhoz jutott a transzszexualitással kapcsolatosan egyetemi képzése során.

A kisebbségi csoportokkal kapcsolatos információ elégségességének megítélése összefüggést mutatott a válaszadók nemével és kisebbségi csoporthoz tartozásával. A kisebbségi csoporthoz tartozó orvosok kevésbé ítélik elégségesnek az etnikai (25,0% vs. 45,3%; Cramer's $V= 0,126$; $p\leq 0,05$;) és nemzeti (20,5% vs. 39,6%; Cramer's $V = 0,150$; $p\leq 0,05$) kisebbségekkel, valamint az LMB közösséggel (20,5% vs. 36,8%; Cramer's $V = 0,120$; $p\leq 0,05$) és a transzszexualitással (11,6% vs. 28,8%; Cramers $V= 0,148$; $p\leq 0,05$) kapcsolatosan kapott információkat. A válaszadó neme szintén mutatott összefüggést az oktatás elégségességének megítélésével, a női orvosok kevésbé gondolják megfelelőnek a szexuális (29,6% vs. 41,7%; Cramers $V= 0,124$; $p\leq 0,05$) és nemi (37,0% vs. 19,4%; Cramers $V= 0,194$; $p\leq 0,05$) kisebbségekkel kapcsolatos információk elégségességét (13.ábra).



13. ábra - Az egyetemen kapott információk elégségesének megítélése az orvosok szerint

Az orvosok nagy többsége úgy gondolja, nem szükséges erőfeszítéseket tennie a munkahelynek a sokszínűség elősegítésére az etnikai, nemi, LMB, transz, vallási kisebbségek, valamint a fogyatékkal élők esetén. A munkahelyi sokszínűség elősegítésére vonatkozóan nem mutatkozott szignifikáns különbség a kisebbséghez tartozó és a többségi, valamint a női és férfi orvosok között (14. ábra).



14. ábra - A munkahelyek erőfeszítésének megítélése a sokszínűség elősegítésével kapcsolatban

5.I.3. Hallgatói attitűd vizsgálat

5.I.3.a. A minta általános jellemzői

Az LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdök és ismeretek mérésére szolgáló kérdőívünket 2017 május és 2018 február között 1061 hallgatóval vettük fel papír-ceruza módszerrel a Népegészségtani Intézettel együttműködésben. A résztvevő hallgatók közül 375 fő a Semmelweis Egyetem, 97 fő a Szegedi Tudományegyetem, 197 fő a Pécsi tudományegyetem, 74 fő a Debreceni egyetem magyar-nyelvű programjának tanulója volt, 130 hallgató a Semmelweis egyetem angol programján folytatja tanulmányait. Kontroll csoportként a Semmelweis Egyetem Egészségügyi Karának hallgatói (n=107) szolgáltak, mint egészségügyi területen tanulók, akik nem orvostanhallgatók, továbbá 81 fő az Eötvös Lóránd Tudományegyetemről, mint nem egészségügyi tanulmányokat folytató kontroll szerepelt.

Az 1061 felvett kérdőívből 93,1% (n=988) lett kiértékelhető. A kiértékelhető kérdőívek közül a válaszadók 82,59%-a (n=778) a modern homonegativitás kérdőív férfi homoszexualitást vizsgáló kérdéssortát töltötte ki (MHS-G), és 17,41% (n=164) a női homoszexualitást vizsgáló kérdéssort kaptak. Az MHS-G átlaga 35,52 (SD=10,25), míg az MHS-L átlaga magasabb, 36,28 (SD=6,16). A szexualitással és homoszexualitással kapcsolatos tudást mérő kérdőív (SEKHQ) módosított változatát összesen 966 hallgató töltötte ki (135), az átlagpontszám 8,29 (SD = 2,92). Összesen 977 fő válaszolt a régi típusú homonegativitást mérő kérdőív kérdéseire (ATLG-R3) (246), az átlagpont 5,25 (SD=1,71). A vizsgálatban összesen 768 orvostanhallgató töltötte ki saját fejlesztésű Egészségügyi Szexuális Kisebbségek iránti Attitűdjei kérdőívünket (ESKA) a minta átlaga 27,94 (SD 10,13 min 14 - max 68). Az SEKHQ kérdőívre az angol programon a helyes válaszok aránya átlag 60,1%, míg a magyar programon 58,7% volt. Az ATLG és az MHS esetén az idegennyelvű program hallgatói 4,86 pont és 26,25 pont volt, addig magyar program hallgatói 5,86 és 37,61 átlagponttal voltak jellemezhetőek.

A kitöltők életkora 18 és 38 év közötti volt, az átlagéletkor a magyar program hallgatóinak körében 22,5 volt, az angol programon 24,4 év volt. A válaszadóink többsége (93,1% és 93,8%) mind az angol, mind a magyar programon heteroszexuális orientációt jelölt. A 20. táblázat tartalmazza az LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdvizsgálatban résztvevő orvostanhallgatók nemre, életkorra, világnézetre, vallásra, valamint LMBT ismerős jelenlétére vonatkozó jellemzőit.

20. táblázat - Az LMBT személyekkel kapcsolatos attitűd vizsgálatban résztvevő orvostanhallgatók demográfiai adatai

		Magyar program	Angol program
		(n=743)	(n=121)
Nem	férfi	37,0% (275)	40,0% (52)
	nő	62,6% (465)	60,0% (78)
% (n)			
Életkor	átlag (szórás)	22,5 (2,1)	24,4 (3,2)
	min.-max.	19-33	19-38
Szexuális orientáció	heteroszexuális	93,8% (697)	93,1 (121)
	biszexuális	1,3% (10)	0,8% (1)
	meleg/leszbikus	2,6/ (19)	1,6% (2)
	nem válaszolt	1,4% (11)	4,9% (6)
Világnézet	liberális	19,5% (145)	45,4 (59)
	inkább liberális	46,8% (348)	33,8 (44)
	inkább konzervatív	27,2% (202)	15,2% (20)
	konzervatív	5,7% (42)	0
% (n)			
Vallásosság	nagyon vallásos	4,6 % (34)	5,4% (7)
	inkább vallásos	44,5% (333)	17,7% (23)
	inkább nem vallásos	25,2% (187)	30,0% (39)
	egyáltalán nem vallásos	25,3% (188)	46,2% (60)
% (n)			
Vallás-gyakorlás	rendszeresen	19,5% (145)	8,5% (11)
	fontosabb ünnepeket tartja	17,6% (131)	46,9% (61)
	a maga módján	23,8% (177)	12,3% (16)
	nem gyakorolja	30,8% (229)	31,5% (41)
% (n)			
Lmbt ismerős	nincs	18,6% (138)	6,9% (9)

5.I.3.b. Kulturális különbségek - a külföldi és magyar hallgatók vizsgálata az attitűdöt és tudást mérő skálák eredményeivel kapcsolatban

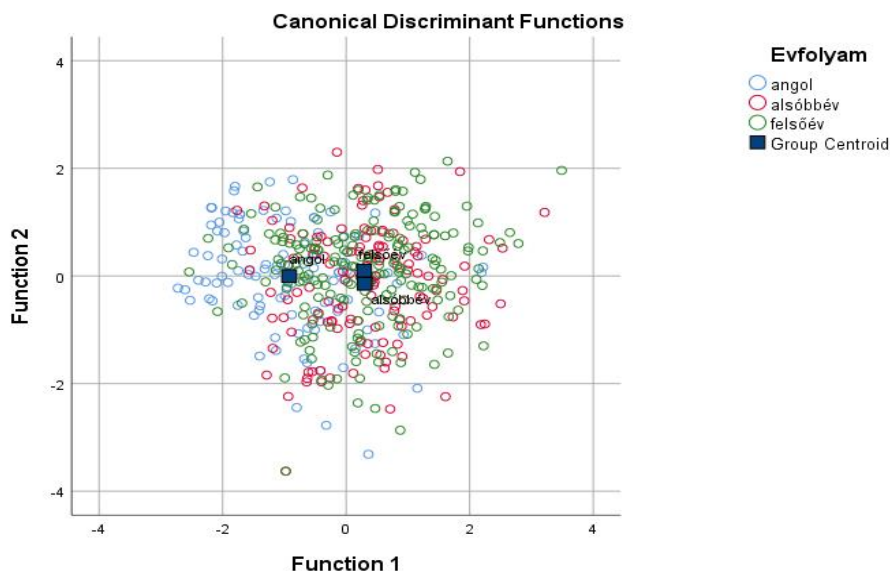
A diszkriminancia analízis segítségével megvizsgáltam a tudást és attitűdöt mérő skálák egyedi megkülönböztető képességét, amely során függő változóként a magyar alsóbb évesek (I.-III. évfolyam), a magyar felsőbb évesek (IV.-VI. évfolyam) és az angol program hallgatóinak Semmelweis Egyetemen tanuló csoportjai, független változóként a homonegativitás, a társadalmi távolság, továbbá az LMB személyekkel kapcsolatos tudás kerültek az analízisbe bevonásra. (A 21. táblázat a diszkriminancia analízis eredményeit mutatja be.)

21. táblázat – Az angol és magyar programon tanuló orvostanhallgatók LMBT személyekkel összefüggő tudásával és attitűdjével kapcsolatos diszkriminancia analízisének eredményei

	Átlagok és szórások az egyes skálákon			Standardizált diszkriminációs tengelyek együtthatói	
	SE angol program (108 fő)	SE alsóbb éves (136 fő)	SE felsőbb éves (202 fő)	1. diszkrim. tengely	2. diszkrim. tengely
	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)	Átlag (szórás)		
MHS	26,00 (9,65)	36,71 (8,22)	35,96 (8,99)	0,944*	-0,315
ESKA	21,80 (7,23)	27,82 (9,87)	27,92 (10,35)	0,524*	0,059
SEKHQ	8,91 (2,72)	8,08 (3,16)	8,65 (2,85)	-0,141	0,794*
Funkció szignifikanciája				<0,001	0,091
Kanonikus korreláció				0,53	0,12
Magyarázott variancia				96,2	3,8
Csoport centroidok	SE angol program			-0,923	-0,001
	SE alsóbb éves			0,3	-0,145
	SE felsőbb éves			0,292	0,098

A diszkriminancia analízis eredményei alapján a magyar és angol program hallgatóinak csoportjai két dimenzió mentén jól elkülönülnek. A centroidok közötti távolság vizsgálata azt mutatja, hogy az első dimenzió elválasztja az angol és a magyar program hallgatóit. A második funkció elválasztja a felsőbb éves és az alsóbb éves magyar hallgatókat, valamint mérsékelten a felsőbb éves magyar és az angol nyelvű program hallgatóit. A második funkció nem bizonyult szignifikánsnak az analízisben. Az első dimenzió, amely a variancia 96,2% -át magyarázza és 0,52 kanonikus korrelációval rendelkezik, a két attitűd skála 0,944 és 0,524 diszkriminatív együtthatóval befolyásolja ezt a funkciót. A második dimenzió a variancia csupán 3,8%-át magyarázza, 0,12 kanonikus korrelációval volt jellemezhető és egyedül a tudás kérdőív tartozott hozzá 0,794.

Az eredmények azt mutatják, hogy az angol és magyar program hallgatói elkülönülnek a társadalmi távolságot vagy homonegativitást tekintve, ugyanakkor nem diszkriminál közöttük az LMBT személyekkel kapcsolatos tudásuk.



15. ábra - Az angol és magyar programon tanuló orvostanhallgatók LMBT személyekkel összefüggő tudásával és attitűdjével kapcsolatos diszkriminancia analízis ábrája

5.II. Kvalitatív vizsgálat eredményei

5.II.1. A kvalitatív vizsgálat és a vizsgálatban résztvevők általános jellemzői

Az interjúalanyok (n=10) életkora 26-55 év között (M=35,8) volt. A résztvevők közül 5 fő Budapesten, 5 fő vidéken élt, az interjú készítése idején további 4 fő a külföldre költözését tervezte.

Az interjú alanyok közül 5 fő a Semmelweis Egyetemen, 1 fő Pécsi Tudományegyetemen, 3 fő Szegedi Tudományegyetemen, 1 fő a Debreceni Egyetemen szerezte diplomáját. Az interjúk magánlakásban, zárt egyetemi helyiségben, továbbá csendes kávéházakban kerültek rögzítésre az interjúalanyok tájékoztatását követően, az interjúalanyok írott formában adott informált beleegyezésével. Az interjú résztvevői közül 4 fő friss diplomás, 3 fő rezidens, 2 fő szakorvos, és 2 fő orvosi végzettségű egyetemi oktató. Az interjúalanyok csoportidentitását tekintve az 1 fő etnikai kisebbséghez tartozó személyt leszámítva főként láthatatlan kisebbségi csoportokhoz tartoznak: 4 fő női orvos, közülük 3-an hagyományosan férfias szakterületen helyezkedtek el, 10-ből 5-en az LMBT kisebbség tagjai, egy fő hosszú külföldi tapasztalat után hazatérő, 2 fő vallási kisebbség

tagja, hasonlóan a kérdőív válaszaihoz, az interjúkon is részt vettek többszörös kisebbségi identitással rendelkezők.

A kérdőíves vizsgálatok során azt találtuk, hogy a kisebbséghez tartozó hallgatók és orvosok gyakran tapasztalnak negatív megkülönböztetést a mindennapjaikban, ezen tapasztalatok mélyebb megismerése miatt az interjú során kiemelten érintettük az egyetemi és munkahelyi tapasztalatokat a fókuszban, a résztvevők egészségügyi ellátó rendszerrel, pályaválasztással, észlelt diszkriminációval és a kisebbséghez tartozás megélésével kapcsolatos véleményét és tapasztalatát jártuk körbe.

5.II.2. Kisebbségi identitással rendelkező orvosok tapasztalatai Magyarországon (leíró tartalomelemzés)

A leíró tartalomelemzés során a grounded theory módszertani keretéhez hasonlóan szövegrészleteket a feldolgozás során első lépésben az többszörös átolvasást követően nyílt kódolással kigyűjtöttem az interjúalanyok által használt legfontosabbnak tartott kifejezéseket és tartalmakat, majd a ezen kódok alapján kidolgoztam a használt kategóriarendszert, amit az interjúk újraolvasása során a megjelenő tapasztalatok és jelenségek jelölésére felhasználtam. Az újraolvasás alkalmával, valamint az újabb interjúk felvétele során az alkalmazott kategóriarendszer tovább bővült. Az interjúk tartalmát leíró jelleggel vizsgáltam, úgy, hogy az adatfeldolgozás során nem történt elméletalkotás.

A (1) pályaválasztásra vonatkozóan az interjúkban a hivatástudat (emberekkel foglalkozni, segíteni, vallásos küldetéstudat), a személyes kapcsolatok hatása (pl: egészségügyi dolgozó ismerős/családtag, vagy betegség jelenléte a családban), az erős tudományos érdeklődés, valamint a hivatás sajátos jellemzői (biztos megélhetés ígérete, magas társadalmi presztízs, izgalmas kihívás) jelentek meg az interjúkban jellemzően.

Több interjúalany (3 fő) kiemelte, hogy az egyetemi oktatás során kívülállónak érezte magát, mivel nem gyermekkori vágyuk volt az orvoscépzés, így nehezen tudtak kapcsolódni hallgatótársaikhoz:

„Viszont nem annyira tudtam azonosulni egy csomó ideig ezzel a közeggel, akinek hát így a legnagyobb részét-, így mondjuk gyerekkora óta tudta, hogy orvos lesz, és semmi más nem érdekelt.” (N4)

Az (2) egyetemi tapasztalatokat tekintve minden interjúban jelen volt a vizsgák és vizsgahelyzetek erősen negatív élménye (megalázás, szubjektív értékelés, kiszolgáltatottság), a képzési struktúra sajátos hatása (feudális rendszer, erőfitogtatás,

hierarchia, kiégett orvosok) valamint többen kiemelték a támogató kapcsolatok jelentőségét a képzés időszakában (hallgatói csoportok, hallgatótársak, oktatók).

„Azt kell mondjam, hogy a mostani egyetemi berkeket nem ismerem, viszont amikor én odakerültem, ez egy nagyon feudális rendszer volt.” (F9)

Ugyanakkor az interjúalanyok tapasztaltak az egyetemi képzés során és munkahelyükön is előítéletességet (rasszizmus, homofóbia, szexizmus, xenofóbia), amit volt interjúalany, aki a társadalmi hatások következményének tulajdonított, még más interjúalany normalizált.

„Ilyen megjegyzések, szalonrasszista megjegyzések, finoman burkolt cigányozás, meg ilyesmik előfordulnak, de ennél erősebb nincs, igen, ennyi, úgyhogy, azt gondolom, hogy szerencsés vagyok ilyen szempontból.” (F10)

A résztvevők (3) szakirányválasztását meghatározták az egyes szakirányokkal kapcsolatos saját korábbi tapasztalataik (izgalom/feszültség, fizikai megterhelés, szabadidő igénye/work-life balance, hierarchia jelenléte, észlelt szexizmus) és környezetükben észlelt külső tényezők, mint a szakirány szakmaközi megítélése, a hálapénz jelenléte a szakterületen, a szakiránnyal kapcsolatos észlelt előítéletek, a szakirányt képviselő orvosok és oktatók hatása.

„Én azt éreztem, hogy így ez az ügyelet dolog ez nekem nem jött be, hogy így éjszaka és akkor nem vagyok kipihent, tehát nekem arra így szükségem van, hogy egy 8 óra munka után, az nem baj, ha az így mozgalmas, meg sokat dolgozik az ember abban a 8 órában, csak utána azért így legyen szabadideje, meg esetleg legyen az embernek szabad hétvégeje, tehát ez nekem nagyon fontos.” (F5)

Általánosabb munkahelyi tapasztalataikat illetően megjelent a túlterheltség mennyiségi (orvoshiány, hosszú munkaidő, sok beteg) és minőségi (mélyvízbe dobás) jellemzőinek hangsúlyozása, a megélhetés nehézségei (alacsony orvos bérek, többes állások), külön kiemelte az interjúalanyok többsége a hálapénz jelenlétét, amit minden esetben negatívnak, rombolónak értékelték.

„Hát, hogy ahol hálapénz van, ott ugye a rezidenseket kevésbé engedik oda a-, például ugye a sebészetenél látszik egy nagyon, hogy például a rezidensek nagyon sok helyen nincsenek a műtőbe engedve, mert a hálapénzt csúsztató betegekre lecsapnak a szakorvosok” (F5)

„Nem voltam előtte, tehát nem voltam külföldön SBO-n, vagy ilyesmi, de mondjuk én konkrétan már az első munkanapomon ügyeltem, úgy, hogy igazából ez nem volt igazából releváns tapasztalatom, tehát olyan szinten be van dobva az ember a mélyvízbe, hogy [...] hát igazából ilyen leírhatatlan stresszel jár szerintem.” (N4)

Az egyetemi tapasztalatokhoz hasonlóan itt is nagy szerepet kapott a társas kapcsolatok jelentősége, mentor és támogató kapcsolatok igénye. Míg mások az orvosi életpályára vonatkozóan a rezidensképzési rendszer, valamint az ellátórendszer zavarosságát és merevségét, rugalmatlanságát emelték ki, amelyben mind hallgatóként, mind pedig ellátóként eszköztelennek érezték magukat.

„Tehát öm: egyszerűen lesz benne szerintem egy irtózatoss nagy ellentét, hogy egyfelől amit szeretne, meg ami történik és, hogy nincsen, nem tud rá befolyással lenni, hogy kénytelen sok ((rezidens)) sodródni, ez mondjuk, egy szörnyű érzés lehet, hogy így nem lehet ura, annak, hogy, a munkájában, hogy hogyan alkalmazzák, milyen feltételekkel.” (N2)

„... úgy általánosságban az egészségügyi rendszer is egy ilyen kicsit magára hagyott dolgot, ahol, ami egyrészt merev másrészt meg, [...] nem átlátható, tiszta szabályrendszer szerint működik, hanem egy ilyen zavaros rendszer, ahol nem teljesen tiszta, hogy mi az ami számít, ahhoz, hogy az ember előre lépjen szakmailag, vagy megtalálja a helyét.” (F10)

Az interjúalanyok az orvosi kvalitásokat pozitív tulajdonságok és jellemzők menték ragadták meg: az orvos (5) empatikus, jól kommunikál, naprakész tudással rendelkezik. Az interjúkban megjelent az orvos szereppel, orvoslással kapcsolatos további pozitív jellemzőkként a szolidaritás, a hitelesség és néhány interjúban negativitásként a privilegizáltság, amelyet egyik interjúalany „uralkodás mánia”-ként aposztrofált.

Minden interjúalany kortól, nemtől, végzés időpontjától, képzést nyújtó egyetemről, választott szakterületétől függetlenül gyengének ítélte meg az egyetemnek nyújtotta gyakorlati képzést, és túlzónak az elméleti képzés hangsúlyosságát.

Az orvos bérek kérdése kivétel nélkül minden interjúban megjelent, az orvosi béreket általánosan alacsonynak, elégtelennek, vagy egyenesen kiábrándítóan címkézték, a hálapénz jelenlétét az interjúalanyok (7 fő), akik érintették a kérdést egyöntetűen negatívan értékelték. Fontos megjegyezni, hogy az interjúk a 2020. október 14-i

„Az egészségügyi szolgálati jogviszonyról.” szóló törvény megjelenése és az orvosi és egészségügyi bérek emelkedése előtt kerültek felvételre és feldolgozásra.

22. táblázat - A leíró tartalomelemzés kódja és az alkódok előfordulásának gyakorisága

Témakör	Fő kód	Alkód	Említések száma (interjúk száma)	
Pályaválasztás	hivatástudat	küldetéstudat	6 (4)	
		emberekkel foglalkozni, segíteni	8 (5)	
	ismerős hatása	barát	2 (2)	
		egészségügyi dolgozó családtag	3 (3)	
		a betegség, a gyógyítás a családban	2 (2)	
	tudományos érdeklődés		7 (7)	
	a hivatás	presztízs	2 (2)	
		kihívás	1 (1)	
		biztos megélhetés	1 (1)	
	Egyetemi tapasztalat	negatív vizsgaélmény	megalázás	25 (7)
képzés aránytalansága		szubjektív értékelés	7 (4)	
		kiszolgáltatottság	9 (6)	
ellenségeskedés, előítélet		túlhangsúlyozott elmélet	3 (3)	
		elégtelen gyakorlati tudás	9 (7)	
		aránytalan oktatás	5 (4)	
érzelmi megterhelés a képzési struktúra hatása		rasszizmus	3 (6)	
		xenofóbia, idegengyűlölet	4 (2)	
		homofóbia	16 (6)	
		szexizmus	12 (5)	
Szakirányválasztás		Saját tapasztalatok	stressz	5 (3)
			küzdelem	6 (5)
		Külső tényezők	feudális rendszer, erőfitogtatás	7 (4)
			hierarchia	6 (5)
			zavaros	7 (4)
			kiégett klinikus	3 (3)
	izgalom/feszültség		9 (5)	
	fizikai megterhelés		7 (5)	
	szabadidő igénye		3 (2)	
	hierarchia		9 (5)	
szexizmus	13 (4)			
Munkahelyi tapasztalatok	túlterheltség	saját érdeklődés	16 (8)	
		hálapénz jelenléte	14 (6)	
		szakmaközi előítéletek	3 (2)	
		oktatók/klinikusok hatása	4 (3)	
		munkarend jellemzői	12 (7)	
Munkahelyi tapasztalatok	túlterheltség	hierarchia jelenléte	15 (6)	
		mennyiségi (orvoshiány, hosszú munkaidő, sok beteg)	24 (9)	

Orvos kép	megélhetési nehézségek pozitív	minőségi (mély vízbe dobás)	7 (4)
		alacsony orvos bérek	14 (5)
		többes állások	7 (3)
		empatikus	9 (5)
		jól kommunikál	9 (5)
		naprakész	8 (5)
Megküzdés	negatív	hiteles	6 (3)
		“uralkodásmánia”	5 (3)
		privilegizáltság	3 (3)
	egyéni	külföldre költözés	13 (7)
		negatív ingertől való eltávolodás	5 (3)
		csoporttagság titkolása	7 (4)
	társas	mentor/tanító jelenléte/igénye	10 (6)
		szakszerű segítség (pszichológus, Bálint csoport)	7 (4)
		család támogatása	4 (3)
		kortárs csoport	23 (7)

Az interjúalanyok az orvoscépzésben és az ellátórendszerben jelenlévő hierarchiát elavult és önmagáért való, összességében negatív hatású jelenségnek ábrázolták, összességében két interjúban került pozitívan átkeretezésre, mint a szabálykövetés biztosítója, vagy a feszültségtűrést elősegítő tényező. A hierarchiától nem független tényezőként jelent meg az egyetemi- és rezidensképzés során tapasztalt rossz bánásmód.

A női interjúalanyok mind a képzés, mind a munkahelyi tapasztalataikkal összefüggésben észleltek a női nemmel kapcsolatos előítéleteket vagy negatív megkülönböztetést, amely az elbeszélésekben főként a sebészeti szakmákban véltek jelenlévőnek, ezzel azonos tapasztalatot osztott meg egy esélyegyenlőség terén képzett férfi válaszadó is.

„Ezt például, ezt is láttam a városban, hogy a női sebészrezidens, az egyszerűen nem kapott lehetőségeket, nem kapott esélyt arra, hogy gyakorlatilag, hogy bármit fejlődjön szakmailag...” (F5)

„Az interjú, az interjúkban is mindegyikén elhangzott, hogy szerinte-, a kórház vagy az osztályvezető főorvos szerint ez nem nőnek való, jól gondoljam meg...” (N4)

Mindkét idősebb orvoskolléga kiemelte az interjú során adott válaszaiban, hogy úgy látja, a fiatalabb (orvos) generációknak nincs kitől tanulnia, és szükségük lenne mentorokra, emögött a hiány mögött mindkét kolléga a szakmai féltékenységet látta megbújni, a szakmai mentor hiányát szakmai fejlődésük szempontjából a fiatalabb orvosok is fontosnak tartották.

„A mai fiatalok, kitől tanulják meg?! Hát az a néhány, aki maradt a szakmában, az így félti a kis titkát, tudod: ‘Jaj, hát nem árulom el senkinek a bölcsék követ.’” (F9)

A fiatalabb orvoskollégák 3 interjúban is kifejezetten kiemelték az orvosmentorok (mint tanítók, szakmai támaszok vagy példaképek) jelentőségét és saját igényüket ilyen mentor-mentorált kapcsolatra. A fiatalabb generációhoz tartozó interjúalanyok továbbá nagyobb társadalmi tudatossággal, nyíltabban bírálták az orvosképzésbe és ellátórendszerbe beszűrődő társadalmi hatásokat, amelyeket az előítéletesség és ellenségesség egyik forrásának tartottak.

„én nem nagy esélyt látok rá, hogy ezek a dolgok így megváltozzanak egyik napról vagy egyik évről a másikra, mert annyira gyökeresen benne vannak a társadalmi struktúrában” (F6)

A leszbikus és meleg orvosok szükségesnek, ám nehézségként élték meg szexuális orientációjuk titkolását magyarországi munkahelyükön, egy kivételével, aki az alábbi módon látta a kérdést:

„...az a nehéz, hogy az ember az elején nehezen meri felvállalni, de egyébként meg az a tapasztalatom, hogy ha felvállalja és tök természetesnek érzi, akkor a környezet is, de abban a percben, hogy az ember ezt nehézségnek fogja fel, és úgy kezeli, akkor a környezet is ezt észleli és egy ilyen sebzési pont szerűnek kezeli...” (N3)

Minden interjúalany számára fontos segítő tényezőt jelentettek a nehézségekkel vagy terhet jelentő időszakokkal, tapasztalatokkal való megküzdésben a kortárs és sorstárs kapcsolatok, akikkel meg tudják osztani ezen nehézségeik terhét, akik osztoznak a tapasztalataikban és értő figyelemmel fordulnak feléjük. A vizsgálatban résztvevők közül négy fő is jelezte, hogy a képzési időszak egy részében a felhalmozódó nehézségeinek kezelése céljából szakmai segítséget is igénybe vett (Bálint csoport, egyéni pszichoterápia, csoportterápia).

A pályaválasztásra vonatkozóan a tudományos érdeklődés és a segítő szerep jelent meg leggyakrabban, mint motiváció. Az egyetemi és munkahelyi tapasztalatokra vonatkozóan az interjúalanyok számára a negatív vizsgaélmények és az erősen hierarchizált struktúra, valamint az orvosi bérek, a hálapénz és az egészségügyi ellátórendszer túlterheltsége jelentek meg kiemelt témakörökként. A fentiekben részletezett és példákkal illusztrált témakörök mellett az interjúk során a résztvevők több alkalommal megemlékeztek a társas támogatás, a csoporttársakkal való közös programok, a hallgatói csoportok fontosságáról, valamint az idősebb, hierarchiában felettük álló orvosok részéről érkező elismerés és támogatás megerősítő jelentéséről, vagy mentorálásra vonatkozó igényükről.

6. Megbeszélés

6.I. A hallgatói vizsgálat megálapításai

6.I.1. A hallgatók egészsége és egészségmagatartása

Eredményeim alapján az orvostanhallgatók körében jellemzően magas az észlelt stressz és a szorongás, valamint a kiégés megjelenése. A depresszió és a szorongás előfordulása a korábbi tanulmányok szerint magasabb az orvostanhallgatók körében, mint az azonos életkorú átlagpopulációban (222). A kiégés – főként az érzelmi kimerülés alszála magas pontszáma – az orvostanhallgatók körében megjelenő depresszió és a rosszabbnak ítélt életminőség egy longitudinális vizsgálatban összefüggést mutatott az öngyilkossági gondolatok előfordulásával, ami összecseng korábbi vizsgálatok eredményeivel a hallgatók mentális egészségét tekintve (213, 265, 266).

6.I.1.a Nemi különbségek

Az általam végzett kérdőíves vizsgálatban bár a női hallgatókat magasabb észlelt stressz, vonás és állapotszorongás, a pszichoszomatikus tünetskálán súlyosabb és intenzívebb tünetek, valamint alacsonyabb jólét jellemezte, nem mutatkozott szignifikáns különbség kiégéssel kapcsolatosan férfi hallgatótársaikhoz képest. Korábbi vizsgálatok egy része is úgy találta, hogy a női hallgatók rosszabb mentális egészséggel és nagyobb stresszterheléssel jellemezhetőek, ezekben a vizsgálatokban a kiégés is inkább érintette őket, férfi hallgatótársaikkal összevetve (222, 267-269). A magyarországi eredmények korábban szintén magasabb érzelmi kimerülés pontszámot, nagyobb túlterhelést és az alvászavarok fokozott előfordulását találta körükben (270). Egy, az Egyesült Királyságban végzett keresztmetszeti vizsgálat szintén szignifikáns különbségeket írt le a nemek között a hatékonyságcsökkenés és a deperszonalizáció kiégés dimenziók esetén – a férfiakat szignifikánsan inkább érinti a deperszonalizáció és a hatékonyságcsökkenés – és ezzel megegyező eredményre jutott egy 2008-2013 között végzett amerikai vizsgálat is (269, 271, 272).

6.I.1.b Kisebbségi hallgatók és kiégése és mentális egészsége

A kisebbséghez tartozó hallgatók kiégés rizikója az eredményeim alapján magasabbnak bizonyult, és összefüggést mutatott a többváltozós modellekben az állapotszorongással valamint az észlelt stresszel. Korábbi, nemzetközi vizsgálatok során a kisebbséghez tartozók mentális egészsége nem mutatott egyértelmű negatív különbséget, ugyanakkor

Dyrbye és munkatársai (221) eredményei szerint szignifikáns különbség van a személyes hatékonyságot és az életminőséget illetően a kisebbségi és többségi hallgatók között, amely összefügg a tapasztalt negatív attitűdökkel, de függetlenül az egyéb demográfiai jellemzőiktől (267, 273). Az etnikai kisebbséghez tartozó hallgatók mentális egészsége szempontjából a rasszizmus, az előítéletek, a kulturális különbségek és az izoláció fontos közvetítő tényezőnek bizonyultak több tanulmányban (274-280). LMB hallgatók körében szintén magasabbnak mutatkozott a kiégés és a mentális egészségügyi problémák (depresszió, szorongás) megjelenése (13, 177, 211, 281-283). Hasonlóan más kisebbségekhez, a szexuális kisebbséghez tartozó hallgatók korábbi vizsgálatok szerint inkább kitettek szociális stresszoroknak, mint a bullying, a zaklatás és az izoláció (212, 263, 284-286).

Kérdőíves vizsgálatom során a kisebbséghez tartozó hallgatókat alacsonyabb társas támogatás jellemezte. A társas támogatás a környezeti inkluzivitás mellett az egyik legfontosabb védőtényező lehet a kiégés ellen, ugyanakkor az egyes kisebbségekhez tartozó hallgatók inkább számolnak be alacsony társas támogatásról, illetve izolációról tanulmányaik során, ami hatással lehet kiégésnek való kitettségükre (175-177, 287, 288). A szexuális és nemi kisebbségek esetén a környezet észlelése befolyásolja továbbá az érintett személyek (orvosok és hallgatók) előbújási szándékát, valamint teljesítményét és mentális egészségét (175, 289). Korábbi vizsgálatok eredményei azt mutatják, hogy a kisebbségi csoporthoz tartozás és kisebbségi identitás hatással van a hallgatók szakirányválasztására, szakmai előmenetelére és teljesítményére: míg az elutasító környezet, tapasztalt diszkrimináció, vagy microagresszió negatív irányba, a páraelhagyás és a teljesítménycsökkenés irányába hat, addig az affirmatív, elfogadó környezet támogatja a kisebbséghez tartozó hallgatók pozitív önértékelését, mentális egészségét és szakmai előmenetelét (10, 290-295).

Az orvostanhallgatói vizsgálatok ugyanakkor limitáltan tartalmaznak csak információt a kisebbségek helyzetét illetően, ami korlátozza a kisebbséghez tartozó hallgatók egészségéről és egészségmagatartásáról rendelkezésünkre álló adatok megbízhatóságát.

6.1.1.d. Dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztás a hallgatók körében

Az általam vizsgált orvostanhallgatói populációban a heti rendszerességű alkoholfogyasztásról a kitöltők 12,4%-a számolt be, a kisebbséghez tartozó orvostanhallgatók nagyobb arányban fogyasztanak alkoholt (16,1%), mint többségi

társadalomhoz tartozó társaik (10,6%). Az orvostanhallgatók az átlagpopulációval összehasonlítva inkább érintettek egyes maladaptív megküzdési szokásokat (dohányzás, alkohol-, gyógyszer- és kábítószer-fogyasztást) illetően, mint a kortársaik, ami összefüggésben lehet a kiegészítő és az orvosi egyetem által okozott fokozott stressz terheléssel (197, 296-300). Ugyanakkor társszakmákkal összehasonlítva az alkoholfogyasztási szokásokat az orvosok és orvostanhallgatók nem érték el rosszabb eredményeket gyógyszerész kollégáiknál (301).

Egy kanadai orvostanhallgatók között végzett vizsgálat a hallgatók 15%-nál talált problémás ivást CAGE használatával, egy francia, reprezentatív orvostanhallgatóvizsgálat során 33,8% bizonyult problémás alkoholfogyasztónak AUDIT kérdőív alapján (302, 303). Egy 2018-as brazil áttekintő tanulmányban az alkoholfogyasztás 97,3%-66,34% között változott a hallgatók körében a rendszeres alkoholhasználat (304).

Az alkoholfogyasztási szokásokban néhány tanulmány úgy találta, hogy a férfi hallgatókat magasabb alkoholfogyasztási ráta jellemzi, vagy inkább észlelik problémásnak ivási szokásaikat, hasonlóan az általunk találtakhoz, míg más tanulmányokban nem mutatkozott különbség a női és férfi hallgatók között (207, 296, 301, 305-307).

Számos vizsgálat felveti, hogy az etnikai, valamint szexuális és nemi kisebbségek körében az átlagpopulációval összevetve magasabb az alkohol és cigaretta használat, ami egyes tanulmányok szerint összefügg az általuk észlelt mikroagresszióval és elszennvedett diszkriminációval (116, 119, 308-314)., Egy amerikai reprezentatív orvosegyetemi vizsgálat, valamint Ayala és munkatársai vizsgálata is úgy találta, hogy a kaukázusi hallgatók gyakrabban és több alkoholt fogyasztottak, mint a nem kaukázusi rasszhoz tartozók, aminek hátterében a kisebbségek alkohollal és alkoholfogyasztással kapcsolatos kulturális különbségei állhatnak (296, 307).

Jelen mintán az orvostanhallgatók 19,6%-a jelezte, hogy legalább alkalmi jelleggel dohányzik. 2008-ban a szegedi egyetem I. és II. évfolyamán tanuló hallgatóinak körében végzett vizsgálat úgy találta, hogy az orvostanhallgatók 9,7-20%-a nemtől függetlenül rendszeresen dohányzik, míg a Debreceni Egyetemen tanuló orvostanhallgató 15%-a jelezte, hogy napi rendszerességgel dohányzik, 2012/2013-as tanévben végzett keresztmetszeti vizsgálat a 4 orvosi egyetemen tanulók körében 11 százalékosnak találta a dohányzás prevalenciáját (270, 315, 316). Az általunk felvett kérdőíven a hallgatók

19,6%-a jelezte, hogy legalább alkalmanként dohányzik, amely egybeesik Balogh és munkatársai (317) által megállapított 19,0%-os gyakorisággal, de pusztán 8,9%-uk cigarettázik napi rendszerességgel. Az általam vizsgált mintán, az átlagpopulációhoz hasonló tendenciát mutatnak a kisebbséghez tartozó hallgatók, ennek megfelelően nagyobb arányban dohányoznak rendszeresen, vagy alkalmanként. Az orvostanhallgatók dohányzási szokásait különböző országokban vizsgálva úgy tűnik, hogy magas körökben a dohányzás előfordulása, és tanulmányaik előrehaladtával egyre emelkedik. Egy 2017-es, reprezentatív francia vizsgálat során a hallgatók 18,9%-a jelezte, hogy napi rendszerességgel dohányzik, ez az arány egy európai összehasonlító vizsgálatban az aktuális dohányzók esetén 23,9% és 31,3% között alakult (317-321). A dohányzással kapcsolatosan a férfi hallgatók inkább tűnnek érintettnek, míg a kisebbségek magasabb dohányzási szokást nem tártak fel eddigi vizsgálatok orvostanhallgatók között (296, 302, 304, 306, 317, 319-321).

A gyógyszerek használatát tekintve vizsgálatom során a női hallgatók nagyobb arányban jelezték nyugtató, altató vagy teljesítményfokozó szerek használatát, mint férfi társaik. A gyógyszerek és kábítószeres használatát önmagában is magasnak tekinthető az orvosok és orvostanhallgatók körében (322). Eredményem a szakirodalmi adatokkal egybevág, a szorongáscsökkentő szerek és antidepresszánsok esetén a női hallgatók érintettsége dominál, miközben más kábítószeres alkalmazása hallgatói vizsgálatokban a férfiak magasabb érintettségét veti fel (298, 303, 304, 323). A Debreceni Egyetemen végzett tanulmány szerint az orvostanhallgatók 8%-a fogyaszt nyugtatót vagy altatót. A négy egyetemen végzett vizsgálatom során a hallgatók 20,5%-a jelezte, hogy nyugtató, altató, vagy teljesítményfokozó gyógyszereket használ, a női hallgatók körében ez az arány magasabb volt, mint a férfitársaik esetén (24,1% vs. 14,8%) (316). Amerikai reprezentatív vizsgálat az egyetemisták körében receptköteles szorongáscsökkentő gyógyszerekkel való visszaélést illetően 7,8%-os élethossz prevalenciát, valamint az elmúlt hónapot tekintve 4,5%-os érintettséget talált (324). A vizsgálat során az etnikai és szexuális kisebbséghez tartozást is vizsgálták, úgy találták, hogy az etnikai kisebbségek körében alacsonyabb, míg az exkluzív heteroszexuálisok és az exkluzív homoszexuális hallgatók között nem mutatkozott különbség, de az azonos és ellenkező neműekkel is szexuális aktivitást mutatók körében közel háromszorosa volt az előző két csoporttal összehasonlítva a szorongásoldók használatát, ez egybevág a biszexuális átlag

populációban mutatkozó fokozott tudatmódosító szer használatával (103, 324). Ugyanakkor ezen eredményeknek ellentmondanak saját vizsgálati eredményeim, amelyek a kisebbségek szignifikáns különbséget mutattak a heti rendszerességű pszichofarmakon használat tekintetében a többségi társadalomhoz tartozó hallgatókhoz képest. Ennek háttérében állhatnak a korábban a fejezetben említett stresszrizikót jelentő környezeti hatások, tehát a kisebbségek magas elutasíttósága Magyarországon (325).

6.1.1.e. Kiegészítéssel való megküzdés

Eredményeim alapján kirajzolódott a reziliencia együttjárása az alacsonyabb kiegészítéssel a hallgatói mintán, amiből úgy tűnik, hogy a reziliensebb résztvevőket kevésbé veszélyezteti a kiegészítés. A reziliencia védő értéke a kiegészítés kapcsolatban számos korábbi tanulmányban megjelenik, valamint felmerül a reziliencia fokozása, mint a kiegészítéssel szembeni küzdelem egyik fontos, és képzésekkel, személyes erőforrások segítségével befolyásolható megoldási lehetősége (326-329). Seo és munkatársai (2021) összefoglaló tanulmányukban 22 reziliencia fokozó képzés kiegészítésre és mentális egészségre gyakorolt hatását összegzik (330). A tanulmány úgy találta, hogy a rezilienciát fokozó képzések többsége pozitív hatással volt az orvostanhallgatók és rezidensek kiegészítésére és mentális egészségére, a tanulmányok egy része nem talált különbséget, míg voltak, amelyek a reziliencianövelő képzés ellenére a kiegészítés fokozódását tapasztalták (6 tanulmány) (330). Az intervenció következtében megemelkedő kiegészítés háttérében állhat az is, hogy az alkalmazott technikák egyes esetekben fokozzák a stresszészlelést és a testi figyelmet, ami támogatja a résztvevőket a kiegészítés jeleinek azonosításában (330). West és munkatársai felhívják a figyelmet arra is, hogy a legmagasabb rezilienciával rendelkező orvosok körében is igen magas (29%) a kiegészítés prevalenciája (327). A szerzők külön is kiemelik megszólalásaik során, hogy a kiegészítés, mint számos aspektusában rendszerszintű nehézség megoldását áttérhelni az egyénre nem tekinthető a probléma megfelelő kezelésének, a kiegészítés kérdése nem pusztán személyes kompetenciákon és megoldásokon múlik, kialakulásához rendszerszintű, így egyéni szinteken nem kezelhető tényezők is hozzájárulnak, ezért fontos az egyéni megoldások és védőfaktorok mellett a rendszerszintű, kevert megoldások keresése (331-334). Card különbséget tesz a kiegészítés kapcsán elkerülhető és nem elkerülhető (szenvedés/stressz) tényezők között, amelyek közül utóbbiak megoldását tekintve nagyobb hangsúlyt tesz a rendszerszintű megoldásoknak és kevesebb egyéni felelősséget ró az ellátókra (335). A reziliencia

kérdését kétélű fegyverként tekinti, amely egyrésztől hatékony lehet az elkerülhetetlen szenvedés/stresszforrások kezelésében, ugyanakkor nem oldja meg a kiégés háttérben álló strukturális hiányosságokat és nehézségeket, ellenben a kiégett orvosok számára azt üzenheti, hogy csak jobban kellene működniük a munkahelyi stressz kezelésében, adaptívabbnak kellene lenniük, úgy elkerülhető lenne számukra a kiégés (335).

6.I.2. Diszkrimináció és inkluzivitás észlelése a hallgatók körében

A női hallgatók és a kisebbséghez tartozó hallgatók a vizsgálatom során érzékenyebbnek bizonyultak a környezet elfogadására és a diverzitásra, szívesebben dolgoznának együtt egyes kisebbségekhez tartozó kollégákkal, továbbá kevésbé találták inkluzívnak az egyetemi közeget, valamint inkább tapasztaltak diszkriminációt az elmúlt 12 hónapban, mint többségi társadalomhoz tartozó, vagy férfi társaik, hasonlóan a külföldi vizsgálatokhoz (182, 183, 274, 275, 336). A nemi alapú diszkriminációval kapcsolatban az egyetemeken úgy találták, hogy a női hallgatók inkább találkoznak szexista megjegyzésekkel, hátrányos megkülönböztetéssel, nemi alapú diszkriminációval, valamint szexuális zaklatással (akár verbális, akár fizikális abúzus), mint férfi hallgatótársaik (337-339). A hallgatók által tapasztalt szexuális zaklatás előfordulása a különböző vizsgálatokban 8% és 33% között változott, a vizsgálatom során a női hallgatók 53,9%-a jelezte, hogy tapasztalt diszkriminációt az elmúlt 12 hónap során (212, 284). A hallgatók körülbelül 8-10%-a szenved el diszkriminációt etnikai, vallási, faji hovatartozása kapcsán egyetemi tanulmányai során a különböző vizsgálatok szerint, az általam vizsgált mintán a kisebbséghez tartozó hallgatók 64,7%-a jelezte, hogy az elmúlt évben tapasztalt diszkriminációt (212, 284). A negatív bánásmód (mikroagresszió, bántalmazás vagy diszkrimináció) gyakrabban fordul elő a klinikai képzés során. A visszatérő bántalmazás fokozhatja a kiégés megjelenését, az egyetemi diverzitás és az elfogadó támogató környezet szerepe a kisebbséghez tartozó hallgatók szempontjából a szakirodalomban jelentős, befolyásolja mentális egészségüket, szakirányválasztásukat, illetve a pályán maradási, valamint a teljesítményt (70, 340-343).

A női hallgatók, a nemi és szexuális kisebbségek, valamint az etnikai kisebbségek gyakran találkoznak diszkriminációval, előítéletekkel és egyéb mikroagresszióval vagy abúzussal az egyetemi képzésük során, ami befolyásolhatja az orvosi pályán maradásukat, valamint mentális és fizikális egészségüket (11, 18, 49, 70, 171, 201, 277, 344-347). A mikroagresszió alatt olyan, sok esetben tudattalan és szándék nélküli bántó üzeneteket

értünk, amelyek degradálóak, megalázóak, kegyetlenek egy rasszra, vagy kisebbségi csoportra nézve (337), ide tartoznak a mikroerőszak, a mikroinzultáció és a mikroinvalidációk (95, 337). Mikroagressziók közé sorolható például a mindennapos rasszizmus, vagy mindennapos homofóbia is, olyan megjegyzések, vagy gyakorlatok, amelyek a mindennapos élet részei és a domináns csoport részéről normalizálva vannak, ilyenek többek között az ártalmatlannak feltüntetett előfeltevések (Pl: A fekete hallgató takarítószemélyzetnek nézik. A női hallgató megkérhető a beteg öltöztetésére, mert nő), vagy viccek (12).

A nemzetközi szakirodalmi adatok azt sugallják, hogy a magasabb elszenvedett mikroagressziókkal, előítéletekkel, észlelt diszkriminációval, valamint szexuális zaklatás következtében a kisebbséghez tartozó hallgatók és a női hallgatók kevésbé találják inklúzívnak az egyetemi környezetüket, mint többségi társadalomhoz tartozó, illetve férfi hallgatótársaik (12, 175, 277, 290, 336).

Az affirmatív, elfogadó környezet támogatja a kisebbséghez tartozó hallgatók pozitív önértékelését, mentális egészségét és szakmai előmenetelét, az elutasító vagy fenyegetőnek észlelt környezet pedig épp ellenkező irányba hat: negatív irányba befolyásolja az önértékelést, rontja a teljesítményt, fokozza a lemorzsolódást (348-350). A csoportazonosulásra fontos hatással van a környezet. A gyakori észlelt diszkrimináció, a negatív sztereotípiák, valamint a környezet felől érkező kulturális nyomás, amelyek negatív irányba befolyásolják a kisebbségek jóllétét (70, 351). Hardeman (2016) ugyanakkor az etnikai kisebbségek vizsgálata során az alacsonyabb csoportazonosulás esetén talált jobb mentális egészség jellemzőket (278).

Bár kisebbségek a hallgatói válaszadók között szinte a társadalom leképezésének megfelelő arányban voltak jelen az általam vizsgált mintában, nem volt a kitöltők között olyan, akik roma származást jeleztek volna. A romák az európai és a magyar felsőoktatásban alulreprezentáltak, annak ellenére, hogy Magyarországon is vannak roma/cigány hallgatókat támogató ösztöndíjprogramok, szakkollégiumok, melyek változatos módon és hatékonysággal próbálják segíteni a roma fiatalok tanulmányait és diplomaszerzését. A Semmelweis Egyetemen is elérhető roma hallgatókat támogató program, bár az interjúfelhívásra és a kérdőív kiküldésre, ennek ellenére sem jelentkezett roma hallgató vagy orvos. Ennek hátterében állhat a roma születésű orvosok és orvostanhallgatók roma identitásuktól való eltávolodása, a csoport (jelen esetben roma

identitás) elrejtése, vagyis a passing-nek, valamint Bokrétás és Biggazi által a versengő identitások kapcsán leírt asszimilációs törekvés, melyek az identitásválság feloldását és a pozitív énkép fenntartását szolgálják (352). Ennek megfelelően a kisebbségi/roma identitás és az orvos identitás a rendkívül eltérő szociális reprezentációik miatt nehezen összeegyeztethetővé válhat a roma fiatalok számára, mivel az orvosi hivatás egy magas státuszú szakma, míg a romákkal szembeni előítéletek alapvetően alacsony státuszt implicálnak. Lukács Ágnes 2018-as PhD értekezésében roma hallgatók jóllétét és kapcsolati hálóját vizsgálta, és úgy találta, hogy a beilleszkedést és jóllétet meghatározta a kapcsolatháló mérete, valamint a diplomás tanár, mentor, illetve szülő (főként az anya) jelenléte (353). A szakollégista roma hallgatók szubjektív jólléte kedvezőbb volt abban az esetben, ha a hallgatók életében a sorstárs dominanciájú, vagy többféle (sorstárs és külsős/nem roma) csoporthoz tartozó kapcsolatok vegyesen voltak jelen (353).

Fontos lenne ebben az irányban további - lehetőség szint kvalitatív módszerekkel folytatott - vizsgálatokat lebonyolítani, hogy teljesebb és árnyaltabb információkhoz jussunk a magyarországi kisebbségek tapasztalatairól.

6.II. Az orvosvizsgálat vizsgálat megállapításai

6.II.1. Az orvosok egészsége és egészségmagatartása

Vizsgálatom során az orvosok körében a kiégés és egyéb mentális egészségi jellemzők kedvezőtlen képet mutattak, valamint igen magas alkohol és dohányzási ráta volt tapasztalható, ami komoly hatással lehet egészségükre. Korábbi tanulmányok szerint az egyes mentális egészségi problémák, mint a depresszió, a szorongás, az öngyilkosság, a dohányzás, az alkohol és a kábítószer-fogyasztás magasnak tekinthető az orvosok körében, ugyanakkor alacsonyabb orvoshoz fordulási ráta jellemzi őket, mivel a segítségkérés, vagy a betegség az orvosszereppel kapcsolatos kulturális elvárásokkal nehezen összeegyeztethető, továbbá tartanak a mentális betegségeket övező stigmatizációtól (354-360).

6.II.1.a. Nemi különbségek a kiégés terén

A női orvosok nagyobb arányban kerültek vizsgálatom során magas kiégés rizikójú csoportba a kiégés összpont és az érzelmi kimerülést tekintve, továbbá erőfeszítés-jutalom hányadost, az észlelt stresszt, a vonás és állapotszorongást, valamint az elmúlt évben tapasztalt diszkriminációt tekintve nagyobb kitettséget mutattak férfi társaikkal

összehasonlítva eredményeiket, míg magasabb társas támogatással voltak jellemezhetőek, ami fontos védő tényező lehet a kiégéssel szemben (361). A női nem számos esetben függött össze magasabb kiégési rizikóval a külföldi tanulmányokban, továbbá mind a 2004-es, mind a 2013-as reprezentatív magyarországi orvosvizsgálat a nők esetén magasabb érzelmi kimerülést, míg a férfiak körében fokozott deperszonalizációt talált (1, 2, 362, 363).-

Korábbi tanulmányok szintén felvetik, hogy nemi különbség van a munkahelyi stressz észlelésében és a munka-magánélet egyensúlyának megélésében (239, 364, 365). Egy 2010-es metaanalízisben is a nők voltak magasabb kiégéssel voltak jellemezhetőek, ugyanakkor a férfi és női domináns szakmák összehasonlítása során nem igazolódott a férfiak magasabb deperszonalizáció érintettsége, sem nők körében magasabb érzelmi kimerülés (364). A tanulmány fontos következtetése volt, hogy a kiégés mind nők, mind férfiak esetén összefüggést mutat a munkaügyi szabályozásokkal, így a hagyományos rendszerekben az érzelmi kimerülés inkább érinti a nőket, míg a progresszív munkaügyi szabályozások esetén a férfiak válnak magasabb deperszonalizációval jellemezhetővé - ennek hátterében Purvanova és munkatársai szerint munka-magánélet szerepkonfliktus állhat (364). A férfi rezidens orvosok elégedettebbek a munkájukkal, mint női társaik, míg a női orvosok fokozott stresszterhelésről számolnak be, valamint erősen hat rájuk a magánélet-munka egyenlőtlenségből, szerepkonfliktusból adódó nyomás (267, 365-369). A női orvosok körében magasabb a mentális problémák, mint a depresszió, a szorongás, illetve az öngyilkossági rizikó jelenléte, bár utóbbi az elmúlt évtizedekben csökkenő tendenciát mutat a külföldi tanulmányokban (3, 369-371).

Kiégéssel összefüggésben 2015-ben Német, Pines és Aronson kiégést felmérő skáláját használva keresztmetszeti vizsgálatot végezve a pszichoszomatikus tünetek magasabb előfordulását találta orvosok körében (372).

6.II.1.b. Életkori különbségek a kiégés terén

Az általam vizsgált mintán a fiatalabb (30 év alatti, valamint 30-41 év közötti korcsoportok esetén) orvosok magasabb összesített kiégés pontszámot értek el, továbbá mind a deperszonalizáció, mind az érzelmi kimerülés alskálákon magasabb átlagpontszámot mutattak idősebb kollégáiknál. A különbséget magyarázhatja, hogy a fiatalabb orvosok erőfeszítés-jutalom hányadosa alacsonyabb, tehát kevésbé érzik, hogy erőfeszítéseiket elismerik, ez fontos rizikó a kiégés szempontjából (373). A kiégés

életkorral való összefüggésének tekintetében eredményem egyezést mutat a 2004-ben, majd 2013-ban végzett reprezentatív vizsgálatok eredményeivel (3, 374). A kiégés és munkastressz tekintetében a korábbi szakirodalomban ugyanakkor az életkor szerepe nem tekinthető egyértelműnek: vannak publikációk, amelyek a fiatalabb orvosok nagyobb érintettségét találták, más tanulmányok épp az idősebb generációk esetén mértek nagyobb kiégést (2, 7, 375, 376). Egy szintén magyar, családorvosok körében végzett, keresztmetszeti vizsgálati eredmény például a fiatalabb orvosok (rezidensek) alacsonyabb kiégési rizikóját vélelmezi (375). Ugyanakkor a Medscape 2020-as nagymintás felmérésében a gyakorló orvosok körében az „X-generáció” (40-54 év közöttiek) esetén találták a legmagasabbnak a kiégés arányát (48%) összevetve a fiatalabb „Y-generációval” (38%) valamint az 55-73 év közöttiekkel (39%)(377). Ezzel szemben az általam végzett vizsgálatban az idősebb orvosokkal összehasonlítva a 41 év alatti korosztály jellemzően inkább kerül magas kiégést mutató kategóriába, továbbá inkább számolt be nagyobb észlelt stresszről és állapotsszorongásról.

6.II.1.c. Kisebbséghez tartozó orvosok kiégése

Bár a kisebbségek közel 50%-a került magas kiégésrizikót jelentő csoportba a többségi társadalomhoz tartozó társaik 33%-ával szemben, a különbség nem bizonyult szignifikánsnak, csak egy tendencia szintű összefüggést mutatott ($p=0,08$) az orvosi mintán. Utóbbi összefüggés adódhat a teljes minta és a kisebbségek alacsony elemszámából, valamint abból, hogy az általam vizsgált mintában a Magyarországon erős társadalmi stigmatizációnak kitett kisebbségek (pl: etnikai, szexuális és nemi kisebbségek) elhanyagolható számban jelentek meg. Az etnikai hovatartozás szerepe egyes képet mutat a kiégést tekintve vannak tanulmányok, amelyek szerint a kisebbségek kevésbé érintettek a kiégés és munkastressz kérdésében, míg más tanulmányok úgy találták, hogy a nem kaukázusi rasszhoz tartozók inkább kitettek a kiégésnek (363, 378-380).

Cantor a kérdésnek szentelt 2020-ban megjelent tanulmányában felveti, hogy számos egyéni és intézményi (ennek tükrében akár nagyobb összképet tekintve a kisebbségekkel kapcsolatos attitűdöket érintő kulturális) tényező megmutatkozhat ezekben a nem egyértelmű eredményekben (381, 382). Az eredményeket torzító egyéni tényezők közé sorolja a szerző, a vizsgált kisebbségekre jellemző erős családi kapcsolatokat, valamint, hogy a kisebbséghez tartozó hallgatók már a képzés során az elszenvedett

mikroagresszióknak és nehézségeknek köszönhetően mintegy kontraszelektálódnak és csak a nagyon reziliens személyek maradnak az orvosi pályán, akiknek körében az egyéni megküzdési stratégiák miatt alacsonyabb kiégés lesz mérhető, továbbá a szakirányválasztás specifikusságát (kevésbé veszélyeztetett szakirányokban magasabb a kisebbséghez tartozó orvosok aránya) (381). Mindezen túl felmerül Cantor érvelésében az is, hogy a nehezebb háttér tényezőkkel érkező kisebbségi orvosok kevésbé irreális elvárásokkal indulnak el a karrierépítés útjain, mint privilegizált többségi csoporthoz tartozó társaik, elégedettebbek a karrierjükkel (381).

A kisebbségek mentális egészségének és kiégésének alakulásában fontos szerepe van a környezetnek is, ami szintén magyarázatul szolgálhat arra, hogy míg egyes tanulmányok fokozottabb kiégést találnak, addig más vizsgálatokban - talán épp a támogató és elfogadó környezet és intézményi klíma miatt - kevésbé tűnnek érintettnek a kisebbséghez tartozók, ám a környezet inkluzivitásának jelentőségére közvetlen vizsgálatot csak hallgatókra és általánosságban „munkavállalókra” vonatkozóan találtam (293, 337, 345, 383-385).

A kiégés egyes dimenzióit tekintve Garcia (2020) és munkatársai úgy találták, hogy az érzelmi kimerülés alskálán a fekete orvosok magasabb, míg a latino és ázsiai származású orvosok alacsonyabb pontszámot értek el, a deperszonalizáció alskálán pedig az ázsiai orvosok értek el magasabb, míg a fekete és latino orvosok alacsonyabb pontszámot (384). A többváltozós analízisükben ugyanakkor nem mutatkozott különbség a különböző rasszok között kiégés, étellel való elégedettség és depressziós tünetek kapcsán (384).

A vallási kisebbséghez, vagy szexuális kisebbséghez tartozó orvos mintán történt kiégésre vonatkozó vizsgálati eredményeket a feldolgozott szakirodalomban nem találtam, bár a vallásosság protektív faktorként merül fel a kiégéssel kapcsolatban néhány tanulmányban (386, 387). Valamint szexuális kisebbséghez tartozó segítők körében készült vizsgálat ezen kisebbség körében magasabb kiégést talált heteroszexuális férfi társaikkal összehasonlítva (388). Mindezek miatt fontos lenne az egyéb kisebbséghez tartozó orvosok körében végzett további vizsgálatok elvégzése. A kiégés személyes tulajdonságokkal, egyéni demográfiai vagy pszichológiai jellemzőkkel kapcsolatos ellentmondásos eredményei felvetik továbbá a nagyobb társadalmi, vagy intézményszintű tényezők vizsgálatának szükségességét is.

6.II.1.d. Kisebbséghez tartozó orvosok mentális egészsége

Vizsgálatomban a kisebbséghez tartozó (n=46 fő) orvosok körében a reziliencia és a családtól érkező társas támogatás szignifikánsan alacsonyabbnak, az állapot szorongás és a deperszonalizáció pedig szignifikánsan magasabbnak bizonyult, egyéb mentális egészségre vonatkozó változók esetén ugyanakkor nem mutatkozott különbség - szemben a hallgatói mintán megjelenő eredményekkel. Ennek hátterében állhat az, hogy az orvosmintán a kisebbségek inkább vallási kisebbségek nagyarányú jelenléte, párhuzamosan a negatívabb társadalmi megítélés alá eső kisebbségek, így az etnikai kisebbségek (3fő) valamint szexuális és nemi kisebbségek elhagyagolható jelenlétével az orvosmintában (2 fő). Továbbá a kiégés kapcsán Cator által is tárgyalt, a fejezetben korábban is említett a fokozott rezilienciával rendelkező kisebbséghez tartozó orvosok szelektálódása a képzés során (381). A szakirodalomban ugyanakkor gyakran megjelennek a kisebbségeket jellemző izoláció és a csökkent társas támogatás okozta nehézségek (48, 168, 175, 177, 206, 273, 328). Egy francia orvos-vizsgálatban a szexuális orientáció alapú diszkrimináció összefüggést mutatott továbbá a depressziós tünetek, illetve fokozott szorongás megjelenésével (389), ami felveti, hogy orvosok esetén is fontos szerep jut a környezeti hatásoknak és a megélt elfogadásnak. A kisebbséghez tartozás következtében tapasztalt fokozott szorongás lehet a kisebbségi-stressz manifesztációja is, amiben fontos szerepe van az egyén környezetének észlelt elfogadottságának (9).

6.II.1.e. Dohányzás, alkohol és kábítószer-használat az orvosok körében

A kitöltők között jelen vizsgálatban kiugróan magas volt a dohányzás előfordulása, 74,0%-uk jelezte, hogy rendszeresen dohányzik, valamint több mint egynegyedük fogyaszt heti rendszerességgel alkoholt (26,4%). A női válaszadók esetén a dohányzás és a pszichofarmakon használat magasabb, a heti rendszerességű alkoholfogyasztás pedig alacsonyabb százalékban jelentkezett, mint a férfi orvosok körében.

Az orvosok körében általában jellemző a magasabb alkoholfogyasztás, és felmerül az alkohol szerepe, mint a munkastresszel és kiégéssel kapcsolatos maladaptív megküzdési stratégia (354, 355, 357, 358, 390-392). Az alkoholfogyasztás orvosok körében végzett vizsgálatok során továbbá gyakran jár együtt dohányzással és ezen vizsgálatok szerint a férfi orvosok inkább dohányoznak és fogyasztanak alkoholt, mint női társaik (355, 390). A magyarországi orvosnők körében ugyanakkor Győrffy eredményei szerint az általa

vizsgált kontrollcsoporthoz képest alacsonyabb a dohányzás, de magasabb pszichofarmakon használat jellemző (393).

A kisebbségek körében az általam vizsgált személyek az alkohol- és pszichofarmakon-használata többségi társadalomhoz tartozó kollégáikhoz képest magasabbnak bizonyult. A populáció szintű vizsgálatokban az alkohol, kábítószer és dohánytermékek használata általában szexuális és nemi kisebbségek körében magasabb, mint ciszhetero társaik esetén (103). Továbbá egyes rasszok és etnikai kisebbségek körében - például a szocioökonómiai státusszal és mentális megterheléssel összefüggésben - szintén magasabbnak bizonyul ezen szerek használata, amit a tapasztalt diszkrimináció tovább fokozhat (394-396). A dohányzás előfordulása az átlagpopulációt vizsgálva magas mind az etnikai, mind szexuális és nemi kisebbségek körében és összefüggést mutat az tapasztalt negatív attitűdökkel, valamint a diszkriminációval (60, 93, 103, 115, 116, 118, 308, 397, 398).

6.II.2. Diverzitás, inkluzivitás, diszkrimináció észlelése az orvosok körében

Vizsgálatom során a kisebbséghez tartozók (39,1%) és az orvosnők (29,3%) inkább számoltak be észlelt diszkriminációról, mint többségi társadalomhoz tartozó (20,5%), illetve férfi társaik (13,9%).

Bár az egyes szakirodalmi adatok alapján jelentősen növekedett a kisebbségek és a nők jelenléte az orvosszakmában (mind klinikai, mind kutatói területeken), a kisebbséghez tartozó orvosok, valamint az orvosnők a szakmai előmenetelüket tekintve továbbra is akadályozottak, az üvegplafon illetve üvegfal jelenségek miatt - tehát bizonyos szakterületeken kevésbé tudnak elhelyezkedni, illetve a szakmai előmenetelüket tekintve bizonyos szintig juthatnak csak el (48, 166, 179, 399, 400). Eredményeimmel egybecsengően, a korábbi tanulmányok szerint - a hallgatói tapasztalatokhoz hasonlóan – az orvosnők, valamint az etnikai és szexuális kisebbséghez tartozó orvosok inkább tapasztalnak munkahelyi diszkriminációt (12, 17, 19, 183, 401-405).

Az nemzetközi tanulmányok az orvosok illetve orvostanhallgatók által tapasztalt negatív bánásmód, diszkrimináció, valamint az előítéletesség esetén összefüggést véltek a szakirányokkal (19, 401, 405, 406). Némely szakirányok (pszichiátria, gyermekgyógyászat) esetén nem, míg más szakirányoknál (főként sebészeti szakmák) fokozottan fordult elő nemi vagy kisebbségi csoporthoz tartozással összefüggő diszkrimináció, illetve egyes szakirányok kevésbé elfogadónak mutatkoztak (10, 12, 19,

281, 290, 401, 405, 406). A kisebbségek láthatósága, valamint a kisebbséghez tartozó mentorok jelenléte pozitívan befolyásolja a kisebbséghez tartozó munkavállalók teljesítményét, pályán maradását és szakmai életét (41, 48, 174, 179, 184).

Az orvosvizsgálat során a hallgatói vizsgálatához hasonlóan a kisebbségi csoporthoz tartozást illetve női nemet jelző válaszadók inkább észlelték a különböző kisebbségekkel kapcsolatos diszkrimináció jelenlétét, és kevésbé értékelték elégségesnek a kisebbségekkel foglalkozó tematikát a képzés során. A betegekkel kapcsolatos észlelt előítéletek kapcsán, szintén az Egyesült Államokban végzett kutatás az általam találtakhoz hasonlóan a női orvosok és a kisebbséghez tartozók gyakoribbnak tartják a diszkrimináció előfordulását többségi társadalomhoz tartozó, férfi társaiknál (407, 408). Egy nagy elemszámú amerikai kutatás implicit és explicit előítéletek előfordulásának vizsgálta a nemmel és csoportidentitással összefüggésben az előítéletek jelenlétét és úgy találta, hogy a női orvosok és az etnikai kisebbségekhez tartozók (különösen az afroamerikai orvosok) kevésbé jellemezhetőek mind explicit, mind implicit faji előítéletekkel (132). A fekete orvosnők esetén pedig sem saját csoport favorizmus sem a „fehér” favorizmus nem jelent meg (132). A kutatásban az orvos (MD) végzettségű válaszadók ugyanakkor előítéletesebbnek bizonyultak, mint más doktori fokozattal rendelkező társaik, bár az átlagpopulációhoz képest nem mutattak eltérést (132). Az orvosok rejtett előítéleteinek vizsgálatának jelentőségére hívja fel a figyelmet rasszal, túlsúlyossággal, életkorral és nemmel kapcsolatosan több további vizsgálat (33, 36, 132, 161, 406). Ezekben a kutatásokban a nem tudatos előítéletek jelenléte összefüggést mutatott a férfi nemmel, a kaukázusi rasszal, valamint test-tömeggel kapcsolatos előítéletek esetén a normál saját BMI-vel, tehát a kisebbségekkel kapcsolatos, nem tudatos előítéletek inkább fordult elő a domináns csoport képviselőinek körében (132, 161, 406, 409, 410). Ez a mintázat magyarázhatja azt, hogy az általam vizsgált mintákon a nők és a kisebbséghez tartozók a diszkriminációt gyakoribb jelenségnek tartották számos tulajdonság esetén, mint férfi vagy többségi társadalomhoz tartozó társaik.

Az általam vizsgált mintán a kisebbséghez tartozó orvosok szignifikánsan kevésbé tartják kényelmesnek együtt dolgozni muszlim, roma, illetve LMBT kollégával, míg női válaszadók számára férfi kollégáikkal összevetve kevésbé jelentene kellemetlenséget bármely kisebbséghez tartozó kollégákkal együtt dolgozni.

Több szociálpszichológiai tanulmány szerint a negatív társadalmi attitűdök fokozódnak látszanak nem csak a roma kisebbséggel szemben, hanem más kisebbségi csoportok esetén is (325). Erre a tendenciára hívja fel a figyelmet az ILGA Europe - LMBT esélyegyenlőséggel és LMBT jogokkal foglalkozó szervezet - 2020-as jelentése is, amely kiemeli, hogy Magyarországon esett a legnagyobbat az LMBT személyek jogegyenlősége az elmúlt évben (411). Számos a közelmúltban született publikáció szerint emelkedik az anti-izlamizmus és a xenofóbia, vagy idegenellenesség Magyarországon, Európa-szerte, és az Egyesült Államokban is (412-416). Ezen ösztársadalmi attitűdök jelenlétét tükrözik az egészségügyi ellátórendszerben dolgozó muszlim, etnikai illetve szexuális kisebbségekhez tartozó orvosok munkahelyi tapasztalatai is, például az Egyesült Államokban, Franciaországban és az Egyesült Királyságban: e kisebbségekhez tartozók mind a betegek, mind a kollégák részéről tapasztalnak előítéletességet(14-17, 19, 275, 417-419). Mindezek a társadalmi szintű változások magyarázhatják, hogy a gyakorló orvosok számára miért éppen a romákkal, a szexuális és nemi kisebbségekkel, valamint a muszlim személyekkel való közös munka jelent leginkább kényelmetlenséget.

Az általam vizsgált mintán a kisebbséghez tartozó orvosok szignifikánsan kevésbé tartják kényelmesnek együtt dolgozni muszlim, roma, illetve LMBT kollégával, míg női válaszadók számára férfi kollégáikkal összevetve kevésbé jelentene kellemetlenséget bármely kisebbséghez tartozó kollégákkal együtt dolgozni. A kisebbségi orvosok kisebbségekhez tartozó kollégákkal való közös munkában mutatkozó különbség adódhat a kisebbségekkel kapcsolatos nem tudatos (implicit) előítéletek jelenlétéből, ahogyan a fenti bekezdésben részleteztem, valamint a kisebbséghez tartozó orvosok speciális háttérjellemezőiből – az idősebb életkorából és a vallási kisebbségek magas arányából. Számos tanulmány felhívja a figyelmet arra, hogy a kisebbségekkel szembeni negatívabb attitűdök összefüggést mutatnak a vallásossággal, az idősebb életkorral és a konzervatívabb politikai beállítódással (416, 420-422). A kisebbséghez tartozó orvosok körében előforduló magasabb előítéletesség további magyarázata lehet, hogy a kisebbségi orvosok alacsony reprezentációjuk miatt token helyzetben vannak, ami eredményezheti a csoporttal kapcsolatos negatív előítéletek felerősödését és a kisebbségi identitástól való eltávolodást (74). A token helyzet, amikor egy csoport képviselői csoport tagságuk révén egy szervezeten belül kevesebb, mint 15%-ban vannak jelen. A token helyzetben lévők fokozott mértékben élik meg a sztereotípiák fenyegetettségét, miközben felerősödnek velük

szemben az előítéletek, ezáltal elszigetelődnek mind az eredeti csoportjuktól, mind a magasabb státuszú csoporttól (73, 423). Mivel a kisebbséghez tartozó csoportok számára a domináns társadalom azt üzeni, hogy nem legitim a magasabb státuszú pozíciójuk betöltése, így a token helyzetben lévő kisebbségek gyakran eltávolodnak csoportjuktól, átveszik a domináns csoportban megjelenő attitűdöket, ami az implicit vagy explicit előítéletek fokozódását eredményezheti (74, 423).

Az orvosvizsgálat egyik fontos eredménye, vagy épp limitációja a kisebbségi identitást jelző orvosok alacsony száma és megoszlása jelentette: az orvosok 17,4 %-a jelzett kisebbségi csoporthoz tartozást, elhanyagolható arányban jelentek meg etnikai és nemzeti kisebbségek, és három orvos jelzett csak szexuális kisebbséghez tartozást, de magas volt a vallási kisebbségek előfordulása. Ennek háttérében szintén állhat az orvosminta idősebb átlagkora – a vallásosság magasabb az idősebb generációban, továbbá a heteroszexuálistól eltérő orientációt jellemzően a fiatalabb generációk inkább jelzik – valamint a hallgatói vizsgálat során a roma hallgatók kapcsán is tárgyalt identitásválság (99, 352, 414, 424-426).

A kisebbségek jelenlétének hiánya mögött rejlő háttértényezők mélyebb megismerésére szolgált a kvalitatív adatfelvétel.

6.III. A vizsgálat észlelt diszkriminációval kapcsolatos megállapításai

Válaszaik alapján az orvostanhallgatók minden kategóriában inkább gyakori jelenségnek tartották az egyes tulajdonságokkal, vagy csoportokkal szemben megjelenő diszkriminációt találták. Mindkét vizsgálatban továbbá az etnikai kisebbségekkel szembeni diszkriminációt jelezték legnagyobb arányban gyakori jelenségnek, pusztán az orvosok 33%-a szerint, míg az orvostanhallgatók 30%-a szerint ritka jelenség az etnikai kisebbségek diszkriminációja. Az orvos válaszadók a második leggyakoribb jelenségnek a nemi alapú diszkriminációt (53,2%), míg a hallgatók az LMBT kisebbséggel szembeni előítéletesség tekintették (64% és 60%). Az orvosok és az orvostanhallgatók szerint leggyakrabban az 55 év feletti életkor, a megjelenés/öltözködés, a bőrszín vagy etnikai származás és a fogyatékoság jelenti a hátrányos megkülönböztetés alapját egy állásra jelentkező megítélése szempontjából állásinterjú során. A közös munka során a szexuális és nemi kisebbségek, a romák és a muszlimok jelentenének leginkább kényelmetlenséget mind a hallgatók, mind az orvosok számára.

Az orvostanhallgatók európai és a magyar Eurobarometer eredményeinél, valamint, mint az orvos kitöltőknél is gyakoribb jelenségnek gondolták az egyes csoportokkal kapcsolatos diszkrimináció előfordulását, de mind a két általam vizsgált csoport összességében pozitívabb attitűdöt mutattak a kisebbségekkel kapcsolatosan a 2015-ös Eurobarométer magyar lakossági mintájával összevetve, amiben szerepe lehet annak, hogy a válaszadók többsége az általam vizsgált mintán nagyvárosban, vagy a fővárosban él, továbbá annak, hogy a magasabb tanulmányok jellemzően kedvezőbb attitűdöket prediktálnak (223, 237, 416, 420, 421).

Mind az orvosok, mind a hallgatók a leggyakrabban érintett csoportnak az etnikai kisebbségeket látták, ami megegyezett az európai uniós átlag populáció (29%) és a magyar válaszadók (28%) vélekedésével (223). Mind az orvosok, mind az orvostanhallgatók sokkal inkább gondolták az uniós, valamint a magyarországi mintával összehasonlítva, hogy interjúhelyzetben hátrányos megkülönböztetés alapjául szolgálhat egy-egy megkérdezett jellemző - leszámítva a jelölt nevét, címét, valamint 30 év alatti vagy 50 év feletti életkorát, ugyanakkor kifejezetten hangsúlyos volt ez a különbség jelölt neme esetén, ugyanakkor, a hallgatók magasan gyakoribbnak jelölték a név és a lakcím és az 55 év feletti életkor kivételével az egyes tulajdonságok jelentőségét a jelentkező megítélésének szempontjából állásra jelentkezéskor a másik három válaszadói csoporttal összehasonlítva (223). A válaszadóim a különböző kisebbségi csoportokkal való közös munka kényelmetlenségét tekintve minden vizsgált kisebbség esetén inkább mutatnak hasonlóságot az Európai Unió adatokkal, mint a magyarországi adatokkal. A hallgatók számára jelentősen kevesebb kényelmetlenséget okozna LMB személyekkel való közös munka (10%), mint az orvosoknak (17%), vagy a 2015. évi Eurobarometer európai (13%) és magyar válaszadóinak (29%). A roma, muszlim, LMB és transz személyek esetén az orvosok (17%), a hallgatók (17%) és a magyarországi kitöltők (22%) magasabb százalékban jelezték, hogy kényelmetlenséget jelentene számukra a közös munka a muszlim munkatársakkal, mint az európai uniós átlag (13%), ez ugyanakkor összhangban van azzal, hogy leginkább éppen a fentnevezett kisebbségekkel szembeni előítéletesség emelkedett a 2019-es esélyegyenlőségi jelentés szerint az elmúlt évtizedben (325).

A vizsgálatok egy része saját eredményeimhez hasonlóan a társadalmi attitűdökkel összevetve negatívabb orvosi attitűdöt talált a fogyatékkal élőkkel szemben, valamint felvetik, hogy a hallgatók elszántsága a hátrányos helyzetű betegek ellátását illetően

csökken a képzés ideje alatt, Egyesült Államokbeli tanulmányok felhívják a figyelmet arra, hogy a képzés során a hallgatók egyre cinikusabbá válnak és egyre kevésbé toleránsak a betegekkel szemben (410, 427-429).

Hasonló jelenségre hívja fel a figyelmet Turcsányi és Rigó is, miszerint a tanulmányok sok esetben az empátia szignifikáns csökkenéséről számolnak be a képzés előrehaladtával (430). Hojat és munkatársai vizsgálatában ez a szignifikáns csökkenés a harmadév végén jelentkezik és a tanulmányok befejezéséig fennmarad, ugyanakkor a válaszadók egynegyedénél ez a változás nem következett be (27%-uknál nem csökkent az empátia szintje), ami fontos kérdéseket vet fel, minthogy milyen tényezők játszanak szerepet az empátiaszint változásában (431, 432). A hallgatók a kérdőív során lehetőséget kaptak arra, hogy a saját empátiaváltozásuk háttérében álló tényezőkre reflektáljanak, ennek során az oktatók szerepe, valamint a tanulmányok során jelentkező krónikus fáradtság, a tananyag excessív mivolta, valamint a hostilis környezet jelentős és visszatérő tényezők voltak (430). Ugyanakkor a képzés és a betegellátás mindennapi sajátosságai, mint a boncoláson való részvétel, a nehezebb betegekkel történő interakciók (követelő betegek, az egészségükkel nem foglalkozók), továbbá az ellátási protokollok merevsége szintén hatással lehetnek az ellátók empátiájának változására (430). Amíg az önkítöltős skálákon mért empátiavizsgálatok az beleérzőképesség csökkenését mutatták, Smith és munkatársai, longitudinális, külső megfigyelőt alkalmazó vizsgálatuk során a tanulmányok előrehaladtával érzékenyebbnek találták a hallgatókat a fájdalom faciális kifejeződésének és mások lelkiállapotának olvasására (433). A látszólagos ellentmondást a kognitív empátiaszint csökkenése és a viselkedésben megjelenő beleérzés és a fájdalom felismerés fokozódása között a szerzők a kognitív empátia jelentőségének csökkenésével magyarázzák (433).

Turcsányi és Rigó vizsgálatukban a halálszorongás és az empátia kapcsolatát is vizsgálták, érzelmileg megterhelő (boncolás) esetén és úgy találták, hogy a helyzettől való (érzelmi) eltávolodást a legjellemzőbb megküzdési mód (430). A beleérzés képessége ezekben a helyzetekben nehezítő tényezőként jelent meg, amelyről a hallgatók úgy vélekedtek, hogy akadályt képeznek számukra a hatékonyabb ellátás nyújtása során (430). A szorongás csökkentésében a vizsgálat fontos szerepet tulajdonít a társas kapcsolatoknak (barátok, család), a spiritualitásnak, valamint a támogatócsoportoknak (speciálkollégium, Bálint csoport) (430). Más vizsgálatok ugyanakkor úgy találták, hogy

az orvostanhallgatók toleranciája a képzés során éppen hogy fokozódhat, amelyhez hasonló képet mutat az általunk végzett attitűdvizsgálat azon eredménye is, miszerint a felsőbbéves (IV.-VI. évfolyam) hallgatók kedvezőbb attitűddel viseltettek a szexuális kisebbségek irányába, mint alsóbéves (I.-III. évfolyam) társaik (410).

Néhány olyan vizsgálat elérhető csak, amely orvosi vagy orvostanhallgatói attitűdöket vet össze az általános társadalmi attitűdökkel, ezekben a tanulmányokban a mentális betegségekkel, szexuális kisebbségekkel kapcsolatos attitűdöket vizsgálták: a szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatosan a férfiak szignifikánsan rosszabb attitűdöt mutattak a többi almintával összevetve, ugyanakkor az egészségügyben dolgozó férfiak az átlagpopulációnál kedvezőbb attitűddel voltak jellemezhetőek (434, 435). A mentális betegségek illetve mentális fogyatékosokkal kapcsolatos vizsgálatokban is az egészségügyi dolgozók pozitívabb attitűdje mutatkozott (436). Transzfóbia kérdőívvel vizsgált pszichiáter szakorvosok és rezidensek hasonló attitűdöt mutattak mint az átlag populáció, de kevésbé voltak elutasítóak transz személyekkel (437). Más vizsgálatok szerint az implicit előítéletek előfordulása az egészségügyi dolgozók körében hasonló az átlagpopulációhoz (36, 438). Magyarázhatja tehát a hallgatók és orvosok fokozott társadalmi érzékenységet a hivatásuk és magasabb iskolai végzettségük.

A 2019-es "Egyenlő bánásmóddal kapcsolatos jogtudatosság" jelentés szerint az elmúlt öt évben számos kisebbséggel kapcsolatos észlelt diszkrimináció emelkedést mutatott, ami magyarázatul szolgálhat ahhoz, miért mutatkoztak a vizsgálat során a 2015-ös Eurobarometer vizsgálatához képest gyakoribbnak egyes diszkriminációs formák a válaszadók szerint (325).

6.IV. LMBT személyekkel kapcsolatos attitűd vizsgálat megállapításai

Az attitűdvizsgálat eredményei azt mutatták, hogy az előítéletesség számos demográfiai jellemzővel és egyéb személyes tulajdonsággal kapcsolatot mutat, így a nemmel, a vallásossággal és politikai beállítódással, valamint az LMBT ismerős jelenlétével is.

Az orvostanhallgatók körében végzett vizsgálatunk során számos korábbi tanulmányhoz hasonlóan az szexuális kisebbségekkel kapcsolatos tudás, a női nem, lmbt ismerősök jelenléte, valamint liberális politikai beállítottság és a kevésbé vallásos világnézet pozitív hatása mutatkozott a homonegativitásra (30, 32, 37, 135, 136, 439). Az LMBT ismerősök és családtagok jelenléte nem csak az attitűdökre, hanem a szexuális és nemi kisebbségekkel kapcsolatos tudásra is jótékony hatással volt az általunk vizsgált

orvostanhallgatók körében, ahogy korábbi vizsgálatok is találták (34, 76, 440, 441). Egy LMBT egészségügyi egyenlőtlenségeket célzó képzés esetén felmerült, hogy az érzékenyítő képzés hatékonysága és fenntarthatósága összefüggést mutat a hallgatók politikai és vallási beállítódásával, valamint LMBT kisebbséghez tartozó személy közreműködésével (442), ami szintén felveti a kontaktushipotézis, vagyis a különféle társadalmi csoportok képviselőivel való rendszeres és gyakori kapcsolat jelentőségét (76, 440, 443).

A vallásosság hatása a nem-heteoszexuális személyekkel kapcsolatos attitűdökre szintén számos korábbi tanulmány során tárgyalásra került, hasonlóan az általunk vizsgált mintához az erősebb vallásosság és a rendszeresebb vallásgyakorlás magasabb homonegativitást eredményezett, amiben szerepe lehet annak, hogy a hagyományos értékek erőteljesebben a vallásos személyek számára (32, 34, 37, 135, 136, 439, 444). Az általunk végzett vizsgálat során is alacsonyabb homonegativitás pontszámokat értek el a női válaszadók, hasonlóan a korábbi homonegativitás vizsgálatok eredményeihez, amely különbséget szintén kapcsolatba hoztak a hagyományos nemi szerepelvárások (hagyományos férfi-női szerepek) jelenlétével, valamint a nemi szerepnormák áthatóbb hatásával férfiak esetén (30, 32, 37, 135, 441, 445, 446).

Az angol programon tanuló hallgatók vizsgálatom során azonos ismereti szintek mellett is elfogadóbbnak bizonyultak a magyar program hallgatóinál. A diverzitás és a liberális értékek jelenléte az egyetemi környezetben tudhatóan fokozza a hallgatók elfogadó attitűdjét (422, 445, 447-449). Az angol és a magyar programon tanuló orvostanhallgatók közötti különbségek adódhatnak az angolprogramon kialakuló, sokszínű, multikulturális környezet mindennapos megtapasztalásából. A két program hallgatói közötti különbséget magyarázhatja továbbá, hogy a kelet-európai, vagy kevésbé LMBT inkluzív országokból érkező hallgatók a kulturális asszimiláció jegyében, a fogadó ország és a nyugat európai országokból érkező hallgatók értékrendjének inkább megfelelni vágnak, így válaszájukat a társadalmi elvárásoknak való megfelelés vágya nagyobb mértékben befolyásolja (450), ami az érzékeny témák esetén, mint a szexualitás eleve magasnak tekinthető (451).

6.V. A kvalitatív vizsgálat megállapításai

A kvalitatív vizsgálatom során az interjúk fontos közös fókusza volt a stigmatizált, kisebbségi csoporthoz tartozó orvosok tapasztalatainak és megküzdési stratégiáinak

megismerése. Az interjúkban megjelent a kisebbségekkel kapcsolatos negatív attitűdök tapasztalata mindennapos munka során. Az interjúalanyok közül voltak, akik ezt a társadalmi hatások következményének tulajdonították, más interjúalanyok normalizálták, vagy internalizálták. Az egyetemi és munkahelyi tapasztalatokkal összefüggésben nagy szerepet kapott a társas kapcsolatok, támogató csoportok, illetve a szakmai mentor iránti igény. A kisebbségekhez tartozó orvosok elbeszéléseiben továbbá gyakran megjelent az elszigeteltség, különbözőség érzése.

A kisebbségi csoporthoz tartozás gyakran jár együtt stigmatizációval, amely megbélyegzés alapjául szolgáló jegyek vagy tulajdonságok egy része fizikailag látható (pl.: bőrszín, rasszjegyek, mozgáskorlátozottság, obezitás), míg mások láthatatlanul bélyegzik meg az egyéneket, mint a szexuális orientáció (452). Pryor és munkatársai szerint mind a nyilvánvaló, mind az elrejtendő stigmák implicit negatív hozzáállást válthatnak ki, amikor kiderülnek (452). A kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók csoportidentitása hatással van mindennapos tapasztalataikra, a különböző csoportokkal kapcsolatos implicit és explicit előítéletességnek, valamint a korábban is tárgyalt token helyzetüknek köszönhetően (36, 423, 452).

Kisebbségek alacsony reprezentációja miatt az orvosi szakmában, ezek az orvosok és hallgatók token helyzetben lévők tekinthetők (452). A token helyzet kisebbségi csoportok tagja számára jellemzően negatív, míg a domináns csoportok token helyzetben lévő tagjai számára általában pozitív következményekkel szolgál (423). A token helyzetben lévő kisebbséghez tartozó személy a látszólagos "lehetőségek biztosításának" ellenére sem lesz sikeres, mivel fokozott mértékben éli meg csoportjával szembeni előítéletek felerősödését, a sztereotípiák szorongást, miközben elszigetelődik mind az eredeti csoportjától, mind a domináns csoporttól (423).

A kisebbségek megítélését csoportközi helyzetekben meghatározza a sztereotípiák tartalom modell szerint az, hogy a domináns csoport számára jelent-e státusz fenyegetettséget az alacsonyabb státuszú csoport (423). A sztereotípiák modellel összefüggő vizsgálatok úgy találták, hogy a kisebbséghez tartozó, de magasabb pozíciót betöltő személyekkel szemben inkább negatív, míg a kisebbséghez tartozó alacsonyabb státuszú személyekkel kapcsolatban inkább pozitív előítéletek jellemzőek, ugyanakkor mind a pozitív, mind a negatív előítéletek támogatják a csoportok közötti hierarchia fenntartását (423). Az alacsony státusz el nem fogadása negatív attitűdöket és

elutasítást vált ki a domináns csoportból, ezzel a kisebbségek számára azt üzenve, hogy nem legitim számukra a magasabb státusú pozíciók betöltése, ami - a token helyzet kapcsán említett tényezők mellett - hozzájárul ahhoz, hogy kevésbé tudnak sikeresek lenni (423).

Az orvosi identitás, az orvosi hivatás magas társadalmi státusza miatt a fentiek alapján nehezen összeegyeztethető lehet a kisebbségek számára a kisebbségi identitásuk alacsony státuszával, és amikor az identitás-elemek nem összeegyeztethetőek, az identitás fenyegetetté válik. Az interjúk során az elbeszélők a különböző szituációkban különböző módot választottak csoportközi helyzetekben a fenyegetéssel való megküzdésre. Az interjúalanyok elbeszélésében a kisebbségi identitás titkolása és elrejtése, vagy a csoporttól való eltávolodás voltak a leginkább alkalmazott stratégiák a kisebbségi identitás fenyegetettségével való megküzdés terén interperszonális helyzetekben. Ennek magyarázatául szolgálhat, hogy a nem-domináns csoportok csak akkor törekszenek a csoportok közötti hierarchia megváltoztatására, ha saját csoportjuk alacsonyabb státuszának illegitimnek és instablnak tartják, ellenkező esetben - vagyis ha elfogadják a csoport alacsonyabb helyzetét és az azt igazoló narratívát - egyéni mobilitásra, tehát a (nem domináns) csoport elhagyására törekszenek (74). A token-helyzet értékelésével kapcsolatos kutatások szintén felvetik, hogy a nem-domináns csoport tagjai általában az egyéni mobilitást tartják célravezetőnek a csoportos megmozdulást nem, ugyanakkor Kovács és Hevesi azt is kiemelik tanulmányukban, hogy "csak az egész csoport egyenlő esélyeit biztosító politikák képesek elérni" változást a csoportok közötti hierarchiában (453).

Az orvoslás hierarchikus, hatalmi különbségeket magába foglaló közege több interjúalany számára nehézséget jelentett. Az orvosi hivatás szocializációját vizsgáló tanulmányok gyakran érintik az orvosi képzés hierarchikus és patriarchális rendszerét, valamint azok hatását az egyetemi és posztgraduális képzésben résztvevőkre (454, 455). A képzés során megjelenő rossz bánásmód - megaláztatás, megfélemlítés, megszegényítés - és a hatalmi struktúrák jelentőségére és szerepére vonatkozó rejtett tanterv fontos szerepet játszott az orvosi hierarchia közvetítésében és fenntartásában, ugyanakkor jelentős érzelmi terhet rótt a résztvevőkre beszámolóik alapján. A kezdő orvosok a medikus éveket követően a szakmai előmenetelük során is gyakran ki vannak téve a hatalmi helyzetek és hierarchia hatásának, amiben újra és újra bizonyítaniuk kell

szakmai feletteseik, vagy idősebb orvoskollégáik számára, hogy “érnek valamit” (455). Egyes résztvevők számára a merev hatalmi struktúra kiábrándultságot és elidegenedést okozott - hasonlóan Crowe interjú alanyaihoz - és a pályaelhagyás vagy az ország - az ellátórendszer - elhagyásának irányába mozdította őket, míg más résztvevők által ezen hatalmi struktúrák, mégis jóváhagyásra kerülnek, mint az orvosszakma szükséges sajátossága (454). Salehi és munkatársai elkülönítenek “funkcionális” és „diszfunkcionális” hierarchiát: előbbi mind a betegek, mint az ellátók számára megbízható, kiszámítható és biztonságos közeggé teszik az ellátórendszert, továbbá biztonságot, támogatást és lehetőséget nyújt a ranglétra alsóbb szintjein elhelyezkedők számára a fejlődésre, ugyanakkor szükséges feltétele az etikus vezetői attitűd és a párbeszéd a hierarchikus rendszer résztvevői között (456). Míg utóbbi ellehetetleníti a visszajelzéseket, bizonytalanságot, szükségtelen többlet stresszt és feszültséget jelent a hierarchia alsóbb szintjein lévő személyek számára, teret ad a zaklatásnak és bántalmazásnak, valamint negatív hatással lehet nem csak a képzésre, hanem a betegellátásra is (456). A hierarchia tehát szükséges és ésszerű is lehet a felelősség egyenlőtlen megoszlása, valamint a rendkívül felelősségteljes döntéseket igénylő szakmai sajátosságok miatt (455, 456). A szakmai biztonságot és megtartó közeget nyújtó fegyelmezettség nem teszi szükségessé a hierarchikus struktúrák fenntartását, hiszen láthatóan a hierarchia és a hatalmi különbségek változó mértékben jelennek meg az egyes szakirányok (454).

A hallgatók szerint korábbi vizsgálatok alapján a diszfunkcionális hierarchia nem pontosan tettenérhető és megragadható, mivel az orvosi szakma erősen normalizálja, valamint szakmaspecifikus jellegként kezeli azt. Ennek köszönhetően sérelmüket gyakran nem gondolják elég komoly ahhoz, hogy hivatalos lépéseket tegyenek az ügyben, esetleg attól tartanak, hogy további bántalmazás és megaláztatás érheti őket, ha hivatalos úton jelzést tesznek, vagy segítséget kérnek. Az áldozatoknak esetenként nem is áll rendelkezésére megfelelő információ arról, milyen lépéseket tehetnek, vagy kitől/hogyan kaphatnak segítséget (12, 208, 212, 456-460). Mindezek alapján az átlátható antidiszkriminációs és bántalmazás ellenes policy-k kialakítása és elérhetővé tétele fontos lépés az orvosegyetemi és egészségügyi közegben dolgozó, tanuló és ellátásban részesülő személyek biztonsága és egészsége érdekében.

A kvalitatív vizsgálat során a csoportos szintű megküzdésre vonatkozó elvárások, mint vágy jelentek meg az interjúalanyok elbeszéléseiben, többségük (6 fő) beemelte elbeszélésébe, hogy fontos erőforrást jelentene számára a társas támogatás, tehát hasonló csoporttagsággal rendelkező személyek csoportja vagy adott csoporthoz tartozó mentor jelenléte. A támogató csoport vagy mentorok iránti igény az angol nyelvű szakirodalomban is gyakran megjelenik a kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók részéről (170, 174, 418, 461, 462). A mentorok pozitív hatást gyakorolnak a pályánmaradásra, a munkával való elégedettségre és a szakmai sikerekre, a kisebbséghez tartozó kollégák jelenléte pedig növeli az odatartozás érzését (70, 179, 461).

Orom (2013) összegző tanulmánya arra mutat rá, hogy számos intervenció történt már a kisebbséghez tartozó hallgatók támogatása érdekében, ugyanakkor ezek általában a hallgatók individuális segítségét célozzák, nem a diszkrimináció csökkentését vagy a társas környezetet javítását (70).

A negativizmus, a passzing és a kisebbséggel szembeni előítéletek és normatív elvárások leépítését szorgalmazó aktivizmus, mint csoportszintű, valamint az identitást támogató aktivitások, a segítségkérés, vagy a negatív helyzetek elkerülése, mint egyén szintű pozitív megküzdés, továbbá a reziliencia fontos védőfaktorok lehetnek a negatív tapasztalatokkal való megküzdésben és a kiégéssel szemben kisebbségek esetén (92, 463-466). Számos tanulmány kiemeli, hogy az identitás pozitív integrálása az énképbe, a kulturális normákkal szembeni ellenállás, a megerősítő és támogató társas kapcsolatok és a spiritualitás pozitív hatással vannak a kisebbségek testi-lelki egészségére (463-469).

7. Következtetések

A változatos beteg populáció megfelelő, kulturálisan kompetens és érzékeny ellátása szempontjából fontos az egészségügyi dolgozók diverzitása. A diverzitás ebben az esetben azt jelenti, hogy az ellátószemélyzet változatos szocioökonómiai háttérrel érkező, különböző rasszhoz, etnikumhoz, nemhez, szexuális orientációs kisebbséghez tartozó személyekből álljon, és az ellátás olyan inkluzív környezetben történjen, amely mind a betegek, mind az ellátók számára biztonságos, tiszteletteljes és támogató (470). Az Amerikai Orvostársaság három fontos beavatkozási pontot emel ki az ellátók diverzitásának fokozására: 1) inkluzivitás / kulturális kompetencia növelése; 2) diverz hallgatói populációt támogató toborzó programok a magasabb képzésbe kerülési arány elérése céljából; 3) tehetségfejlesztő programok diverz hallgatók, pályakezdők és munkaerő megtartása céljából, ugyanakkor a fentiekén kívül fontos támogatást jelentenek a mentor programok (471). Európában hasonló sokszínűséget támogató törekvéseket láthatunk például az Európai Intenzív Terápiás Társaság (European Society of Intensive Care Medicine - ESICM) részéről. Az ESICM kiemeli a (1) nemi és szexuális kisebbségek, (2) az etnikai, kulturális és SES kisebbségek, valamint (3) multidiszciplináris együttműködések jelentőségét az inkluzivitással és diverzitással összefüggésben (472).

A diverzitás elősegítése érdekében, egyéni szinten - ellátóként és oktatóként - fontos tudatosítanunk előítéleteket, figyelni önmagunkat, beleérzésre, nézőpontváltásra sarkallni magunkat és a környezetünket, hiszen ez az egyik hatékony módja, hogy kulturálisan kompetens módon legyünk jelen munkánk során. A kulturális kompetencia növelése támogatja az egyenlőtlenségek eliminálását, mivel a kisebbségekkel kapcsolatos megfelelő ismeretanyag elsajátítása megelőzi a hiányzó ismereteket automatizmusokkal és feltevésekkel való kitöltését, ezáltal csökkenti a mikroagresszió és az előítéletek aktiválódását személyközi helyzetekben (32).

A feszültségtől mentes, támogató csoportközi helyzetek és kapcsolatok elősegítése, valamint a kisebbségekkel való kontaktus és a kisebbségi hallgatók bevonása közös munkába mind fontos eszközök lehetnek a hallgatók érzékenyítése és a kisebbséghez tartozó hallgatók integrálása szempontjából (76, 440, 473, 474).

A rasszizmus és homofóbia ugyanakkor nem csak egyéni szinten jelennek meg az ellátás és a képzés során, hanem a rendszerbe ágyazódó, strukturális módon is, így fontos, hogy

ne csak egyéni, hanem intézményi szinteken is célozzuk őket, mivel a rasszizmus jelenléte az ellátórendszerben az egyik fontos tényezője az egészségügyi egyenlőtlenségek kialakulásának és fennmaradásának (506, 507).

Az inkluzivitás és kulturális kompetencia rendszer szinten az intézményi anti-diszkriminációs és anti-bullying szabályozások, a diszkriminációval és bántalmazással foglalkozó egyetemi és ellátórendszer belső megelőző és megfigyelő programok, a kulturális kompetenciát fokozó oktatások és továbbképzések, a rejtett kurrikulumot célzó vizsgálatok és képzések, valamint az önszerveződő hallgatói/dolgozói támogatócsoportok létesítése és fenntartása által megcélozható (475, 476). Fontosak továbbá az alulreprezentált csoportokhoz tartó hallgatók képzésbe kerülését támogató programok, nyári egyetemek és tehetséggondozás (470), valamint a képzésre felkészítő tanfolyamok is, amelyek a tudományos felkészítésen túl lényeges, hogy átfogó tanácsadást biztosítsanak az orvosi egyetemre történő sikeres felvételt követő alkalmazkodáshoz és szocializációhoz (477).

Page és munkatársai 82 intézményt összehasonlító vizsgálatában az egyesült államokbeli esélyegyenlőségi programok többsége hallgatókat (középiskolásokat, egyetemistákat, rezidenseket), 6%-a pedig kifejezetten egyetemi dolgozókat céloz (184). Ezen esélyegyenlőséget promótáló programok egy része a szakmai támogatáson túl anyagi és adminisztrációs területen is nyújt segítséget a résztvevők számára, valamint szerveznek diverzitást promótáló programokat, kulturális kompetenciát elősegítő képzéseket, és mentorprogramokat is, továbbá támogatják új kapcsolatok kiépítését a programban résztvevő hasonló helyzetű hallgatók és hallgatótársaik, valamint oktatóik között (184). A felvételi és egyéb teljesítményértékelő, pályázatokat elbíráló bizottságokba lényeges lenne diverz kulturális háttérrel és szociális identitással rendelkező bizottsági tagok bevonása, akik ismerik és képviselni tudják a kisebbségekhez tartozó hallgatók/jelentkezők érdekeit (470), mivel Vida és Kovács is kiemelik, hogy számos szociálpszichológiai tanulmányban a nem vagy egyéb csoportidentitás esetén, kísérleti helyzetben a férfiak és a többségi csoporthoz tartozók tudattalan preferenciája befolyásolja a kiválasztási procedúrát (423).

Fontos és eredményes stratégiának tűnik mindezek mellett Wingard és munkatársai utánkövetéses vizsgálata alapján a fenti módszerek kombinációja: helyzetértékelést követően, folyamatos nyomonkövetés mellett intézményes lépések az inkluzivitás

támogatására (bérrendezés, tudattalan sztereotípiák képzésekkel történő csökkentése, a családtámogatási programok kiszélesítése és tehetséggondozó programok alkalmazása) (478).

Hasonló tehetséggondozó és esélyegyenlőséget támogató programok Magyarországon is elérhetőek, valamint léteznek kisebbséghez tartozó hallgatók számára szervezet szakkollégiumok is hazánkban (479-481). Az orvosi egyetemi képzésben tanuló roma hallgatókat támogató, 2010 óta működő, Rosivall László által kezdeményezett Roma Orvosegészségügyi Képzési Program már középiskolai tanulmányokat követően támogatja az orvosegyetemre készülő fiatalokat (482). Minden magyarországi orvosegyetem rendelkezik továbbá az Európai Unió irányelveknek és a 2003. évi CXXV. törvénynek megfelelő Esélyegyenlőségi Szabályzattal/Tervvel és Esélyegyenlőségi szervvel, amelyek feladata az egyenlő bánásmóddal és esélyegyenlőséggel összefüggő normák és tilalmak lefektetése, valamint a zaklatással, hátrányos megkülönböztetéssel, megtorlással kapcsolatos segítségnyújtás az oktatók és hallgatók számára az egyetemi közegben (483-486).



16. ábra - Magyarországi, orvosegyetemi hallgatókat támogató programok és szabályozások

Az esélyegyenlőséget támogató programok egyik legfontosabb kritikája ugyanakkor, hogy a kisebbséghez tartozókat pozitív diszkriminációban részesítik, pedig a munkára/egyetem elvégzéséhez megfelelő kvalitásokkal rendelkező jelentkezők számára

egyenlő lehetőségek általában biztosítottak a képzésben maradásra, vagy egy állás betöltésére (475).

7.I. A vizsgálat limitációi és erősségei

PhD kutatásom számos limitációval és erősséggel jellemezhető. Vizsgálatom fontos erőssége, hogy ezidáig Magyarországon nem történt ilyen átfogó vizsgálat a kisebbséghez tartozó orvosok és orvostanhallgatók egészségének felmérése, továbbá tapasztalatainak megismerése céljából. A kutatás erőssége továbbá, hogy kvantitatív és kvalitatív módszereket ötvözve széleskörűen járja körbe a kisebbséghez tartozó gyógyítók és hallgatók tapasztalatait, testi-lelki egészség jellemzőit.

7.I.1. A használt kvantitatív módszerek erősségei és korlátai

Önkitöltős kérdőívek előnyeként tekintettem mind a hallgatói, mind az orvos vizsgálat során, hogy a kérdezőbiztos, vagy interjúvezető alkalmazásával ellentétben, önkitöltős kérdőíveknél a kérdező személye, beszéde, neme, kora, etnikai hovatartozása, vagy egyéb személyes jellemzője kevésbé gyakorol hatást a megkérdezett személyekre (487). Az igen érzékeny vizsgálati kérdések, mint a kisebbségek, továbbá diszkrimináció, valamint a kisebbségekkel kapcsolatos attitűd vizsgálata miatt is az önkitöltős kérdőívek használatát preferáltuk. Ezzel egyfelől szándékunk volt az anonimitás biztosítása, másfelől a kérdezőnek való megfelelni vágyás, vagy szociális kíváncsiság torzító hatásának csökkentése.

A szakirodalom sok ellentmondásos tulajdonságát vázolja fel az online kérdőíveknek, például nincs teljes egyetértés a kitöltők elérhetősége, a válaszadási ráta vagy a költséghatékonyság tekintetében (488-494). Egyes publikációk felhívják a figyelmet arra, hogy az online kérdőívek egyes csoportjait a populációnak eleve kizárják, hiszen csak az internetfelhasználókat célozzák – így a szegényebb, hátrányos helyzetben élő, vagy éppen idősebb társadalmi csoportok elesnek a válaszadás lehetőségétől (495). Duffy és munkatásai ugyanakkor épp azt emelik ki, hogy az alapvetően elfoglalt, telefonos, vagy személyes lekérdezéssel időhiány, vagy leterheltség miatt nem elérhető, gazdaságilag aktív népesség inkább elérhető online kérdőívek használatával, míg az online kérdőívek lényeges előnyös tulajdonságának tekinthető, hogy a megkérdezettnek van lehetősége a számára kényelmes időben és helyzetben megválaszolni a kérdéseket (348). Az érzékenyebb, társadalmi kíváncsiságnak inkább kitett témák esetén is praktikusabb választás lehet egy online kérdőív, szemben a személyes lekérdezés bármilyen formájával

(348, 487, 489, 490, 496). Online kérdőív használata esetén Duffy és munkatársai (2005) szerint magasabb lehet bizonyos válaszadási tendenciák előfordulása, így a „nem tudom” válaszok, vagy a szélsőséges válaszok jelölése, ezt fontos az adatfeldolgozás során szem előtt tartani. Az online kérdőívek alkalmazása a rendelkezésre álló számtalan kérdőívszerkesztő program segítségével könnyedén, nagy változatosságot (széles kérdéstípusokat felölelő) tartalmazó kérdéssorok állíthatók össze, amelyek adattartalma könnyen átalakítható a statisztikai feldolgozás során alkalmazott adattáblává (348).

Az online kérdőívek fontos hátránya ugyanakkor, hogy az elektronikus levelezés nem mindig talál célba, gyakran a kérdőív a kéretlen levelezés szűrők áldozatául eshet, vagy kerülhet kiküldésre olyan email címre, amelyet a felhasználó már nem használ, fontos továbbá, hogy az online kérdéssor keltheti a végtelenség érzetét a válaszadóban, ezzel a kitöltőt a válaszadás félbehagyására ösztönözheti (348, 497).

Mindezeket szem előtt tartva, elsősorban az adatfelvételi típus gyorsasága és a nagy földrajzi távolságban is széles válaszadói populáció elérésére való alkalmassága miatt döntöttünk az online kérdőívek mellett az orvos és hallgatói vizsgálat során. A hallgatók esetén az online oktatási ügyintézés, az orvosok esetén pedig az online adatszolgáltatási kötelezettségeik miatt az internet vagy számítógéphasználati szokásokból adódó kirekesztettséget elhanyagolhatónak véltük, mindeközben az online kérdőív rugalmas kitöltési lehetőségét további fontos előnynek gondoltuk.

A kérdőívek potenciális válaszadókhöz történő eljuttatása az egyetemi tanulmányi rendszerek, valamint a Magyar Orvosi Kamara közreműködésével történt, aminek lehet a mintavételt torzító hatása, mivel befolyásolhatja a válaszadói szándékot, így a válaszadási rátát. Emiatt külön mérlegeltük a kérdőívszerkesztő program választása, a résztvevői tájékoztató megírása, valamint a kérdőívek összeállítása során, a Kamara és az egyetemek, mint intézmények közreműködésének vélt vagy valós hatását a válaszadói szándéokra, valamint anonimitás biztosításának körülményeire. Később, az adatfeldolgozás során is szem előtt tartottam a közvetítők lehetséges hatását a válaszok és a válaszadói populáció torzítása tekintetében, fontos kiemelni továbbá, hogy mind az orvos, mind pedig a hallgatói vizsgálat fontos limitációja az alacsony válaszadási ráta (hallgatóknál 8%, orvosoknál 0,86%), amely torzítás csökkentésére a hallgatói vizsgálat során háromdimenziós súlyozást alkalmaztam.

Az attitűd vizsgálat során, az érzékeny vizsgálati téma ellenére a papír-alapú kérdőívet vettünk fel. Ennek egyik fontos oka, hogy lényeges volt a homonegativitást mérő skálák validálási eljárása miatt, hogy a kitöltés kontrollált egyetemi környezetben történjen, mérlegelve ennek lehetséges hátrányos következményeit a válaszok torzítását tekintve, mivel papír-ceruza tesztek a szakirodalmi adatok alapján magasabb arányban járhatnak adatvesztéssel (hiányzó válaszokkal) és inkább kitettek a társadalmi kívánatosság torzító hatásának (498, 499).

A papír alapú kérdőív kitöltése kényelmi mintavétellel történt. Kényelmi mintavétel esetén a kutatók, vagy vizsgálatot lebonyolítók által elérhető személyek szolgálnak a mintavétel alapjául - a mi esetünkben azok a hallgatói évfolyamok, amelyek elérhetőek voltak az adatfelvétel szempontjából - ilyen módon a minta nem reprezentatív a vizsgálni kívánt populációra. A vizsgálat eredményi alapján levont adatok megbízhatósága és validitása számos vizsgálat tárgyát képezte arra vonatkozóan, hogy a kényelmi mintavételen alapuló vizsgálatok hasonló eredményekkel szolgálnak-e a reprezentatív mintákat alkalmazó vizsgálatokhoz (500-502).

Önkéntességen alapuló mintavétel esetén a torzítás forrása lehet az önszelekciós torzítás: nevezetesen, hogy azok a személyek, akiket foglalkoztat, vagy érint a vizsgálat témája, magasabb arányban, míg azok a potenciális válaszadók, akiket nem érdekel, vagy épp erős ellenérzéseik vannak a vizsgálat tárgyával kapcsolatban, alacsonyabb arányban kerülnek be a mintába a mintavétel során. Korábbi vizsgálatok jelzik, hogy az önkéntes válaszadók egyes pszichometriai változóikat tekintve mutathatnak eltérést random mintavétellel elért vizsgálati populációhoz képest (503, 504).

Fontosnak tartom kiemelni, hogy a vizsgálatok nem tekinthetőek reprezentatívnak a magyarországi orvosok vagy orvostanhallgatók populációjára, egyrészt az alacsony válaszadási ráta miatt, másrészt az önkéntességen alapuló mintavétel esetén a kitöltési hajlandóságot befolyásolhatja a vizsgálat tematikája/tárgya.

A vizsgálat keresztmetszeti jellegéből adódóan a változók közötti kapcsolatok csak együttjárásként értelmezhetőek, ezért fontos lenne további, longitudinális vizsgálatok elvégzése.

7.I.2. A kvalitatív módszerek kritikája/limitációi

A kvalitatív kutatások esetén nem elhanyagolható kérdés a kutató szerepe, jelenléte, pozíciói és kutatási paradigmája (505), valamint a minta elemszáma és a szükséges minimális elemszám meghatározása (255, 256).

Az interjúk során a kutató személyes jellemzői, mint neme, rasszjegyei, kulturális beágyazottsága, életkora, vagy adott esetben szexuális orientációja mind meghatározóak az interjú kontextusa szempontjából (506, 507). A kvalitatív adatfelvétel és adatfeldolgozás megbízhatóságának fokozása érdekében a kódolás során háromszögezést alkalmaztam. Továbbá a teljes adatfeldolgozási procedúra során pontos dokumentációt készítettem megjegyzésekkel, kutatói reflexiókkal, amelyeket időről időre megvitattam kvalitatív kutatási módszertanban jártas kutatókkal (507, 508). A vizsgálat fontos erősségének gondolom, hogy nagyon különböző háttérrel rendelkező interjúalanyok vettek részt rajta, mind életkort, mind szakirányt tekintve. Valamint, hogy mind a négy magyarországi orvosegyetemet képviselke egyetemről volt interjúalany.

A kutatásom kvalitatív részének fontos jellemzője, hogy feltáró jellegű, szellemiségében társadalmi konstrukcionista, poszt-positivista szemléletet alkalmaz. Konstrukcionista abban a tekintetben, hogy az adatfelvétel során nyert adatokat a kutató és az interjúalany világról közösen alkotott konstrukciójaként kezeli, és célja az interjúalanyok narratíváinak és tapasztalatainak mélyebb megismerése (505, 506). Vizsgálatom poszt-positivista szemléletű, mivel azzal a szellemiséggel zajlott, miszerint az "objektív" valóságot nem ismerhetjük meg teljességében és tökéletesen, csak egy valószínűsíthető tudásanyagot alakíthatunk ki a benne zajló jelenségekről az interjúalany és a kutató interakciója, valamint az adatfeldolgozás során történő jelentésadás által (505, 508, 509). Kvalitatív kutatásom célja az volt, hogy az ismeret egy személyes és tapasztalati dimenzióját is kiemelje a vizsgálatok során a kvantitatív eredmények mellett. A kvalitatív vizsgálatom fontos limitációja az alacsony mintaelemszám, amelynek hátterében állhat az vizsgálat érzékeny fókusza, de amelyet a kvalitatív vizsgálatok elvégzése során szerzett új szempontok és információk telítettsége miatt nem láttam indokoltnak tovább növelni. Ugyanakkor a kvalitatív vizsgálatok mintaelemszáma általánosságban is nagy eltéréseket mutat, és egyes tanulmányok szerint az ideális elemszámot a hozzáadott új információk megjelenése és a nyert adatok telítettsége határozza meg leginkább.

8. Összefoglalás

Kutatásom egy több részből álló, kvantitatív és kvalitatív módszereket ötvöző, problémafelvető vizsgálat. Az adatgyűjtés során kisebbséghez tartozó orvostanhallgatók és orvosok testi-lelki egészségét és tapasztalatait, továbbá orvostanhallgatók szexuális kisebbségekkel kapcsolatos attitűdjét vizsgáltam.

Az orvostanhallgatók körében egészségmagatartást tekintve a nők nagyobb arányban használtak nyugtatót, altatót, teljesítményfokozót, míg a kisebbséghez tartozó hallgatók inkább dohányoztak és használtak pszichofarmakonokat. A hallgatói mintán a kisebbséghez tartozás, az állapotszorongás, a reziliencia és az észlelt stressz együtt járt a magasabb kiégés pontszámmal. A kisebbséghez tartozó és a női hallgatók inkább tartották elterjednek az egyes kisebbségekkel kapcsolatos előítéletességet, szívesebben dolgoztak együtt más kisebbségekkel, fontosabbnak gondolták az egyetemi érzékenyítést és inkább tapasztaltak diszkriminációt az elmúlt évben, mint többségi csoporthoz tartozó társaik.

Az orvos mintán szintén magasnak mutatkozott a dohányzás, a pszichofarmakonok és az alkohol használata. A női orvosok és a kisebbséghez tartozók inkább dohányoznak, továbbá számos mentális egészséget mérő kérdőívben előnytelenebb eredményekkel voltak jellemezhetőek. Az orvos mintán nem mutatkozott szignifikáns különbség a kisebbséghez tartozó orvosok és a többségi orvosok kiégése között. A kiégés a többszemponos analízisben a magasabb észlelt stresszel és az alacsonyabb erőfeszítés/jutalom hányadossal mutatott együttjárást.

Az LMBT személyekkel kapcsolatos attitűdök és ismeretek tekintetében elfogadóbb attitűd és nagyobb tudás jellemezte a nőnemű, liberálisabb világnézetű, a kevésbé vallásos, a vallást nem gyakorló, valamint az LMBT ismerőssel rendelkező hallgatókat. Az angol program hallgatói elfogadóbban viszonyultak és több információval rendelkeztek az LMBT személyekkel kapcsolatban.

A leíró kvalitatív vizsgálat eredményeként fontosnak tartom, hogy az interjúalanyok a képzés találkoznak feljükk, vagy más kisebbséghez tartozók felé irányuló előítéletességgel, amelyet egy részről a társadalmi hatások következményének tulajdonítanak. Mind az egyetemi, mind a munkahelyi tapasztalataikkal összefüggésben megjelent beszámolóikban a rendszer merevségének, az ellátó túlterheltségének, a megélhetés nehézségének, valamint a hálapénz problémájának kérdése, utóbbihoz minden esetben negatívan viszonyultak.

9. Summary

My thesis contains several separate research. I combined both quantitative and qualitative methods to collect data on the health and experiences of minority medical students and physicians. I also investigated the attitudes of medical students towards sexual minorities. I found that a higher number of female students used psychopharmaceutics, while male students were more likely to smoke and drink regularly. Minority students were more likely to smoke and use psychoactive substances than their majority peers. Both minority and female students were more likely to experience discrimination in the past 12 months. Female and minority respondents have also found the prevalence of prejudices against minorities more frequent, they were more comfortable working with minority colleagues, while they found the efforts of universities to enhance equality less satisfying. Minority status, perceived stress, state anxiety and low resilience were associated with higher burnout.

Smoking, psychopharmaceutical use, and weekly alcohol consumption were high among physicians; female and minority physicians smoked more frequently than their male and majority colleagues. Both women and minorities were characterized by more unfavourable mental health characteristics and reported higher experienced discrimination over the past year, they also found it more comfortable to work with other minorities. However, most physicians, regardless of group identity and gender, claimed that the promotion of diversity in the workplace is not necessary.

Female students, and those with more liberal views, less rigorous religious tendencies and practice, as well as those with LGBT acquaintances, were characterized with more favourable attitudes and greater knowledge about sexual and gender minorities. English program students possessed more knowledge about LGBT people and have less homonegative attitudes.

In the qualitative part of my study, interviewees - regardless of personal characteristics - reported experiencing or witnessing mistreatment, prejudices and discrimination during their student and work life. They pointed out that these negative experiences were rooted in the social environment and the necessary hierarchy of medicine. Most of them emphasized the rigidity of medical education and speciality training, the overload of providers, as well as the financial difficulties, including and the problem of „under-the-table payments”; the latter was concerned as negative in each case.

Irodalomjegyzék

1. Györffy Z, Ádám S. (2004) Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle*, 3: 107-127.
2. Györffy Z, Girasek E. (2015) Kiégés a magyarországi orvosok körében. Kik a legveszélyeztetettebbek? *Orv Hetil*, 156: 564-570. doi:<https://doi.org/10.1556/oh.2015.30121>
3. Györffy Z, Dweik D, Girasek E. (2016) Workload, mental health and burnout indicators among female physicians. *Hum Resour Health*, 14: 12. doi:<https://doi.org/10.1186/s12960-016-0108-9>
4. Aiken LH, Sloane DM, Clarke S, Poghosyan L, Cho E, You L, Finlayson M, Kanai-Pak M, Aunguroch Y. (2011) Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries. *Int J Qual Health Care*, 23: 357-364. doi:<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr022>
5. Cimiotti JP, Aiken LH, Sloane DM, Wu ES. (2012) Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. *Am J Infect Control*, 40: 486-490. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2012.02.029>
6. Grover S, Adarsh H, Naskar C, Varadharajan N. (2018) Physician burnout: A review. *J Ment Health Hum Behav*, 23: 78. doi:https://doi.org/10.4103/jmhbb.jmhbb_47_19
7. Patel RS, Bachu R, Adikay A, Malik M, Shah M. (2018) Factors related to physician burnout and its consequences: A review. *Behav Sci*, 8: 98. doi:<https://doi.org/10.3390/bs8110098>
8. Mayer KH, Bradford JB, Makadon HJ, Stall R, Goldhammer H, Landers S. (2008) Sexual and gender minority health: what we know and what needs to be done. *Am J Public Health*, 98: 989-995. doi:<https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.127811>
9. Meyer IH. (2003) Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull*, 129: 674-697. doi:<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
10. Palepu A, Carr PL, Friedman RH, Ash AS, Moskowitz MA. (2000) Specialty choices, compensation, and career satisfaction of underrepresented minority faculty in academic medicine. *Acad Med*, 75: 157-160. doi:<https://doi.org/10.1097/00001888-200002000-00014>
11. Szél Z, Csekő C, Györffy Z. (2016) Láthatóság és életminőség - Nemzetközi szakirodalmi áttekintés az LMBTQ gyógyítók helyzetéről. *Lege artis medicinae*, 26: 11–18.
12. Beagan BL. (2003) 'Is this worth getting into a big fuss over?' Everyday racism in medical school. *Med Educ*, 37: 852-860. doi:<https://www.doi.org/10.1046/j.1365-2923.2003.01622.x>
13. Schatz B, O'Hanlan K, Rights AAoPfH. *Anti-gay discrimination in medicine : Results of a national survey of Lesbian, Gay and Bisexual physicians*. American Association of Physicians for Human Rights (AAPHR), San Francisco, CA, 1994.
14. Druzin P, Shrier I, Yacowar M, Rossignol M. (1998) Discrimination against gay, lesbian and bisexual family physicians by patients. *CMAJ*, 158: 593-597.
15. Peterson NB, Friedman RH, Ash AS, Franco S, Carr PL. (2004) Faculty self-reported experience with racial and ethnic discrimination in academic medicine. *J Gen Intern Med*, 19: 259-265.

16. Coombs AA, King RK. (2005) Workplace discrimination: experiences of practicing physicians. *J Natl Med Assoc*, 97: 467-477.
17. Carr PL, Palepu A, Szalacha L, Caswell C, Inui T. (2007) 'Flying below the radar': a qualitative study of minority experience and management of discrimination in academic medicine. *Med Educ*, 41: 601-609. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02771.x>
18. Woodford MR, Howell ML, Silverschanz P, Yu L. (2012) "That's so gay!": Examining the covariates of hearing this expression among gay, lesbian, and bisexual college students. *J Am Coll Health*, 60: 429-434. doi:<https://doi.org/10.1080/07448481.2012.673519>
19. Janjua MB, Inam H, Martins RS, Zahid N, Sattar AK, Khan SM, Khan S, Darbar A, Faruqui N, Akram S, Enam SA, Haider AH, Malik MA. (2020) Gender discrimination against female surgeons: A cross-sectional study in a lower-middle-income country. *Ann Med Surg*, 57: 157-162. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amsu.2020.07.033>
20. Rothwell C, Morrow G, Burford B, Illing J. (2013) Ways in which healthcare organisations can support overseas-qualified doctors in the UK. *Int J Med Educ*, 4: 75-82. doi:<https://doi.org/10.5116/ijme.515a.2231>
21. Palepu A, Carr PL, Friedman RH, Amos H, Ash AS, Moskowitz MA. (1998) Minority faculty and academic rank in medicine. *JAMA*, 280: 767-771.
22. Carlisle DM, Gardner JE, Liu H. (1998) The entry of underrepresented minority students into US medical schools: an evaluation of recent trends. *Am J Public Health*, 88: 1314-1318. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.88.9.1314>
23. Xierali IM, Castillo-Page L, Conrad S, Nivet MA. Analyzing physician workforce racial and ethnic composition associations: Geographic distribution (Part II). In: *AMA Analysis in brief* 14, 2014.
24. Xierali IM, Nivet MA, Fair MA. Analyzing physician workforce racial and ethnic composition associations: Physician specialties (Part I). In: *AMA Analysis in brief* 14, 2014.
25. McManus IC, Richards P, Winder BC, Sproston KA, Styles V. (1995) Medical school applicants from ethnic minority groups: identifying if and when they are disadvantaged. *BMJ*, 310: 496-500.
26. Brown T, Liu JX, Scheffler RM. (2009) Does the under- or overrepresentation of minority physicians across geographical areas affect the location decisions of minority physicians? *Health Serv Res*, 44: 1290-1308. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2009.00978.x>
27. Cantor JC, Miles EL, Baker LC, Barker DC. (1996) Physician service to the underserved: implications for affirmative action in medical education. *Inquiry*, 33: 167-180.
28. Komaromy M, Grumbach K, Drake M, Vranizan K, Keane D., Lurie N, Bindman AB. (1996) The role of Black and Hispanic physicians in providing health care for underserved population. *New Eng J Med*, 334: 1305-1310.
29. Marrast LM, Zallman L, Woolhandler S, Bor DH, McCormick D. (2014) Minority physicians' role in the care of underserved patients: diversifying the physician workforce may be key in addressing health disparities. *JAMA Intern Med*, 174: 289-291. doi:<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12756>

30. Grabovac I, Abramovic M, Komlenovic G, Milosevic M, Mustajbegovic J. (2014) Attitudes towards and knowledge about homosexuality among medical students in Zagreb. *Coll Antropol*, 38: 39-45.
31. Matharu K, Kravitz RL, McMahon GT, Wilson MD, Fitzgerald FT. (2012) Medical students' attitudes toward gay men. *BMC Med Educ*, 12: 71. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6920-12-71>
32. Banwari G, Mistry K, Soni A, Parikh N, Gandhi H. (2015) Medical students and interns' knowledge about and attitude towards homosexuality. *J Postgrad Med*, 61: 95-100. doi:<https://doi.org/10.4103/0022-3859.153103>
33. Chapman EN, Kaatz A, Carnes M. (2013) Physicians and implicit bias: how doctors may unwittingly perpetuate health care disparities. *J Gen Intern Med*, 28: 1504-1510. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-013-2441-1>
34. Chapman R, Watkins R, Zappia T, Nicol P, Shields L. (2012) Nursing and medical students' attitude, knowledge and beliefs regarding lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking health care for their children. *J Clin Nurs*, 21: 938-945. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.03892.x>
35. Burgess DJ, Burke SE, Cunningham BA, Dovidio JF, Hardeman RR, Hou Y, Nelson DB, Perry SP, Phelan SM, Yeazel MW, van Ryn M. (2016) Medical students' learning orientation regarding interracial interactions affects preparedness to care for minority patients: a report from Medical Student CHANGES. *BMC Med Educ*, 16: 254. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0769-z>
36. FitzGerald C, Hurst S. (2017) Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*, 18: 19. doi:<https://doi.org/10.1186/s12910-017-0179-8>
37. Lopes L, Gato J, Esteves M. (2016) Portuguese medical students' knowledge and attitudes towards homosexuality. *Acta médica portuguesa*, 29: 684-693.
38. Keshet Y, Popper-Giveon A. (2017) Race-based experiences of ethnic minority health professionals: Arab physicians and nurses in Israeli public healthcare organizations. *Ethn Health*: 1-18. doi:<https://doi.org/10.1080/13557858.2017.1280131>
39. Morgan RC. (1997) Minority physicians: educating and preparing for the changing face of health care. *J Natl Med Assoc*, 89: 301-305.
40. Cohen JJ. (1997) Improving America's health status through a more diverse physician workforce. *Acad Med*, 72: 130.
41. Johnson JC, Jayadevappa R, Taylor L, Askew A, Williams B, Johnson B. (1998) Extending the pipeline for minority physicians: a comprehensive program for minority faculty development. *Acad Med*, 73: 237-244.
42. Tervalon M, Murray-García J. (1998) Cultural humility versus cultural competence: a critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved*, 9: 117-125. doi:<https://doi.org/10.1353/hpu.2010.0233>
43. Hargraves JL, Stoddard JJ, Trude S. (2001) Minority physicians' experiences obtaining referrals to specialists and hospital admissions. *MedGenMed*, 3: 10.
44. Glymour MM, Saha S, Bigby J. (2004) Physician race and ethnicity, professional satisfaction, and work-related stress: results from the Physician Worklife Study. *J Natl Med Assoc*, 96: 1283-1289, 1294.

45. Puljak L, Kojundzic SL, Sapunar D. (2008) Gender and academic medicine: a good pipeline of women graduates is not advancing. *Teach Learn Med*, 20: 273-278. doi:<https://doi.org/10.1080/10401330802199617>
46. Nunez-Smith M, Curry LA, Berg D, Krumholz HM, Bradley EH. (2008) Healthcare workplace conversations on race and the perspectives of physicians of African descent. *J Gen Intern Med*, 23: 1471-1476. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-008-0709-7>
47. Bailey JA, Willies-Jacobo LJ. (2012) Are disadvantaged and underrepresented minority applicants more likely to apply to the program in medical education-health equity? *Acad Med*, 87: 1535-1539. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31826d6220>
48. Rodriguez JE, Campbell KM, Fogarty JP, Williams RL. (2014) Underrepresented minority faculty in academic medicine: a systematic review of URM faculty development. *Fam Med*, 46: 100-104.
49. Woodford MR, Kulick A, Atteberry B. (2015) Protective factors, campus climate, and health outcomes among sexual minority college students. *J Divers High Educ*, 8: 73-87. doi:<https://doi.org/10.1037/a0038552>
50. Laurie T, Khan R. (2017) The concept of minority for the study of culture. *Continuum*, 31: 92-103. doi:<https://doi.org/10.1080/10304312.2016.1264110>
51. Meyers B. (1984) Minority group: An ideological formulation*. *Soc Probl*, 32: 1-15. doi:<https://doi.org/10.2307/800258>
52. Viladrich A, Loue S. *Minority Identity Development*. In: Loue S (szerk.), *Sexualities and Identities of Minority Women*. Springer, New York, NY, 2009: 1-17. doi:https://doi.org/10.1007/978-0-387-75657-8_1
53. Bigazzi S. Előítéletek. In: Varga A (szerk.), *Esélyegyenlőség a mai Magyarországon*. PTE BTK NTI, Pécs, 2013: 15-36.
54. Harris M. (1959) Caste, class, and minority. *Soc Forces*, 37: 248-254. doi:<https://doi.org/10.2307/2572971>
55. Folkman S. (1984) Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *J Pers Soc Psychol*, 46: 839.
56. Bruce D, Harper GW, Bauermeister JA. (2015) Minority stress, positive identity development, and depressive symptoms: Implications for resilience among sexual minority male youth. *Psychol Sex Orientat Gen Divers*, 2: 287-296. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000128>
57. Kelleher C. (2009) Minority stress and health: Implications for lesbian, gay, bisexual, transgender, and questioning (LGBTQ) young people. *Couns Psychol Q*, 22: 373-379. doi:<https://doi.org/10.1080/09515070903334995>
58. Mereish EH, Peters JR, Yen S. (2019) Minority stress and relational mechanisms of suicide among sexual minorities: Subgroup differences in the associations between heterosexist victimization, shame, rejection sensitivity, and suicide risk. *Suicide Life Threat Behav*, 49: 547-560. doi:<https://doi.org/10.1111/sltb.12458>
59. Mays VM, Cochran SD. (2001) Mental health correlates of perceived discrimination among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health*, 91: 1869-1876.
60. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. (2019) Understanding how discrimination can affect health. *Health Serv Res*, 54 Suppl 2: 1374-1388. doi:<https://doi.org/10.1111/1475-6773.13222>

61. Balsam KF, Molina Y, Blayney JA, Dillworth T, Zimmerman L, Kaysen D. (2015) Racial/ethnic differences in identity and mental health outcomes among young sexual minority women. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 21: 380-390. doi:<https://doi.org/10.1037/a0038680>
62. Whitehead J, Shaver J, Stephenson R. (2016) Outness, stigma, and primary health care utilization among rural LGBT populations. *PLoS One*, 11: e0146139. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146139>
63. Arnold EA, Rebchook GM, Kegeles SM. (2014) ‘Triply cursed’: racism, homophobia and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among young Black gay men. *Cult Health Sex*, 16: 710-722. doi:<https://doi.org/10.1080/13691058.2014.905706>
64. Sebestyén Z. (2016) Az interszekcionalitás elméleti megközelítései. *Metszetek*, 5. doi:<https://doi.org/10.18392/METSZ/2016/2/3>
65. Russell ST, Fish JN. (2016) Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annu Rev Clin Psychol*, 12: 465-487. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
66. Ghabrial MA. (2017) “Trying to figure out where we belong”: Narratives of racialized sexual minorities on community, identity, discrimination, and health. *Sex Res Social Policy*, 14: 42-55. doi:<https://doi.org/10.1007/s13178-016-0229-x>
67. McConnell EA, Janulis P, Phillips Gn, Truong R, Birkett M. (2018) Multiple minority stress and LGBT community resilience among sexual minority men. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*, 5: 1-12. doi:<https://doi.org/10.1037/sgd0000265>
68. Kulich C, de Lemus S, Kosakowska-Berezecka N, Lorenzi-Cioldi F. (2017) Editorial: Multiple identities management: Effects on (of) identification, attitudes, behavior and well-being. *Front Psychol*, 8. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02258>
69. Díaz RM, Ayala G, Bein E, Henne J, Marin BV. (2001) The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: findings from 3 US cities. *Am J Public Health*, 91: 927-932. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.927>
70. Orom H, Semalulu T, Underwood W, 3rd. (2013) The social and learning environments experienced by underrepresented minority medical students: a narrative review. *Acad Med*, 88: 1765-1777. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182a7a3af>
71. Owens J, Massey DS. (2011) Stereotype threat and college academic performance: A latent variables approach. *Soc Sci Res*, 40: 150-166. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.09.010>
72. Woolf K, McManus IC, Potts HW, Dacre J. (2013) The mediators of minority ethnic underperformance in final medical school examinations. *Br J Educ Psychol*, 83: 135-159. doi:<https://doi.org/10.1111/j.2044-8279.2011.02060.x>
73. Smith ER, Mackie DM, Claypool HM. 5. Csoportok észlelése. In: *Szociálpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2016: 213-276.
74. Smith ER, Mackie DM, Claypool HM. 6. Társas identitás. In: *Szociálpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2016: 277-328.
75. Hatzenbuehler ML. (2009) How does sexual minority stigma “get under the skin”? A psychological mediation framework. *Psychol Bull*, 135: 707-730. doi:<https://doi.org/10.1037/a0016441>

76. Major B, Mendes WB, Dovidio JF. (2013) Intergroup relations and health disparities: A social psychological perspective. *Health Psychol*, 32: 514-524. doi:<https://doi.org/10.1037/a0030358>
77. Major B, O'Brien LT. (2005) The social psychology of stigma. *Annu Rev Psychol*, 56: 393-421. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070137>
78. Schmader T, Johns M, Forbes C. (2008) An integrated process model of stereotype threat effects on performance. *Psychol Rev*, 115: 336-356. doi:<https://doi.org/10.1037/0033-295x.115.2.336>
79. Mereish EH, Poteat VP. (2015) A relational model of sexual minority mental and physical health: The negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *J Couns Psychol*, 62: 425-437. doi:<https://doi.org/10.1037/cou0000088>
80. Abdou CM, Fingerhut AW. (2014) Stereotype threat among Black and White women in health care settings. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 20: 316-323. doi:<https://doi.org/10.1037/a0036946>
81. Dorvil C. Stereotype threat and minority students' academic achievement. Doktori Disszertáció. Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Philadelphia, 2011.
82. Cadinu M, Maass A, Frigerio S, Impagliazzo L, Latinotti S. (2003) Stereotype threat: The effect of expectancy on performance. *Eur J Soc Psychol*, 33: 267-285. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/ejsp.145>
83. Calabrese SK, Meyer IH, Overstreet NM, Haile R, Hansen NB. (2015) Exploring discrimination and mental health disparities faced by Black sexual minority women using a minority stress framework. *Psychol Women Q*, 39: 287-304. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0361684314560730>
84. Breakwell GM. *Coping with threatened identities*. Psychology Press, Hove, 2015 [1986].
85. Serdült S. A csoportközi viszonyok rendszerszintű megközelítése. Doktori Disszertáció. Pécsi Tudományegyetem - Bölcsészettudományi Kar, Pécs, 2020.
86. Bigazzi S. Tudás és kontextus: a szociális reprezentáció elmélete. In: Varga A (szerk.), *A nevelésszociológia alapjai*. PTE BTK NTI Romológia és Nevelésszociológia Tanszék Wlislócki Henrik Szakkollégium, Budapest, 2015: 49-77.
87. Rosen BC. (1984) *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology.*, Henri Tajfel. *Am J Sociol*, 90: 209-211.
88. Tajfel H, Turner JC. An integrative theory of intergroup conflict. In: Austin WG, Worchel S (szerk.), *The social psychology of intergroup relations*. Brooks/Cole, Monterey, CA, 1979.
89. Bardi A, Jaspal R, Polek E, Schwartz SH. Values and Identity Process Theory: theoretical integration and empirical interactions. In: Breakwell GM, Jaspal R (szerk.), *Identity Process Theory: Identity, Social Action and Social Change*. Cambridge University Press, Cambridge, 2014: 175-200.
90. Albert J. (2002) A fenyegetett identitással való megküzdés. *Tudásmenedzsment: A Pécsi Tudományegyetem TTK Felnőttképzési és Emberi Erőforrás Fejlesztési Intézetének periodikája*, III.: 14-20.
91. Petriglieri JL. (2011) Under threat: responses to and the consequences of threats to individuals' identities. *Acad Manage Rev*, 36: 641-662.
92. Breakwell GM. (1988) Strategies adopted when identity is threatened. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 1: 189-203.

93. Pascoe EA, Smart Richman L. (2009) Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychol Bull*, 135: 531-554. doi:<https://doi.org/10.1037/a0016059>
94. Elliott MN, Kanouse DE, Burkhart Q, Abel GA, Lyratzopoulos G, Beckett MK, Schuster MA, Roland M. (2015) Sexual minorities in England have poorer health and worse health care experiences: a national survey. *J Gen Intern Med*, 30: 9-16. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-014-2905-y>
95. Wing SD, Capodilupo CM, Torino GC, Bucceri JM, Holder AMB, Nadal KL, Esquilin M. (2007) Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *Am Psychol*, 62: 271-286. doi:<https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
96. Dombos T, Takács J, P. Tóth T, Mocsonaki L. Az LMBT emberek magyarországi helyzetének rövid áttekintése [Short review of the Hungarian situation of LGBT people] [Hungarian]. In: Takács J (szerk.), Homofóbia Magyarországon. L'Harmattan, Budapest, 2011: 35-54.
97. Faix-Prukner C, Rózsa K. A leszbikus, meleg és biszexuális emberek tapasztalatai az egészségügyben Magyarországon. Háttér Társaság, Budapest, 2015.
98. van der Star A, Branstrom R. (2015) Acceptance of sexual minorities, discrimination, social capital and health and well-being: a cross-European study among members of same-sex and opposite-sex couples. *BMC Public Health*, 15: 812. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2148-9>
99. Bränström R, Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. (2016) Sexual orientation disparities in physical health: age and gender effects in a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51: 289-301. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-015-1116-0>
100. Alegría M, Canino G, Ríos R, Vera M, Calderón J, Rusch D, Ortega AN. (2002) Inequalities in use of specialty mental health services among Latinos, African Americans, and non-Latino whites. *Psychiatr Serv*, 53: 1547-1555. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.12.1547>
101. Penman-Aguilar A, Talih M, Huang D, Moonesinghe R, Bouye K, Beckles G. (2016) Measurement of health disparities, health inequities, and social determinants of health to support the advancement of health equity. *JPHMP*, 22 Suppl 1: S33-S42. doi:<https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000000373>
102. Hidasi B. TransCare 2014 - documentation of discrimination in the field of health of trans people in Hungary: research report. Transvanilla Transgender Association, Budapest, 2014.
103. Gubán Z, Csekő C, Szél Z. (2021) Testi-lelki egészség és egészségmagatartás a szexuális és nemi kisebbségek körében – Szakirodalmi összefoglaló tanulmány. LAM (Lege Artis Medicinæ), [in press].
104. Kósa Z, Moravcsik-Kornyicki Á, Diószegi J, Roberts B, Szabó Z, Sándor J, Ádány R. (2015) Prevalence of metabolic syndrome among Roma: a comparative health examination survey in Hungary. *Eur J Public Health*, 25: 299-304. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/cku157>
105. Soltész B, Pikó P, Sándor J, Kósa Z, Ádány R, Fiala S. (2020) The genetic risk for hypertension is lower among the Hungarian Roma population compared to the general population. *PLoS One*, 15: e0234547. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234547>

106. Pikó P, Fiatal S, Kósa Z, Sándor J, Ádány R. (2019) Increased risk of Roma for 10-year development of CVDs based on Framingham Risk Score calculation. *Eur J Public Health*, 29. doi:<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz187.067>
107. Holm JE, Vogeltanz-Holm N, Poltavski D, McDonald L. (2010) Assessing health status, behavioral risks, and health disparities in American Indians living on the northern plains of the U.S. *Public Health Rep*, 125: 68-78. doi:<https://doi.org/10.1177/003335491012500110>
108. Gorman BK, Chu M. (2009) Racial and ethnic differences in adult asthma prevalence, problems, and medical care. *Ethn Health*, 14: 527-552. doi:<https://doi.org/10.1080/13557850902954195>
109. Niakouei A, Tehrani M, Fulton L. (2020) Health disparities and cardiovascular disease. *Healthcare*, 8: 65. doi:<https://doi.org/10.3390/healthcare8010065>
110. Ádány R, Pikó P, Fiatal S, Kósa Z, Sándor J, Bíró É, Kósa K, Paragh G, Bácsné Bába É, Veres-Balajti I, Bíró K, Varga O, Balázs M. (2020) Prevalence of Insulin Resistance in the Hungarian General and Roma Populations as Defined by Using Data Generated in a Complex Health (Interview and Examination) Survey. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17: 4833. doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph17134833>
111. Parry G, Van Cleemput P, Peters J, Walters S, Thomas K, Cooper C. (2007) Health status of Gypsies and Travellers in England. *J Epidemiol Community Health*, 61: 198. doi:<https://doi.org/10.1136/jech.2006.045997>
112. Dobranici M, Buzea A, Popescu R. (2012) The cardiovascular risk factors of the Roma (gypsies) people in Central-Eastern Europe: a review of the published literature. *J Med Life*, 5: 382-389.
113. Kiss A, Andó R, Fritz P, Lakner Z. (2020) Az elhízás jelenlegi és prognosztizált betegségterhe a magyarországi romák körében II. *Orv Hetil*, 161: 1137-1145. doi:<https://doi.org/10.1556/650.2020.31721>
114. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Keyes KM. (2010) Responses to discrimination and psychiatric disorders among Black, Hispanic, female, and lesbian, gay, and bisexual individuals. *Am J Public Health*, 100: 1477-1484. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.2009.181586>
115. Paulik E, Nagymajtényi L, Easterling D, Rogers T. (2011) Smoking behaviour and attitudes of Hungarian Roma and non-Roma population towards tobacco control policies. *Int J Public Health*, 56: 485-491. doi:<https://doi.org/10.1007/s00038-011-0252-x>
116. Pittman DM, Brooks JJ, Paramjit K, Ezemenari MO. (2017) The cost of minority stress: Risky alcohol use and coping-motivated drinking behavior in African American college students. *J Ethn Subst Abuse*, 18: 257-278. doi:<https://doi.org/10.1080/15332640.2017.1336958>
117. Sándor J, Kósa Z, Boruzs K, Boros J, Tokaji I, McKee M, Ádány R. (2017) The decade of Roma Inclusion: did it make a difference to health and use of health care services? *Int J Public Health*, 62: 803-815. doi:<https://doi.org/10.1007/s00038-017-0954-9>
118. Reisner SL, Pardo ST, Gamarel KE, White Hughto JM, Pardee DJ, Keo-Meier CL. (2015) Substance-use to cope with stigma in healthcare among U.S. female-to-male trans masculine adults. *LGBT Health*, 2: 324-332. doi:<https://doi.org/10.1089/lgbt.2015.0001>

119. Mereish EH, O'Cleirigh C, Bradford JB. (2014) Interrelationships between LGBT-based victimization, suicide, and substance use problems in a diverse sample of sexual and gender minorities. *Psychol Health Med*, 19: 1-13. doi:<https://doi.org/10.1080/13548506.2013.780129>
120. Mustanski BS, Garofalo R, Emerson EM. (2010) Mental health disorders, psychological distress, and suicidality in a diverse sample of lesbian, gay, bisexual, and transgender youths. *Am J Public Health*, 100: 2426-2432. doi:<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.178319>
121. Green AR, Carney DR, Pallin DJ, Ngo LH, Raymond KL, Iezzoni LI, Banaji MR. (2007) Implicit bias among physicians and its prediction of thrombolysis decisions for Black and White patients. *J Gen Intern Med*, 22: 1231-1238. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-007-0258-5>
122. Kreling MCGD, Pimenta CAM, Garanhani ML. (2014) Racial discrimination in pain management. *Revista Dor*, 15: 230-235.
123. Lord B, Cui J, Kelly AM. (2009) The impact of patient sex on paramedic pain management in the prehospital setting. *Am J Emerg Med*, 27: 525-529. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2008.04.003>
124. Heins JK, Heins A, Grammas M, Costello M, Huang K, Mishra S. (2006) Disparities in analgesia and opioid prescribing practices for patients with musculoskeletal pain in the emergency department. *J Emerg Nurs*, 32: 219-224. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jen.2006.01.010>
125. Michael GE, Sporer KA, Youngblood GM. (2007) Women are less likely than men to receive prehospital analgesia for isolated extremity injuries. *Am J Emerg Med*, 25: 901-906. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2007.02.001>
126. Hoffmann DE, Tarzian AJ. (2001) The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain. *J Law Med Ethics*, 29: 13-27. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1748-720x.2001.tb00037.x>
127. Meghani SH, Byun E, Gallagher RM. (2012) Time to take stock: a meta-analysis and systematic review of analgesic treatment disparities for pain in the United States. *Pain Med*, 13: 150-174. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01310.x>
128. Magyari-Vincze E. Social exclusion at the crossroads of gender, ethnicity and class: a view through romani women's reproductive health. International Policy Fellowship Program - Open Society Institute, Budapest, 2006.
129. Chapman KR, Tashkin DP, Pye DJ. (2001) Gender bias in the diagnosis of COPD. *Chest*, 119: 1691-1695. doi:<https://doi.org/10.1378/chest.119.6.1691>
130. Madan AK, Aliabadi-Wahle S, Beech DJ. (2001) Age bias: a cause of underutilization of breast conservation treatment. *J Cancer Educ*, 16: 29-32. doi:<https://doi.org/10.1080/08858190109528720>
131. Madan AK, Cooper L, Gratzner A, Beech DJ. (2006) Ageism in breast cancer surgical options by medical students. *Tenn Med*, 99: 37-38, 41.
132. Sabin J, Nosek BA, Greenwald A, Rivara FP. (2009) Physicians' implicit and explicit attitudes about race by MD race, ethnicity, and gender. *J Health Care Poor Underserved*, 20: 896-913. doi:<https://doi.org/10.1353/hpu.0.0185>
133. Cunha M, Taveira A, Ribeiro D, Esteves G, Soares J, Carvalho T. (2017) Health support directed at lesbian, gay and bisexuals: Socio-demographic context and education. *Procedia Soc Behav Sci*, 237: 261-267. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.073>

134. Jones MK, Pynor RA, Sullivan G, Weerakoon P. (2002) A study of attitudes toward sexuality issues among health care students in australia. *J Lesbian Stud*, 6: 73-86. doi:https://doi.org/10.1300/J155v06n03_07
135. Dunjic-Kostic B, Pantovic M, Vukovic V, Randjelovic D, Totic-Poznanovic S, Damjanovic A, Jasovic-Gasic M, Ivkovic M. (2012) Knowledge: a possible tool in shaping medical professionals' attitudes towards homosexuality. *Psychiatr Danub*, 24: 143-151.
136. Szél Z, Kiss D, Török Z, Gyarmathy VA. (2019) Hungarian medical students' knowledge about and attitude toward homosexual, bisexual, and transsexual individuals. *J Homosex*: 1-18. doi:<https://doi.org/10.1080/00918369.2019.1600898>
137. Sopoaga F, Zaharic T, Kokaua J, Covello S. (2017) Training a medical workforce to meet the needs of diverse minority communities. *BMC Med Educ*, 17: 19. doi:<https://doi.org/10.1186/s12909-017-0858-7>
138. Beach MC, Price EG, Gary TL, Robinson KA, Gozu A, Palacio A, Smarth C, Jenckes MW, Feuerstein C, Bass EB, Powe NR, Cooper LA. (2005) Cultural competence: a systematic review of health care provider educational interventions. *Med Care*, 43: 356-373. doi:<https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000156861.58905.96>
139. White-Means S, Zhiyong D, Hufstader M, Brown LT. (2009) Cultural competency, race, and skin tone bias among pharmacy, nursing, and medical students: implications for addressing health disparities. *Med Care Res Rev*, 66: 436-455. doi:<https://doi.org/10.1177/1077558709333995>
140. Kools S, Chimwaza A, Macha S. (2014) Cultural humility and working with marginalized populations in developing countries. *Glob Health Promot*, 22. doi:<https://doi.org/10.1177/1757975914528728>
141. Foronda C, Baptiste DL, Reinholdt MM, Ousman K. (2016) Cultural humility: A concept analysis. *J Transcult Nurs*, 27: 210-217. doi:<https://doi.org/10.1177/1043659615592677>
142. Prasad SJ, Nair P, Gadhvi K, Barai I, Danish HS, Philip AB. (2016) Cultural humility: treating the patient, not the illness. *Med Educ Online*, 21: 30908-30908. doi:<https://doi.org/10.3402/meo.v21.30908>
143. Bennett M, Bennett J. Chapter 6 - Developing Intercultural Sensitivity: An Intercultural Approach to Global and Domestic Diversity. In: Landis D, Bennett J, Bennet M (szerk.), *The handbook of intercultural training*, Third Edition. Thousand Oaks, CA: Sage, 2020: 147-165. doi:<http://dx.doi.org/10.4135/9781452231129>
144. Baráth Á. (2019) Kulturális kompetencia és szociális munka. *Esély: Társadalom és Szociálpolitika*, 30: 110-128. doi:<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.32390.01602>
145. Cross TL, Bazron BJ, Dennis KW, Isaacs MR. *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. (Benjamin MP szerk.). CASSP Technical Assistance Center, Washington, 1989.
146. Ortega RM, Faller KC. (2011) Training child welfare workers from an intersectional cultural humility perspective: a paradigm shift. *Child Welfare*, 90: 27-49.

147. Tascon S, Gatwiri K. (2020) Towards cultural humility: Theorising cultural competence as institutionalised whiteness. *Social Work & Policy Studies: Social Justice, Practice and Theory*, 3.
148. Fallin-Bennett K. (2015) Implicit bias against sexual minorities in medicine: cycles of professional influence and the role of the hidden curriculum. *Acad Med*, 90: 549-552. doi:<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000662>
149. Rondahl G. (2011) Heteronormativity in health care education programs. *Nurse Educ Today*, 31: 345-349. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2010.07.003>
150. Mahood SC. (2011) Medical education: Beware the hidden curriculum. *Can Fam Physician*, 57: 983-985.
151. Nyquist JG. (2016) The hidden curriculum in health professional education. *J Chiropr Educ*, 30: 48-49. doi:<https://doi.org/10.7899/JCE-15-20>
152. Murphy M. (2014) Hiding in plain sight: the production of heteronormativity in medical education. *J Contemp Ethnogr*, 45: 256-289. doi:<https://doi.org/10.1177/0891241614556345>
153. Lawrence C, Stewart K, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. (2017) The hidden curricula of medical education: A scoping review. *Acad Med*, 93: 1. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002004>
154. Cheng LF, Yang HC. (2015) Learning about gender on campus: an analysis of the hidden curriculum for medical students. *Med Educ*, 49: 321-331. doi:<https://doi.org/10.1111/medu.12628>
155. Vaidyanathan B. (2015) Professional socialization in medicine. *AMA Journal of Ethics*, 17: 160-166. doi:<https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2015.17.2.msoc1-1502>
156. Devine PG. (1989) Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *J Pers Soc Psychol*, 56: 5-18. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.1.5>
157. Bigler RS, Liben LS. (2006) A developmental intergroup theory of social stereotypes and prejudice. *Adv Child Dev Behav*, 34: 39-89. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/s0065-2407\(06\)80004-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0065-2407(06)80004-2)
158. Newheiser A, Olson KR. (2012) White and Black American children's implicit intergroup bias. *J Exp Soc Psychol*, 48: 264-270. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jesp.2011.08.011>
159. Baron AS, Banaji MR. (2006) The development of implicit attitudes. Evidence of race evaluations from ages 6 and 10 and adulthood. *Psychol Sci*, 17: 53-58. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01664.x>
160. Cooper LA, Roter DL, Carson KA, Beach MC, Sabin JA, Greenwald AG, Inui TS. (2012) The associations of clinicians' implicit attitudes about race with medical visit communication and patient ratings of interpersonal care. *Am J Public Health*, 102: 979-987. doi:<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300558>
161. Sabin JA, Marini M, Nosek BA. (2012) Implicit and explicit anti-fat bias among a large sample of medical doctors by BMI, race/ethnicity and gender. *PLoS One*, 7: e48448. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048448>
162. Sabin JA, Riskind RG, Nosek BA. (2015) Health Care Providers' Implicit and Explicit Attitudes Toward Lesbian Women and Gay Men. *Am J Public Health*, 105: 1831-1841. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.2015.302631>
163. Shen MJ, Peterson EB, Costas-Muniz R, Hernandez MH, Jewell ST, Matsoukas K, Bylund CL. (2017) The effects of race and racial concordance on patient-

- physician communication: A systematic review of the literature. *J Racial Ethn Health Disparities*. doi:<https://doi.org/10.1007/s40615-017-0350-4>
164. Sabin JA, Rivara FP, Greenwald AG. (2008) Physician implicit attitudes and stereotypes about race and quality of medical care. *Med Care*, 46: 678-685.
 165. Terrell C, Beaudreau J. (2003) 3000 by 2000 and beyond: next steps for promoting diversity in the health professions. *J Dent Educ*, 67: 1048-1052.
 166. Xierali IM, Nivet MA, Gaglioti AH, Liaw WR, Bazemore AW. (2017) Increasing Family Medicine Faculty Diversity Still Lags Population Trends. *J Am Board Fam Med*, 30: 100-103. doi:<https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.01.160211>
 167. Physicians RCo. Medical CCT class of 2017 (2018 survey results). London, 2019.
 168. Odom KL, Roberts LM, Johnson RL, Cooper LA. (2007) Exploring obstacles to and opportunities for professional success among ethnic minority medical students. *Acad Med*, 82: 146-153. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31802d8f2c>
 169. Townsend MH, Wallick MM, Cambre KM. (1996) Follow-up survey of support services for lesbian, gay, and bisexual medical students. *Acad Med*, 71: 1012-1014.
 170. Lempp H, Seale C. (2006) Medical students' perceptions in relation to ethnicity and gender: a qualitative study. *BMC Med Educ*, 6: 17. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6920-6-17>
 171. Leyerzapf H, Abma T. (2017) Cultural minority students' experiences with intercultural competency in medical education. *Med Educ*, 51: 521-530. doi:<https://doi.org/10.1111/medu.13302>
 172. Desbiens NA, Vidaillet HJ, Jr. (2010) Discrimination against international medical graduates in the United States residency program selection process. *BMC Med Educ*, 10: 5. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-5>
 173. Freeman BK, Landry A, Trevino R, Grande D, Shea JA. (2016) Understanding the Leaky Pipeline: Perceived Barriers to Pursuing a Career in Medicine or Dentistry Among Underrepresented-in-Medicine Undergraduate Students. *Acad Med*, 91: 987-993. doi:<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001020>
 174. Mahoney MR, Wilson E, Odom KL, Flowers L, Adler SR. (2008) Minority faculty voices on diversity in academic medicine: perspectives from one school. *Acad Med*, 83: 781-786. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31817ec002>
 175. Lapinski J, Sexton P. (2014) Still in the closet: the invisible minority in medical education. *BMC Med Educ*, 14: 171. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-171>
 176. Grbic D, Sondheimer H. (2014) Personal well-being among medical students: Findings from an AAMC pilot survey. *AAMC Analysis in Brief*, 14.
 177. Przedworski JM, Dovidio JF, Hardeman RR, Phelan SM, Burke SE, Ruben MA, Perry SP, Burgess DJ, Nelson DB, Yeazel MW, Knudsen JM, van Ryn M. (2015) A comparison of the mental health and well-being of sexual minority and heterosexual first-year medical students: A report from the medical student CHANGE study. *Acad Med*, 90: 652-659. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000658>
 178. Dickins K, Levinson D, Smith SG, Humphrey HJ. (2013) The minority student voice at one medical school: lessons for all? *Acad Med*, 88: 73-79. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182769513>

179. Nivet MA. (2010) Minorities in academic medicine: Review of the literature. *J Vasc Surg*, 51: S53-S58. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jvs.2009.09.064>
180. Guevara JP, Adanga E, Avakame E, Carthon MB. (2013) Minority faculty development programs and underrepresented minority faculty representation at U.S. medical schools. *JAMA*, 310: 2297-2304. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.2013.282116>
181. Cooper LA, Powe NR. Disparities in patient experiences, health care processes, and outcomes: The role of patient-provider racial, ethnic, and language concordance. In: Commonwealth Fund. Johns Hopkins University, New York, NY., 2004.
182. Lee M, Coulehan JL. (2006) Medical students' perceptions of racial diversity and gender equality. *Med Educ*, 40: 691-696. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2929.2006.02516.x>
183. Hung R, McClendon J, Henderson A, Evans Y, Colquitt R, Saha S. (2007) Student perspectives on diversity and the cultural climate at a U.S. medical school. *Acad Med*, 82: 184-192. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31802d936a>
184. Page KR, Castillo-Page L, Wright SM. (2011) Faculty diversity programs in U.S. medical schools and characteristics associated with higher faculty diversity. *Acad Med*, 86: 1221-1228. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31822c066d>
185. Reede JY. (2003) A recurring theme: the need for minority physicians. *Health Aff*, 22: 91-93.
186. Saha S, Freeman M, Toure J, Tippens KM, Weeks C, Ibrahim S. (2008) Racial and ethnic disparities in the VA health care system: a systematic review. *J Gen Intern Med*, 23: 654-671. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-008-0521-4>
187. Meghani SH, Brooks JM, Gipson-Jones T, Waite R, Whitfield-Harris L, Deatrick JA. (2009) Patient-provider race-concordance: does it matter in improving minority patients' health outcomes? *Ethn Health*, 14: 107-130. doi:<https://doi.org/10.1080/13557850802227031>
188. Czapka EA, Sagbakken M. (2016) "Where to find those doctors?" A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by Polish migrants in Norway. *BMC Health Serv Res*, 16: 460. doi:<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>
189. Betancourt JR. (2006) Eliminating racial and ethnic disparities in health care: what is the role of academic medicine? *Acad Med*, 81: 788-792.
190. Peek ME, Wilson SC, Bussey-Jones J, Lypson M, Cordasco K, Jacobs EA, Bright C, Brown AF. (2012) A study of national physician organizations' efforts to reduce racial and ethnic health disparities in the United States. *Acad Med*, 87: 694-700. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318253b074>
191. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C. (2009) Burnout: 35 Years of research and practice. *Career Dev Int*, 14. doi:<https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
192. Muheim F. Burnout: History of a Phenomenon. In: Bährer-Kohler S (szerk.), *Burnout for Experts: Prevention in the Context of Living and Working*. Springer US, 2013: 37-46. doi:https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4391-9_3
193. Kafry D, Pines A. (1980) The experience of tedium in life and work. *Hum Relat*, 33: 477-503. doi:<https://doi.org/10.1177/001872678003300703>
194. Maslach C. *Burnout - The Cost of Caring*. MA Malor Books, Cambridge, 2003.
195. Erschens R, Keifenheim KE, Herrmann-Werner A, Loda T, Schwille-Kiuntke J, Bugaj TJ, Nikendei C, Huhn D, Zipfel S, Junne F. (2018) Professional burnout

- among medical students: Systematic literature review and meta-analysis. *Med Teach*; 1-12. doi:<https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1457213>
196. Boni RADS, Paiva CE, de Oliveira MA, Lucchetti G, Fregnani JHTG, Paiva BSR. (2018) Burnout among medical students during the first years of undergraduate school: Prevalence and associated factors. *PLoS One*, 13: e0191746. doi:<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0191746>
 197. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. (2005) Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. *Mayo Clin Proc*, 80: 1613-1622. doi:<https://doi.org/10.4065/80.12.1613>
 198. Dyrbye LN, Thomas MR, Harper W, Massie FS, Power DV, Eacker A, Szydlo DW, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. (2009) The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. *Med Educ*, 43: 274-282. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2008.03282.x>
 199. Zhang Y, Gan Y, Cham H. (2007) Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analysis. *Pers Individ Differ*, 43: 1529-1540. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.04.010>
 200. Schaufeli WB, Martinez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. (2018) Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *J Cross Cult Psychol*, 33: 464-481.
 201. Reed DA, Shanafelt TD, Satele DW, Power DV, Eacker A, Harper W, Moutier C, Durning S, Massie FS, Thomas MR, Sloan JA, Dyrbye LN. (2011) Relationship of pass/fail grading and curriculum structure with well-being among preclinical medical students: a multi-institutional study. *Acad Med*, 86: 1367-1373. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182305d81>
 202. Dyrbye LN, Thomas MR, Power DV, Durning S, Moutier C, Massie FS, Harper W, Eacker A, Szydlo DW, Sloan JA, Shanafelt TD. (2010) Burnout and serious thoughts of dropping out of medical school: a multi-institutional study. *Acad Med*, 85: 94-102. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181c46aad>
 203. Lian P, Sun Y, Ji Z, Li H, Peng J. (2014) Moving away from exhaustion: how core self-evaluations influence academic burnout. *PLoS One*, 9: e87152. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087152>
 204. Støen Grotmol K, Gude T, Moum T, Vaglum P, Tyssen R. (2013) Risk factors at medical school for later severe depression: a 15-year longitudinal, nationwide study (NORDOC). *J Affect Disord*, 146: 106-111. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.047>
 205. Tyssen R, Dolatowski FC, Røvik JO, Thorkildsen RF, Ekeberg O, Hem E, Gude T, Grønvold NT, Vaglum P. (2007) Personality traits and types predict medical school stress: a six-year longitudinal and nationwide study. *Med Educ*, 41: 781-787. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02802.x>
 206. Jacobs SR, Dodd DK. (2013) Student burnout as a function of personality, social support, and workload. *J Coll Stud Dev*, 44: 291-303.
 207. Cecil J, McHale C, Hart J, Laidlaw A. (2014) Behaviour and burnout in medical students. *Med Educ Online*, 19: 25209. doi:<https://doi.org/10.3402/meo.v19.25209.eCollection2014>
 208. Cook AF, Arora VM, Rasinski KA, Curlin FA, Yoon JD. (2014) The prevalence of medical student mistreatment and its association with burnout. *Acad Med*, 89: 749-754. doi:<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000204>

209. Dyrbye LN, West CP, Satele D, Boone S, Tan L, Sloan J, Shanafelt TD. (2014) Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population. *Acad Med*, 89: 443-451. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000134>
210. Ishak W, Nikraves R, Lederer S, Perry R, Ogunyemi D, Bernstein C. (2013) Burnout in medical students: a systematic review. *Clin Teach*, 10: 242-245. doi:<https://doi.org/10.1111/tct.12014>
211. Lapinski J, Yost M, Sexton P, LaBaere RJ, 2nd. (2016) Factors modifying burnout in osteopathic medical students. *Acad Psychiatry*, 40: 55-62. doi:<https://doi.org/10.1007/s40596-015-0375-0>
212. Rautio A, Sunnari V, Nuutinen M, Laitala M. (2005) Mistreatment of university students most common during medical studies. *BMC Med Educ*, 5: 36. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-36>
213. Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, Power DV, Eacker A, Harper W, Durning S, Moutier C, Szydlo DW, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. (2008) Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med*, 149: 334-341. doi:<https://doi.org/10.7326/0003-4819-149-5-200809020-00008>
214. Silver HK. (1982) Medical students and medical school. *JAMA*, 247: 309-310.
215. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, Mata DA. (2018) Prevalence of burnout among physicians: A systematic review. *JAMA*, 320: 1131-1150. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
216. Glass DC, McKnight JD. (1996) Perceived control, depressive symptomatology, and professional burnout: A review of the evidence. *Psychol Health*, 11: 23-48. doi:<https://doi.org/10.1080/08870449608401975>
217. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. (2006) Burnout and risk of cardiovascular disease: evidence, possible causal paths, and promising research directions. *Psychol Bull*, 132: 327-353. doi:<https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.3.327>
218. Ekstedt M, Söderström M, Akerstedt T, Nilsson J, Søndergaard HP, Aleksander P. (2006) Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scand J Work Environ Health*, 32: 121-131. doi:<https://doi.org/10.5271/sjweh.987>
219. Brand S, Beck J, Hatzinger M, Harbaugh A, Ruch W, Holsboer-Trachsler E. (2010) Associations between satisfaction with life, burnout-related emotional and physical exhaustion, and sleep complaints. *World J Biol Psychiatry*, 11: 744-754. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/15622971003624205>
220. Grossi G, Perski A, Evengård B, Blomkvist V, Orth-Gomér K. (2003) Physiological correlates of burnout among women. *J Psychosom Res*, 55: 309-316. doi:[https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00633-5](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00633-5)
221. Dyrbye LN, Thomas MR, Huschka MM, Lawson KL, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. (2006) A multicenter study of burnout, depression, and quality of life in minority and nonminority US medical students. *Mayo Clin Proc*, 81: 1435-1442. doi:<https://doi.org/10.4065/81.11.1435>
222. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. (2006) Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among U.S. and Canadian medical students. *Acad Med*, 81: 354-373. doi:<https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>
223. Eurobarometer. Diszkrimináció az EU-ban 2015-ben. In: Eurobarometer 83.4 magyarországi eredmények. Európai Bizottság, Budapest, 2015.

224. Hazag A, Major J, Ádám S. (2010) A hallgatói kiégés szindróma mérése : A Maslach Kiégés-teszt Hallgatói Változatának (MBI-SS) validálása hazai mintán. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11. doi:<https://doi.org/10.1556/Mental.11.2010.2.4>
225. Ádám S, Hazag A. (2013) Magas a kiégés prevalenciája magyar orvostanhallgatók között: az elmélyülés és pozitív szülői attitűdök mint lehetséges protektív tényezők. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 14: 1-23. doi:<https://doi.org/10.1556/Mental.14.2013.1.1>
226. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. (2002) The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*, 64: 258-266. doi:<https://doi.org/10.1097/00006842-200203000-00008>
227. Cserháti Z, Stauder A. Szubjektív testi tünetek és szomatizáció. In: Kopp M (szerk.), *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
228. Jarai R, Vajda D, Hargitai R, Nagy L, Csókási K, Kiss EC. (2015) A Connor - Davidson Reziliencia Kérdőív 10 ítemes változatának jellemzői. *Alkalmazott Pszichológia*, 15: 129-136. doi:<https://doi.org/10.17627/ALKPSZICH.2015.1.129>
229. Susánszky É, Konkoly Thege B, Stauder A, Kopp M. (2006) A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI-5) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági egészségfelmérés alapján. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7. doi:<https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.8>
230. Dinyáné M, Pusztai G. (2016) Az Egészségügyi Világszervezet ötételes jól-lét kérdőívének vizsgálata a Semmelweis Egyetem elsőéves hallgatóinak körében. *Orv Hetil*, 157: 1762-1768. doi:<https://doi.org/10.1556/650.2016.30572>
231. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983) A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*, 24: 385-396.
232. Stauder A, Konkoly Thege B. (2006) Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 203-216. doi:<https://doi.org/10.1556/Mental.7.2006.3.4>
233. Papp-Zipernovszky O, Kékesi M, Jámbori Z. (2017) A Multidimenzionális Észlelt Társas Támogatás Kérdőív magyar nyelvű validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 18: 230-262. doi:<https://doi.org/10.1556/0406.18.2017.011>
234. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. (1988) The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*, 52: 30-41. doi:https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
235. Sipos K, Sipos M, Spielberger CD. *A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar változata*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1994: 132-148.
236. Sándor I, Birkás E, Györffy Z. (2015) The effects of dissection-room experiences and related coping strategies among Hungarian medical students. *BMC Med Educ*, 15: 73-73. doi:<https://doi.org/10.1186/s12909-015-0355-9>
237. Commission E. Eurobarometer 83.4: Climate Change, Biodiversity, and Discrimination of Minority Groups, May-June 2015. GESIS, Inter-university Consortium for Political and Social Research, 2016. doi:<https://doi.org/10.3886/ICPSR36403.v1>
238. Ádám S, Mészáros V. (2012) A humán szolgáltató szektorban dolgozók kiégésének mérésére szolgáló Maslach Kiégés Leltár magyar változatának pszichometriai jellemzői és egészségügyi korrelátumai orvosok körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 13: 127-143.

239. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Satele DV, Carlasare LE, Dyrbye LN. (2019) Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc*, 94: 1681-1694. doi:<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.10.023>
240. Perpiñá-Galvañ J, Richart-Martínez M, Cabañero-Martínez MJ. (2011) Reliability and validity of a short version of the STAI anxiety measurement scale in respiratory patients. *Arch Bronconeumol*, 47: 184-189. doi:<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2010.11.006>
241. Marteau TM, Bekker H. (1992) The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI). *Br J Clin Psychol*, 31: 301-306. doi:<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x>
242. Fernández-Blázquez MA, Ávila-Villanueva M, López-Pina JA, Zea-Sevilla MA, Frades-Payo B. (2015) Psychometric properties of a new short version of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) for the assessment of anxiety in the elderly. *Neurologia*, 30: 352-358. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.12.015>
243. Salavecz G, Neculai K, Rózsa S, Kopp M. (2006) Az erőfeszítés-jutalom egyensúlytalanság kérdőív magyar változatának megbízhatósága és érvényessége. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7: 231-246.
244. Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter R. (2004) The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Soc Sci Med*, 58: 1483-1499. doi:[https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(03\)00351-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(03)00351-4)
245. Központi Statisztikai Hivatal - Módszertani leírás a Munkaerő-felmérés 2012. I. negyedévi Munkanélküli érintettség, diszkrimináció című kiegészítő felvételhez (<http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/merodiszk12m.pdf>). 2012.
246. Herek GM. The Attitudes Toward Lesbians and Gay Men (ATLG) scale. In: Davis CM, Yarber WL, Bauserman R, Schreer G, L. DS (szerk.), *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, Sage Publications, Californi, 1998: 392-394.
247. Török Z, Rakovics M, Péntes M, Terebessy A, Pongor V, Csépe P. (2018) A Modern Homonegativitás Skála magyarországi adaptációja. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 19: 357-383. doi:<https://doi.org/10.1556/0406.19.2018.4.009>
248. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. (2000) Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25: 3186-3191. doi:<https://doi.org/10.1097/00007632-200012150-00014>
249. Aaron DJ, Markovic N, Danielson ME, Honnold JA, Janosky JE, Schmidt NJ. (2001) Behavioral risk factors for disease and preventive health practices among lesbians. *Am J Public Health*, 91: 972-975. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.91.6.972>
250. Cochran SD, Mays VM, Sullivan JG. (2003) Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *J Consult Clin Psychol*, 71: 53-61. doi:<https://doi.org/10.1037//0022-006x.71.1.53>
251. Khalili J, Leung LB, Diamant AL. (2015) Finding the perfect doctor: identifying lesbian, gay, bisexual, and transgender-competent physicians. *Am J Public Health*, 105: 1114-1119. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302448>

252. Mustanski B. (2015) Future directions in research on sexual minority adolescent mental, behavioral, and sexual health. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 44: 204-219. doi:<https://doi.org/10.1080/15374416.2014.982756>
253. Sandfort TGM, Bakker F, Schellevis FG, Vanwesenbeeck I. (2006) Sexual Orientation and Mental and Physical Health Status: Findings From a Dutch Population Survey. *Am J Public Health*, 96: 1119-1125. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.2004.058891>
254. Boddy CR. (2016) Sample size for qualitative research. *Qual Market Res Int J*, 19: 426-432. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/QMR-06-2016-0053>
255. Marshall B, Cardon P, Poddar A, Fontenot R. (2013) Does sample size matter in qualitative research?: A review of qualitative interviews in is research. *J Comput Inf Syst*, 54: 11 - 22.
256. Mason M. (2010) Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qual Sozialforschung*, 11.
257. Bodor P. Függetlenség. In: Bodor P (szerk.), Szavak, képek, jelentés - Kvalitatív kutatási olvasókönyv. L'Harmattan, Budapest, 2013: 347-348.
258. Berelson B. Content analysis in communication research. Free Press, Glencoe, Ill., 1952: 18.
259. Corbin JM, Strauss AL. A kvalitatív kutatás alapjai: A Grounded Theory elemzési módszer technikája és eljárásai. L'Harmattan, Budapest, 2015: 37-83.
260. Bodor P. Szavak, képek és a jelentés kutatása. In: Bodor P (szerk.), Szavak, képek, jelentés: kvalitatív kutatási olvasókönyv. L'Harmattan, Budapest, 2013: 7-14.
261. Charmaz K. Lehorgonyozott elmélet. In: Bodor P (szerk.), Szavak, képek, jelentés: kvalitatív kutatási olvasókönyv. L'Harmattan, Budapest, 2013: 61-94.
262. Cohen J. Differences between correlation coefficients. In: Cohen J (szerk.), *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (second edition). L. Erlbaum Associates, Hillsdale, N.J., 1988: 109-143.
263. Szél Z. (2020) Kisebbségi hallgatók a magyarországi orvostudományban. *LAM (Lege Artis Medicinae)*, 30. doi:<https://doi.org/10.33616/LAM.30.025>
264. Központi Statisztikai Hivatal - Orvosi, házi- és kórházi, gyógyszerészi, fogászati ellátás (1990-) (https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fea001.html). Központi Statisztikai Hivatal, Online, 2021.
265. Midtgaard M, Ekeberg Ø, Vaglum P, Tyssen R. (2008) Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. *Eur Psychiatry*, 23: 505-511. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.04.006>
266. Tyssen R, Vaglum P, Grønvdal NT, Ekeberg O. (2001) Suicidal ideation among medical students and young physicians: a nationwide and prospective study of prevalence and predictors. *J Affect Disord*, 64: 69-79. doi:[https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00205-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00205-6)
267. Goebert D, Thompson D, Takeshita J, Beach C, Bryson P, Ephgrave K, Kent A, Kunkel M, Schechter J, Tate J. (2009) Depressive symptoms in medical students and residents: a multischool study. *Acad Med*, 84: 236-241. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31819391bb>
268. Hill MR, Goicochea S, Merlo LJ. (2018) In their own words: stressors facing medical students in the millennial generation. *Med Educ Online*, 23: 1530558-1530558. doi:<https://doi.org/10.1080/10872981.2018.1530558>

269. Worly B, Verbeck N, Walker C, Clinchot DM. (2019) Burnout, perceived stress, and empathic concern: differences in female and male Millennial medical students. *Psychol Health Med*, 24: 429-438. doi:<https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1529329>
270. Gyórfy Z, Csala I, Sándor I. (2013) Orvostanhallgatók Magyarországon: átalakuló vagy elnőiesedő hivatás? *Orv Hetil*, 154: 1950-1958.
271. Prinz P, Hertrich K, Hirschfelder U, de Zwaan M. (2012) Burnout, depression and depersonalisation-psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild*, 29: Doc10. doi:<https://doi.org/10.3205/zma000780>
272. Orton P, Orton C, Pereira Gray D. (2012) Depersonalised doctors: a cross-sectional study of 564 doctors, 760 consultations and 1876 patient reports in UK general practice. *BMJ Open*, 2: e000274. doi:<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000274>
273. Dyrbye LN, Thomas MR, Eacker A, Harper W, Massie FS, Jr., Power DV, Huschka M, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. (2007) Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. *Arch Intern Med*, 167: 2103-2109. doi:<https://doi.org/10.1001/archinte.167.19.2103>
274. Ancis JR, Sedlacek WE, Mohr JJ. (2000) Student perceptions of campus cultural climate by race. *J Couns Dev*, 78: 180-185. doi:<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb02576.x>
275. Bonazzo C, Wong YJ. (2007) Japanese international female students' experience of discrimination, prejudice, and stereotypes. *Coll Stud J*, 41: 631-639.
276. Mujawar I, Sabatino M, Mitchell S, Walker B, Weissinger P, Plankey M. (2014) A 12-year comparison of students' perspectives on diversity at a Jesuit Medical School. *Med Educ Online*, 19: 23401. doi:<https://doi.org/10.3402/meo.v19.23401>
277. Dhaliwal JS, Crane LA, Valley MA, Lowenstein SR. (2013) Student perspectives on the diversity climate at a U.S. medical school: the need for a broader definition of diversity. *BMC Res Notes*, 6: 154. doi:<https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-154>
278. Hardeman RR, Przedworski JM, Burke S, Burgess DJ, Perry S, Phelan S, Dovidio JF, van Ryn M. (2016) Association between perceived medical school diversity climate. and change in depressive symptoms among medical students: A Report from the Medical Student CHANGE Study. *J Natl Med Assoc*, 108: 225-235. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jnma.2016.08.005>
279. Amaury N, Cabrera A, Serra Hagedorn L, Pascarella E. (1996) Differential impacts of academic and social experiences on college-related behavioral outcomes across different ethnic and gender groups at four-year institutions. *Res. High. Educ.*, 37: 427-451. doi:<https://doi.org/10.1007/BF01730109>
280. Cabrera AF, Nora A, Terenzini PT, Pascarella E, Hagedorn LS. (1999) Campus racial climate and the adjustment of students to college: A comparison between white students and African-American students. *J Higher Educ*, 70: 134-160. doi:<http://dx.doi.org/10.2307/2649125>
281. Oriel KA, Madlon-Kay DJ, Govaker D, Mersy DJ. (1996) Gay and lesbian physicians in training: family practice program directors' attitudes and students' perceptions of bias. *Fam Med*, 28: 720-725.
282. Merchant RC, Jongco AM, 3rd, Woodward L. (2005) Disclosure of sexual orientation by medical students and residency applicants. *Acad Med*, 80: 786.

283. Samuels EA, Boatright DH, Wong AH, Cramer LD, Desai MM, Solotke MT, Latimore D, Gross CP. (2021) Association between sexual orientation, mistreatment, and burnout among US medical students. *JAMA Netw Open*, 4: e2036136-e2036136. doi:<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.36136>
284. Gagyor I, Hilbert N, Chenot JF, Marx G, Ortner T, Simmenroth-Nayda A, Scherer M, Wedeken S, Himmel W. (2012) Frequency and perceived severity of negative experiences during medical education in Germany - results of an online-survey of medical students. *GMS Z Med Ausbild*, 29: Doc55. doi:<https://doi.org/10.3205/zma000825>
285. Budge S, Domínguez Jr S, Goldberg A. (2019) Minority stress in nonbinary students in higher education: The role of campus climate and belongingness. *Psychol Sex Orientat Gend Divers*, 7: 222-229. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/sgd0000360>
286. Brogan DJ, Frank E, Elon L, Sivanesan SP, O'Hanlan KA. (1999) Harassment of lesbians as medical students and physicians. *JAMA*, 282: 1290, 1292. doi:<http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.13.1290>
287. Chang E, Eddins-Folensbee F, Coverdale J. (2012) Survey of the prevalence of burnout, stress, depression, and the use of supports by medical students at one school. *Acad Psychiatry*, 36: 177-182. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ap.11040079>
288. Sánchez JP, Peters L, Lee-Rey E, Strelnick H, Garrison G, Zhang K, Spencer D, Ortega G, Yehia B, Berlin A, Castillo-Page L. (2013) Racial and ethnic minority medical students' perceptions of and interest in careers in academic medicine. *Acad Med*, 88: 1299-1307. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31829f87a7>
289. Woodford MR, Kulick A. (2015) Academic and Social Integration on Campus Among Sexual Minority Students: The Impacts of Psychological and Experiential Campus Climate. *Am J Community Psychol*, 55: 13-24. doi:<https://doi.org/10.1007/s10464-014-9683-x>
290. Sitkin NA, Pachankis JE. (2016) Specialty choice among sexual and gender minorities in medicine: The role of specialty prestige, perceived inclusion, and medical school climate. *LGBT Health*, 3: 451-460. doi:<https://doi.org/10.1089/lgbt.2016.0058>
291. Miller-Cotto D, Byrnes JP. (2016) Ethnic/racial identity and academic achievement: A meta-analytic review. *Dev Rev*, 41: 51-70. doi:<https://doi.org/10.1016/j.dr.2016.06.003>
292. Rivas-Drake D, Seaton EK, Markstrom C, Quintana S, Syed M, Lee RM, Schwartz SJ, Umaña-Taylor AJ, French S, Yip T. (2014) Ethnic and racial identity in adolescence: implications for psychosocial, academic, and health outcomes. *Child Dev*, 85: 40-57. doi:<https://doi.org/10.1111/cdev.12200>
293. Roberts LW. (2020) Belonging, respectful inclusion, and diversity in medical education. *Acad Med*, 95.
294. Stegers-Jager KM, Brommet FN, Themmen APN. (2016) Ethnic and social disparities in different types of examinations in undergraduate pre-clinical training. *Adv Health Sci Educ Theory Pract*, 21: 1023-1046. doi:<https://doi.org/10.1007/s10459-016-9676-7>
295. Bowman Heads AM, Glover AM, Castillo LG, Blozis S, Kim SY. (2018) Dimensions of ethnic identity as protective factors for substance use and sexual

- risk behaviors in African American college students. *J Am Coll Assoc*, 66: 178-186. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/07448481.2017.1400975>
296. Ayala EE, Roseman D, Winseman JS, Mason HRC. (2017) Prevalence, perceptions, and consequences of substance use in medical students. *Med Educ Online*, 22: 1392824-1392824. doi:<https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1392824>
 297. Owens B. (2018) Growing concern over medical students' excessive drinking. *CMAJ*, 190: E1215-E1215. doi:<https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5662>
 298. Baldwin DC, Jr, Hughes PH, Conard SE, Storr CL, Sheehan DV. (1991) Substance use among senior medical students. A survey of 23 medical schools. *JAMA*, 265: 2074-2078. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.1991.03460160052028>
 299. Elnicki DM. (2013) Cognitive enhancement drug use among medical students and concerns about medical student well-being. *J Gen Intern Med*, 28: 984-985. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2302-3>
 300. Jackson ER, Shanafelt TD, Hasan O, Satele DV, Dyrbye LN. (2016) Burnout and alcohol abuse/dependence among U.S. medical students. *Acad Med*, 91.
 301. McAuliffe WE, Rohman M, Breer P, Wyshak G, Santangelo S, Magnuson E. (1991) Alcohol use and abuse in random samples of physicians and medical students. *Am J Public Health*, 81: 177-182. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.81.2.177>
 302. Thakore S, Ismail Z, Jarvis S, Payne E, Keetbaas S, Payne R, Rothenburg L. (2009) The perceptions and habits of alcohol consumption and smoking among canadian medical students. *Acad psychiatry*, 33: 193-197. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ap.33.3.193>
 303. Fond G, Bourbon A, Auquier P, Micoulaud-Franchi JA, Lançon C, Boyer L. (2018) Venus and Mars on the benches of the faculty: Influence of gender on mental health and behavior of medical students. Results from the BOURBON national study. *J Affect Disord*, 239: 146-151. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.011>
 304. Candido FJ, Souza R, Stumpf MA, Fernandes LG, Veiga R, Santin M, Kluthcovsky A. (2018) The use of drugs and medical students: a literature review. *Rev Assoc Med Bras*, 64: 462-468. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.64.05.462>
 305. Arora A, Kannan S, Gowri S, Choudhary S, Sudarasan S, Khosla PP. (2016) Substance abuse amongst the medical graduate students in a developing country. *Indian J. Med. Res*, 143: 101-103. doi:<https://doi.org/10.4103/0971-5916.178617>
 306. Merlo LJ, Curran JS, Watson R. (2017) Gender differences in substance use and psychiatric distress among medical students: A comprehensive statewide evaluation. *Substance Abuse*, 38: 401-406. doi:<https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1355871>
 307. Frank E, Elon L, Naimi T, Brewer R. (2008) Alcohol consumption and alcohol counselling behaviour among US medical students: cohort study. *BMJ*, 337: a2155. doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.a2155>
 308. Ylioja T, Cochran G, Woodford MR, Renn KA. (2018) Frequent experience of LGBQ microaggression on campus associated with smoking among sexual minority college students. *Nicotine Tob Res*, 20: 340-346. doi:<https://doi.org/10.1093/ntr/ntw305>

309. Branstrom R, Pachankis JE. (2018) Sexual orientation disparities in the co-occurrence of substance use and psychological distress: a national population-based study (2008-2015). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-018-1491-4>
310. Burgard SA, Cochran SD, Mays VM. (2005) Alcohol and tobacco use patterns among heterosexually and homosexually experienced California women. *Drug Alcohol Depend*, 77: 61-70. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.07.007>
311. McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. (2010) The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health*, 100: 1946-1952. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.2009.163147>
312. Mulia N, Ye Y, Zeng SE, Greenfield TK. (2008) Social disadvantage, stress, and alcohol use among Black, Hispanic, and White Americans: findings from the 2005 U.S. National Alcohol Survey. *J Stud Alcohol Drugs*, 69: 824-833. doi:<https://doi.org/10.15288/jsad.2008.69.824>
313. Woodford MR, Krentzman AR, Gattis MN. (2012) Alcohol and drug use among sexual minority college students and their heterosexual counterparts: the effects of experiencing and witnessing incivility and hostility on campus. *Subst Abuse Rehabil*, 3: 11-23. doi:<https://doi.org/10.2147/sar.s26347>
314. Zeng SE, Karriker-Jaffe KJ, Keithly S, Mulia N. (2011) Racial prejudice and unfair treatment: interactive effects with poverty and foreign nativity on problem drinking. *J Stud Alcohol Drugs*, 72: 361-370. doi:<https://doi.org/10.15288/jsad.2011.72.361>
315. Pikó B. (2008) Preklinikai orvostanhallgatók dohányzásának és dohányzással kapcsolatos attitűdjeinek vizsgálata. *Orv Hetil*, 149: 2471. doi:<https://doi.org/10.1556/oh.2008.28516>
316. Bíró É, Balajti I, Ádány R, Kósa K. (2008) Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. *Orv Hetil*, 149: 2165–2171. doi:<http://dx.doi.org/10.1556/oh.2008.28427>
317. Balogh E, Faubl N, Riemenschneider H, Balázs P, Bergmann A, Cseh K, Horváth F, Schelling J, Terebessy A, Wagner Z, Voigt K, Füzesi Z, Kiss I. (2018) Cigarette, waterpipe and e-cigarette use among an international sample of medical students. Cross-sectional multicenter study in Germany and Hungary. *BMC Public Health*, 18: 591. doi:<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5494-6>
318. Elamin OEO, Elamin SEO, Dafalla BAA, El-Amin ME, Elsiddig AA. (2013) Cigarette smoking among medical students in The National Ribat University, Sudan. *Sudanese journal of paediatrics*, 13: 45-51.
319. Alexopoulos E, Jelastopulu E, Aronis K, Dougenis D. (2009) Cigarette smoking among university students in Greece: A comparison between medical and other students. *Environ Health Prev Med*, 15: 115-120. doi:<https://doi.org/10.1007/s12199-009-0110-0>
320. Smith D, Leggat P. (2007) An international review of tobacco smoking among medical students. *J Postgrad Med*, 53: 55-62. doi:<https://doi.org/10.4103/0022-3859.30333>
321. La Torre G, Kirch W, Bes-Rastrollo M, Ramos RM, Czaplicki M, Gualano MR, Thümmel K, Ricciardi W, Boccia A. (2012) Tobacco use among medical students in Europe: Results of a multicentre study using the Global Health

- Professions Student Survey. *Public Health*, 126: 159-164. doi:<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.10.009>
322. Mesquita AM, Laranjeira R, Dunn J. (1997) Psychoactive drug use by medical students: a review of the national and international literature. *Sao Paulo Med J*, 115: 1356-1365.
 323. Emanuel RM, Frellsen SL, Kashima KJ, Sanguino SM, Sierles FS, Lazarus CJ. (2013) Cognitive enhancement drug use among future physicians: findings from a multi-institutional census of medical students. *J Gen Intern Med*, 28: 1028-1034. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-012-2249-4>
 324. McCabe SE. (2005) Correlates of nonmedical use of prescription benzodiazepine anxiolytics: results from a national survey of U.S. college students. *Drug Alcohol Depend*, 79: 53-62. doi:<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2004.12.006>
 325. Neményi M, Ságvári B, Tardos K. A diszkrimináció személyes és társadalmi észlelése és az egyenlő bánásmóddal kapcsolatos jogtudatosság. Kutatási eredmények 2019. Egyenlő Bánásmód Hatóság, Budapest, 2019.
 326. Sull A, Harland N, Moore A. (2015) Resilience of health-care workers in the UK: a cross-sectional survey. *J Occup Med Toxicol*, 10. doi:<https://doi.org/10.1186/s12995-015-0061-x>
 327. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, Trockel M, Tutty M, Nedelec L, Carlasare LE, Shanafelt TD. (2020) Resilience and burnout among physicians and the general US working population. *JAMA Netw Open*, 3: e209385-e209385. doi:<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.9385>
 328. Thompson G, McBride RB, Hosford CC, Halaas G. (2016) Resilience among medical students: The role of coping style and social support. *Teach Learn Med*, 28: 174-182. doi:<https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1146611>
 329. Arrogante O, Aparicio-Zaldivar E. (2017) Burnout and health among critical care professionals: The mediational role of resilience. *Intensive Crit Care Nurs*, 42: 110-115. doi:<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.04.010>
 330. Seo C, Corrado M, Fournier K, Bailey T, Haykal K. (2021) Addressing the physician burnout epidemic with resilience curricula in medical education: a systematic review. *BMC Med Educ*, 21: 80. doi:<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02495-0>
 331. Berg S. Burnout isn't due to resiliency deficit. It's still a system issue. In: AMA, 2020.
 332. Cheney C. (2020) Resilience is not the key to addressing physician burnout, researchers find. *Health Leaders*.
 333. Wong A, Olusanya O. (2017) Burnout and resilience in anaesthesia and intensive care medicine. *BJA Education*, 17: 33T 340.
 334. Murali K, Makker V, Lynch J, Banerjee S. (2018) From burnout to resilience: An update for oncologists. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*: 862-872. doi:https://doi.org/10.1200/EDBK_201023
 335. Card AJ. (2018) Physician burnout: resilience training is only part of the solution. *Ann Fam Med*, 16: 267-270. doi:<https://doi.org/10.1370/afm.2223>
 336. Elam CL, Johnson MM, Wiggs JS, Messmer JM, Brown PI, Hinkley R. (2001) Diversity in medical school: perceptions of first-year students at four southeastern U.S. medical schools. *Acad Med*, 76: 60-65. doi:<https://doi.org/10.1097/00001888-200101000-00017>

337. Torres MB, Salles A, Cochran A. (2019) Recognizing and reacting to microaggressions in medicine and surgery. *JAMA Surgery*, 154: 868-872. doi:<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.1648>
338. Duba A, Messiaen M, Boulangeat C, Boucekine M, Bourbon A, Viprey M, Auquier P, Lançon C, Boyer L, Fond G. (2020) Sexual harassment exposure and impaired mental health in medical students. The MESSIAEN national study. *J Affect Disord*, 274. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.100>
339. Oancia T, Bohm C, Carry T, Cujec B, Johnson D. (2000) The influence of gender and specialty on reporting of abusive and discriminatory behaviour by medical students, residents and physician teachers. *Med Educ*, 34: 250-256. doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00561.x>
340. McClelland GT, Horne M, Dearnley C, Raynsford J, Irving D. (2017) Experiences and outcomes among undergraduate health professional higher education students with protected characteristics: disability, gender, and ethnicity. *J Psychol Issues Organ Cult*, 6: 38-64. doi:<https://doi.org/10.1002/jpoc.21168>
341. Miller AN, Orsillo SM. (2020) Values, acceptance, and belongingness in graduate school: Perspectives from underrepresented minority students. *J Contextual Behav Sci*, 15: 197-206. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.01.002>
342. Hurtado S, Ponjuan L. (2005) Latino educational outcomes and the campus climate. *J Hisp High Educ*, 4: 235-251. doi:<https://doi.org/10.1177/1538192705276548>
343. Perry SP, Hardeman R, Burke SE, Cunningham B, Burgess DJ, van Ryn M. (2016) The impact of everyday discrimination and racial identity centrality on African American medical student well-being: A report from the medical student CHANGE study. *J Racial Ethn Health Disparities*, 3: 519-526. doi:<https://doi.org/10.1007/s40615-015-0170-3>
344. Richman JA, Flaherty JA, Rospenda KM, Christensen ML. (1992) Mental health consequences and correlates of reported medical student abuse. *JAMA*, 267: 692-694.
345. Espailat A, Panna DK, Goede DL, Gurka MJ, Novak MA, Zaidi Z. (2019) An exploratory study on microaggressions in medical school: What are they and why should we care? *Perspect Med Educ*, 8: 143-151. doi:<https://doi.org/10.1007/s40037-019-0516-3>
346. Woodford MR, Han Y, Craig S, Lim C, Matney MM. (2014) Discrimination and mental health among sexual minority college students: The type and form of discrimination does matter. *J Gay Lesbian Ment Health*, 18: 142-163. doi:<https://doi.org/10.1080/19359705.2013.833882>
347. Cokley K, Hall-Clark B, Hicks D. (2011) Ethnic minority-majority status and mental health: The mediating role of perceived discrimination. *J Ment Health Couns*, 33: 243-263. doi:<https://doi.org/10.17744/mehc.33.3.u1n011t020783086>
348. Duffy B, Smith K, Terhanian G, Bremer J. (2005) Comparing data from online and face-to-face surveys. *Int J Mark Res*, 47: 615-639. doi:<https://doi.org/10.1177/147078530504700602>
349. Mendoza-Denton R, Pietrzak J, Downey G. (2008) Distinguishing institutional identification from academic goal pursuit: Interactive effects of ethnic identification and race-based rejection sensitivity. *J Pers Soc Psychol*, 95: 338-351. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.95.2.338>

350. Cokley K, Chapman C. (2008) The roles of ethnic identity, anti-white attitudes, and academic self-concept in African American student achievement. *Soc Psychol Educ*, 11: 349-365. doi:<https://doi.org/10.1007/s11218-008-9060-4>
351. Miller DB. (1999) Racial socialization and racial identity: Can they promote resiliency for African American adolescents? *Adolescence*, 34: 493-501.
352. Bokrétás I, Bigazzi S. (2013) A felsőoktatásban tanuló roma fiatalok pszichológiája. *Romológia*, 1: 86-103.
353. Lukács A. Roma egyetemisták beilleszkedési mintázatai kapcsolathálózati megközelítésben. In: *Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola Doktori disszertáció*. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2018.
354. Beschoner P, Limbrecht-Ecklundt K, Jerg-Bretzke L. (2019) Psychische Gesundheit von Ärzten. *Der Nervenarzt*, 90: 961-974. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s00115-019-0739-x>
355. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier PA. (2007) Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 7: 5. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2458-7-5>
356. Scheen A. (2019) Editorial. L'alcool, probleme de sante publique : de la consommation hedonique a la decheance physique et psychologique. *Revue médicale de Liège*, 74.
357. Oreskovich MR, Kaups KL, Balch CM, Hanks JB, Satele D, Sloan J, Meredith C, Buhl A, Dyrbye LN, Shanafelt TD. (2012) Prevalence of alcohol use disorders among American surgeons. *Arch Surg*, 147: 168-174. doi:<https://doi.org/10.1001/archsurg.2011.1481>
358. Pjrek E, Silberbauer L, Kasper S, Winkler D. (2019) Alcohol consumption in Austrian physicians. *Ann Gen Psychiatry*, 18: 22. doi:<https://doi.org/10.1186/s12991-019-0246-2>
359. Gold KJ, Andrew LB, Goldman EB, Schwenk TL. (2016) "I would never want to have a mental health diagnosis on my record": A survey of female physicians on mental health diagnosis, treatment, and reporting. *Gen Hosp Psychiatry*, 43: 51-57. doi:<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2016.09.004>
360. Mehta SS, Edwards ML. (2018) Suffering in silence: mental health stigma and physicians' licensing fears. *American Journal of Psychiatry Residents' Journal*, 13: 2-4. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp-rj.2018.131101>
361. Mihálka M. (2015) *A kiégésről – nemzetközi és hazai kutatási kitekintés*. Acta Sana: Mens sana in corpore sano, 10: 7-18.
362. Starmer AJ, Frintner MP, Freed GL. (2016) Work–life balance, burnout, and satisfaction of early career pediatricians. *Pediatrics*, 137: e20153183. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2015-3183>
363. Primack BA, Dilmore TC, Switzer GE, Bryce CL, Seltzer DL, Li J, Landsittel DP, Kapoor WN, Rubio DM. (2010) Burnout among early career clinical investigators. *Clin Transl Sci*, 3: 186-188. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1752-8062.2010.00202.x>
364. Purvanova RK, Muros JP. (2010) Gender differences in burnout: A meta-analysis. *J Vocat Behav*, 77: 168-185. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006>
365. Mian A, Dahye K, Duane C, Ward W. (2018) Medical student and resident burnout: A review of causes, effects, and prevention. *J Fam Med Dis Prev*, 4. doi:<https://doi.org/10.23937/2469-5793/1510094>

366. Ziegler JL, Kanas N, Strull WM, Bennet NE. (1984) A stress discussion group for medical interns. *J Med Educ*, 59: 205-207. doi:<https://doi.org/10.1097/00001888-198403000-00010>
367. Heim E. (1991) Job Stressors and Coping in Health Professions. *Psychother Psychosom*, 55: 90-99.
368. Cohen JS, Patten S. (2005) Well-being in residency training: a survey examining resident physician satisfaction both within and outside of residency training and mental health in Alberta. *BMC Med Educ*, 5: 21. doi:<https://doi.org/10.1186/1472-6920-5-21>
369. Guille C, Frank E, Zhao Z, Kalmbach DA, Nietert PJ, Mata DA, Sen S. (2017) Work-family conflict and the sex difference in depression among training physicians. *JAMA Intern Med*, 177: 1766-1772. doi:<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.5138>
370. Duteil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, Baker JS, Trousselard M, Lesage FX, Navel V. (2019) Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 14: e0226361-e0226361. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226361>
371. Lindeman S, Laara E, Hakko H, Lonnqvist J. (1996) A systematic review on gender-specific suicide mortality in medical doctors. *Br J Psychiatry*, 168: 274-279. doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.168.3.274>
372. Németh A, Lantos K, Bársonyné Kis K. (2015) Munkahelyi bizonytalanság hatása a kiegészre és az egészségre ápolók körében. *Nővér*, 28: 11-16.
373. Beschoner P, von Wietersheim J, Jarczok MN, Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Jerg-Bretzke L, Steiner L. (2020) Changes in working conditions and mental health among intensive care physicians across a decade. *Front Psychiatry*, 11: 145. doi:<http://dx.doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00145>
374. Ádám S, Györffy Z, Csoboth C. (2006) Kiegész (Burn out) szindróma az orvosi hivatásban. *Hippocrates*, 8.
375. Ádám S, Torzsa P, Györffy Z, Vörös K, Kalabay L. (2009) Gyakori a magas fokú kiegész a háziorvosok és háziorvosi rezidensek körében. *Orv Hetil*, 150: 317-323. doi:<https://doi.org/10.1556/oh.2009.28544>
376. Baigent M, Baigent R. (2018) Burnout in the medical profession: not a rite of passage. *Med J Aust*, 208: 471-472. doi:<https://doi.org/10.5694/mja17.00891>
377. Kane L. (2020) Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide. Medscape.
378. Afzal KI, Khan FM, Mulla Z, Akins R, Ledger E, Giordano FL. (2010) Primary language and cultural background as factors in resident burnout in medical specialties: a study in a bilingual US city. *South Med J*, 103: 607-615. doi:<https://doi.org/10.1097/SMJ.0b013e3181e20cad>
379. Meredith LS, Schmidt Hackbarth N, Darling J, Rodriguez HP, Stockdale SE, Cordasco KM, Yano EM, Rubenstein LV. (2015) Emotional exhaustion in primary care during early implementation of the VA's medical home transformation: Patient-aligned Care Team (PACT). *Med Care*, 53: 253-260. doi:<https://doi.org/10.1097/mlr.0000000000000303>
380. Dyrbye LN, Burke SE, Hardeman RR, Herrin J, Wittlin NM, Yeazel M, Dovidio JF, Cunningham B, White RO, Phelan SM, Satele DV, Shanafelt TD, van Ryn M. (2018) Association of clinical specialty with symptoms of burnout and career

- choice regret among US resident physicians. *JAMA*, 320: 1114-1130. doi:<https://doi.org/10.1001/jama.2018.12615>
381. Cantor JC, Mouzon DM. (2020) Are Hispanic, Black, and Asian physicians truly less burned out than White physicians?: Individual and institutional considerations. *JAMA Netw Open*, 3: e2013099-e2013099. doi:<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.13099>
 382. Peckham C. (2020) Bias, burnout, race: what physicians told us about the issues.
 383. Tatum AK. (2018) Workplace climate and satisfaction in sexual minority populations: An application of social cognitive career theory. *J Couns Psychol*, 65: 618-628. doi:<https://doi.org/10.1037/cou0000292>
 384. Garcia LC, Shanafelt TD, West CP, Sinsky CA, Trockel MT, Nedelec L, Maldonado YA, Tutty M, Dyrbye LN, Fassiottto M. (2020) Burnout, depression, career satisfaction, and work-life integration by physician race/ethnicity. *JAMA Netw Open*, 3: e2012762-e2012762. doi:<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12762>
 385. Emerson KT, Murphy MC. (2014) Identity threat at work: how social identity threat and situational cues contribute to racial and ethnic disparities in the workplace. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*, 20: 508-520. doi:<https://doi.org/10.1037/a0035403>
 386. Kovács B, Kézdy A. (2008) Religious belief and burnout. *Eur J Ment Health*, 3: 253-265. doi:<https://doi.org/10.1556/EJMH.3.2008.2.5>
 387. Wachholtz A, Rogoff M. (2013) The relationship between spirituality and burnout among medical students. *J Contemp Med Educ*, 1: 83-91. doi:<https://doi.org/10.5455/jcme.20130104060612>
 388. Viehl C, Dispenza F. (2015) Burnout and coping: An exploratory comparative study of heterosexual and sexual minority mental health practitioners. *J LGBT Issues Couns*, 9: 311-328. doi:<https://doi.org/10.1080/15538605.2015.1112337>
 389. Duba A, Messiaen M, Boulangeat C, Korchia T, Lançon C, Bourbon A, Viprey M, Auquier P, Boyer L, Fond G. (2020) Sexual-orientation based discrimination is associated with anxiety and depression in young physicians. A national study. *J Affect Disord*, 274: 964-968. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.155>
 390. Ohida N, Otsuka Y, Kaneita Y, Nakagome S, Jike M, Itani O, Ohida T. (2018) Factors Related to Alcohol Consumption Among Japanese Physicians. *Asia Pac J Public Health*, 30: 296-306. doi:<https://doi.org/10.1177/1010539518754539>
 391. Race Demographics Statistics on Alcoholism & Treatment. American Addiction Center (Alcohol.org), Online, 2020.
 392. Rosta J, Aasland OG. (2005) Female surgeons' alcohol use: a study of a national sample of norwegian doctors. *Alcohol Alcohol*, 40: 436-440. doi:<https://doi.org/10.1093/alcalc/agh186>
 393. Györfly Z. Morbiditás és stressztényezők a magyarországi orvosnők körében. Semmelweis Egyetem - Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest, 2009.
 394. Hurcombe R, Bayley M, Goodman A. Ethnicity and alcohol: a review of the UK literature. Joseph Rowntree Foundation, York, 2010.
 395. Gilbert PA, Zemore SE. (2016) Discrimination and drinking: A systematic review of the evidence. *Soc Sci Med*, 161: 178-194. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.06.009>

396. Desalu JM, Goodhines PA, Park A. (2019) Racial discrimination and alcohol use and negative drinking consequences among Black Americans: a meta-analytical review. *Addiction*, 114: 957-967. doi:<https://doi.org/10.1111/add.14578>
397. Kiviniemi MT, Orom H, Giovino GA. (2011) Psychological distress and smoking behavior: the nature of the relation differs by race/ethnicity. *Nicotine Tob Res*, 13: 113-119. doi:<https://doi.org/10.1093/ntr/ntq218>
398. Hajduchová H, Urban D. (2014) Social determinants of health in the Romani population. *Kontakt*, 16: e39-e43. doi:<https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2014.01.001>
399. Carr PL, Raj A, Kaplan SE, Terrin N, Breeze JL, Freund KM. (2018) Gender Differences in Academic Medicine: Retention, Rank, and Leadership Comparisons From the National Faculty Survey. *Acad Med*, 93: 1694-1699. doi:<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000002146>
400. Butler PD, Longaker MT, Britt LD. (2008) Major deficit in the number of underrepresented minority academic surgeons persists. *Ann Surg*, 248: 704-711. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0b013e31817f2c30>
401. Chow CJ, Millar MM, López AM. (2020) Gender discrimination among academic physicians. *Womens Health Rep*, 1: 203-211. doi:<https://doi.org/10.1089/whr.2020.0031>
402. Hassouneh D, Lutz KF, Beckett AK, Junkins EP, Horton LL. (2014) The experiences of underrepresented minority faculty in schools of medicine. *Med Educ Online*, 19: 24768-24768. doi:<https://doi.org/10.3402/meo.v19.24768>
403. Huang Y, Chua TC, Saw RPM, Young CJ. (2018) Discrimination, bullying and harassment in surgery: A systematic review and meta-analysis. *World J Surg*, 42: 3867-3873. doi:<https://doi.org/10.1007/s00268-018-4716-5>
404. Lee RS, Melhado TV, Chacko KM, White KJ, Huebschmann AG, Crane LA. (2008) The dilemma of disclosure: patient perspectives on gay and lesbian providers. *J Gen Intern Med*, 23: 142-147. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-007-0461-4>
405. Pololi LH, Brennan RT, Civian JT, Shea S, Brennan-Wydra E, Evans AT. (2020) Us, too. Sexual harassment within academic medicine in the United States. *Am J Med*, 133: 245-248. doi:<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2019.06.031>
406. Phelan SM, Dovidio JF, Puhl RM, Burgess DJ, Nelson DB, Yeazel MW, Hardeman R, Perry S, van Ryn M. (2014) Implicit and explicit weight bias in a national sample of 4,732 medical students: the medical student CHANGES study. *Obesity*, 22: 1201-1208. doi:<https://doi.org/10.1002/oby.20687>
407. Bunting SR, Chirica MG, Ritchie TD, Garber SS, Batteson TJ. (2021) A national study of medical students' attitudes toward sexual and gender minority populations: Evaluating the effects of demographics and training. *LGBT Health*, 8: 79-87. doi:<http://dx.doi.org/10.1089/lgbt.2020.0288>
408. Nama N, MacPherson P, Sampson M, McMillan HJ. (2017) Medical students' perception of lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) discrimination in their learning environment and their self-reported comfort level for caring for LGBT patients: a survey study. *Med Educ Online*, 22: 1368850. doi:<https://doi.org/10.1080/10872981.2017.1368850>
409. Samra R, Cox T, Gordon AL, Conroy SP, Lucassen MFG, Griffiths A. (2017) Factors related to medical students' and doctors' attitudes towards older patients:

- a systematic review. *Age Ageing*, 46: 911-919. doi:<https://doi.org/10.1093/ageing/afx058>
410. Crandall SJ, Volk RJ, Loemker V. (1993) Medical students' attitudes toward providing care for the underserved. Are we training socially responsible physicians? *JAMA*, 269: 2519-2523.
 411. Rainbow Europe 2020. ILGA-Europe, Online, 2020.
 412. Horvath A, Vidra Z, Fox J. Tolerance and Cultural Diversity Discourses in Hungary. Central European University - Center for Policy Studies, Budapest, 2011.
 413. Vidra Z, Fox J. (2014) Mainstreaming of racist anti-roma discourses in the media in Hungary. *J Immigr Refug Stud*, 12: 437-455. doi:<https://doi.org/10.1080/15562948.2014.914265>
 414. The age gap in religion around the world. Pew Research Center, 2018.
 415. Kalmar I. (2020) Islamophobia and anti-antisemitism: the case of Hungary and the 'Soros plot'. *Patterns of Prejudice*, 54: 182-198. doi:<https://doi.org/10.1080/0031322X.2019.1705014>
 416. Ogan C, Willnat L, Pennington R, Bashir M. (2013) The rise of anti-Muslim prejudice: Media and islamophobia in Europe and the United States. *Int Commun Gaz*, 76: 27-46. doi:<https://doi.org/10.1177/1748048513504048>
 417. Eliason MJ, Dibble SL, Robertson PA. (2011) Lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) physicians' experiences in the workplace. *J Homosex*, 58: 1355-1371. doi:<https://doi.org/10.1080/00918369.2011.614902>
 418. Nunez-Smith M, Pilgrim N, Wynia M, Desai MM, Jones BA, Bright C, Krumholz HM, Bradley EH. (2009) Race/ethnicity and workplace discrimination: results of a national survey of physicians. *J Gen Intern Med*, 24: 1198-1204. doi:<https://doi.org/10.1007/s11606-009-1103-9>
 419. Padela AI, Adam H, Ahmad M, Hosseinian Z, Curlin FA. (2016) Religious identity and workplace discrimination: A national survey of American Muslim physicians. *AJOB Empirical Bioethics*, 7: 149-159. doi:<https://doi.org/10.1080/23294515.2015.1111271>
 420. Chi X, Hawk ST. (2016) Attitudes toward same-sex attraction and behavior among Chinese university students: Tendencies, correlates, and gender differences. *Front Psychol*, 7. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01592>
 421. Poushter J, Kent N. The global divide on homosexuality persists - But increasing acceptance in many countries over past two decades. Pew Research Center, Washington, 2020.
 422. Wahlen R, Bize R, Wang J, Merglen A, Ambresin A. (2020) Medical students' knowledge of and attitudes towards LGBT people and their health care needs: Impact of a lecture on LGBT health. *PLoS One*, 15: e0234743-e0234743. doi:<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234743>
 423. Vida K, Kovács M. A token helyzet és a meritokrácia illúziója: a kivétel erősíti a szabályt? In: Kovács M (szerk.), *Társadalmi Nemek - Elméleti megközelítések és kutatási eredmények*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest, 2017.
 424. Guy P. Sexual orientation, UK: 2017. Experimental statistics on sexual orientation in the UK in 2017 by region, sex, age, marital status, ethnicity and socio-economic classification. In: *Stat bull*. Office for National Statistics, 2019.
 425. Bränström R. (2017) Minority stress factors as mediators of sexual orientation disparities in mental health treatment: a longitudinal population-based study. *J*

- Epidemiol Community Health, 71: 446-452. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2016-207943>
426. Fredriksen-Goldsen K, Kim HJ, Barkan S, Muraco A, Hoy-ellis C. (2013) Health disparities among lesbian, gay, and bisexual older adults: Results from a population-based study. *Am J Public Health*: e1-e8. doi:<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301110>
 427. Paris MJ. (1993) Attitudes of medical students and health-care professionals toward people with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil*, 74: 818-825. doi:[https://doi.org/10.1016/0003-9993\(93\)90007-w](https://doi.org/10.1016/0003-9993(93)90007-w)
 428. Crandall SJ, Volk RJ, Cacy D. (1997) A longitudinal investigation of medical student attitudes toward the medically indigent. *Teach Learn Med*, 9: 254-260. doi:https://doi.org/10.1207/s15328015t1m0904_2
 429. Crandall SJS, Reboussin BA, Michielutte R, Anthony JE, Naughton MJ. (2007) Medical students' attitudes toward underserved patients: A longitudinal comparison of problem-based and traditional medical curricula. *Adv Health Sci Educ*, 12: 71-86. doi:<https://doi.org/10.1007/s10459-005-2297-1>
 430. Turcsányi M, Rigó A. (2006) Az orvostanhallgatók halálfélelme és ennek hatása az empátiára az orvosképzés során. *Kharón Thanatológiai Szemle*, 10: 1 - 41.
 431. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, Wender R, Rabinowitz C, Gonnella JS. (2011) Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med*, 86: 359-364. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
 432. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. (2009) The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*, 84: 1182-1191. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
 433. Smith KE, Norman GJ, Decety J. (2017) The complexity of empathy during medical school training: evidence for positive changes. *Med Educ*, 51: 1146-1159. doi:<https://doi.org/10.1111/medu.13398>
 434. Winkler P, Mladá K, Janoušková M, Weissová A, Tušková E, Csémy L, Evans-Lacko S. (2016) Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 51: 1265-1273. doi:<https://doi.org/10.1007/s00127-016-1263-y>
 435. Fisher AD, Castellini G, Ristori J, Casale H, Giovanardi G, Carone N, Fanni E, Mosconi M, Ciocca G, Jannini EA, Ricca V, Lingiardi V, Maggi M. (2017) Who has the worst attitudes toward sexual minorities? Comparison of transphobia and homophobia levels in gender dysphoric individuals, the general population and health care providers. *J Endocrinol Invest*, 40: 263-273. doi:<https://doi.org/10.1007/s40618-016-0552-3>
 436. Morin D, Valois P, Crocker AG, Robitaille C, Lopes T. (2018) Attitudes of health care professionals toward people with intellectual disability: a comparison with the general population. *J Intellect Disabil Res*, 62: 746-758. doi:<https://doi.org/10.1111/jir.12510>
 437. Nareesa A, Fleisher W, Erickson J. (2015) Psychiatrists' and psychiatry residents' attitudes toward transgender people. *Acad Psychiatry*, 40. doi:<https://doi.org/10.1007/s40596-015-0308-y>
 438. Maina IW, Belton TD, Ginzberg S, Singh A, Johnson TJ. (2018) A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit

- association test. *Soc Sci Med*, 199: 219-229. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009>
439. Wilson CK, West L, Stepleman L, Villarosa M, Ange B, Decker M, Waller JL. (2014) Attitudes toward LGBT patients among students in the health professions: Influence of demographics and discipline. *LGBT Health*, 1: 204-211. doi:<https://doi.org/10.1089/lgbt.2013.0016>
440. Pettigrew TF, Tropp LR. (2006) A meta-analytic test of intergroup contact theory. *J Pers Soc Psychol*, 90: 751-783. doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.90.5.751>
441. Rampullo A, Castiglione C, Licciardello O, Scolla V. (2013) Prejudice toward gay men and lesbians in relation to cross- group friendship and gender. *Procedia Soc Behav Sci*, 84: 308-313. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.557>
442. Hart C. Integration of SGM Health Education into a Medical School Curriculum. In: 8th Annual LGBT health workforce conference. BNGAP, New York, 2020.
443. Balassa S, Kovács A. (2010) Kontextus és kontaktus. A kontaktus - hipotézis vizsgálata magyarországi vegyes lakosságú településeken. *Alkalmazott Pszichológia*, XII: 99-112.
444. Unlu H, Beduk T, Duyan V. (2016) The attitudes of the undergraduate nursing students towards lesbian women and gay men. *J Clin Nurs*, 25: 3697-3706. doi:<https://doi.org/10.1111/jocn.13347>
445. Arnold O, Voracek M, Musalek M, Springer-Kremser M. (2004) Austrian medical students' attitudes towards male and female homosexuality: a comparative survey. *Wien Klin Wochenschr*, 116: 730-736. doi:<https://doi.org/10.1007/s00508-004-0261-3>
446. Brewer G. (2014) Heterosexual and homosexual infidelity: The importance of attitudes towards homosexuality. *Pers Individ Differ*, 64: 98-100. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.025>
447. Milem FJ. The educational benefits of diversity: Evidence from multiple sectors. In: Chang MJ, Witt D, Jones J, Hakuta K (szerk.), *Compelling Interest - Examining the evidence on racial dynamics in colleges and universities*, 2002.
448. Schott-Ceccacci M, Holland L, Matthews T. (2009) Attitudes toward the LGBT Community in Higher Education. *Spaces for Difference*, 2: 36-47.
449. Risberg G, Hamberg K, Johansson EE. (2006) Gender perspective in medicine: a vital part of medical scientific rationality. A useful model for comprehending structures and hierarchies within medical science. *BMC Med*, 4: 20. doi:<https://doi.org/10.1186/1741-7015-4-20>
450. Richman WL, Kiesler S, Weisband S, Drasgow F. (1999) A meta-analytic study of social desirability distortion in computer-administered questionnaires, traditional questionnaires, and interviews. *J Appl Psychol*, 84: 754-775. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-9010.84.5.754>
451. Catania JA, Gibson DR, Chitwood DD, Coates TJ. (1990) Methodological problems in AIDS behavioral research: influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. *Psychol Bull*, 108: 339-362. doi:<https://doi.org/10.1037/0033-2909.108.3.339>
452. Pryor JB, Bos AER. Stigma: Implications for helping behavior. In: Schroeder DA, Graziano WG (szerk.), *The Oxford handbook of prosocial behavior*. Oxford University Press, New York, NY, US, 2015: 433-455. doi:<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195399813.013.020>

453. Kovács M, Hevesi J. (2015) A feministákra vonatkozó sztereotípiák szerepe a nemi hierarchia fenntartásában. *Társadalmi Nemek Tudománya: Interdiszciplináris eFolyóirat*, 5: 70-82.
454. Crowe S, Clarke N, Brughra R. (2017) 'You do not cross them': Hierarchy and emotion in doctors' narratives of power relations in specialist training. *Soc Sci Med*, 186: 70-77. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.048>
455. Vanstone M, Grierson L. (2019) Medical student strategies for actively negotiating hierarchy in the clinical environment. *Med Educ*, 53: 1013-1024. doi:<https://doi.org/10.1111/medu.13945>
456. Salehi PP, Jacobs D, Suhail-Sindhu T, Judson BL, Azizzadeh B, Lee YH. (2020) Consequences of medical hierarchy on medical students, residents, and medical education in otolaryngology. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 163: 906-914. doi:<https://doi.org/10.1177/0194599820926105>
457. Ahmadipour H, Vafadar R. (2016) Why mistreatment of medical students is not reported in clinical settings: perspectives of trainees. *Indian J Med Ethics*, 1: 215-218. doi:<https://doi.org/10.20529/ijme.2016.062>
458. Baldwin DC, Jr., Daugherty SR, Eckenfels EJ. (1991) Student perceptions of mistreatment and harassment during medical school. A survey of ten United States schools. *West J Med*, 155: 140-145.
459. Gan R, Snell L. (2014) When the learning environment is suboptimal: exploring medical students' perceptions of "mistreatment". *Acad Med*, 89: 608-617. doi:<https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000172>
460. Lebenthal A, Kaiserman I, Lernau O. (1996) Student abuse in medical school: a comparison of students' and faculty's perceptions. *Isr J Med Sci*, 32: 229-238.
461. Cora-Bramble D, Zhang K, Castillo-Page L. (2010) Minority faculty members' resilience and academic productivity: are they related? *Acad Med*, 85: 1492-1498. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181df12a9>
462. Kristoffersson E, Andersson J, Bengs C, Hamberg K. (2016) Experiences of the gender climate in clinical training – a focus group study among Swedish medical students. *BMC Med Educ*, 2016: 283. doi:<https://doi.org/10.1186/s12909-016-0803-1>
463. Seelman KL, Colón-Díaz MJP, LeCroix RH, Xavier-Brier M, Kattari L. (2017) Transgender noninclusive healthcare and delaying care because of fear: Connections to general health and mental health among transgender adults. *Transgender health*, 2: 17-28. doi:<https://doi.org/10.1089/trgh.2016.0024>
464. McDavitt B, Iverson E, Kubicek K, Weiss G, Wong CF, Kipke MD. (2008) Strategies used by gay and bisexual young men to cope with heterosexism. *J Gay Lesbian Soc Serv*, 20: 354-380. doi:<https://doi.org/10.1080/10538720802310741>
465. Toomey RB, Ryan C, Diaz RM, Russell ST. (2018) Coping with sexual orientation-related minority stress. *J Homosex*, 65: 484-500. doi:<https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1321888>
466. Puckett JA, Maroney MR, Wadsworth LP, Mustanski B, Newcomb ME. (2020) Coping with discrimination: The insidious effects of gender minority stigma on depression and anxiety in transgender individuals. *J Clin Psychol*, 76: 176-194. doi:<https://doi.org/10.1002/jclp.22865>
467. Villegas-Gold R., Yoo HC. (2014) Coping with discrimination among Mexican American college students. *J Couns Psychol*, 61: 404-413. doi:<https://doi.org/10.1037/a0036591>

468. Wilkinson TJ, Gill DJ, Fitzjohn J, Palmer CL, Mulder RT. (2006) The impact on students of adverse experiences during medical school. *Med Teach*, 28: 129-135. doi:<https://doi.org/10.1080/01421590600607195>
469. Foster MD. (2000) Positive and negative responses to personal discrimination: Does coping make a difference? *J Soc Psychol*, 140: 93-106. doi:<https://doi.org/10.1080/00224540009600448>
470. Anyane-Yeboa A, Balzora S, Gray DM, 2nd. (2020) Improving diversity and inclusion in GI. *Am J Gastroenterol*, 115: 1147-1149. doi:<https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000647>
471. Raphael JL. (2019) The role of sponsorship in achieving workforce diversity in academic pediatrics. *Pediatrics*, 144: e20191532. doi:<https://doi.org/10.1542/peds.2019-1532>
472. Weiss B, ESICM TTFaWGfDaEot. (2019) Statement paper on diversity for the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Intensive Care Medicine*, 45: 1002-1005. doi:<https://doi.org/10.1007/s00134-019-05606-0>
473. Licciardello O, Castiglione C, Rampullo A. (2011) Intergroup contact, value system and the representation of homosexuality. *Procedia Soc Behav Sci*, 30: 1467-1471. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.284>
474. Goth U, Bergsli O, Johanesen E. (2017) Integration of ethnic minorities during group-work for vocational teachers-in-training in health studies. *Int J Med Educ*, 8: 31-36. doi:<https://doi.org/10.5116/ijme.5862.505a>
475. Kang SK, Kaplan S. (2019) Working toward gender diversity and inclusion in medicine: myths and solutions. *The Lancet*, 393: 579-586. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33138-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33138-6)
476. Mansh M, Garcia G, Lunn MR. (2015) From patients to providers: changing the culture in medicine toward sexual and gender minorities. *Acad Med*, 90: 574-580. doi:<https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000656>
477. Cestone C, Russo D, Berardi-Demo L, Weber V, White M, Shumsky J, Baird D, Walker L, Núñez A. (2018) Broadening diversity in medicine outcomes of the drexel pathway to medical school postbaccalaureate medical science program. *J Best Pract Health Prof Divers*, 11: 1-12.
478. Wingard D, Trejo J, Gudea M, Goodman S, Reznik V. (2019) Faculty equity, diversity, culture and climate change in academic medicine: A longitudinal study. *J Natl Med Assoc*, 111: 46-53. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jnma.2018.05.004>
479. Útravaló Ösztöndíjprogram - Út a diplomához alprogram (<https://tef.gov.hu/utravalo-osztondijprogram-ut-a-diplomahoz-alprogram/>).
480. Wlislöcki Henrik Szakkollégium (<https://wlislöcki.pte.hu/>).
481. Kardos K. (2014) Roma/cigány származású hallgatók és a felsőoktatási tehetséggondozó intézmények kapcsolata. *Kapocs*, 13(1): 54-68.
482. Roma Orvos-egészségügyi Képzés (<https://cigany-orvoskepzes.eu/2020/06/28/roma-orvosegeszsegugyi-kepzesi-program-kiterjesztese-2020/>).
483. A Szegedi Tudományegyetem Esélyegyenlőségi terve (<https://u-szeged.hu/download.php?docID=2243>). Szegedi Tudományegyetem, Szeged, 2020.
484. A Debreceni Egyetem Esélyegyenlőségi terve (<https://maddock.hatter.it.unideb.hu/portal/displayDocument/Dokumentumt%C3%A1r/Szab%C3%A1lyzatok/V.%20Tov%C3%A1bbi%20dokumentumok/DE%20Es%C3%A9ly>

- [egyenl%C5%91s%C3%A9gi%20Terve/DE%20es%C3%A9lyegyenl%C5%91s%C3%A9gi%20terve%20161215.pdf](https://adminisztracio.pte.hu/sites/adminisztracio.pte.hu/files/files/Adminisztracio/Szabalyzatok%20utasitasok/Esely/a_pte_eselyegyenlosegiterve_2020.pdf)). Debreceni Egyetem, Debrecen, 2020.
485. A Pécsi Tudományegyetem Esélyegyenlőségi terve ([https://adminisztracio.pte.hu/sites/adminisztracio.pte.hu/files/files/Adminisztracio/Szabalyzatok utasitasok/Esely/a_pte_eselyegyenlosegiterve_2020.pdf](https://adminisztracio.pte.hu/sites/adminisztracio.pte.hu/files/files/Adminisztracio/Szabalyzatok%20utasitasok/Esely/a_pte_eselyegyenlosegiterve_2020.pdf)). Pécsi Tudományegyetem, Pécs, 2020.
486. Semmelweis Egyetem - Esélyegyenlőségi Szabályzat (https://semmelweis.hu/jogigfoig/files/2020/04/Eselyegyenlosegi_Szabalyzat_hatalyos_2020_04_29_tol.pdf). Semmelweis Egyetem, Budapest, 2020.
487. Szokolszky Á. 5.3 kérdőíves vizsgálat. In: Szokolszky Á (szerk.), Kutatómunka a pszichológiában. Osiris, Budapest, 2004: 321-365.
488. Fricker RD, Schonlau M. (2002) Advantages and disadvantages of internet research surveys: Evidence from the literature. *Field Methods*, 14: 347-367. doi:<https://doi.org/10.1177/152582202237725>
489. Ahern N. (2005) Using the Internet to conduct research. *Nurse researcher*, 13: 55-70. doi:<https://doi.org/10.7748/nr2005.10.13.2.55.c5968>
490. Buchanan T. (2002) Online assessment: Desirable or dangerous? *Prof Psychol Res Pr*, 33: 148-154. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.33.2.148>
491. Riva G, Teruzzi T, Anolli L. (2003) The use of the Internet in psychology research: Comparison of online and offline questionnaires. *Cyberpsychol Behav*, 6: 73-80. doi:<https://doi.org/10.1089/109493103321167983>
492. Lonsdale C, Hodge K, Rose EA. (2006) Pixels vs. paper: comparing online and traditional survey methods in sport psychology. *J Sport Exerc Psychol*, 28: 100-108. doi:<https://doi.org/10.1123/jsep.28.1.100>
493. McCabe SE. (2004) Comparison of web and mail surveys in collecting illicit drug use data: a randomized experiment. *J Drug Educ*, 34: 61-72. doi:<https://doi.org/10.2190/4hey-vwxl-dvr3-hakv>
494. Schonlau M, Fricker RDJ, Elliot MN. (2003) Conducting research surveys via E-mail and the Web. *Libr Q*, 73: 238-238. doi:<https://doi.org/10.1086/603413>
495. Evans JR, Mathur A. (2005) The value of online surveys. *Internet Research*, 15: 195-219. doi:<https://doi.org/10.1108/10662240510590360>
496. Crowne DP, Marlowe D. (1960) A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol*, 24: 349-354. doi:<https://doi.org/10.1037/h0047358>
497. Duffy ME. (2002) Methodological issues in Web-based research. *J Nurs Scholarsh*, 34: 83-88. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2002.00083.x>
498. Ward P, Clark T, Zabriskie R, Morris T. (2014) Paper/pencil versus online data collection. *J Leis Res*, 46: 84-105. doi:<https://doi.org/10.1080/00222216.2014.11950314>
499. Stanton JM. (1998) An empirical assessment of data collection using the internet. *Pers Psychol*, 51: 709-725. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1998.tb00259.x>
500. Szokolszky Á. Minta és mintavétel. In: Szokolszky Á (szerk.), Kutatómunka a pszichológiában Vol. 155-167. Osiris, Budapest, 2004.
501. Henry PJ. (2008) College sophomores in the laboratory redux: Influences of a narrow data base on social psychology's view of the nature of prejudice. *Psychol Inq*, 19: 49-71. doi:<https://doi.org/10.1080/10478400802049936>

502. Jager J, Putnick DL, Bornstein MH. (2017) More than just convenient: The scientific merits of homogeneous convenience samples. *Monogr Soc Res Child Dev*, 82: 13-30. doi:<https://doi.org/10.1111/mono.12296>
503. Rosnow RL, Rosenthal R. (1976) The volunteer subject revisited. *Aust J Psychol*, 28: 97-108. doi:<https://doi.org/10.1080/00049537608255268>
504. Dollinger SJ, Leong FTL. (1993) Volunteer bias and the five-factor model. *J Psychol*, 127: 29-36. doi:<https://doi.org/10.1080/00223980.1993.9915540>
505. Mills J, Bonner A, Francis K. (2006) Adopting a constructivist approach to grounded theory: implications for research design. *Int J Nurs Pract*, 12: 8-13. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2006.00543.x>
506. Burck C. (2005) Comparing qualitative research methodologies for systemic research: the use of grounded theory, discourse analysis and narrative analysis. *J Fam Ther*, 27: 237-262. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00314.x>
507. Williamson K, Given L, Scifleet P. Qualitative data analysis. In: Williamson K, Johanson G (szerk.), *Research Methods: Information, Systems and Contexts*. Tilde University Press, Prahran, 2018: 453-476. doi:<https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102220-7.00019-4>
508. Zörgő S. (2017) Szempontok a kvalitatív kutatás tervezéséhez és értékeléséhez. *LAM (Lege Artis Medicinae)*, 27: 418–426.
509. Flick U. Approaching the un-familiar: qualitative methods in studying social representations and health. In: Chaib M, Orfali B (szerk.), *Social Representations and communicative processes*. Jönköping University Press, Sweden: Jönköping 2000: 92-114.

Ábrajegyzék

1. ábra -A meyeri kisebbségi stressz modell (saját szerkesztésű ábra)	8
2. ábra - Kulturális kompetencia modellek összegzése (saját összegzésű ábra).....	15
3. ábra - Kisebbséghez tartozás a hallgatói mintán (258).....	38
4. ábra - A diszkrimináció elterjedtsége kisebbséghez tartozás alapján a hallgatói mintán	48
5. ábra - Kisebbséghez tartozó munkatársak megítélése a hallgatók szerint.....	49
6. ábra - Az elmúlt 12 hónapban érzett negatív megkülönböztetés kisebbséghez tartozás és nem szerint a hallgatói mintán	50
7. ábra - Az egyetemen kapott információk elégségességének megítélése a hallgatók szerint... 51	51
8. ábra - Az egyetemek erőfeszítésének megítélése a sokszínűség elősegítésével kapcsolatosan	52
9. ábra – Kisebbségek megoszlása az orvos mintán.....	54
10. ábra - A diszkrimináció elterjedtségének megítélése az orvos mintán.....	66
11. ábra - Kisebbséghez tartozó munkatársak megítélése kisebbséghez tartozó (K) és a többségi (T) orvosok szerint	67
12. ábra - Az elmúlt 12 hónapban érzett negatív megkülönböztetés kisebbséghez tartozás és nem szerint az orvos mintán.....	68
13. ábra - Az egyetemen kapott információk elégségességének megítélése az orvosok szerint .	70
14. ábra - A munkahelyek erőfeszítésének megítélése a sokszínűség elősegítésével kapcsolatosan	70
15. ábra - Az angol és magyar programon tanuló orvostanhallgatók LMBT személyekkel összefüggő tudásával és attitűdjével kapcsolatos diszkriminancia analízis ábrája.....	74
16. ábra - Magyarországi, orvosiegyetemi hallgatókat támogató programok és szabályozások	107

1. táblázat – A hallgatói minta demográfiai adatai	37
2. táblázat - A hallgatói egészségmagatartás jellemzői.....	39
3. táblázat - Pszichometriai skálán jellemzői a hallgatói mintán I.....	39
4. táblázat - Pszichometriai skálán jellemzői a hallgatói mintán II.....	40
5. táblázat - Hallgatók kiégésrizikója, pszichoszomatikus tünetek súlyossága és társas támogatása övezetek szerint	41
6. táblázat - A szexuális orientáció alapú különbségek vizsgálata a hallgatói mintán (Mann-Whitney teszt)	44
7. táblázat - A kiégés skála összefüggései a pszichometriai skálákkal a hallgatói mintán (Pearson korreláció)	45
8. táblázat - Kiégésre vonatkozó regressziós vizsgálat eredményei a hallgatói mintán	46
9. táblázat - Hallgató válaszadók hány %-a ismer kisebbséghez tartozó személyeket.....	47
10. táblázat - Az orvos minta demográfiai adatai	53
11. táblázat - Az orvos minta egészségmagatartás jellemzői.....	54
12. táblázat - Pszichometriai skálán jellemzői a teljes orvos mintán.....	55
13. táblázat - Az orvosok kiégésrizikója, pszichoszomatikus tünetek súlyossága és társas támogatása övezetek szerint	56

14. táblázat - A pszichometriai skálák jellemzőinek különbségei nemek szerint az orvosok körében	57
15. táblázat - A pszichometriai skálák jellemzőinek különbségei korcsoportok szerint az orvosok körében	59
16. táblázat - A pszichometriai skálák jellemzőinek különbségei beosztás szerint az orvosok körében	60
17. táblázat - A pszichometriai skálák jellemzőinek különbségei kisebbséghez tartozás szerint az orvos mintán	62
18. táblázat - Kiegészítésre vonatkozó bináris regressziós vizsgálat eredményei az orvos mintán ...	64
19. táblázat - Az orvos válaszadók hány %-a ismer kisebbséghez tartozó személyeket.....	64
20. táblázat - Az LMBT személyekkel kapcsolatos attitűd vizsgálatban résztvevő orvostanhallgatók demográfiai adatai	72
21. táblázat – Az angol és magyar programon tanuló orvostanhallgatók LMBT személyekkel összefüggő tudásával és attitűdjével kapcsolatos diszkriminancia analízisének eredményei ...	73
22. táblázat - A leíró tartalomelemzés kódfája és az alkódok előfordulásának gyakorisága	78

Saját publikációk jegyzéke

A disszertációhoz kapcsolódó publikációk:

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

Szél, Zs.; Kiss, D.; Török, Zs.; Gyarmathy, V. A. (2019) Hungarian Medical Students' Knowledge About and Attitude Toward Homosexual, Bisexual, and Transsexual Individuals. J Homosex pp. 1-18., 18 p.

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

Török, Zs.; Csekő Cs., Rakovics M., Szél Zs. Are medical students more prejudiced? Comparison of university students' attitudes towards sexual minorities by faculties and cultural background: a study from Hungary. J Homosex [in press]

A disszertációtól független közlemények:

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

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

Bona E., Szél Zs., Kiss D., Gyarmathy V.A. (2019) An unhealthy health behavior: analysis of orthorexic tendencies among Hungarian gym attendees. EATING AND WEIGHT DISORDERS - STUDIES ON ANOREXIA, BULIMIA AND OBESITY 24:(1) pp. 13-20., 8 p. doi: 10.1007/s40519-018-0592-0.

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

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

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

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

Köszönetnyilvánítás

Szeretném megköszönni a témavezetőmnek, Dr. Gyórfy Zsuzsának a téma befogadását és az évek során nyújtott útmutatásait és ösztönzését a különböző tudományterületeken történő elmélyülésre, valamint a szakirodalom minél széleskörűbb megismerésére. Külön köszönettel tartozom Dr. Girasek Edmondnak, Dr. Szalai Tamásnak és Dr. Kovács Jánosnak a házivédés során vállalt szerepükért, valamint a Magatartástudományi Intézet oktatóinak a házivédésem során kapott segítő észrevételekért és elgondolkodtató kérdésekért. Köszönöm az intézet dolgozóinak, valamint a képzésben résztvevő hallgatótársaimnak a képzés alatt nyújtott rengeteg segítséget, valamint köszönöm a felmérésekben és az interjúkon résztvevőknek, hogy időt áldoztak a kérdőívek kitöltésére és a személyes interjúkra.

Köszönöm az együtt eltöltött évek során a töretlen gyakorlati és érzelmi támogatást a családomnak Böhm Dórának és Csekő Csillának. Kifejezetten hálás vagyok a mindennapok működtetésének menedzselésén és a folyamatos morális támogatáson túl a a szociálpszichológia terén nyújtott a rengeteg elméleti segítségért és az inspiráló közös tudományos munkáért.

Köszönöm továbbá Faragó Norbert és Szászné Heszlényi Judit, Dr. Böddiné Dr. Schróth Ágnes középiskolai tanárainak a kezdeti lépéseim során nyújtott feltétlen támogatásukat. A belém vetett hitük és bizalmuk rengeteget jelentett számomra az eddigiekben és mind a mai napig erőt merítetek belőle tanulmányaim és munkám során. Szeretném megköszönni a rengetek tudást és az izgalmas nézőpontokat a nagyszerű egyetemi oktatóimnak, akiktől az egyetemi időszakban, valamint a későbbi doktori képzésem során tanulhattam. Mindenképp szeretném külön megköszönni a közös munkát a társszerzőknek és kutatóknak, akikkel volt lehetőségem együtt dolgozni az elmúlt évek alatt: Dr. Gyarmathy V. Annának, Dr. Török Zsófiának, Bóna Enikőnek, Rakovics Mártonnak és Kiss Dánielnek.

Melléklet 1. – Hallgatói vizsgálat kérdései

Általános demográfiai kérdések

1. Az Ön neme? a - Férfi b – Nő c - Egyéb

Amennyiben az előző kérdésre "egyéb" választ adott, kérem röviden fejtse ki: _____

2. Az Ön párkapcsolati státusza jelenleg?

a - Egyedülálló b - Stabil párkapcsolatban él c – Házas d - Bejegyzett élettársi kapcsolatban él
e - Elvált e - Egyéb, mégpedig...

Amennyiben az előző kérdésre "egyéb" választ adott, kérem röviden fejtse ki: _____

3. Az Ön életkora? ____

4. Melyik évfolyamon tanul jelenleg?

- a. I. évfolyam
- b. II. évfolyam
- c. III. évfolyam
- d. IV. évfolyam
- e. V. évfolyam
- f. VI. évfolyam

5. Állandó lakhelye típusa?

a - Főváros b - Megyeszékhely c - Város d - Falu, község, tanya

6. Az Ön szexuális orientációja? (Több választ is megjelölhet)

a – Heteroszexuális b - Homoszexuális (meleg, lesbikus) c – Biszexuális
d - Egyéb, mégpedig ...

Amennyiben az előző kérdésre "egyéb" választ adott, kérem röviden fejtse ki: _____

7. Az Ön állandó lakhelyének régiója?

- a. Észak-Magyarország (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád)
- b. Észak-Alföld (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg)
- c. Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Békés, Csongrád)
- d. Közép-Magyarország (Pest, Budapest)
- e. Közép-Dunántúl (Komárom-Esztergom, Fejér)
- f. Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala)
- g. Dél-Dunántúl (Baranya, Somogy, Tolna)
- h. Külföld

8. Melyik intézményben tanul?

- a. Debreceni Egyetem – Általános Orvostudományi Kar
- b. Pécsi Tudományegyetem – Általános Orvostudományi Kar
- c. Semmelweis Egyetem – Általános Orvostudományi Kar
- d. Szegei Tudományegyetem – Általános Orvostudományi Kar

9. Állampolgársága? (Kérem, jelölje, ha kettősállampolgár)

a - magyar b - magyar és külföldi (kettősállampolgár) c - nem magyar

10. Mely nemzetiséghez tartozónak érzi magát? (Kérem, jelölje mindazokat, amelyek Önre jellemzőek.)

a.	magyar	b.	cigány (roma)	c.	görög
d.	horvát	e.	lengyel	f.	német
g.	román	h.	ruszin	i.	szerb
j.	szlovák	k.	szlovén	l.	ukrán
m.	arab	n.	kínai	o.	orosz
p.	vietnámi	q.	bolgár	r.	zsidó
s.	egyéb, mégpedig				

Életmóddal és egészséggel kapcsolatos kérdések

11. Az elmúlt hónap során mennyire zavarták Önt az alábbi tünetek? (Nem zavart-0 Kissé zavart-1 Nagyon zavart-2)

1. Gyomorfájás 0-1-2
2. Derék- vagy hátfájás 0-1-2
3. Kar, láb vagy ízületi fájdalom (térd, csípő stb.) 0-1-2
4. Nőknél: menstruációs görcsök vagy egyéb problémák a ciklus során 0-1-2
5. Fejfájás 0-1-2
6. Mellkasi fájdalom 0-1-2
7. Szédülés 0-1-2
8. Ájulás-érzés, elgyengülés 0-1-2
9. Erős vagy szapora szívdobogás 0-1-2
10. Nehézlégzés, légszomj 0-1-2
11. Fájdalom vagy problémák a szexuális együttlét során 0-1-2
12. Székrekedés, hasmenés 0-1-2
13. Hányinger, emésztési problémák 0-1-2
14. Fáradtság, energiahiány 0-1-2
15. Alvással kapcsolatos problémák 0-1-2
16. Megfázás, influenza, légúti fertőzés 0-1-2
17. Egyéb fertőzés (pl. bél, húgyúti, nőgyógyászati stb.) 0-1-2
18. Allergia, asztma 0-1-2

12. Dohányzik-e Ön jelenleg?

- a - Igen, naponta. (tovább, a 13-as kérdésre)
b - Igen, alkalmanként. (tovább, a 13-as kérdésre)
c - Nem. (tovább, a 14-es kérdésre)

13. Mennyi időse volt, amikor elkezdett többé-kevésbé rendszeresen dohányozni? ____

14. Dohányzott Ön valaha?

- a - Igen, rendszeresen. b - Igen, alkalmanként. c - Nem.

15. Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt?

a - Hetente négyszer, vagy többször. b - Hetente kétszer-háromszor. c - Havonta kétszer-négyszer. d - Havonta egyszer, vagy ritkábban. e - Soha.

16. Szed-e bármilyen pszichofarmakont (altató, nyugtató, teljesítményfokozó)?

a - Hetente négyszer, vagy többször. b - Hetente kétszer-háromszor. c - Havonta kétszer-négyszer. d - Havonta egyszer, vagy ritkábban. e - Csak vizsgaidőszakban. d - Soha.

Diszkriminációval kapcsolatos kérdések

17. A diszkrimináció következő típusainál kérem, mondja meg, hogy Ön szerint nagymértékben elterjedt, eléggé elterjedt, eléggé ritka vagy nagyon ritka jelenségről van szó Magyarországon. Nagyon ritka-1 Eléggé ritka-2 Eléggé elterjedt-3 Nagyon elterjedt-4 Nem létezik-0

1. Etnikai alapon történő megkülönböztetés 1-2-3-4-0
2. Szexuális beállítottság (pl: meleg, leszbikus, biszexuális) szerinti megkülönböztetés 1-2-3-4-0
3. 55 év feletti életkor 1-2-3-4-0
4. 30 év alatti életkor 1-2-3-4-0
5. Vallási vagy hitbéli meggyőződés alapján történő megkülönböztetés 1-2-3-4-0
6. Fogyatékoság alapján történő megkülönböztetés 1-2-3-4-0
7. Nemi identitás (transznemű vagy transzszexuális) szerinti történő megkülönböztetés 1-2-3-4-0
8. Nemek (férfi vagy nő) szerinti megkülönböztetés 1-2-3-4-0

18. Úgy véli, hogy Magyarországon a következők bármelyikéhez tartozik? (Kérem, jelölje mindazokat, amelyek Önre jellemzőek.)

- a. Egy etnikai kisebbséghez
- b. Egy vallási kisebbséghez
- c. Egy nemzetiségi kisebbséghez
- d. Egy szexuális kisebbséghez (például meleg, leszbikus, biszexuális, queer)
- e. Egy gender kisebbséghez (transznemű, transzszexuális)
- f. Egy fogyatékos kisebbséghez Bármilyen más stigmatizált csoporthoz (pld. elhízott, tartós betegségben vagy mentális betegségben szenvedő)
- g. Egyéb kisebbséghez. Nem tartozom kisebbséghez.

19. Amikor Magyarországon egy munkahely felvételre keres valakit, és két egyenlő képességekkel és végzettséggel rendelkező személy közül választhat, Ön szerint a következő lista elemei közül melyek azok a kritériumok, amelyek hátrányt jelenthetnek a jelöltek számára? (Több választ is megjelölhet)

- a. A jelölt neve
- b. A jelölt címe
- c. A beszédmód, a jelölt tájszólása, akcentusa
- d. A jelölt bőrszíne, etnikai származása

- e. A jelölt szexuális beállítottsága (leszbikus, meleg vagy biszexuális)
- f. A jelölt neme (férfi vagy nő)
- g. A jelölt nemi identitása (transznemű, transzszexuális)
- h. A jelölt életkora, ha 55 év feletti
- i. A jelölt életkora, ha 30 év alatti
- j. A jelölt fogyatékosága
- k. A vallásos meggyőződés kifejezése (pld. vallásos jel szembetűnő használata)
- l. A jelölt megjelenése (öltözködése vagy előadásmódja)
- m. A jelölt általános fizikai megjelenése (alkat, súly, arc, stb.)
- n. Egyéb
- o. Egyik sem

20. Az egyetemi közegben (oktatói és diáktársai körében) ismert-e, hogy Ön az alábbi kisebbségek valamelyikéhez tartozik? (Kérem, sorolja fel mindet, ami Önre vonatkozik.)

- a. Egy etnikai kisebbséghez
- b. Egy vallási kisebbséghez
- c. Egy nemzetiségi kisebbséghez
- d. Egy szexuális kisebbséghez (például meleg, leszbikus, biszexuális, queer)
- e. Egy gender kisebbséghez (transznemű, transzszexuális)
- f. Egy fogyatékos kisebbséghez Bármilyen más stigmatizált csoporthoz (pld. elhízott, tartós betegségben vagy mentális betegségben szenvedő)
- g. Egyéb kisebbséghez. Nem tartozom kisebbséghez.

21. Függetlenül attól, hogy Ön éppen dolgozik vagy sem, kérem, mondja meg egy 1-től 10-ig terjedő skálán, hogy mennyire érezné kényelmesen magát, ha egyik munkahelyi kollégája az alábbi csoportok valamelyikéhez tartozna? (Az '1' azt jelenti, hogy Ön "teljes mértékben kényelmetlenül" érezné magát, a '10' pedig azt, hogy "teljesen kényelmesen" érezné magát.)

- 1. Egy roma személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 2. Egy fekete bőrű személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 3. Egy ázsiai személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 4. Egy fehér személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 5. Egy zsidó személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 6. Egy muszlim személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 7. Egy buddhista személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 8. Egy keresztény személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 9. Egy ateista személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 10. Egy meleg, biszexuális vagy leszbikus személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 11. Egy transznemű vagy transzszexuális személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 12. Egy fogyatékkal élő személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 13. Egy 25 év alatti személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
- 14. Egy 60 év feletti személy 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

22. Vannak-e az Ön ismeretségi körében nemzetiségi kisebbséghez tartozó személyek? (Több választ is megjelölhet)

- a - Igen, közeli rokon(ok).
- b - Igen, távoli rokon(ok).
- c - Igen, közeli barát(ok).
- d - Igen, távoli ismerős(ök).
- e -Nem, nincs(enek).

23. Vannak-e az Ön ismeretségi körében etnikai kisebbséghez tartozó személyek? (Több választ is megjelölhet)

- a - Igen, közeli rokon(ok).
- b - Igen, távoli rokon(ok).
- c - Igen, közeli barát(ok).
- d - Igen, távoli ismerős(ök).
- e -Nem, nincs(enek).

24. Vannak-e az Ön ismeretségi körében transznemű vagy transzszexuális kisebbséghez tartozó személyek? (Több választ is megjelölhet)

- a - Igen, közeli rokon(ok).
- b - Igen, távoli rokon(ok).
- c - Igen, közeli barát(ok).
- d - Igen, távoli ismerős(ök).
- e -Nem, nincs(enek).

25. Vannak-e az Ön ismeretségi körében leszbikus, meleg, vagy biszexuális kisebbséghez tartozó személyek? (Több választ is megjelölhet)

- a - Igen, közeli rokon(ok).
- b - Igen, távoli rokon(ok).
- c - Igen, közeli barát(ok).
- d - Igen, távoli ismerős(ök).
- e -Nem, nincs(enek).

26. Vannak-e az Ön ismeretségi körében vallási kisebbséghez tartozó személyek? (Több választ is megjelölhet)

- a - Igen, közeli rokon(ok).
- b - Igen, távoli rokon(ok).
- c - Igen, közeli barát(ok).
- d - Igen, távoli ismerős(ök).
- e -Nem, nincs(enek).

27. Vannak-e az Ön ismeretségi körében egyéb stigmatizált csoporthoz tartozó személyek? (Több választ is megjelölhet)

- a - Igen, közeli rokon(ok).
- b - Igen, távoli rokon(ok).
- c - Igen, közeli barát(ok).
- d - Igen, távoli ismerős(ök).
- e -Nem, nincs(enek).

28. Az elmúlt 12 hónapban Ön személy szerint érzett-e hátrányos megkülönböztetést vagy zaklatást az alábbiak közül egy vagy több ok miatt? (Kérem, sorolja fel mindet, ami Önre vonatkozik.)

- a. Etnikai hovatartozás
- b. Neme (férfi / nő)
- c. Szexuális beállítottság (meleg, leszbikus vagy biszexuális)
- d. 30 év alatti életkor
- e. Vallási vagy hitbéli meggyőződés
- f. Fogyatékosság
- g. Nemi identitás (transznemű vagy transzszexuális)
- h. Egyéb ok miatt.
- i. Nem éreztem hátrányos megkülönböztetést.

29. Előbújt-e Ön szexuális orientációját tekintve az egyetemen? (Erre a kérdésre, csak akkor válaszoljon, ha heteroszexuálistól eltérő szexuális orientációt jelölt meg. Kérem minden választ jelöljön meg, ami Önre jellemző.)

- a. Igen, néhány diáktársamnak előbújtam.
- b. Igen, legtöbb diáktársamnak előbújtam.
- c. Igen, néhány oktatómnak előbújtam.
- d. Igen, legtöbb oktatómnak előbújtam.
- e. Nem, mert azt gondolom, magánügy
- f. Nem, mert hiányzik a támogató közeg.
- g. Nem, mert félek, hogy rosszabb értékelést kapnék.
- h. Nem, mert félek, hogy nehezebb lenne elhelyezkednem a későbbiekben
- i. Nem, mert félek, hogy piszkálódás, gúnyolódás tárgyává válnék a társaim között.
- j. Nem, mert félek, hogy piszkálódás, gúnyolódás tárgyává válnék valamelyik órám során.
- k. Nem, vallási okokból.
- l. Nem, családi okokból.
- m. Nem, a társadalmi normák miatt.
- n. Egyéb, mégpedig:

30. Ön szerint eleget tesznek a sokszínűség elősegítéséért az Ön egyetemén/munkahelyén az alábbiakat illetően? (Egyáltalán nem-1 Nem igazán-2 Bizonyos mértékig-3 Igen, nagyon-4 Nem szükséges tenni érte-0)

- a. Nemi hovatartozás (férfi vagy nő) 1-2-3-4-0
- b. Etnikai hovatartozás 1-2-3-4-0
- c. Szexuális beállítottság (meleg, leszbikus vagy biszexuális) 1-2-3-4-0
- d. Vallási vagy hitbéli meggyőződés 1-2-3-4-0
- e. Nemi identitás (transznemű vagy transzszexuális) 1-2-3-4-0
- f. Fogyatékoság 1-2-3-4-0

31. Az Ön véleménye szerint elegendő információhoz jut az egyetemi képzés során az alábbi kisebbségekhez tartozó személyek egészségügyi kérdéseivel kapcsolatban? (Egyáltalán nem-1 Inkább nem-2 Inkább elegendő-3 Igen, elegendő-4)

1. Etnikai kisebbséghez tartozó személyek 1-2-3-4
2. Nemzeti kisebbséghez tartozó személyek 1-2-3-4
3. Vallási kisebbséghez tartozó személyek 1-2-3-4
4. Fogyatékosággal élő személyek 1-2-3-4
5. Meleg, leszbikus, biszexuális személyek 1-2-3-4
6. Transzszexuális, transznemű személyek 1-2-3-4

Lelki egészséggel és szorongással kapcsolatos kérdések

32. Kérjük, jelölje meg minden állításnál, hogy milyen mértékben volt jellemző Önre az adott kijelentés az elmúlt hónapban. (Egyáltalán nem-0 Ritkán-1 Néha-2 Gyakran-3 Szinte mindig-3)

1. Képes vagyok arra, hogy alkalmazkodjak a változásokhoz. 0-1-2-3
2. A stresszel való megküzdés megerősít. 0-1-2-3
3. Mindig a legnagyobb erőbedobással cselekszem, mindegy, hogy miről van szó. 0-1-2-3
4. Amikor a dolgok reménytelennek tűnnek, akkor sem adom fel. 0-1-2-3
5. Tisztán gondolkodom és koncentrálok, amikor nyomás alatt vagyok. 0-1-2-3

6. Erős emberként gondolok magamra. 0-1-2-3
7. A megérzéseim alapján kell cselekednem. 0-1-2-3
8. Nagyon céltudatos vagyok. 0-1-2-3
9. Úgy érzem, én irányítom az életemet. 0-1-2-3
10. Dolgozom azért, hogy elérjem a céljaimat. 0-1-2-3

33. Figyelmesen olvassa el a következő állításokat, és jelölje a jobb oldalt található négyzetekben a megfelelőt, attól függően, hogy ebben a pillanatban hogy érzi magát. (egyáltalán nem-0 valamennyire-1 eléggé-2 nagyon-3)

1. Nyugodtnak érzem magam. 0-1-2-3
2. Biztonságban érzem magam. 0-1-2-3
3. Feszültnek érzem magam. 0-1-2-3
4. Valami bánt. 0-1-2-3
5. Gondatlannak érzem magam. 0-1-2-3
6. Zaklatott vagyok. 0-1-2-3
7. Aggódok, hogy bajba keveredem. 0-1-2-3
8. Kipihentnek érzem magam. 0-1-2-3
9. Szorongok. 0-1-2-3
10. Kellemesen érzem magam. 0-1-2-3
11. Elég önbizalmat érzek magamban. 0-1-2-3
12. Ideges vagyok. 0-1-2-3
13. Nyugtalanok érzem magam. 0-1-2-3
14. Fel vagyok húzva. 0-1-2-3
15. Minden feszültségtől mentes vagyok. 0-1-2-3
16. Elégedett vagyok. 0-1-2-3
17. Aggódok. 0-1-2-3
18. Túlzottan izgatott és feldúlt vagyok. 0-1-2-3
19. Vidám vagyok. 0-1-2-3
20. Jól érzem magam. 0-1-2-3

34. Figyelmesen olvassa el a következő állításokat, és jelölje a jobb oldalt található négyzetekben a megfelelőt, attól függően, hogy általában hogy érzi magát. (0-soha 1-néha 2-gyakran 3-mindig)

1. Jól érzem magam. 0-1-2-3
2. Gyorsan elfáradok. 0-1-2-3
3. A sírás ellen küzdenem kell. 0-1-2-3
4. A szerencse engem elkerül. 0-1-2-3
5. Sokszor hátrányos helyzetbe kerülök, mert nem tudom elég gyorsan elhatározni magam. 0-1-2-3
6. Kipihentnek érzem magam. 0-1-2-3
7. Nyugodt, megfontolt, tetterre kész vagyok. 0-1-2-3
8. Úgy érzem, hogy annyi megoldatlan problémám van, hogy nem tudok úrrá lenni rajtuk. 0-1-2-3
9. A semmiségeket is túlzottan a szívemre veszem. 0-1-2-3
10. Boldog vagyok. 0-1-2-3
11. Hajlamos vagyok túlságosan komolyan venni a dolgokat. 0-1-2-3

12. Kevés az önbizalmam. 0-1-2-3
13. Biztonságban érzem magam. 0-1-2-3
14. A kritikus helyzeteket szívesen elkerülöm. 0-1-2-3
15. Csüggedtnek érzem magam. 0-1-2-3
16. Elégedett vagyok. 0-1-2-3
17. Lényegtelen dolgok is sokáig foglalkoztatnak és nem hagynak nyugodni. 0-1-2-3
18. A csalódások annyira megviselnek, hogy nem tudom a fejemből kiverni őket. 0-1-2-3
19. Kiegyensúlyozott vagyok. 0-1-2-3
20. Feszült lelki állapotba jutok és izgatott leszek, ha az utóbbi időszak gondjaira, bajaira gondolok. 0-1-2-3

35. Kérjük, hogy az állítás elolvasása után, választ jelölje a hét fokú skálán attól függően, hogy mennyire ért egyet, vagy tartja magára jellemzőnek az állítást. (0 – egyáltalán nem, 6- teljesen)

1. Van egy számomra különleges személy, aki segít, ha szükségem van rá. 0 1 2 3 4 5 6
2. Van egy számomra különleges személy, akivel megoszthatom örömöm és bánatom egyaránt. 0 1 2 3 4 5 6
3. A családom igazán próbál támogatni engem. 0 1 2 3 4 5 6
4. A családom biztosítja számomra a szükséges érzelmi támogatást. 0 1 2 3 4 5 6
5. Van az életemben egy különleges személy, aki biztonságot nyújt nekem. 0 1 2 3 4 5 6
6. A barátaim igazán próbálnak támogatni engem. 0 1 2 3 4 5 6
7. Számíthatok a barátaimra, ha a dolgok rosszra fordulnak. 0 1 2 3 4 5 6
8. Meg tudom osztani a problémáimat a családommal. 0 1 2 3 4 5 6
9. Vannak barátaim, akikkel megoszthatom örömöm és bánatom egyaránt. 0 1 2 3 4 5 6
10. Van az életemben egy különleges személy, aki valóban törődik az érzéseimmel. 0 1 2 3 4 5 6
11. A családom igyekszik segíteni a döntéseim meghozatalában. 0 1 2 3 4 5 6
12. Meg tudom osztani a problémáimat a barátaimmal. 0 1 2 3 4 5 6

36. Mennyire tud jólesően belemélyedni munkájába, illetve mennyiben nyomasztják a feladatai? Kérem, jelezze egy hétfokú skálán, hogy milyen gyakran vagy milyen erősen élte át az alábbi állapotokat az utóbbi három hónapban.

(0-Soha 1-Évente néhányszor 2-Ritkábban, mint havonta 3-Havonta néhányszor 4-Egyszer egy héten 5-Néhanyszor egy héten 6-Minden nap)

1. Úgy érzem, a tanulás érzelmileg kimerít. 0 1 2 3 4 5 6
2. Már a reggeli felkeléskor fáradt vagyok, ha egy újabb egyetemi nappal kell szembenéznem. 0 1 2 3 4 5 6
3. Cinikusabbá váltam abban a kérdésben, hogy a tanulmányaimnak van-e egyáltalán valami haszna. 0 1 2 3 4 5 6
4. Hatékonyan meg tudom oldani a problémákat, amelyekkel tanulmányaim során találkozom. 0 1 2 3 4 5 6
5. Hiszem, hogy érdemben hozzá tudok járulni a látogatott órákon folyó munkához. 0 1 2 3 4 5 6
6. Szerintem jó diák vagyok. 0 1 2 3 4 5 6
7. Inspirál, ha elérem a tanulmányaimban kitűzött céljaimat. 0 1 2 3 4 5 6
8. Kétkedem tanulmányaim fontosságában és értékében. 0 1 2 3 4 5 6
9. Biztos vagyok benne, hogy az órákon jól teljesítek. 0 1 2 3 4 5 6

10. A tanulás, az órákra járás szorongással tölt el. 0 1 2 3 4 5 6
11. Egy egyetemi nap végére elhasználnak érzem magam. 0 1 2 3 4 5 6
12. Kéjéttnnek érzem magam a tanulásban. 0 1 2 3 4 5 6
13. Kevésbé érdekelnek már a tanulmányaim ahhoz képest, mint amikor beiratkoztam az egyetemre. 0 1 2 3 4 5 6
14. Már kevésbé lelkesít a tanulás. 0 1 2 3 4 5 6
15. Sok érdekeset tudtam meg tanulmányaim során. 0 1 2 3 4 5 6

37. Kérjük, jelölje meg minden állításnál, hogy milyen gyakran ... (1-Soha 2-Szinte soha 3-Néha 4-Elég gyakran 5-Nagyon gyakran)

1. ... volt feszült valamilyen váratlan esemény miatt? 1 2 3 4 5
2. ...érezte úgy, hogy képtelen kézben tartani azokat a dolgokat, amelyek fontosak az életében? 1 2 3 4 5
3. ...érezte magát idegesnek és „stresszesnek”? 1 2 3 4 5
4. ...bízott magában, hogy képes megoldani személyes problémáit? 1 2 3 4 5
5. ...érezte úgy, hogy a dolgok az Ön kedve szerint alakulnak? 1 2 3 4 5
6. ...érezte úgy, hogy nem tud eleget tenni minden kötelezettségének? 1 2 3 4 5
7. ...tudta kezelni a bosszúságokat életében? 1 2 3 4 5
8. ...érezte úgy, hogy a helyzet magaslatán áll? 1 2 3 4 5
9. ...dühítették fel olyan dolgok, amelyeket nem tudott befolyásolni? 1 2 3 4 5
10. ...érezte úgy, hogy a nehézségek úgy felhalmozódtak, hogy már nem tud úrrá lenni rajtuk? 1 2 3 4 5

38. Kérjük, válaszoljon a következő kérdésekre az „első benyomásai alapján”! Mennyire jellemezték Önt az elmúlt két hétben a következő állapotok! (1-Egyáltalán nem 2-Ritkán 3-Gyakran 4-Nagyon gyakran) Érezte magát...

1. ...vidámnak és jókedvűnek? 1 2 3 4
2. ...nyugodtnak és ellazultnak? 1 2 3 4
3. ...aktívnak és élénknek? 1 2 3 4
4. ...ébredéskor frissnek és kipihentnek? 1 2 3 4
5. Érezte, hogy a napjai tele voltak az Ön számára érdekes dolgokkal? 1 2 3 4

6. Migrációval kapcsolatos kérdések

39. Tervez-e az elkövetkezendő 1-2 évben külföldi munkavállalást?

- a. Igen, de nem orvosként. b. Igen, orvosként, a szakmámban. c. Nem.

40. Mikor tervezi a külföldi munkavállalást?

- a. Ahogy lehetőségem nyílik rá, akár a tanulmányaim befejezése előtt is.
- b. Az egyetem befejezése után azonnal.
- c. A szakvizsga megszerzése után azonnal.
- d. A szakvizsga megszerzése után, később.
- e. Nem tervezek külföldi munkavállalást.

41. Tett-e már lépéseket a külföldi munkavállalás érdekében?

- a. Igen, írásbeli megállapodásom van egy külföldi intézménnyel.

- b. Igen, szóbeli megállapodásom van egy külföldi intézménnyel.
- c. Igen, levelezésben, telefonos kapcsolatban állok egy/több lehetséges intézménnyel és/vagy voltam állás interjú(ko)n egy/több lehetséges intézménynél.
- d. Még nincs megállapodásom külföldi intézménnyel, de aktívan keresem a lehetőséget, és készülök rá.
- e. Már érdeklődtem a feltételekről és a lehetőségekről. Jövőbeni esetleges terveim között szerepel, de most még nem keresem aktívan a lehetőséget.

42. Milyen időtartamra tervez külföldi munkavállalást?

- a. Jelenleg nem tervezek külföldi munkavállalást.
- b. Alkalmi alapon, az itthoni állásom megtartásával (pl. hétvégi ügyelet, ingázás, alkalmi fix időtartamú megbízás vállalása)
- c. Alkalmi alapon, de csak külföldi állással.
- d. Rövidtávon (2 év alatt)
- e. Középtávon (2-5 év)
- f. Hosszútávon (több mint 5 év)
- g. Véglegesen.
- h. Nincs konkrét elképzelésem, a körülményektől és lehetőség (ek)től függően döntök majd.

43. Jelenleg mi a külföldi munkavállalás utáni visszatérési szándéka?

- a. Pár hónap után biztosan hazatérek.
- b. Pár hónap után szeretnék hazatérni.
- c. Pár év tapasztalatszerzés után biztosan visszatérek.
- d. Biztosan nem jövök vissza Magyarországra.
- e. Nem szeretnék visszajönni Magyarországra.
- f. Még nem döntöttem el, a körülményektől és lehetőségektől függően döntök majd.

44. Az alább felsorolt állításokkal kapcsolatban kérjük, ítélje meg, mennyire befolyásolják külföldi munkavállalási szándékában? (Jelölje az ötfokozatú skálán; 1= egyáltalán nem, 5 =döntően.) Kérjük, hogy minden állítást értékeljen!

1. Munkakörülmények 1 2 3 4 5
2. Fizetés 1 2 3 4 5
3. Életkörülmények, életminőség 1 2 3 4 5
4. Idegen nyelv elsajátítása 1 2 3 4 5
5. Munkaterhelés 1 2 3 4 5
6. Családi szempontok 1 2 3 4 5
7. Kisebbségekkel kapcsolatos munkahelyi attitűdök 1 2 3 4 5
8. Kisebbségekkel kapcsolatos társadalmi attitűdök 1 2 3 4 5
9. Szervezeti viszonyok 1 2 3 4 5
10. Szakmai lehetőségek 1 2 3 4 5
11. Tudományos kutatás lehetőségei
12. A szakma és az orvos társadalmi megbecsültsége 1 2 3 4 5
13. Kalandvágy 1 2 3 4 5
14. Általam ismert sikeres példák 1 2 3 4 5
15. Magyarország hiálapézrendszer 1 2 3 4 5

16. A magyar egészségügyi rendszer kilátásai 1 2 3 4 5

45. Kérjük, írja le néhány mondatban, hogy mely tényezők lennének azok, amelyek az esetleges külföldi munkavállalás utáni visszatérését leginkább elősegítenék?

.....

7. Speciális stresszorokkal kapcsolatos kérdések

A kérdőív utolsó kérdéscsoportjához érkezett, kérjük, az alábbi kérdésekre, csak akkor válaszoljon, ha van már bonctermi tapasztalata. Amennyiben nem kíván válaszolni a kérdésekre, kitöltés nélkül a "következő" opcióval továbbléphet. Kérjük mindenképp mentse a válaszait a kérdőív bezárása előtt.

46. A legtöbb medikus hallgató életében a holttestekkel, boncolás élményével való találkozás különleges, néha igen megterhelő élmény, amely az orvossá válás folyamatának meghatározó eseménye. A továbbiakban a boncolással kapcsolatos szubjektív élményeiről teszünk fel pár kérdést:

Milyen bonctermi gyakorlatokon vett már részt?

- a. Anatómia; b. Patológia c. Igazságügyi orvostan

Milyen jellemző reakciói voltak a boncolás élményére?

1. Gyakran álmodtam ezekkel
2. Gyakran eszembe jutott utólag is
3. Napközben bevillantak képek erről
4. Félttem egyedül
5. Állandóan erről beszéltem
6. Magamba fordultam, és nem beszéltem senkinek ezekről az élményekről
7. Megkérdőjeleződött orvosi pályára való alkalmasságom
8. Nem emlékszem
9. Semmilyen hatást nem gyakorolt rám

47. Kérjük, jelölje meg, hogy mennyire ért egyet az alábbi állításokkal! (5=teljesen egyetértek;1 = egyáltalán nem értek egyet)

1. Boncoláskor a holttestet tárgyként kezelem. 1 2 3 4 5
2. Boncoláskor megpróbálom elhítenni magammal, hogy a holttest nem ember, csak hasonlít ahhoz. 1 2 3 4 5
3. Úgy tekintek a holttestre, mintha műanyag, vagy bábu lenne. 1 2 3 4 5
4. Boncoláskor nem tudok a holttestre úgy gondolni, mintha bábu lenne. 1 2 3 4 5
5. Boncoláskor nem gondolok arra, hogy a tetem ember, csak hús és csont, mint a konyhában. 1 2 3 4 5
6. Fontos, hogy nehéz helyzetekben megőrizsem az objektivitást, a kellő távolságot. 1 2 3 4 5
7. Műtétnél, boncolásnál a betegségre, a kórfolyamatokra, a műtéti, boncolási technikára figyelek, nem az emberre. 1 2 3 4 5
8. A céljaim eléréséhez át kell élnem ilyen élményeket, meg kell tanulnom mindezt. 1 2 3 4 5

9. A problémamegoldásra koncentrálok, nem a látványra. 1 2 3 4 5
10. El kell fogadni, a fájdalom, a szenvedés és a halál hozzátartozik az élethez. 1 2 3 4 5
11. Boncoláskor vigyázok, hogy csak az adott testrészt, szervet lássam. Nem gondolok bele, hogy egy ember, akár mint én, akár mint a szeretteim. Ha betolakszik egy ilyen érzelemmentes gondolat, lestoppolom. 1 2 3 4 5
12. Lehetőleg nem nézek a halott arcára, szemébe. 1 2 3 4 5
13. Arra gondolok, mások is kibírták, én is kibírom. 1 2 3 4 5
14. Bonctermi gyakorlaton különösen fontos a jó hangulat, a humor. 1 2 3 4 5
15. A boncoláshoz nem illik a humor, a jókedv. 1 2 3 4 5
16. Sosem okoz problémát hozzáérni egy holttesthez. 1 2 3 4 5
17. Az sem okoz nehézséget, ha csecsemőt, gyereket vagy fiatal személyt látok a boncasztalon. 1 2 3 4 5

Melléklet 2. – Orvosvizsgálat kérdései

(A mellékletben az orvosvizsgálat hallgatói kérdőívben is szereplő kérdéseit nem tüntettem ismételtelen fel, azokra a megfelelő részeknél visszautalok.)

Általános és demográfiai kérdések

Az Ön neme? a - Férfi b – Nő c - Egyéb

Amennyiben az előző kérdésre "egyéb" választ adott, kérem röviden fejtse ki: _____

Az Ön párkapcsolati státusza jelenleg?

a - Egyedülálló b - Stabil párkapcsolatban él c – Házas d - Bejegyzett élettársi kapcsolatban él d
- Elvált e - Egyéb, mégpedig...

Amennyiben az előző kérdésre "egyéb" választ adott, kérem röviden fejtse ki: _____

Az Ön életkora? ____

Állandó lakhelye típusa?

a - Főváros b - Megyeszékhely c - Város d - Falu, község, tanya

Az Ön szexuális orientációja? (Több választ is megjelölhet)

a – Heteroszexuális b - Homoszexuális (meleg, leszbikus) c – Biszexuális
d - Egyéb, mégpedig ...

Amennyiben az előző kérdésre "egyéb" választ adott, kérem röviden fejtse ki: _____

Az Ön állandó lakhelyének régiója?

- Észak-Magyarország (Borsod-Abaúj-Zemplén, Heves, Nógrád)
- Észak-Alföld (Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok, Szabolcs-Szatmár-Bereg)
- Dél-Alföld (Bács-Kiskun, Békés, Csongrád)
- Közép-Magyarország (Pest, Budapest)
- Közép-Dunántúl (Komárom-Esztergom, Fejér)
- Nyugat-Dunántúl (Győr-Moson-Sopron, Vas, Zala)
- Dél-Dunántúl (Baranya, Somogy, Tolna)
- Külföld

Melyik intézményben szerezte a diplomáját?

- Debreceni Egyetem – Általános Orvostudományi Kar
- Pécsi Tudományegyetem – Általános Orvostudományi Kar
- Semmelweis Egyetem – Általános Orvostudományi Kar
- Szegedi Tudományegyetem – Általános Orvostudományi Kar
- Külföld

Állampolgársága? (Kérem, jelölje, ha kettősállampolgár)

a - magyar b - magyar és külföldi (kettősállampolgár) c - nem magyar

Mely nemzetiséghez tartozónak érzi magát? (Kérem, jelölje mindazokat, amelyek Önre jellemzőek.)

- | | | |
|--------------------|------------------|----------|
| a. magyar | b. cigány (roma) | c. görög |
| d. horvát | e. lengyel | f. német |
| g. román | h. ruszin | i. szerb |
| j. szlovák | k. szlovén | l. ukrán |
| m. arab | n. kínai | o. orosz |
| p. vietnámi | q. bolgár | r. zsidó |
| s. egyéb, mégpedig | | |

Kérjük az alábbiak közül válassza ki az Önre jellemzőeket.

- "osztályos orvos" (nincs szakvizsgája és nem vesz részt a képzésben)
- rezidens/szakorvosjelölt (nincs szakvizsgája, de részt vesz a képzésben)
- szakorvos
- helyettesítő orvos
- vállalkozó
- kutató orvos
- egyetemi oktató
- munkanélküli/álláskereső
- GYED-en/GYES-en van

Jelenleg hány munkahelyen dolgozik? ____

Jelenlegi főmunkahelye/főfoglalkozása az alábbiak közül melyik típusba tartozik?

- egyetem, főiskola
- kutatóintézet, kutatóműhely
- klinika, országos intézet
- kórház
- rendelőintézet, egyéb szakorvosi intézmény
- házi orvosi/alapellátó intézmény
- magán egészségügyi intézmény
- multinacionális vállalat,
- magyar vállalkozás, vállalat
- államigazgatás, adminisztráció
- egészségügyi- és egészségüghöz kapcsolódó szakmai kamarák, szövetségek, egyesületek, társaságok
- társadalmi vagy civil szervezetek
- egyéb

Főállású munkahelyének a telephelye milyen településen van?

- Főváros
- Megyeszékhely

- c. Város
- d. Falu, község, tanya

Hány szakvizsgával rendelkezik? _____

Amennyiben rendelkezik szakvizsgával kérem, mi volt az első megszerzett szakvizsgája? Illetve amennyiben most szakvizsga előtt áll, milyen szakvizsga megszerzésére készül? _____

Milyen az ügyeleti beosztása? (Több választ is megjelölhet!)

- a. Nem ügyel
- b. Ügyel
- c. Készenlét
- d. Ügyelet és készenlét
- e. Műszak

Hány órát DOLGOZIK egy átlagos munkahéten? (Kérem egész számban, kerekítve adja meg) ___

Hány órát tölt ÜGYELETBEN egy átlagos munkahéten? (Kérem egész számban, kerekítve adja meg) ___

Munkával kapcsolatos attitűd

Állításokat lát. Kérem, jelölje, hogy mennyire fejezik ezek ki az Ön munkahelyi helyzetét, hogy...

(Jellemző és nagyon zavar-1; Jellemző és zavar-2; Jellemző, kissé zavar-3; Jellemző, de nem zavar-4 Nem jellemző-5)

1. ...állandó időzavarral küzd a nagy munkahelyi terhelés miatt? 1-2-3-4-5
2. ...munkája közben gyakran félbeszakítják, és sok a zavaró tényező? 1-2-3-4-5
3. ...az elmúlt években a munkája egyre több erőfeszítést követel? 1-2-3-4-5
4. ...kevés az esélye arra, hogy munkahelyén előléptessék? 1-2-3-4-5
5. ...kedvezőtlen változás történt a munkahelyi helyzetében vagy számíthat erre? 1-2-3-4-5
6. ...az állása bizonytalan? 1-2-3-4-5

(Nem jellemző nagyon zavar-1; Nem jellemző és zavar-2; Nem jellemző, kissé zavar-3; Nem jellemző, de nem zavar-4; Jellemző-5)

7. ...erőfeszítéseikért és teljesítményéért megkapja a megérdemelt megbecsülést és elismerést. 1-2-3-4-5
8. ...erőfeszítéseik és teljesítménye alapján jó kilátásai vannak az előlépésre. 1-2-3-4-5
9. ...erőfeszítéseikért és teljesítményéért megfelelő fizetést, jövedelmet kap. 1-2-3-4-5

Mennyire tud jólesően belemélyedni munkájába, illetve mennyiben nyomasztják a feladatai? Kérem, jelezze egy hétfokú skálán (1-től 7-ig), hogy milyen gyakran vagy milyen erősen élte át az alábbi állapotokat az utóbbi három hónapban!

1. Érzelmileg kimerültnek érzem magam a munkám miatt. 1 2 3 4 5 6 7
2. A nap végére teljesen felőrlődöm. 1 2 3 4 5 6 7
3. Fáradtnak érzem magam, amikor reggel felkelek és egy újabb munkanappal kell szembenéznem. 1 2 3 4 5 6 7

4. Könnyen meg tudom érteni, hogyan érznek bizonyos dolgokról a munkatársaim / betegeim/ klienseim. 1 2 3 4 5 6 7
5. Érzésem szerint néhány embert személytelen tárgyként kezelek. 1 2 3 4 5 6 7
6. Megterhelő számomra, hogy egész nap emberekkel dolgozom 1 2 3 4 5 6 7
7. Nagyon hatékonyan megbirkózom munkatársaim / betegeim / klienseim problémáival. 1 2 3 4 5 6 7
8. Belefásultam a munkámba. 1 2 3 4 5 6 7
9. Úgy érzem, munkám által pozitívan befolyásolom más emberek életét. 1 2 3 4 5 6 7
10. Mióta itt dolgozom, sokkal érzéketlenebbé váltam. 1 2 3 4 5 6 7
11. Aggódom, hogy munkám rideggé tesz. 1 2 3 4 5 6 7
12. Nagyon energikusnak érzem magam. 1 2 3 4 5 6 7
13. Idegesít a munkám. 1 2 3 4 5 6 7
14. Úgy érzem, túl keményen dolgozom. 1 2 3 4 5 6 7
15. Nem érdekel túlságosan, hogy mi történik néhány munkatársammal / betegemmel / kliensemmelem. 1 2 3 4 5 6 7
16. Az emberekkel való közvetlen munka túl sok feszültséget jelent számomra. 1 2 3 4 5 6 7
17. Könnyen teremtek nyugodt légkört munkatársaim / betegeim / klienseim számára. 1 2 3 4 5 6 7
18. Felvillanyoz az emberekkel való munka. 4.28 Sok érdelemleges dolgot értem el munkám során. 1 2 3 4 5 6 7
19. Erőm fogytán van. 1 2 3 4 5 6 7
20. Munkám során nagyon nyugodtan kezelem az érzelmi problémákat. 1 2 3 4 5 6 7
21. Úgy érzem, hogy munkatársaim / betegeim / klienseim engem hibáztatnak bizonyos problémáik miatt. 1 2 3 4 5 6 7

Ha újra dönthetne a pályaválasztásról, ismét választaná-e az orvosi pályát? a - Igen. b - Nem.

Kérjük, az alábbi kategóriák segítségével jelölje be, mennyi az Ön havi nettó jövedelme! Kérjük, mindenféle jövedelmet vegyen figyelembe (cégből származó jövedelem, szervezeti tiszteletdíj stb.). A kérdőív adatait név nélkül, statisztikai módszerekkel dolgozzuk fel, és nem lehetséges az egyes válaszadók egyedi beazonosítása.

- a. 0-100 ezer Ft
- b. 101-200 ezer Ft
- c. 201-300 ezer Ft
- d. 301-400 ezer Ft
- e. 401-500 ezer Ft
- f. 501 ezer Ft vagy több

Diszkriminációval kapcsolatos kérdések - Az orvos kérdőív tartalmazta a hallgatói vizsgálatban szereplő összes kérdést (lásd 1. sz. melléklet azonos szekciójánál) kiegészítve az alábbiakkal:

Milyen mértékben támogatja vagy ellenzi a következő intézkedéseket a munkahelyén a sokszínűség előmozdítására? (Teljes mértékben ellenzi – 0; Teljes mértékben támogatja – 3)

1. Oktatás a különbözőség kérdéseiről a munkavállalóknak és a munkaadóknak 0-1-2-3
2. A munkaerő összetétel ellenőrzése annak érdekében, hogy megbecsülje a hátrányos megkülönböztetést elszennvedő csoportok jelenlétét 0-1-2-3

3. A toborzási folyamatok ellenőrzése, hogy biztosítsa azt, hogy a hátrányos megkülönböztetésben részesülő csoportokba tartozó jelentkezőknek ugyanolyan lehetőségeik vannak, mint más ugyanolyan tudással és végzettséggel rendelkező jelentkezőknek 0-1-2-3

Érte-e valaha az alábbi élethelyzetekben hátrányos megkülönböztetés az említett okok miatt: álláskeresésnél? (Kérem, jelölje meg mindet, ami Önre jellemző)

- a. származása miatt
- b. iskolai végzettsége miatt
- c. egészségi állapota miatt
- d. neme miatt
- e. nemi identitása miatt
- f. életkora miatt
- g. családi körülményei (pl. kisgyerek) miatt
- h. szexuális orientációja miatt
- i. egyéb okból
- j. nem ért hátrányos megkülönböztetés

Érte-e valaha az alábbi élethelyzetekben hátrányos megkülönböztetés az említett okok miatt: lebocsátásnál, létszámleépítés esetén? (Kérem, jelölje meg mindet, ami Önre jellemző)

- a. származása miatt
- b. iskolai végzettsége miatt
- c. egészségi állapota miatt
- d. neme miatt
- e. nemi identitása miatt
- f. életkora miatt
- g. családi körülményei (pl. kisgyerek) miatt
- h. szexuális orientációja miatt
- i. egyéb okból
- j. nem ért hátrányos megkülönböztetés

Érte-e valaha az alábbi élethelyzetekben hátrányos megkülönböztetés az említett okok miatt: hivatalos ügyintézésnél (beleértve a pénzintézetit is)?

- a. származása miatt
- b. iskolai végzettsége miatt
- c. egészségi állapota miatt
- d. neme miatt
- e. nemi identitása miatt
- f. életkora miatt
- g. családi körülményei (pl. kisgyerek) miatt
- h. szexuális orientációja miatt
- i. egyéb okból
- j. nem ért hátrányos megkülönböztetés

Lelki egészséggel és szorongással kapcsolatos kérdések - Az orvos kérdőív a hallgatói vizsgálatban szereplő azonos szekció valamennyi kérdését tartalmazta (lásd 1. sz. melléklet azonos szekciójánál).

Életmóddal kapcsolatos kérdések

Dohányzik-e Ön jelenleg?

- a - Igen, naponta. (tovább, a 13-as kérdésre)
- b - Igen, alkalmanként. (tovább, a 13-as kérdésre)
- c - Nem. (tovább, a 14-es kérdésre)

Mennyi idős volt, amikor elkezdett többé-kevésbé rendszeresen dohányozni? _____

Dohányzott Ön valaha?

- a - Igen, rendszeresen.
- b - Igen, alkalmanként.
- c - Nem.

Milyen gyakran iszik alkohol tartalmú italt?

- a - Hetente négyszer, vagy többször.
- b - Hetente kétszer-háromszor.
- c - Havonta kétszer-négyszer.
- d - Havonta egyszer, vagy ritkábban.
- e - Soha.

Szed-e bármilyen pszichofarmakont (altató, nyugtató, teljesítményfokozó)?

- a - Hetente négyszer, vagy többször.
- b - Hetente kétszer-háromszor.
- c - Havonta kétszer-négyszer.
- d - Havonta egyszer, vagy ritkábban.
- e - Csak vizsgaidőszakban.
- d - Soha.

Átlagosan hány órát alszik egy hétköznap? Kérjük, számmal adja meg! _____

- Elegendő ez Önnek?*
- a - Igen.
- b - Nem.

Átlagosan hány órát alszik egy hétvégén? Kérjük, számmal adja meg! _____

- Elegendő ez Önnek?*
- a - Igen.
- b - Nem.

Ön szerint befolyásolja-e napközbeni teljesítményét ez a fáradtság? a – Igen. b – Nem.

Vannak-e alvással kapcsolatos problémái? a – Igen. b – Nem.

Melléklet 3. – Interjú vezérfonala

Pályaválasztás

Miért az orvosi hivatást választotta?

Milyen hatások/tényezők befolyásolták a döntésében?

Milyen elvárásai/elképzelései voltak az egyetemről?

Egyetemi tapasztalatok

Meséljen az egyetemi tapasztalatairól.

Milyen tapasztalatai vannak kisebbséghez tartozó hallgatóként?

Tapasztalt-e bármilyen okból diszkriminációt az egyetemen?

Ismert-e Önhöz hasonló hallgatókat, vagy kisebbségeket összegyűjtő közösséget az egyetemen?

Meg tudta valakivel az egyetemi közegben személyes dolgokat vitatni?

Láthatóság

Mennyire látható a munkahelyén és a magánéletében?

Milyen tapasztalatai vannak a láthatósággal kapcsolatban? (A környezete reakciói?)

Miben van hatással a szakmai és magánéletére, hogy egy kisebbséghez tartozik?

Ismer kisebbséghez tartozó kollégákat munkahelyén? (és azon kívül)

Munkahelyi kapcsolatok

Milyennek írná le kapcsolatát a munkatársaival, az orvoskollégákkal és más kórházi dolgozókkal (ápolók, betegszállítók)?

Érte-e szóbeli, vagy fizikális zaklatás/bántalmazás munkatársai vagy a kórházi dolgozók részéről?

Foglalkoztatja-e a külföldi munkavállalás? (Magyarországon praktizáló magyar orvosok)

Karrier

Jelenlegi munkahelyén találkozik kisebbségekkel?

Mit gondol szakmai és személyes identitásának összeegyeztetéséről?

Mit gondol, befolyásolja az Ön szakmai megítélését (betegei, vagy munkatársai szemében) az, hogy egy kisebbségi csoporthoz tartozik? (tudna mesélni történeteket)

Ezekkel a tapasztalatokkal, ha újrakezdhetné, újra az orvosi hivatást választaná?